



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Barbora Tětková

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

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora* jsem vypracoval/a 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 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017 .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za cenné rady, vždy vhodné připomínky, čas a v první řadě za její lidský přístup. Velké poděkování patří i všem komunikačním partnerům, za jejich důvěru a ochotu komunikovat, a v neposlední řadě přátelům za gramatickou a stylistickou korektnost a kontrolu formální stránky této práce.

# Faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o seniora v rámci formální a neformální péče. Hlavním cílem je zjistit, jaké faktory a informace jsou zásadní pro rozhodování o způsobu péče o seniora. Výzkumným předpokladem jsou stanoveny finance rodinných příslušníků a dostupnost sociálních služeb, jakožto faktory mající vliv na rozhodování.

Teoretická část se skládá ze dvou částí. První polovina je zaměřena na seniory z hlediska věku, změn, potřeb a kvality života. Dále je zmíněna problematika demografického stárnutí, která je v současné době velmi diskutovaným tématem i v souvislosti nedostačujících kapacit domovů pro seniory. Druhá polovina je zaměřena na péči, konkrétně na formální a neformální způsoby péče o seniora.

Výzkumná část byla provedena pomocí kvalitativní výzkumné strategie. Pro sběr dat byla zvolena technika narativního zkoumání doplněná technikou polostrukturovaného rozhovoru. Dále při rozhovorech byla využita technika pozorování a parafrázování pro lepší pochopení komunikačního partnera.

Celkem bylo osloveno 8 informantů, kteří byli vybíráni na základě způsobu péče o seniora. Z jejich výpovědí vyplynulo, že důležitým faktorem při rozhodování je příčina závislosti seniora. Jako neméně důležitý faktor se jevil způsob bydlení, lokalita bydlení a očekávání rodinných příslušníků. Faktor financí byl rozhodující v těch případech, kdy rodinní příslušníci seniora byli v pracovním poměru. Faktor dostupnosti sociálních služeb a jeho důležitost při rozhodování, nebyl výzkumem potvrzen.

Výsledky výzkumu poukázaly na důležitost některých faktorů při rozhodování o péči o seniora. Tyto výsledky mohou být výchozí pro zpracování budoucích strategií Ministerstva práce a sociálních věcí v rámci problematiky péče o seniora, konkrétně pro zlepšení podmínek zaměstnaných osob, které se rozhodnou pečovat o své nesoběstačné rodiče. Dále výzkum mimo jiné poukazuje na nedostatky v oblasti informovanosti populace o péči, a proto by mohl být podnětem pro vytvoření nových strategií zaměřujících se na zkvalitnění informovanosti.

## Klíčová slova

Senior; formální péče; neformální péče; demografické stárnutí populace

## **Factors that influence the choice how to take care of Senior**

### **Abstract**

The bachelor work deals with the issue of care of an elderly person within the framework of a formal and informal care. The main goal is to find out which factors and information are essential for the decision: how to take care about an elderly person. By an explorational postulate the fortune of family members and the availability of social services are estimated like the factors which have an impact on the decision.

The theoretical part is composed into two parts. The first half is aimed on elderly people from an aspect of age, changes, needs and quality of life. The issue dealing with demographic aging is also mentioned. Contemporary this is often discussed issue even in connection with an insufficient capacity of retirement houses. The second half is aimed on a care, concretely on a formal and informal way how to take care of an elderly person.

The explorational part was made with a help of a qualitative explorational strategy. For the collection of data was chosen the technic of narrative research with a supplement of the technic of a half-structured interview. During the interviews the technic of an observing was used so as the paraphrasing for better understanding of the communication partner.

For the research 8 informants were addressed. They were chosen based on the way of taking care of an elderly person. From they statements it resulted that the most important factor during the deciding is a reason of an addiction of the elderly person. The factors regarding to living, location of living and expectations of family members are also important. The factor dealing with finance was decisive in those cases when family members of an elderly person were in a working relationship. The factor dealing with the availability of the social services and its importance during the deciding were not confirmed by the research.

Results of the research demonstrated the importance of some factors during the deciding about the way how to take care of an elderly person. These results can be default for processing of future strategies for the Ministry of occupation and social within the framework of the issue dealing with the taking care of an elderly person, concretely for the improvement of the conditions of the employed people, who decide to take care of their parents, who are not self-sufficient. The research also shows other imperfections in

the area of knowing of the population about care and therefore it could be a suggestion for creating new strategies focussing on uprating of knowing.

**Key words**

Senior; Formal care; Informal care; Demographic aging

## **Obsah**

<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>11</b>
1.1 Stáří a senioři .....	11
1.1.1 Rozdělení věku.....	12
1.1.2 Změny ve stáří .....	13
1.1.3 Potřeby.....	15
1.1.4 Kvalita života seniorů .....	19
1.1.5 Demografické stárnutí populace .....	20
1.2 Péče o seniory .....	22
1.2.1 Rodinná péče .....	23
1.2.2 Institucionální péče.....	27
<b>2. Cíl a výzkumná otázka</b> .....	<b>30</b>
2.1 Cíl.....	30
2.2 Výzkumný předpoklad .....	30
2.3 Dílčí výzkumný předpoklad .....	30
<b>3. Metodika</b> .....	<b>31</b>
3.1 Použitá výzkumná strategie .....	31
3.2 Popis výzkumného souboru.....	32
3.3 Operacionalizace pojmů .....	33
3.4 Předvýzkum .....	33
<b>4. Vyhodnocení výsledků</b> .....	<b>34</b>
4.1 1. Okruh - Obecné údaje.....	35
4.2 2. Okruh - Očekávání .....	37
4.3 3. Okruh - Informovanost .....	39
4.4 4. Okruh - Dostupnost sociálních služeb.....	41
4.5 5. Okruh - Finance.....	43
4.6 6. Okruh - Rozhodování .....	45
4.7 7. Okruh - Výhody a nevýhody.....	47
<b>5. Diskuse</b> .....	<b>50</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>56</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>58</b>
<b>8. Přílohy</b> .....	<b>62</b>

<b>9. Seznam použitých zkratek .....</b>	<b>65</b>
--	-----------



## Úvod

Stáří je etapou života, ze které má mnoho lidí strach. Nejčastější otázka, která se k této etapě váže, je „kdo se o mě postará, až nebudu moci“. Problematika stáří se netýká pouze seniorů, nýbrž i všech osob okolo nich. Je to období, kdy se musí senior, popřípadě rodina seniora, rozhodnout, jak budou tuto sociální situaci řešit. Existují pouze dvě možnosti řešení. První možností je umístění seniora do institucionální péče. Druhou možností je péče o seniora v jeho přirozeném prostředí. Jedná se o nelehké rozhodnutí, které změní život jak rodině, tak samotnému seniorovi. Při rozhodování je důležité zvážit výhody a nevýhody obou možností a rozhodnout se podle možností a schopností potenciálního pečovatele. Možnosti těchto pečovatelů mohou být omezené. Každý z pečovatelů by měl mít přehled o změnách, které jsou důsledkem stáří, a hlavně o potřebách seniorů, neboť péče je převážně o uspokojování těchto potřeb. Vzhledem ke stále se zvyšující hranici věku odchodu do důchodu, jsou často lidé nuceni opustit své zaměstnání z důvodu péče o osobu blízkou. Toto rozhodnutí s sebou nese i další rizika, ať už v podobě nedostatku finančních prostředků, nebo nedostatečného kontaktu se společnostmi. Domácí péče vyžaduje neustálou pozornost, flexibilitu, psychickou odolnost a fyzickou zdatnost.

Toto téma jsem si vybrala na základě jeho aktuálnosti ve společnosti, ale i na základě situace, která se vyskytla v rodině a je spojená s péčí o seniora. Dnešní dobu bychom mohli nazvat dobou deinstitutionalizace. Klade důraz na péči v domácím prostředí, jakožto na péči, která je seniorovi nejprospěšnější. Současnou situaci bychom mohli považovat za kritickou. Rodiny mnohdy nemusí mít na výběr mezi rodinnou a institucionální péčí. Vzhledem ke stárnutí populace je v pobytových zařízeních dlouhodobý nedostatek lůžek. Pozitivem je stále rozšiřující se nabídka institucí, které pomáhají rodinám pečovat o své blízké tak, aby pečující nebyl úplně vyřazen z běžného života společnosti.

Teoretická část této práce se skládá ze dvou částí. První část se orientuje na seniory, konkrétně na vymezení této skupiny, vymezení změn, které se stářím přicházejí a definice potřeb, jejichž priority se s věkem mění. Tyto části autorka považuje za důležité, neboť všichni, kdo se rozhodují o způsobu péče, by měli být seznámeni s problematikou seniora. Druhá část se skládá z jednotlivých druhů péče, které jsou dále specifikovány.

Cílem této práce je zjistit, které faktory a informace jsou zásadní při rozhodování o způsobu péče o seniora. Budu se zabývat faktory, které ovlivňují rodinu seniora při rozhodování o způsobu péče. V rámci výzkumu se budu orientovat na otázky informovanosti, dostupnosti sociálních služeb, financí a očekávání, jejichž důležitost při rozhodování o péči bude potvrzena nebo vyvrácena.

## 1. Současný stav

V teoretické části je mým cílem vydefinovat klíčová slova z názvu bakalářské práce. Zaměřím se na definici stáří. Právě staří lidé jsou ti, o které se v této práci budu zajímat. Je důležité vydefinovat si stáří podle různého dělení, abychom věděli, koho přesně do skupiny seniorů zařadit. Dále se zaměřím na změny, které stáří doprovázejí a ovlivňují tak potřeby seniorů. Jelikož je má práce zaměřená na péči o starší jedince, pozornost budu věnovat i definici a různým druhům péče.

### 1.1 *Stáří a senioři*

Autorka Ulrychová (2011) definuje stárnutí jako souhrn biofyziologických pochodů v čase. Dále ujasňuje, že stáří je výsledkem stárnutí. Sýkorová (2007) souhlasí s předchozí autorkou, že každý člověk stárne. Dle Sýkorové (2007) se rychlost stárnutí odvíjí od určitých faktorů. Do faktorů, které jsou určující pro vnímání člověka jako seniora, řadí v 70 % fyzický stav. Dále stejná autorka považuje za určující faktory věk, ztrátu duševní svěžesti, ztrátu autonomie, potíže přizpůsobit se změnám, potíže s řešením problémů, odchod do penze nebo narození vnoučete. Stáří bývá odborníky děleno různými způsoby. Například podle Haškovcové (2010) je stáří rozděleno do třech etap. První etapou je dle autorky rané stáří, které je připisováno osobám od 65 do 74 let věku. Stejná autorka označuje osoby v tomto věku „mladými seniory“ nebo také young old, či pouze old. Druhou etapu, období vlastního stáří, sénia, je charakterizováno rozmezím od 75 do 89 let věku (Haškovcová, 2010). V tomto období seniory autorka označuje jako old old, neboli staří staří. Poslední, třetí etapu, Haškovcová (2010) nazývá dlouhověkostí, která je charakteristická pro osoby starší 90 let. Tyto osoby dále označuje též jako very old old, v překladu velmi staří staří. Naopak Vágnerová (2007) dělí stáří pouze na dvě období. První období Vágnerová (2007) nazývá stejně jako předchozí autorka, tj. rané stáří. Rané stáří Vágnerová (2007) na rozdíl od Haškovcové (2010) ohraničuje věkem od 60 do 75 let věku. Druhým obdobím je dle stejné autorky pravé stáří, které je vymezeno od 75 let věku a výše. WHO dělí věk též do tří kategorií, tj. období presenia (60-74 let), sénia (75-89 let) a dlouhověkost (90 +) (Dvořáčková a Hrozenková, 2013).

### 1.1.1 Rozdělení věku

Haškovcová (2010), Horáčková (2008) či Mühlpachr (2004) se shodují, že věk lze rozdělit také na věk kalendářní, funkční, psychologický a sociální, popř. psychosociální.

**Kalendářní věk**, také nazýván chronologickým nebo matričním, je věk, který je dle Haškovcové (2010) odvozený ode dne narození. Horáčková (2008) doplňuje, že jde o údaj, který nikdo nezmění ani neovlivní, stejně tak, jako nemá tento údaj vliv na to, jak se cítíme, fungujeme nebo co potřebujeme. Dle Haškovcové (2010) kalendářní věk může ovlivnit život pouze s přihlédnutím na určitá opatření. Do takových opatření stejná autorka řadí nabytí trestní odpovědnosti, možnost získání řidičského průkazu nebo například získání nároku na vyplácení starobního důchodu.

**Funkční věk** má stejně jako kalendářní věk více názvů. Pacovský (1994) a Haškovcová (2010) přirovnává funkční věk ke skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Oba autoři se shodují na tom, že je vytvářen souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik. Horáčková (2008) funkční věk vnímá jako měřítko toho, jak funguje náš organismus. Dále stejná autorka doplňuje, že osoby se stejným kalendářním věkem mohou mít odlišný funkční věk. Funkční věk může být tedy nižší, nebo naopak vyšší, než je věk kalendářní.

**Psychologický věk** je dle Horáčkové (2008) stejně, jako funkční věk, možno ovlivnit, protože si ho určujeme my sami. Autorka je přesvědčená, že hodnoty vznikají tím, jak staří se cítíme. Samozřejmě bere v potaz vliv biologického věku. Stejná autorka tvrdí, že pokud je organismus výkonnější, lidé se cítí lépe, mladší, nabytí více energií.

**Sociální věk** podle Mühlpachra (2004) zahrnuje sociální aspekty života člověka. tentýž autor tvrdí, že pro sociální věk je důležitá celá životní dráha člověka. Sociální stáří dále autor určuje tím, co společnost od daného jedince v daném věku očekává. „*Sociální stáří je vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionováním, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je vymezeno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je tak chápáno jako sociální událost.*“ (Mühlpachr, 2004, str. 15).

### **1.1.2 Změny ve stáří**

Senioři jako skupina jsou laickým okem bráni jako homogenní skupina občanů. Ve skutečnosti jde ale o jednu z nejvíce heterogenních skupin. Jejich rozmanitost je dána odlišnými potřebami, problémy a možnostmi jedinců. Přestože jsou určité rysy pro stáří charakteristické, nikdy je nelze přisoudit každému seniorovi. Janovská (2015) a Čevela et al. (2012) dělí změny přicházející se stářím, na tělesné, psychické a sociální. Autor Čevela et al. (2012) považuje za nutnost pohlížet na člověka holisticky, což znamená, brát v potaz to, že jeho biologické, sociální, psychické a duchovní roviny jsou ve vzájemné interakci.

Pro to, aby se mohli rodinní příslušníci rozhodnout, jestli o seniora pečovat doma nebo ho umístit do příslušné instituce, musí být seznámení s tím, jakými změnami člověk ve stáří prochází. Je to dobré proto, aby si uvědomili, zda mají sílu na to postavit se všem nastávajícím komplikacím.

#### **Fyzické změny**

Janovská (2015) uvádí, že fyzické změny jsou patrné zhruba od 50. let věku. Čevela et al. (2012) potvrzuje předchozí tvrzení, a doplňuje, že větší změny nastávají až okolo 70. roku věku, tj. v období raného až vlastního stáří. Nejvíce omezují seniora změny pohybového aparátu. Holmerová et al. (2007) jako příklad uvádí, že vlivem stárnutí dochází k narušení metabolismu kostí, jehož důsledkem je úbytek kostní hmoty, avšak bere v potaz individualitu každého jedince a pohlaví, jež determinuje rychlejší proces u žen. Kolektiv autorů dále podotýká, že ženy během stárnutí přicházejí až o 30 % celkové kostní hmoty, kdežto muži pouze o 17 %. Ulrychová (2011) zmiňuje, že ruku v ruce s úbytkem kostní hmoty jde úbytek svalové hmoty, který má za následek snížení fyzické výkonnosti jedince. Dále uvádí, že snížená schopnost pohybu může být důsledkem strachu ze zakopnutí a pádů, a má za následek snížení soběstačnosti. Kromě pohybového aparátu oba předchozí autoři upozorňují i na změny smyslových orgánů. Holmerová et al. (2007) tvrdí, že senioři mohou trpět zhoršeným sluchovým vnímáním, které Ulrychová (2011) vnímá jako záporný jev, neboť negativně ovlivňuje schopnost komunikace. Komunikaci může též ovlivnit zhoršení zraku, ke kterému, podle Holmerová et al. (2007), dochází zhoršenou schopností akomodace čočky. Dále dle Holmerová et al. (2007) a Ulrychové (2011) dochází ke zhoršení chuti i čichu. Ulrychová (2011) dále zmiňuje

změny na kůži seniora, která se stává vrásčitější, suchá a skvrnitá. Holmerová et al. (2007) uvádí, že těmto změnám lze předcházet např. chráněním se před sluncem, správnými životními návyky, jako jsou výrazy ve tváři, správnou polohou spaní, která má dle autora vliv na hloubku vrásek. Ulrychová (2011) dodává, že vlasy seniora jsou šedivé a často prořídle. Řídnutí vlasů je pro Holmerovou et al. (2007) nepochopitelné, protože zároveň s procesem řídnutí vlasů probíhá proces, při kterém na jiných částech těla, např. v uších nebo nose, začínají právě ve vyšším věku chloupky růst.

Ulrychová (2011) dále uvádí postižení trávicí a vylučovací soustavy, mezi které u osob vyššího věku řadí ztrátu vlastního chrupu, žaludeční obtíže či inkontinenci. Inkontinenci vnímá jako problém, který negativně působí na okolní společnost, a jehož následkem může být odmítání seniora chodit do společnosti, nebo naopak ztráta zájmu společnosti o seniora. Tento nezájem společnosti má, dle autorky, vliv na jeho sociální i psychický stav.

Ulrychová (2011) udává, že poruchy endokrinního systému způsobují poruchy spánku či nezvládnání stresových situací. Dále doplňuje, že ke stáří patří narušení imunitního systému, které má za následek špatné hojení ran a častý výskyt virového onemocnění, se kterým je spojena dlouhá regenerace. Holmerová et al. (2007) a Ulrychová (2011) sdílejí myšlenku, že vlivem stárnutí je unavené celé tělo člověka, a proto není divu, že je unavené i srdce, které pracuje 24 hodin denně. Ulrychová (2011) upřesňuje, že unavené srdce způsobuje snazší unavitelnost, dušnost a může docházet k srdečním nepravidlostem. Dále oba autoři upozorňují na změny dýchací a nervové soustavy. Ulrychová (2001) uvádí, že v rámci změn nervové soustavy dochází ke snížení hmotnosti mozku, nízké schopnosti koncentrace, výpadkům paměti, apatii. Dále autorka doplňuje, že ve stáří jsou častější nemoci typu demence, deprese, schizofrenie atd.

### **Psychické změny**

Autoři Ulrychová (2011) a Holmerová et al. (2007) se shodují, že psychické změny ve stáří postihují hlavně kognitivní funkce. Ulrychová (2011) upozorňuje na špatnou orientaci seniora v prostředí, zhoršené vnímání, paměť a pokles pozornosti. Holmerová et al. (2007) její tvrzení potvrzuje a doplňuje ho o zhoršenou schopnost naučit se z mluveného slova. Senioři se dle autorky Ulrychové (2011) stávají citlivějšími, labilnějšími nebo naopak jim začínají být věci naprosto lhostejné a dodává, že jejich nálady jsou ovlivňovány zdravotním stavem jedince, pocitem osamocení a mírou uspokojování potřeb. S tímto tvrzením nesouhlasí Holmerová et al. (2007), která tvrdí, že

dle Baltimorské vertikální studie o stárnutí, nedochází ke změnám osobnostních rysů člověka. Příbyl (2015) upozorňuje na větší problém navázat kvalitní interpersonální vztahy. Jako důvody udává strach z cizích osob, z ublížení, nebo sebedůvěru, kterou mají osoby ve vyšším věku velmi nízkou. Problémy se sebou i s druhými lidmi musí senioři někudy ventilovat, což se podle Příbyla (2015) promítne v již zmíněných náladách a vlastnostech seniorů. Potvrzuje tak tvrzení Ulrychové (2011) a vyvrací domněnku Holmerové et al. (2007) o změnách osobnostních rysů a nálad.

### **Sociální změny**

Dle Venglářové (2007) ke stáří neodmyslitelně patří i sociální změny, do kterých řadí změnu životního stylu, změnu postavení jedince ve společnosti způsobenou získáním role seniora, finanční obtíže apod. Jako důležitou změnu vidí autorka samotou, která může být důsledkem odchodu seniora do důchodu nebo úmrtím blízkých osob a přátel.

Když je senior sám, má více času přemýšlet nad sebou a svými problémy. Když přemýšlí nad svými problémy, dostává se do depresí a jeho problémy se prohlubují. S psychickou nepohodou se projeví fyzické nedostatky. Všechny tři oblasti, bio-psycho-sociální, se navzájem ovlivňují. Je třeba, aby pečující osoby pochopily, že nelze uspokojovat pouze fyzické potřeby. Je důležité zajímat se o seniora jako o celek.

#### **1.1.3 Potřeby**

Každý senior je osobnost, která má své specifické potřeby a která potřebuje specifický individuální přístup k uspokojování těchto potřeb. Ne každý člověk je srozuměn s lidskými potřebami. Pokud se stará o seniora kvalifikovaná osoba, byla by neznalost lidských potřeb chybou, avšak pokud se rodina rozhodne pro neformální/rodinnou péči, může být neznalost uspokojování základních lidských potřeb základním podnětem pro nekvalitní poskytování péče. Tím se negativně ovlivní kvalita života seniora i pečujícího.

Potřebou Malíková (2011) rozumí nedostatek, či nouzi něčeho, co tělo potřebuje, jehož odstranění přispěje ke zlepšení stavu člověka a zvýšení pocitu spokojenosti. Uspokojením potřeb dosáhne tělo rovnováhy organismu. „*Murray vymezuje potřebu jako konstrukt, sílu v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání, a to*

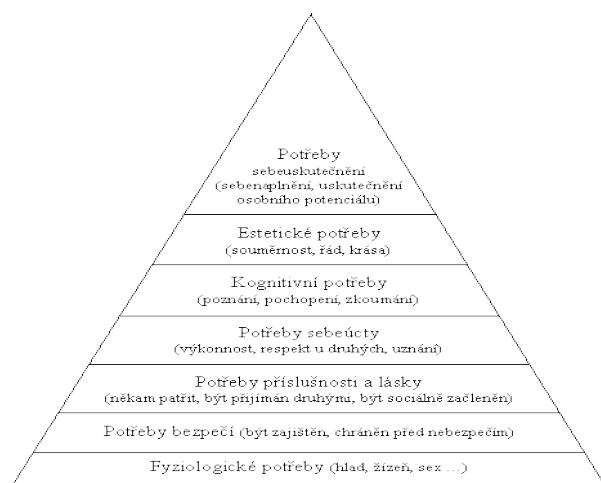
*s cílem změnit stávající neuspokojivou situaci.*“ (Příbyl, 2015 str. 37). Tentýž autor nevnímá potřebu pouze jako nedostatek, nýbrž jí chápe též jako sílu, která orientuje jedince určitým směrem, posouvá ho k předmětům, lidem, a motivuje k činnostem. Dále autor uvádí, že všechny lidské potřeby jsou navzájem propojené, tzn. vznikají v závislosti na sobě a vzájemně se ovlivňují. Dle stejného autora potřebu vnímáme od samého narození až po konečnou smrt, poněvadž se jedná o proces, který je stálý a neustále se opakuje, např. potřeba spánku nebo jídla (Příbyl, 2015).

### **Druhy potřeb obecně**

Dělení lidských potřeb je velmi bohaté. Autoři rozdělují potřeby na dvě kategorie, ale každý je pojmenovává jinak. Dle Příbyla (2015) v podstatě dělíme lidské potřeby na potřeby založené na tělesném podkladu a potřeby založené na psychickém podkladu. Tento autor například dělí lidské potřeby též na nižší a vyšší. Nižšími rozumí potřeby fyziologické, neboť motivují jedince, aby se postaral o své tělo po fyzické stránce. Nižší potřeby považuje autor za základní a velice důležité, neboť bez jejich uspokojení nelze dlouho žít. Do fyziologických potřeb neřadí pouze jídlo, spánek, vylučování apod., ale i potřebu bezpečí. Vyššími potřebami Příbyl (2015) rozumí potřeby psychologické, jež zahrnují potřebu uznání, seberealizace, někam patřit, komunikovat s druhými, být ve společnosti druhých, mít uplatnění apod. Řadí sem potřeby, které dopomáhají utvořit osobnost a individualitu člověka. Tentýž autor podotýká, že uspokojování vyšších potřeb není jednoduché a nelze dojít k uspokojení za krátký čas, protože se jedná o dlouhodobý proces, který nepovede ke kvalitnímu uspokojení vyšších potřeb, pokud nedojde k uspokojení potřeb nižších. Škrabová (2009) dělí potřeby stejně jako Příbyl (2015), akorát místo vyšších a nižších potřeb pojmenovává potřeby primární a sekundární.

Vhodně rozdělil potřeby psycholog A.H. Maslow, jehož dělení je dle významu přežití. Tyto potřeby seřadil do pyramidy (viz obrázek 1), kdy v dolní části pyramidy jsou nižší nedostatkové potřeby, bez jejichž uspokojení nelze dosáhnout uspokojení té nejvyšší potřeby, tj potřeby seberealizace. McLeod (2016) ve svém článku uvádí, že každé uspokojení nižší potřeby vede k uspokojení potřeby nad ní.





Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb

Zdroj : Fakulta informatiky MU, © 2008

### Potřeby osob vyššího věku

Příbyl (2015) se domnívá, že ať už se jedná o seniora nebo dítě v dospívajícím věku, nelze říci, že by měli naprosto odlišné potřeby, naopak, potřeby mají společné, avšak liší se od sebe navzájem kvalitou, kvantitou a prioritou. Dle autora senioři věnují různým potřebám různou pozornost. Autor své tvrzení doplňuje o potřeby, jež mají senioři oproti zbytku populace snižené:

- potřeby stimulace, neboť mnoho nových podnětů seniora unavuje,
- potřeba učení, jelikož senioři preferují stereotyp,
- potřeba nových podnětů, jelikož senioři nejsou ochotni akceptovat změny.

Naopak do potřeb, jež senioři považují za prioritní, řadí Příbyl (2015) potřebu citové jistoty, potřebu bezpečí, potřebu seberealizace a v neposlední řadě potřebu pocitu být platný a prospěšný. Jelikož senioři už nemusí mnoho činností zvládat, Příbyl (2015) se domnívá, že si senioři často připadají být neužiteční a na obtíž.

Dle průzkumu Příbyla (2015) rozdíly v prioritách potřeb seniorů se vyskytují i u seniorů mladších 70 let a starších 70 let. Zatímco mladší senioři dle výsledků shledávají za nejpodstatnější ekonomické zajištění, potřebu autonomie a blízkosti rodiny, starší senioři mají na prvním místě svou rodinu, na druhém fyzickou soběstačnost a na třetím nebýt nikomu na obtíž.

## Uspokojování potřeb

Malíková (2011) uvádí, že potřeby se mohou uspokojovat žádoucím způsobem nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob vnímá jako proces uspokojování potřeby, který nijak neovlivňuje okolí nebo druhé osoby, je v souladu se zákonem a sociálně kulturními hodnotami daného uspokojovaného jedince. Nežádoucí způsob stejná autorka bere jako způsob, při kterém dochází k poškozování uspokojovaného jedince nebo druhých osob a kdy potřeby nejsou v souladu se sociálně kulturními hodnotami jedince nebo se zákonem. Dvořáčková (2012) píše, že senioři potřebují uspokojovat své potřeby jako kdokoli jiný. Jako odchylku od běžného uspokojování potřeb u seniorů vnímá fakt, že senior bývá bohužel často odkázán na pomoc svého okolí. Příbyl (2015) zabývající se potřebami a jejich uspokojováním tvrdí, že uspokojování potřeb se může jevit jako primitivní úkol. Dále ujasňuje překážky, které mohou uspokojování potřeb znesnadnit. První překážkou, která se může objevit, autor myslí osobní bariéru, neboť v sobě zahrnuje ostych, obavu a podceňování vůči pečujícímu. Uvádí, že pokud je člověk ostýchavý, může nastat komplikace v uspokojení i v tak samozřejmé potřebě – jídla, např. senior se může stydět si o jídlo říci. Další překážkou autor vnímá psychickou překážku, protože senior nemusí být schopný přijmout pomoc při naplnění jeho potřeby, a to ať už se jedná o hrdost nebo antipatii k pečujícímu. Senior může mít problém například s pomocí při osobní hygieně. Dále Příbyl (2015) uvádí, že pro seniory může být překážkou i jazyková bariéra, tzn., že potřebu uznání může negativně ovlivnit nevhodná volba slov pečujícího tzv. komunikační šum. Jako další bariéry autor shledává fyziologické překážky a překážky prostředí.

Motlová (2007) podle Maslowova dělení potřeb považuje fyziologické potřeby za základní. Autorka se domnívá, že pokud nejsou uspokojeny, odrazí se to v celkovém stavu seniora. Škrabová (2009) domněnku předchozí autorky potvrzuje a doplňuje, že neuspokojení může mít za následek nespokojenost, napětí a chování, jehož jediným cílem je uspokojit potřebu. Uspokojováním potřeb seniorů se zabývá i Příbyl (2015), který je přesvědčen, že dlouhodobé neuspokojení potřeb může vést k deprivaci. Tentýž autor považuje v procesu uspokojování potřeb za základní první krok uvědomění si přítomnosti potřeby. Dále uvádí, že když senior onu potřebu identifikuje, musí si jí prostřednictvím komunikace uvědomit i pečující osoba.

#### **1.1.4 Kvalita života seniorů**

Vaňurová a Mühlpachr (2005) zastávají názor, že kvalitu života nelze jednoznačně teoreticky vymezit, neboť prostupuje různými obory od ekonomie, přes sociologii až po zdravotnictví. Koncept kvality života je dle obou předchozích autorů ovlivněn fyzickým a psychickým zdravím jedince, osobním vyznáním jedince, jeho sociálními vztahy a vztahy k jeho životnímu prostředí. Z takového vymezení vychází autor Nagpal (in Vaňurová a Mühlpachr, 2005), jenž definuje kvalitu života jako všestranné měření fyzické, psychické a sociální pohody, spokojenosti, štěstí a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou. Dragomirecká (In Vaňurová a Mühlpachr, 2005) chápe kvalitu života jako soulad mezi jedincem a okolím v souvislosti s potřebami, očekáváním či využitím schopností člověka. Dvořáčková a Hrozenská (2013) uvádějí, že kvalita života se dá opřít o hodnotu života. Obě autorky považují hodnotu života jako základní lidské právo, tudíž berou kvalitu života jako úroveň naplnění této hodnoty.

Kvalita života je složena ze dvou dimenzí – objektivní a subjektivní. Jestliže se objektivní dimenze týká materiálního zabezpečení, sociálních podmínek, sociálního postavení, fyzického zdraví, subjektivní dimenze kvality sleduje jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti ve spojitosti s jeho kulturou a hodnotami (Vymětal, 2001 In: Vaňurová a Mühlpachr, 2005). Dvořáčková (2012) klade větší důraz na subjektivní dimenzi, jelikož se jedná o subjektivní pocity jedince. Avšak objektivní dimenze je neodmyslitelnou součástí hodnocení kvality života, neboť poskytuje odlišná data než výše zmíněná subjektivní dimenze. Autorka rozlišuje tři odlišné roviny kvality života: makrorovinu, mezorovinu a personální rovinu. Stejná autorka uvádí, že v rámci problematiky seniorů se můžeme kvalitou života zabývat v mezorovině, která zkoumá kvalitu života na úrovni menších společenských celků, jako jsou např. domovy pro seniory, nebo v personální rovině, která řeší kvalitu života jednotlivce. Dvořáčková (2012) ve své knize uvádí rozdělení kvality života do čtyř okruhů tak, jak ji rozděluje WHO:

1. Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti
  - Únava, bolest, mobilita, schopnost pracovat, závislost na péči apod.
2. Psychické zdraví a duchovní stránka
  - Paměť, víra, sebepojetí, sebehodnocení apod.

### 3. Sociální vztahy

- Sociální podpora, osobní vztahy.

### 4. Prostředí

- Dostupnost zdravotnické a sociální péče, finanční zajištění, domácí prostředí.

## **Faktory ovlivňující kvalitu života**

Dvořáčková (2012) řadí mezi faktory ovlivňující kvalitu života ty faktory, které mají přímý či nepřímý vliv na lidský společenský rozvoj, tj. zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální faktory. Macháčková (2012) za takové faktory považuje zdraví, rodinné vztahy, krásu, politiku, sexuální život a víru. Předchozí autorka i autorka Topinková (2005 in: Dvořáčková, 2012) hodnotí zdraví jako nejvýznamnější faktor ovlivňující kvalitu života. Topinková dále uvádí, že během stáří dochází ke zdravotním problémům, jejichž následkem může být omezení či ztráta soběstačnosti vedoucí ke snížení kvality života. Dále doplňuje, že ztráta soběstačnosti nemusí mít nutně pouze příčinu v oblasti zdraví, ale též může být ovlivněna nevyhovujícími bytovými podmínkami či nepříznivou ekonomickou situací

### ***1.1.5 Demografické stárnutí populace***

Sýkorová (2007) definuje stárnutí populace jako proces, během kterého dochází k postupné změně věkové struktury obyvatelstva v populaci, a považuje ho za základní populační proces 21. století. Dle Svobodové (2010) o stárnutí populace hovoříme tehdy, dochází-li ke zvyšování podílu seniorů a snižování podílu dětí v populaci. Za seniora autorka považuje osobu starší 60 let a věkové rozmezí, které charakterizuje dítě je od 0 do 15 let. K charakterizaci věkové struktury dle CZSO (2009) slouží tzv. index stáří, jenž vyjadřuje poměr obyvatel ve věku nad 65 let na 100 dětí ve věku do 15 let. Demografické stárnutí lze dle CZSO (2014) charakterizovat i dalšími způsoby, např. pomocí indexu závislosti nebo indexu ekonomického zatížení. Index závislosti dle CZSO vyjadřuje počet osob ve věku nad 60 let na 100 osob od 15 do 59 let, tzn. poměr počtu obyvatel v postproduktivním věku na 100 osob ve věku produktivním. Na vymezení indexu

ekonomického zatížení se shodují CZSO (2009) i Svobodová (2012), jež uvádí, že tento index udává součet počtu dětí do 14 let a osob nad 60 let, na 100 osob ve věku od 15 do 59 let, tj. počet dětí a seniorů na 100 osob v ekonomicky aktivním věku.

Svobodová (2012) ve svém článku potvrzuje, že populace v České republice stárne. Autorka své tvrzení odůvodňuje statistikami, ve kterých skupina seniorů tvoří v roce 2000 necelých 14 % obyvatelstva, v roce 2010 je to o 1,2 % více a v roce 2020 předpokládá, že budou senioři zaujímat až 20,1 % české populace. Pokud bude počet seniorů nadále lineárně stoupat, autorka předpokládá, že senioři budou tvořit v roce 2065 přes 30 % populace. Zahraniční autor Wija (2015) ve svém článku vyjadřuje všeobecný předpoklad, že zvyšování počtu seniorů v populaci bude mít za následek zvýšení počtu starších osob vyžadujících péči druhé osoby. Dále stejný autor uvádí, že dle zprávy Evropské komise o stárnutí populace z roku 2012 by se měl počet příjemců péče v České republice do roku 2060 zvýšit až o jednu polovinu, tj. na 946 000 osob.

Sýkorová (2007) uvádí, že ke stárnutí populace dochází v důsledku snížení natality, tj. porodnosti. Dále autorka vymezuje příčiny nízké porodnosti, do kterých řadí špatnou finanční situaci, touhu žen po úspěšné kariéře, nedostatečnou sociální podporu, obavy z budoucnosti a další. Sýkorová (2007) dále uvádí, že za stárnutím populace stojí také snížení úmrtnosti, tzv. mortality. Shekel (©2010-2017) předchozí autorku doplňuje tvrzením, že za snížením mortality stojí zkvalitňování zdravotnické péče, zlepšování životního stylu apod. CZSO (2015) považuje za důležitý údaj pro analýzu stárnutí populace tzv. střední délku života, která je definována jako předpokládaný věk dožití, který je konstruován s přihlédnutím na údaje v úmrtnostní tabulce. Tento údaj je ovlivněn stravou, infrastrukturou, zdravotnictvím, válkami, životním prostředím dané země apod. Z grafů, které zpracoval Český statistický úřad, lze vyčíst, že v roce 2013-2014 byla naděje na dožití u mužů cca 76 let a u žen více než 81 let. Už autorka Sýkorová (2007) ve své publikaci předpokládala, že naděje na dožití bude stoupat a to tak, že v roce 2050 by měl věk žen dosahovat 86 let a u mužů o 4 méně, tj. 82 let. Dle Košťálové (2015) je statistikami prokázáno, že ženy se zpravidla dožívají vyššího věku než muži. Stejná autorka vychází ze statistik CZSO, kde z grafů je zřejmé, že průměrný věk žen v České republice je přibližně 43 let a u mužů je to o 3 roky méně, tj. v průměru 40 let. Sýkorová (2007) uvádí, že u mužů je věk nižší z důvodu odlišného životního stylu, neboť muži mají větší spotřebu tabákových výrobků, mají větší fyzickou zátěž, větší pravděpodobnost výskytu zhoubných novotvarů. Dále autorka uvádí, že vliv na zvýšenou úmrtnost mužů, popř. chlapců, má samozřejmě i genetika, protože právě vlivem genetiky je i vyšší počet

mrtvě narozených chlapců než mrtvě narozených dívek. Tuto informaci doplňuje o to, že vyšší úmrtnost chlapců je dána přenášením genetických informací z matek na chlapce. Sýkorová (2007) uvádí, že přestože je nynější obyvatelstvo České republiky považováno za nejstarší ve své historii, ve světě je stáří české populace považováno za průměrné.

Svobodová (2012) považuje problematiku procesu demografického stárnutí za multioborovou, poněvadž zasahuje do zdravotní, ekonomické, bytové i důchodové politiky. Autorka upozorňuje, že je třeba řešit problémy v rámci všech politik a zároveň brát ohled na to, jak heterogenní je skupina seniorů. Heterogenitu autorka vysvětluje jako stav, kdy každý ze seniorů má své specifické možnosti a potřeby, ke kterým je potřeba přihlídnout při budoucích politických programech řešících problematiku stárnutí populace. Za hlavní cíl všech politik považuje Svobodová (2012) nezávislost a soběstačnost co nejvyššího možného počtu obyvatel.

## ***1.2 Péče o seniory***

Millward (1999, In: Jeřábek et al., 2013) chápe péči o seniora jako podpůrnou nebo opatrovnickou pomoc či službu, jež je vykonávána pro štěstí a blahobyt seniorů, jelikož nemohou tyto činnosti vykonávat sami. Jako důvod neumožňující samostatné vykonávání těchto činností seniory autor považuje duševní nebo chronické onemocnění či nezpůsobilost. Dudová (2015) považuje za charakteristický rys péče skladbu dvou dimenzí, kterými má na mysli práci a zároveň lásku, identitu a zároveň aktivitu, přičemž tyto dvě dimenze bez sebe navzájem nefungují. Péči autorka chápe jako práci z lásky, poněvadž pečující se o někoho stará a zároveň má o něho starost. Zároveň tatáž autorka uvádí, že člověk nemůže dělat svou práci dobře, pokud k ní nemá pozitivní vztah, který je v pečovatelské rovině tím nejdůležitějším. Pozitivní vztah k péči je důležitý, neboť senior musí svému pečovateli důvěřovat při odhalování svých problémů, potřeb a intimností. Péči o seniory Dudová (2015) dělí do tří forem, tj. péče zajištěná rodinou, zdravotní péče a systém sociální péče. Stejná autorka dělí péči ještě na formální a neformální, přičemž neformální péči je myšlena péče o seniora v rodině, a formální péči je myšlena péče v institucích. Jeřábek et al. (2013) naopak v následujících řádcích dělí péči podle její intenzity na podpůrnou, osobní a neosobní. Jako podpůrnou péči, jinak také subsidiary care, autor vnímá finanční podporu, opravy v domácnosti, zajištění přepravy k lékaři, na nákup, obstarání záležitostí na úřadě apod. Dále autor dodává, že se

jedná o formu péče, kterou potřebuje téměř každý senior bez ohledu na šíři jeho omezení, a která může být poskytována pravidelně, nebo občas podle situace. Neosobní péči – impersonal care míní autor péči netýkající se seniora fyzicky, ale bez níž by senior nezvládl být doma, tj. praní, žehlení, vaření, úklid a podobné domácí práce. Tuto službu může poskytovat jak rodina seniora, tak terénní sociální služby. Péče může být častá až pravidelná. Dle Jeřábka et al. (2013) je nejnáročnější péčí osobní péče, též personal care, jejíž náročnost se promítá ve všech směrech – fyzické, psychické i časové. Autor definuje potřebu osobní péče jako nutnost nepřetržité přítomnosti pečovatele 365 dní v roce, 24 hodin denně, během které pečovatel obstarává osobní hygienu, podává stravu, léky a zvedání, převádění, převážení, posazování seniora apod. Osoba, která vyžaduje takovou péči, má dle předchozího autora dvě možnosti, a to buďto obrátit se na pomoc rodiny nebo na poskytovatele sociálních či zdravotních služeb.

### **1.2.1 Rodinná péče**

Dle Sikorové (2014) rodinná péče, často nazývána též jako neformální, poskytuje seniorovi pocit bezpečí, jistotu, sociální a emocionální podporu, a tím i vhodné podmínky pro zdraví jedince. Brenna a Di Novi (2015) uvádějí, že neformální péče o seniora zahrnuje osobní péči, domácí práce a administrativní činnosti. Dle Svobodové (2010) nemusí rodinný příslušník jako pečovatel poskytnout seniorovi prvotřídní ošetrovatelskou péči, ale pro seniora je snazší přijmout péči od osoby blízké než od osoby cizí. Dále uvádí, že je péče o nesoběstačného seniora fyzicky, časově, psychicky i finančně náročnou situací, a bohužel, ne každé dítě je ochotno starat se o své rodiče, a ne každý má možnost postarat se. Autorka nepovažuje za stěžejní samotnou péči o seniora, nýbrž kombinaci péče a osobního, společenského a pracovního života. Brenna a Di Novi (2015) považují dlouhodobé poskytování péče jako za faktor způsobující pečovateli stres a pocit vyhoření. Dále podotýkají, že taková péče může mít negativní dopad na pracovní a sociální život. Dle Jeřábka et al. (2013) se rodinná péče nemusí vnímat pouze jako obstarávání seniora, neboť lze rodinnou péči minit i spolupráci rodiny s poskytovatelem služby, ve které je senior ubytován. Autor tím myslí poskytování informací o seniorovi, poskytování emocionální podpory apod.

Dle Dudové (2015) je rozhodnutí, které zajistí péči o seniora v domácím prostředí, na příbuzných seniora, nejčastěji na partnerce/ partnerovi, dětech nebo vnoučatech. Kruijswijk et al. (2015) uvádí, že péči o své blízké vykonávají spíše ženy než muži. Dle výsledků výzkumu autora lze říci, že v péči hraje roli pohlaví jak pečovatele, tak seniora a to tak, že ženy se starají častěji o své matky, a muži se starají převážně o své otce. Jeřábek et al. (2013), který se zabývá stejnou problematikou, vnímá manželky jako pečovatelky, jež poskytují nejdůslednější a nejspolehlivější péči. Výše zmíněný autor Kruijswijk et al. (2015) považuje za důvody, proč pečují častěji ženy než muži, vyšší pravděpodobnost žen dožítí se vyššího věku ve zdraví, historické spojení žen s rolí pečovatelky a vyšší starostlivost žen o své blízké. Autor uvádí, že ženy jsou lepšími pečovateli než muži proto, že dokážou být flexibilnější. Dudová (2015) a Jeřábek et al. (2013) uvádějí další důvody, proč pečují o seniory spíše ženy. Oba autoři se shodují na tom, že ztráta příjmu ženy bývá mnohdy méně bolestivá než ztráta příjmu muže, neboť muži zpravidla bývají na trhu práce odměňováni vyšším platovým ohodnocením. Ani jeden z autorů nepopírá existenci mužů jakožto pečovatelů, protože každý pečující se rozhodne na základě svých pocitů a možností, které jsou individuální, nikoli na základě pohlaví. Dle Kikuzawi (2016) má pečovatel nesčetně možností podpory, kterou může využít, ať už se jedná o podporu formální nebo neformální. Tentýž autor podotýká, že muži spíše využívají formální pomoci na rozdíl od žen, které jsou více otevřeny k využití podpory z řad přátel a sousedů. Rempel (1985) tvrdí, že už po desítky let je péče ze strany dětí přeceňovaná, neboť výzkumy ukázaly, že děti jsou pro seniora spíše stresujícím faktorem než pomocí. Odůvodňuje to tím, že senior žije v obavě z toho, že péče ohrozí dobré vztahy mezi nimi a dětmi. Dále autor uvádí, že bezdětní senioři se mohou více spolehnout na své přátele než senior – rodič.

Stejně jako každá mince má rub a líc, rodinná péče má své výhody a nevýhody. Když se na věc podíváme z pohledu seniora, určitě převyšují výhody. Pokud na věc nahlíží rodinný příslušník – pečovatel, může přijít na více nevýhod. Je obecně známé, že jakákoli péče je náročná. O to víc je náročnější, když v péči hrají roli city, strach a obavy.

Dle Dudové (2015) mezi výhody patří zkušenosti, které pečovatel svým rozhodnutím získá, soudržnost rodiny, která se prohloubí a posílení vztahu se seniorem. Z pohledu seniora vnímá autorka rodinnou péči za výhodnou už jen z toho důvodu, že pečovatel je flexibilní, tzn. že se rychle přizpůsobí změněným potřebám a nárokům seniora, poskytne mu tak kvalitní péči, jaká je v jeho silách, a udržuje seniora v psychické pohodě a kontaktu s rodinou. Dle stejné autorky bohužel existuje i řada nevýhod, neboť mnohdy



rodina nemá tušení o správných způsobech poskytování osobní péče, jejíž následky mohou ovlivnit zdraví seniora a fyzické i psychické zdraví pečovatele. Brenna a Di Novi (2015) doplňují, že pečovatel může během péče trpět depresemi, obzvláště v případě, že se seniorem nemá pozitivní vztah.

Dudová (2015) nevidí náročnost péče pouze v obstarávání seniora, nýbrž také ve velmi častém obětování přátel, zaměstnání a zájmů. Dále zmiňuje riziko ztráty pozice pečovatele ve společnosti, ztráty životní úrovně a psychické podpory. Stejná autorka uvádí, že odrazem nespokojenosti pečujícího může být následné týrání, zneužívání a zanedbání seniora, tzv. Ean syndrom, nebo podle Mlýnkové (2011), také ageismus (diskriminace seniora).

EAN syndrom je do češtiny překládán jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného seniora. Dle autorky Hřibalové (©2008-2017) má EAN syndrom tělesnou, psychickou, sexuální a materiální podobu, kdy dochází například k fyzickému napadání seniora, slovnímu urážení, sexuálnímu obtěžování nebo okrádání seniora. Dudová (2015) upozorňuje na problém, který není ve společnosti tak probíraný, a tím je myšlena šikana pečujícího ze strany seniora, kdy si senior zvykne na přizpůsobivost a ochotu pečujícího a této skutečnosti využívá.

Dle Dudové (2015) častým zdrojem nespokojenosti a hádek mezi seniorem a pečujícím jsou finance. Autorka uvádí, že mnoho pečujících se potýká s finanční tísní, neboť s neustále prodlužující se věkovou hranicí odchodu do důchodu, jsou pečovatelé nuceni z důvodu péče opustit předčasně své zaměstnání. Jako potenciální příjem vidí autorka v úsporách nebo příspěvku na péči. Právě tento příspěvek je dle ní adresován pečujícímu jako odměna za jeho péči, ale pečující má často problém tento příspěvek přijmout, neboť mají pocit, že by tím okrádali své rodiče. Jako další důvod, proč si pečující nechce vzít peníze z příspěvku, uvádí autorka hrdost, neboť nechtějí brát dávku za takovou samozřejmost, jako je péče o rodiče. Autorka bere v potaz nedostatečnou informovanost rodin, a tak se mohou objevit i lidé, kteří o příspěvku neví a tím pádem ho nepobírají.

## **Pomoc rodině**

Nejjednodušším řešením je podělit se o péči o seniora s příbuznými. Pokud má senior partnerku a děti, je možné, aby si péči rozdělili, popřípadě se v péči střídali. Pečujícímu tak bude k dispozici čas, který může využít na sebe a své přání a potřeby.

**Odborné poradenství** v oblasti sociální péče je dle Jeřábka et al. (2013) prvním krokem, který má pečující udělat. Výhodu autor vidí v orientaci v právech a povinnostech, nárocích a pomůckách týkajících se péče. Dle stejného autora péče o člena rodiny vyžaduje znalosti dané problematiky, neboť neznalostí lze způsobit seniorovi újmu na zdraví nebo ohrozit zdraví samotného pečujícího. Pečující má dle autora možnost absolvovat kurz základů pečovatelské praxe, který je zpoplatněn, avšak pečující je díky němu připraven na situace, ve kterých by si nemusel vědět rady, zvyšuje tím kvalitu péče a nezávislost rodiny na odborné pomoci.

## **Propojení rodinné a institucionální péče**

**Domácí péči** definuje Národní centrum domácí péče České republiky (©2016) jako zdravotní péči poskytovanou v domácím prostředí, jejímž posláním je kvalitní zdravotní péče v přirozeném prostředí a jejímž cílem je udržení a podpora zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení u osob, které nelze vyléčit, zajištění klidného umírání. Služba je dle Národního centra domácí péče České republiky dostupná 24 hodin denně po celý týden, je na doporučení lékaře a dle okolností hrazena buď zdravotní pojišťovnou nebo klientem.

Následující 4 odstavce jsou citovány ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Když se rodina nemůže sama postarat o nesoběstačného seniora, může se obrátit na službu **sociální péče** pro pomoc nebo jako řešení. Služba sociální péče pomáhá zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost a zapojení do běžného života osobám, které jsou nejčastěji ze zdravotního důvodu nesoběstační. Sociální služby, které může rodina při neformální péči využít, dělíme na ambulantní, pobytové a terénní.

Terénní služby jsou výpomocí pro rodiny, které se rozhodly pečovat o nesoběstačného seniora, ale z různých důvodů se o něj nemohou starat celý den. Výhodou terénní služby je, že je poskytována v přirozeném prostředí klienta. Za takovou službu považujeme například osobní asistenci a pečovatelskou službu. Obě služby poskytují pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění

stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Rozdíl mezi nimi je, že osobní asistence, na rozdíl od pečovatelské služby, funguje 24 hodin denně. Dále pak osobní asistence poskytuje ještě navíc výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Pokud senior nepotřebuje pomoc druhé osoby s běžnými denními úkony, ale je vystaven riziku ohrožení zdraví nebo života v případě zhoršení jeho zdravotního stavu, má možnost využít službu tísňové péče. Jedná se o terénní službu, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci, a v případě potřeby poskytuje a zprostředkovává pomoc.

Každý člen rodiny, který se rozhodne o seniora pečovat, dobrovolně obětuje svou svobodu, soukromí, možná i práci nebo partnera a přátele. Nemůže být v jeho silách, starat se o blízkou osobu několik let v kuse. Proto jsou nabízeny odlehčovací služby (respitní péče), které umožní pečující osobě zasloužený odpočinek. Odlehčovací služba může být poskytována v běžném prostředí klienta, v sociální službě nebo jako ambulantní zařízení. Mezi úkony, které služba nabízí a jsou pečovatelem i seniorem považovány za nejdůležitější, je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění/poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně apod.

Další služby, které může rodina využít, jsou centra denních služeb, denní stacionáře a týdenní stacionáře. Tyto služby jsou ambulantní nebo pobytové a slouží k odpočinku pečovatele nebo umožňují pečovateli docházet do zaměstnání.

### ***1.2.2 Institucionální péče***

Většina seniorů by chtěla dožít v domácím prostředí, avšak obavy o jejich bezpečnost a poskytování odborné péče je přiměje k rozhodnutí o umístění do institucionální péče (Caldeira et al., 2017). Rozdíl mezi rodinnou a institucionální péčí je ten, že senior nežije ve svém přirozeném prostředí a nestarají se o něj osoby blízké. Institucionální péče je vykonávána osobami, jejichž vzdělání je zaměřené na péči o seniory. Nejedná se pouze o pracovníky v sociálních službách, nýbrž i o zdravotnický personál a sociální pracovníky. Hned na úvod je potřeba uvést, že institucionální péče není přímým protikladem rodinné péče. Naopak, institucionální péče doplňuje rodinnou péči dle potřeb rodiny a seniora. Neformální péče může být ambulantního, pobytového

nebo terénního charakteru. Řadíme sem služby viz podkapitola „Propojení rodinné a institucionální péče“.

### **Domov pro seniory**

Domov pro seniory je dle zákona o sociálních službách (2006) pobytovou sociální službou zřízenou krajem nebo soukromou osobou. Cílovou skupinu zákon vymezuje osobami od 55 let věku, které trpí zdravotním postižením a dále osobami, které potřebují sociální péči, neboť jsou závislé na pomoci druhých. Obecnými zásadami domovů pro seniory, dle Domova seniorů Třeboň (© 2017), je zachování lidské důstojnosti, podpora samostatnosti a nezávislosti, ochrana lidských práv. Dle Domova seniorů Třeboň (© 2017) má každý domov své cíle, ale společným cílem je snaha o zajištění co nejkvalitnější péče o klienta. Z vlastní praxe jsem pochopila, že vzhledem ke stárnutí populace a čím dál vyšší poptávce po této službě, se do domovů umisťují především klienti, kteří mají třetí a čtvrtý stupeň příspěvku na péči, ale samozřejmě to není podmínkou. Záleží na okolnostech, situaci jedince a možnostech domova pro seniory. Domovy pro seniory zajišťují dle zákona o sociálních službách (2006) následující služby: ubytování, strava, zvládání běžných úkonů péče, hygiena, kontakt se společenským prostředím, aktivizační činnost, obstarávání osobních záležitostí, uplatňování práv. Dále dle stejného zákona domovy mohou poskytovat svým klientům například duchovní služby či jiné fakultativní (tzn. zpoplatněné) služby. Šídlo et al. (2016) uvádí, že v současné době vzhledem ke stárnutí populace, začíná být nedostatečný počet lůžek v domovech pro seniory, přestože je v České republice evidováno přes 490 domovů s celkovou kapacitou cca 38 100 lůžek.

### **Domov se zvláštním režimem**

Domov se zvláštním režimem je zákonem o sociálních službách (2006) definovaný jako zařízení poskytující své služby osobám, které z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo z důvodu různých typů demence mají sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje každodenní pomoc druhé osoby. Dvořáčková a Hrozenková (2013) vysvětlují, že domov se zvláštním režimem se tak nazývá proto, že režim poskytování péče je přizpůsoben specifickým potřebám těchto jedinců. V zákoně o sociálních službách (2006) jsou vymezeny následující činnosti této služby: ubytování, strava, zvládání běžných úkonů péče, hygiena, kontakt se

společenským prostředím, aktivizační činnost, obstarávání osobních záležitostí, uplatňování práv, a na rozdíl od domova pro seniory poskytuje sociálně terapeutické činnosti.

### **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**

Ministerstvo práce a sociálních věcí (©2016-2017) na svých webových stránkách vymezuje sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jako služby seniorům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje lůžkovou péči, ale ani neumožňuje být doma. Tyto služby mají být dle stejného ministerstva poskytovány po dobu, než bude mít senior zajištěnou pomoc osobou blízkou, jinou fyzickou osobou nebo sociální službou.

## **2. Cíl a výzkumná otázka**

### **2.1 Cíl**

Cílem této bakalářské práce je zjistit, které faktory a informace jsou zásadní pro rozhodování o způsobu péče o seniora. To znamená, jaké faktory a informace vedou pečující k ponechání si seniora v domácím prostředí, a naopak, jaké faktory a informace jsou zásadní pro podání žádosti o umístění do domova pro seniory.

### **2.2 Výzkumný předpoklad**

Klíčovými faktory mohou být dostupnost sociálních služeb a finance rodinných příslušníků.

### **2.3 Dílčí výzkumný předpoklad**

Mimo hlavní výzkumný předpoklad jsem si dále zvolila další výzkumné předpoklady, po kterých jsou pojmenovány jednotlivé okruhy výzkumu. Jedná se o předpoklad informovanosti, očekávání, anamnestické údaje, výhody a nevýhody. Jako jeden z okruhů bylo zvoleno „rozhodování“, jehož cílem bylo zjistit, kdo měl při rozhodování hlavní slovo.

### 3. Metodika

#### 3.1 Použitá výzkumná strategie

Sběr dat proběhl metodou kvalitativního výzkumu. Výzkum je dle Loučkové (2010) chápán jako proces, na jehož konci by měl výzkumník nalézt odpověď na výzkumnou otázku. Dle Hendla (2016) činnost výzkumníka spočívá ve sběru informací, které následně analyzuje a na základě analýzy vytváří závěry. Kvalitativní výzkum je dle Miovského (2006) přístup, který je založen na jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, dynamice a reflexivitě. Dle stejného autora jedinečnost tohoto přístupu spočívá v individuálním vnímání daného tématu komunikačními partnery. Hendl (2016) uvádí, že na začátku kvalitativního výzkumu je třeba, aby byla definovaná výzkumná otázka. Jako výhodu tentýž autor vnímá flexibilitu daného výzkumu, neboť se v průběhu může měnit či doplňovat výzkumná otázka, sběr i analýza dat v závislosti na měnících se potřebách výzkumu. Analýza a sběr dat probíhají současně (Hendl, 2016). Podle Reichla (2009) by výsledkem kvalitativního výzkumu mělo být porozumění zkoumanému jevu. Jako nejvýhodnější technikou sběru dat se jevila technika narativního zkoumání, neboť je pro ni charakteristické volné vyprávění informanta na předem dané téma (Hendl, 2016). Hendl (2016) dále podotýká, že v rámci volného vyprávění dochází k projevení subjektivních významových struktur, které by se během pouhého dotazování nemusely objevit.

Jako doplňující techniku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem si vytvořila několik tematických okruhů, které mi při rozhovoru umožňovaly lepší orientaci v problematice pro získání co nejvíce podstatných informací. Polostrukturovaný rozhovor dle Miovského (2010) umožňuje získat informace na stanovené téma, pomáhá objasnit odpovědi a usnadňuje analýzu a srovnání získaných dat. Dále jsem pro lepší pochopení pocitů komunikačního partnera použila techniku pozorování. Dle Hendla (2016) pozorování výrazu komunikačního partnera a neverbální komunikace přispěje k doplnění a prohloubení získaných informací.

Jak je již výše zmíněno, rozhovor je rozdělen celkem do sedmi okruhů. Tyto okruhy jsou autorkou práce považovány za jednotlivé faktory, které mohou podmiňovat výběr způsobu péče o seniora. Každý z okruhů je doplněn otázkami pro lepší pochopení daného okruhu (viz přílohy).

Jako okruhy jsou vymezeny:

- obecné údaje,
- informovanost,
- dostupnost sociálních služeb,
- finance,
- očekávání,
- rozhodování,
- výhody a nevýhody daného způsobu péče.

Dále byly při výzkumu pokládány informantům dílčí otázky z okruhů, pokud nebyly automaticky zodpovězeny samotným informantem. Každý z komunikačních partnerů byl před zahájením rozhovoru informován o účelu našeho rozhovoru. Dále byl informantovi předložen k podpisu informovaný souhlas (viz přílohy) obsahující informace o naprosté anonymitě a je důležitý k vyjádření souhlasu s uveřejněním výsledků vyplývajících z analýzy rozhovoru. Každý z rozhovorů byl nahráván na mobilní telefon. Tyto rozhovory byly následně doslovně přepsány a uloženy v archivu autorky. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí informanta nebo na půdě domova pro seniory, kde měli informanti umístěné seniory. Pro prezentaci dat jsem zvolila tabulku, která obsahuje název okruhu, dílčí podotázky a generalizované odpovědi informantů.

### **3.2 Popis výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je tvořen osmi vybranými rodinnými příslušníky těch seniorů, kteří jsou odkázáni na péči druhé osoby. Kritériem tedy byla skutečnost, že rodinný příslušník má v rodině nesoběstačného seniora. Informantem pak byl vybrán ten rodinný příslušník, který se ujal péče o nesoběstačného seniora, nebo ten, který byl potencionálním pečovatelem, jenž musel rozhodnout o umístění seniora do domova pro seniory. To znamená, že informanti byli vybíráni na základě způsobu péče o seniora. Každý z účastníků byl účasten na základě dobrovolnosti. Před samotným rozhovorem bylo informantům sděleno téma rozhovoru, význam rozhovoru a následná možnost rozhodnout se, zda se chce výzkumu účastnit, či nikoli. Každý z oslovených účastníků výzkumu s rozhovorem i následným zpracováním dat souhlasil. Při samotném rozhovoru, který probíhal buďto v přirozeném prostředí účastníka nebo v prostředí domova pro



seniory, nebyl účasten nikdo, kromě výzkumníka a informanta. Sběr dat probíhal v průběhu měsíců ledna a února tohoto roku.

### **3.3 Operacionalizace pojmů**

*Klíčovými faktory mohou být dostupnost sociálních služeb a finance rodinných příslušníků.*

Klíčový faktor – důležitá skutečnost mající vliv na rozhodnutí o způsobu péče o seniora

Dostupnost – míra dosažitelnosti

Sociální služba – služba poskytující pomoc osobám v nepříznivé životní situaci

Finance – peněžní zajištění

Rodinný příslušník – člen rodiny, který se stal pečující osobou nebo který rozhodl o umístění seniora do domova pro seniory

Pojmy objevující se v textu:

Potencionálně pečující osoba – osoba, která zvolila institucionální způsob péče o seniora.

Pečující osoba – osoba, která zvolila péči o seniora v domácím prostředí.

### **3.4 Předvýzkum**

Výzkumníkem byl před zahájením samotného výzkumu proveden předvýzkum, na základě kterého byly okruhy otázek přepracovány a doplněny, neboť se během předvýzkumu ukázalo, že otázky nejsou správně položeny nebo není jejich význam jasný. Předvýzkum byl proveden za pomoci dvou informantů, kteří měli k rozhovoru své výhrady a dopomohli tím výzkumníkovi při dalším sběru dat.

#### 4. Vyhodnocení výsledků

Výzkumný soubor se skládá z osmi informantů, kteří jsou rozděleni do dvou kategorií. První kategorie zahrnuje čtyři informanty, kteří se starají o seniora v domácím prostředí. Druhá kategorie zahrnuje též 4 informanty, kteří se naopak rozhodli umístit seniora do domova pro seniory a nechali tak péči na odbornících. Dále jsou výsledky rozděleny podle okruhů, které jsou podle autorky stěžejní při rozhodování o způsobu péče. Tyto okruhy jsou doplněny o otázky, které umožní přesné vymezení oddílu. Každý oddíl je doplněn autentickými výroky, které umožňují čtenáři vžít se do pečujících osob a potencionálně pečujících osob.

Tabulka 1:

<i>OBECNÉ ÚDAJE</i>	<i>Věk pečujícího</i>	<i>Věk Seniora</i>	<i>Pohlaví pečujícího</i>	<i>Způsob péče</i>
<b>Informant 1 (I 1)</b>	57 let	88 let	Žena	Rodinná péče
<b>Informant 2 (I 2)</b>	50 let	82 let	Žena	Rodinná péče
<b>Informant 3 (I 3)</b>	67 let	90 let	Žena	Rodinná péče
<b>Informant 4 (I 4)</b>	50 let	82 let	Muž	Rodinná péče
<b>Informant 5 (I 5)</b>	57 let	77 let	Žena	Institucionální péče
<b>Informant 6 (I 6)</b>	70 let	96 let	Žena	Institucionální péče
<b>Informant 7 (I 7)</b>	57 let	93 let	Žena	Institucionální péče
<b>Informant 8 (I 8)</b>	56 let	80 let	Muž	Institucionální péče

Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.1 1. Okruh - Obecné údaje

První okruh se týká obecných informací, které jsou podle autorky práce důležité pro vnesení vzhledu do situace pečujícího. Otázky se týkají příčiny potřeby péče, rodiny seniora, bytové situace pečujícího a pracovní situace pečujícího. Cílem okruhu je zjistit, jestli výše vyjmenované má vliv na rozhodování.

#### Rodinná péče

Tabulka 2:

<i>OBECNÉ ÚDAJE</i>	<i>Příčina závislosti seniora</i>	<i>Stupeň závislosti seniora</i>	<i>Rodina seniora</i>	<i>Bydlení pečujícího</i>	<i>Důchod / zaměstnání (Děti seniora)</i>
I 1	Mozková mrtvice Zlomenina	Čtvrtý	3 děti Pomáhají si pravidelně	Byt Město	Musela jsem odejít ze zaměstnání
I 2	Zlomenina	Čtvrtý	2 děti Pomáhají si občas	Dům Vesnice	V průběhu péče stále provozují živnost
I 3	Zlomenina Snížená soběstačnost z důvodu	Třetí	3 děti Nepomáhají si	Dům Vesnice	V důchodu
I 4	Mozková mrtvice Ochrnutí poloviny těla	Třetí	3 děti Pomáhají si pravidelně	Dům Vesnice	V průběhu péče jsem stále v zaměstnání

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Někdo musel zůstat doma. Irenka ještě byla mladá na to, aby šla do důchodu, tak jsem musela jít do předčasného důchodu já.“*

*„My jsme tři sourozenci. Mám jednoho brácha a jednu ségru, ale oba se k péči staví jakoby to ani nebyla jejich máma.“*

„Já jsem chodila do práce, protože já pracovala z baráku. Zvládala jsem obojí, to byla jediná výhoda, že jsem se o ní mohla takhle starat.“

### Institucionální péče

Tabulka 3:

OBEČNÉ ÚDAJE	Příčina závislosti seniora	Stupeň závislosti seniora	Rodina seniora	Bydlení pečujícího	Důchod / zaměstnání (dětí seniora)
I 5	Nádor na mozk Epileptické záchvaty	Třetí	4 děti Kladné vztahy	Byt Město	Všichni z dětí chodí do zaměstnání
I 6	Zánět v těle Omezená schopnost chůze	Třetí	1 dítě	Byt Město	Jsem v důchodu
I 7	Snížená soběstačnost z důvodu vysokého věku	Čtvrtý	4 děti Kladné vztahy	Byt Město	Já chodím do zaměstnání, ostatní jsou v důchodu
I 8	Infarkt	Třetí	2 děti Kladné vztahy	Byt Město	Všichni sourozenci chodí do zaměstnání

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

„My jsme čtyři holky, ale když všechny musíme do práce, tak to nešlo vyřešit jinak.“

„Tak jsem čekala na sanitu. Čekala jsem, že maminka přijde, protože chodila o francouzských holích, no jenže oni přijeli a řekli, že nechodí, že nemůže chodit, no a že teda jako je nutná péče.“

#### 4.2 2. Okruh - Očekávání

Druhý okruh se týká očekávání rodinných příslušníků od obou druhů péče. Tato očekávání jsou podmíněna zkušenostmi pečujících.

#### Rodinná péče

Tabulka 4:

OČEKÁVÁNÍ	<i>Byla v rodině zkušenost s vybraným způsobem péče?</i>	<i>Jak jste si představoval/a že bude probíhat péče v domácím prostředí?</i>	<i>Jak jste si představoval/a, že bude probíhat péče v domově pro seniory?</i>
I 1	Ne, nebyla	Dokud to člověk nezažije, nedokáže si to představit	Senior by ležel celé dny na pokoji Seniora by si nikdo nevšímal
I 2	Ne, nebyla	Dokud to člověk nezažije, nedokáže si to představit	Bezohledné zacházení se seniorem
I 3	Ano, byla	Nepředstavovala jsem si péči tak náročnou	Nevím
I 4	Ano, byla	Nepředstavovala jsem si péči tak náročnou	Senior by ležel celé dny na pokoji Seniora by si nikdo nevšímal

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Já jsem ani nevěděla co a jak, co mam dělat.“*

*„No zkušenost jsem neměla, vůbec jsem nečekala, co to bude obnášet, když to chceš udělat pro mámu tak to prostě uděláš.“*

*„Já jsem zkušenost měla, protože se švagrová starala doma o tchýni, takže jsem zhruba věděla do čeho jdu. Je ale pravda, že až takhle náročný jsem to nečekala.“*

*„Do domova bych maminku nikdy nedala. Tady pro ní uděláme všechno, tam by si jí celé dopoledne třeba nikdo nevšímnul.“*

## Institucionální péče

Tabulka 5:

OČEKÁVÁNÍ	<i>Byla v rodině zkušenost s vybraným způsobem péče?</i>	<i>Jak jste si představoval/a že bude probíhat péče v domácím prostředí?</i>	<i>Jak jste si představoval/a, že bude probíhat péče v domově pro seniory?</i>
I 5	Ano, už jsem se dříve rozhodla pro stejný způsob	Z vyprávění jsem věděla, jak náročné to může být  Starala jsem se o maminku chvíli doma	Očekávala jsem hlavně odbornou a celodenní péči o maminku.
I 6	Ne, nebyla	Starala jsem se o maminku chvíli doma  Absolvovala jsem kurz pečování, protože jsem si nedokázala představit, co péče doma obnáší	Spokojení senioři, kteří mají neustálý dohled a péči.
I 7	Ano, pracuji v domově pro seniory jako pečovatelka	Starala jsem se o maminku chvíli doma  Dělám pečovatelku, vím, co péče obnáší	Očekávala jsem hlavně odbornou a celodenní péči o maminku.
I 8	Ne, nebyla	Vůbec jsem si to nedokázal představit	Nevěděl jsem, co od toho čekat.

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Já jsem shodou okolností ve stejném pokoji na stejné posteli měla tchýni, která tam ležela 10 let po mozkové mrtvici, a to jsme tenkrát taky řešili, taky jsme stáli před takovým rozhodnutím, a švagrová tenkrát rozhodla.“*

*„...a ty lidi v domově byli jako spokojený, takový jako pohádkový dědečkové a babičky, mezi nimi chodili sestřičky, nosili jim svačinu, tak to byl takový můj pocit, který se mi vybavil z dětství, když jsem se rozhodovala.“*

*„Já tady v domově pracuju, takže jsem věděla, že maminka tu bude mít tu nejlepší, a hlavně celodenní péči.“*

*„Nikoho jsme v domově neměli a ani jsme nevěděli co od toho čekat.“*

### 4.3 3. Okruh - Informovanost

Okruh týkající se informovanosti zahrnuje otázky, které se týkají shánění informací. Konkrétně od koho rodina sháněla informace o péči a kdy se o tyto informace začala více zajímat. Zásadní otázkou je, zda vůbec rodina věděla, že má na výběr mezi více možnostmi péče.

#### Rodinná péče

Tabulka 6:

INFORMOVANOST	<i>Informoval Vás někdo o druzích způsobu péče?</i>	<i>Kde jste sháněli informace o daném způsobu péče?</i>	<i>Kdy jste sháněli informace o daném způsobu péče?</i>
I 1	Ne, nevěděla jsem, jak jinak se postarat než sama doma	Od lékaře	Až během péče, když nastala problémová situace
I 2	Ano, lékař Ano, lidé z mého okolí	Od přátel	Až během péče, když nastala problémová situace
I 3	Ano, lékař Ano, lidé z mého okolí	Od lékaře Od přátel Na internetu	Až během péče, když nastala problémová situace
I 4	Ano, lidé z mého okolí Ano, rodina Ano, sociální pracovnice	Od lékaře Od přátel	Až během péče, když nastala problémová situace

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Nikoho v okolí, kdo by mi řekl, co ta péče obnáší nebo by mi poradil, jsem neměla.“*

*„Já jsem neměla o péči ani potuchy, takže jsem nevěděla, jaký situace můžou nastat, tak jsem všechny informace sháněla až když nějaký problém nastal. Většinou jsem se jako*

první koukala na internet, protože to bylo nejrychlejší. Kdybych dopředu věděla, co všechno budu muset řešit, možná bych uvažovala nad jinou možností.“

„Ten záchod, když měla tu ruku, to byla jedinečná věc. No ale taky ti nikdo neřekl, že to existuje takový záchod. No, ale to muselo být spoustu jiných věcí. Potom když jsme říkali, že takhle s tou rukou už nemůže, tak mi někdo řekl o těch plínkách, o těch kalhotkách ne. No tak pak jsem se ptala doktorky, jestli by to nepředepsala, abych jí nemusela furt rvát. No tak mi napsala dva balíky, ale taky mi to mohla předtím říct. Nikdo ti nic neřekl.“

### Institucionální péče

Tabulka 7:

INFORMOVANOST	Informoval Vás někdo o druhých způsobu péče?	Kde jste sháněli informace o daném způsobu péče?	Kdy jste sháněli informace o daném způsobu péče?
I 5	Nepotřebovala jsem, věděla jsem, jaké mám možnosti	Měla jsem již zkušenost Od lékaře	Až když jsem sama nezvládala péči doma
I 6	Ano, charita	Od lékaře Od přátel Od pracovníků	Až když nastala problémová situace a musela jsem se o péči rozhodnout
I 7	Nepotřebovala jsem, věděla jsem, jaké mám možnosti	Měla jsem již zkušenost Od sociální pracovníce	Během doby, co probíhala domácí péče, protože jsem předpokládala problémy
I 8	Ne, zajímal jsem se pouze o jeden způsob	Od lékaře Od přátel	Až když nastala problémová situace a musel jsem se o péči rozhodnout

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

„Já začala chodit na kurz péče o starý lidi, tam nám říkali, co všechno je, tak jsem si tam chodila půjčit gramofon a tyhle věci abych je měla.“



„Šla jsem po parku s maminkou a potkala jsem tam kamarádku a ona nám řekla, na co všechno máme nárok, protože ona měla zkušenosti. Do té doby jsem moc o péči nevěděla“

„Já jsem začala důchodčák řešit už když jsem se starala o maminku doma, protože jak se v tom pohybuju, tak jsem věděla, že jednou přijde ta chvíle, kdy se její stav zhorší a bude potřebovat lepší péči.“

„Do té doby nebylo nutné se o to zajímat to bylo ze dne na den.“

#### 4.4 4. Okruh - Dostupnost sociálních služeb

Cílem okruhu je zjistit, jestli měli rodinní příslušníci při rozhodování podvědomí o sociálních službách, na které se mohou obrátit. S možností využití sociálních služeb úzce souvisí dostupnost těchto služeb.

#### Rodinná péče

Tabulka 8:

DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	Věděli jste, v době rozhodování, jaké sociální služby jsou ve vašem okolí?	Věděli jste o možnosti využití terénních sociálních služeb?	Přijdou vám sociální služby ve vašem okolí dostupné?
I 1	Nevěděla jsem o nich	Ne, nevěděla jsem, že existují	Nevím
I 2	Něco jsem slyšela, ale nezajímala jsem se o to	Ano, věděla jsem o nich, nevyužívám je	Ano, přijdou mi dostupné
I 3	Nevěděla jsem o nich, nezajímala jsem se o to	Ano, věděla jsem o nich, nevyužívám je	Nevím
I 4	Ano, měla jsem přehled	Ano, věděla jsem o nich, využívám je	Ano, přijdou mi dostupné

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„O nějakých službách jsem nevěděla, a možná i proto, že jsem se o ně nezajímala.“*

*„No vím, že jsou terénní služby, no ale nevyužívám to, když to zvládám, tak si sem nechci pustit cizí lidi. Bylo by mi to blbý a stejně bych neměla klid.“*

*„Nikdo mi nic neřekl, kde jsem se po tom měla pít. Kdybych věděla, že existují služby, co doma pomáhají, tak bych je určitě využila.“*

### Institucionální péče

Tabulka 9:

DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	<i>Věděli jste, v době rozhodování, jaké sociální služby jsou ve vašem okolí?</i>	<i>Věděli jste o možnosti využití terénních sociálních služeb?</i>	<i>Přijdou vám sociální služby ve vašem okolí dostupné?</i>
I 5	Ano, aktivně jsme vyhledávali	Ano, využívali jsme je	Určitě ano
I 6	Ano, aktivně jsme vyhledávali	Ano, matka přítomnost cizích lidí odmítala	Určitě ano
I 7	Ano, celý život se pohybuji v sociální službách	Ano, dříve jsem v nich působila jako pečovatelka	Určitě ano
I 8	Ano, aktivně jsme vyhledávali	Ano, využívali jsme je	Nevím

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Terénní služby, to jsem tenkrát věděl, ale je to jen na chvíli.“*

*„My chtěli hrozně do domova tady, jsme tady, má tady vnučata, na umístění jsme čekali 3 měsíce. bylo to fakt jako rychlí. Jako my to brali jako že je to zázrak, že nás vzali.“*

„Tak my jsme zkoušeli sociální služby, že by nám tam chodili, ale ať jsme dělali, co tak jsme neobsáhly těch 24 hodin.“

„Jako já, když jsem chodila na to školení tak tam nám říkali, že oni taky docházejí do domácností, takže tam jsem se to dozvěděla. Ale když jsem mamince řekla, že bych si vzala někoho, abych taky chodil tak byla zásadně proti. Nechtěla nikoho do toho svého bytu.“

#### 4.5 5. Okruh - Finance

Okruh financí autorka zařadila, neboť předpokládá, že je to jedna z hlavních otázek, kterou rodiny řeší. Autorka se v této části zabývá i otázkou dávek státní sociální podpory.

#### Rodinná péče

Tabulka 10:

FINANCE	<i>Brali jste při rozhodování ohled na finance?</i>	<i>Věděli jste při rozhodování o příspěvcích, na které má senior nárok?</i>	<i>Ovlivnil daný způsob péče vaší finanční situaci?</i>
I 1	Rozhodně ne	Ne, nevěděla	Ano, negativně
I 2	Rozhodně ne	Ne, nevěděla	Ano, negativně
I 3	Rozhodně ne	Ano, věděla jsem o příspěvku na péči	Ne nějak výrazněji
I 4	Ano, v souvislosti se zaměstnáním	Ano, věděla	Ne nějak výrazněji

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„No to víš, že to byl skok, když jsi z 12 000 přešla na podporu, která byla kolem 4000. To mě ovlivnilo sakra.“*

*„To víš no, že toho neuděláš tolik, protože jsem chodila do práce, jak jsem to měla tady doma. Jako já jsem peníze nebrala v potaz, ale nestihla jsem těch zákaznic udělat tolik, takže jsem přicházela o zisk tou péčí.“*

*„O příspěvku mi řekla až jedna paní, tak jsem se na to šla doktorky ptát. Já měla babičku už pár měsíců doma a nikdo mi o něm neřekl.“*

### Institucionální péče

Tabulka 11:

FINANCE	<i>Brali jste při rozhodování ohled na finance?</i>	<i>Věděli jste při rozhodování o příspěvcích, na které má senior nárok?</i>	<i>Ovlivnil daný způsob péče vaší finanční situaci?</i>
I 5	Ano, v souvislosti se zaměstnáním	Ano	Rozhodně ne
I 6	Rozhodně ne	Ne, dozvěděla jsem se to až v domově	Rozhodně ne
I 7	Ne, kdybych zůstala doma, byla bych na tom lépe	Ano	Rozhodně ne
I 8	Ano, v souvislosti se zaměstnáním	Ne, dozvěděla jsem se to až v domově	Rozhodně ne

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„To jsme o příspěvku nevěděli, to vyřizovala až v domově paní sociální.“*

*„Ne ne ne, finance nehráli roli, nic, každý máme svůj důchod, můžu říct, že babičce tady ještě zbývají nějaké peníze.“*

*„Ani jsme nevěděli, že máme nárok na nějaký ty dávky.“*

„Ne, i to jsem se rozhodovala, protože mě zemřel před 2 lety manžel a já jsem si jí mohla vzít k nám do bytu. Mohla jsem brát důchod po manželovi, svůj důchod, a ještě peníze na péči, já bych na tom byla naopak velice dobře, kdybych si nechala maminku doma.“

#### 4.6 6. Okruh - Rozhodování

Okruh rozhodování se zaměřuje na to, kdo o daném způsobu péče rozhodl, a na to, zda by se pečující/ rodina rozhodli stejně po zkušenosti s danou péčí.

#### Rodinná péče

Tabulka 12:

ROZHODNUTÍ	<i>Když už jste péči absolvovala, rozhodla byste se stejně?</i>	<i>Kdo rozhodl a vybraném druhu péče?</i>
I 1	Ano, ale pouze pokud by se jednalo o člena nejbližší rodiny	Shodli jsme se se seniorem
I 2	Ano, ale pouze pokud by se jednalo o člena nejbližší rodiny	Já jsem se chtěla postarat
I 3	Nejsem si jistá, možná pouze pokud by se jednalo o člena nejbližší rodiny	Senior
I 4	Ano, pokud by se stav seniora nezhoršil	Děti se domluvily

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

„Abych jí dala do důchodáku, to by mě ani nenapadlo.“

„No o tom, že se budu o babičku starat já, rozhodla vlastně ona. My s ní tenkrát jezdili k doktorovi a vyřizovali za ní papíry, tak si určila, že bude tady u nás doma a budu

se o ní starat. Nevím, jestli bych to zvládla absolvovat znovu, je to hodně náročný. Určitě by muselo jít o člena rodiny. “

„Určitě ano, když by se jednalo o někoho z rodiny, tak bych to udělala znovu.“

### Institucionální péče

Tabulka 13:

ROZHODNUTÍ	<i>Když už jste péči absolvovala, rozhodla byste se stejně?</i>	<i>Kdo rozhodl a vybraném druhu péče?</i>
I 5	Určitě ano	Senior
I 6	Určitě ano	Senior
I 7	Asi ano	Děti
I 8	Nic jiného by mi nezbylo	Děti

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

„No mě by nic jiného nezbylo, v tom stavu, v jakém babička je tak by to ani jinak nešlo.“

„Ona sama řekla, že to k tomu není, že chce do domova. To byl její nápad, protože věděla, že už je problém.“

„Jak vidím tu péči myslím si, že jsme udělali dobře.“

#### 4.7 7. Okruh - Výhody a nevýhody

Okruh výhody a nevýhody je zařazen proto, aby rodina nepřímo vyjádřila svůj názor na daný druh péče, pro který se rozhodli.

#### Rodinná péče

Tabulka 14:

VÝHODY A NEVÝHODY	<i>Jaké má podle Vás daná péče nevýhody?</i>	<i>Jaké má podle Vás daná péče výhody?</i>
I 1	Člověk musí být neustále doma a k dispozici  Únava	Pro pečovatele výhody nejsou  Dobrá pocit, že se o seniora starám
I 2	Člověk musí být neustále doma a k dispozici  Únava  Fyzická náročnost  Psychická zátěž  Starost  Ovlivňuje to celou rodinu	Senior je v domácím prostředí  Pro pečovatele výhody nejsou
I 3	Člověk musí být neustále doma a k dispozici  Fyzická náročnost  Psychická zátěž	Pro pečovatele výhody nejsou
I 4	Člověk musí být neustále doma a k dispozici  Psychická zátěž  Ovlivňuje to celou rodinu	Senior je v domácím prostředí  Nejsme od seniora „odstříhnutí“

Zdroj: vlastní výzkum

Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Vůbec nemohla jsem nikde tvrdnout. Opravdu jsi zavřená, uvázaná jak pes u boudy, ale nedá se nic dělat, prostě takový je život.“*

*„To bylo nocí nevyspaných s babičkou. Já úplně brečela, já už jsem nemohla.“*

*„To nevím ale pro ty rodiče je to velká výhoda, když zůstane v rodině, než když jí někam šoupneš no a pro mě výhody nebyly. To je vlastně jenom starost, jsem se nikam nedostala, byla jsem uvázaná furt doma. Nevýhody ten čas. Je to omezení pro celou rodinu, manžel sám nechtěl nikam chodit, když jsem nemohla já, trpí tím celá rodina.“*

### **Institucionální péče**

Tabulka 15:

<b>VÝHODY A NEVÝHODY</b>	<i>Jaké má podle Vás daná péče nevýhody?</i>	<i>Jaké má podle Vás daná péče výhody?</i>
I 5	Možná málo soukromí	Odborný dohled Společenské akce Maminka si má
I 6	Nevýhody nejsou	Odborný dohled Maminka si má s kým povídat
I 7	Maminka není v domácím prostředí	Odborný dohled
I 8	Maminka není v domácím prostředí Těžko si senioři zvykají	Odborný dohled

Zdroj: vlastní výzkum



Vybrané odpovědi informantů upřesňující výroky v tabulce výsledků:

*„Tady mají akce. Pokoje po dvou lidech jsou výhodou i nevýhodou jo, protože na jednu stranu nemají moc soukromí, ale zase když se něco stane tak si pomůžou a můžou si spolu povídat.“*

*„Tady přes noc je kontrolovaná, ráno přijde sestřička, pak přijdou další sestřičky pomoci ji obléct, přinesou snídani, svačtinu, každou chvíli se otevřou dveře a někdo si s ní povídá. Jako to je úžasný a nevěděla jsem, že to tady takhle funguje.“*

*„Výhoda je celodenní péče, že kdykoli sestry přijdou. No nevýhoda je, že není doma no. Ono se říká domov, ale myslím, že i těm lidem trvá dlouho, než si zvyknou.“*

## 5. Diskuse

Výzkumná část je rozdělena do sedmi okruhů. Okruhy jsou jednotlivými faktory, které podle autorky mají vliv při rozhodování o způsobu péče o seniora. Práce musela být rozdělena na tyto okruhy, neboť předvýzkum ukázal, že informanti buďto neví, co je při rozhodování ovlivnilo, nebo uvedou příliš obecnou odpověď typu „protože je to moje maminka.“. V této části budou jednotlivé odpovědi analyzovány, čímž se předpokládané faktory buďto potvrdí, nebo vyvrátí. Závěry pak budou platit pouze pro danou skupinu informantů, neboť vzhledem k nízkému počtu komunikačních partnerů nelze vyvodit obecně platné závěry.

Výzkumný soubor tvoří osm informantů. Převážná většina, tj. šest informantů jsou ženy a dva jsou muži. Čtyři z osmi respondentů jsou pečovateli o seniora v domácím prostředí, dále jen pečující osoby. Zbylí čtyři jsou osoby, které se rozhodly umístit seniora do pobytového zařízení, konkrétně do domova pro seniory, dále jen potencionálně pečující osoby. Z výsledků je patrné, že role pečující osoby se ujaly převážně ženy. V odborné literatuře jsou ženy též uváděny jako častější poskytovatelé péče než muži. K tomuto výsledku došel Jeřábek et al. (2013), který ve své knize uvádí, že pečovatelkami jsou převážně ženy, neboť jsou důslednější a spolehlivější než muži. Autor Kruijswijk et al. (2015) doplňuje toto tvrzení o důvody historického spojení žen s rolí pečujících osob, vyšší starostlivosti ze strany žen a pravděpodobnost dožití se vyššího věku ve zdraví u žen. Tímto tématem se zabývá i autorka Dudová (2015), která se shoduje s Jeřábkem et al. (2013), a bere v potaz i finance, kdy ztráta příjmu ženy rodinný rozpočet neohrozí tolik, jako ztráta příjmu muže. Trousinová (In: Jeřábek et al., 2013) uvádí výsledky výzkumu „Rodinná soudržnost FSV UK 2006“, které ukázaly, že z celkem 411 pečujících osob jsou ženy zastoupeny v počtu 333 a muži v počtu 78. Výzkum Rodinná soudržnost FSV UK 2006 zahrnuje i potencionálně pečující osoby, kterých bylo celkem 203 dotázaných, z toho více než  $\frac{3}{4}$  tj. 153 dotázaných byly ženy, a méně než  $\frac{1}{4}$  tj. 50 dotázaných bylo potencionálních pečovatelů – mužů.

Věkové rozmezí komunikačních partnerů je od 50 let do 70 let. Nejčastěji byli informanti ve věku 57 let. Dva informanti byli ve věku 50 let, a zbylí informanti ve věku 56, 67 a 70 let. Věk seniora, který vyžaduje celodenní péči, se dle výsledků pohybuje od 77 let do 96 let. Nelze říci, že věk pečující osoby a seniora je rozhodující pro určitý způsob péče, neboť zástupci vyššího i nižšího věku se vyskytují v obou kategoriích téměř stejně.

Dudová (2015) ve své knize uvádí kapitolu „Příběhy péče“, která má povahu výzkumu, neboť v ní respondenti odpovídají na předem daná témata. V tomto výzkumu tato autorka uvádí věkové rozmezí pečujících osob od 54 let do 63 let. V porovnání s výsledky výzkumu této práce se věková rozmezí shodují.

Příčinou závislosti seniora byla ve třech případech z osmi zlomenina. Jednalo se o zlomeniny krčku stehenní kosti a zlomeninu pažní kosti. Ve dvou případech z osmi hrála roli snížená soběstačnost z důvodu věku, demence a mozková mrtvice. Jako další příčiny byly uvedeny časté pády, ochrnutí poloviny těla, nádor na mozku, epileptické záchvaty a infarkt. Z tabulky 2 a tabulky 3 je patrné, že příčiny závislosti u osob umístěných v domově seniorů jsou vážnější než u osob v domácí péči. Konkrétně se jedná o osoby trpící nádorem na mozku, epileptickým záchvatem nebo demencí. Dalo by se říci, že zdravotní stav seniora je rozhodujícím faktorem při výběru způsobu péče o seniora. Z výzkumu rodinné soudržnosti, dle Moravcové a Jeřábka (In: Jeřábek et al., 2013) vyplývá, že nejčastější příčinou počátku péče je zhoršení fyzického stavu. Na druhé místo pak řadí nemoc či úraz a jako třetí uvádí zhoršení psychického zdravotního stavu. Oba výzkumy se na výsledcích shodují. Stupeň závislosti seniora dle výsledků neovlivňuje způsob výběru péče. V odpovědích se objevuje pouze třetí a čtvrtý stupeň, a to téměř ve shodném počtu v obou kategoriích.

Rodinná anamnéza v rozhodování nehraje roli. Autorky předpoklad byl, že čím více dětí, tím je pravděpodobnější péče v domácím prostředí. Tento předpoklad se nepotvrdil a ukázalo se, že v rozhodování nehrají roli ani rodinné vztahy. Podstatným rozdílem mezi osobami poskytující domácí péči a osobami nepečujícími doma byl způsob bydlení. Výsledky ukázaly, že pečující osoby bydlí převážně v rodinném domě a na vesnici. Oproti tomu potencionálně pečující osoby pocházejí z měst a bydlí v bytové jednotce. Závěrem lze říci, že druh a místo bydlení je pro rodinné příslušníky důležitým faktorem při rozhodování o způsobu péče o seniora.

Zajímavé jsou výsledky týkající se skloubení péče a zaměstnání. V rámci institucionální péče jsou potencionálně pečující osoby pracujícími osobami. Lze z toho vyvodit závěr, který ukazuje, že osoby chodící do zaměstnání, preferují formální péči. V rámci neformální péče to není tak jednoznačné. Pouze jeden z dotazovaných byl ochoten opustit své zaměstnání, aby mohl vykonávat péči o seniora. Pouze jeden z informantů byl v době rozhodování již v důchodu a dva z dotazovaných dokázali skloubit péči se zaměstnáním. Moravcová a Jeřábek (In: Jeřábek et al., 2013) neuvádí opuštění zaměstnání jako častou věc, které se musí pečující vzdát. Nutnost vzdát se

zaměstnání uvedlo pouze 6,5 % dotazovaných. Závěrem lze poukázat na fakt, že pečující osoby v domácím prostředí jsou ochotny pro péči udělat maximum, i kdyby to znamenalo částečnou nebo úplnou ztrátu zaměstnání. Naopak osoby, které se rozhodly umístit seniora do pobytové služby, řadí potřebu být zaměstnány nad potřebu postarat se o seniora.

Cílem druhého okruhu, okruhu očekávání, bylo zjistit, jaké mají dotazovaní představy o jednotlivých způsobech péče. První otázka se zaměřovala na zkušenost s daným způsobem péče, pro který se rozhodli. Přesně polovina dotazovaných měla zkušenost s druhem péče, avšak ne osobní, a druhá polovina zkušenost neměla. Pouze jeden z informantů se v minulosti musel rozhodovat v rámci stejné problematiky a pokaždé zvolil stejný způsob. Dá se říci, že zkušenost může a nemusí hrát roli při rozhodování o způsobu péče o seniora. V tom, jak si informanti představují jednotlivé druhy péče, nebyla téměř žádná konkrétní odpověď. Osoby pečující o seniora doma, bez zkušenosti s péčí, odpovídaly, že si péči doma nedokázaly představit. Zastávají názor, že dokud člověk péči o seniora nezažije, nepochopí, co všechno péče obnáší. Dále osoby, které měly byť sebemenší zkušenost nebo představu o péči, odpověděly, že nepředpokládaly, že domácí péče bude tak náročná. Ani jeden z dotazovaných v kategorii rodinné péče neměl zkušenost s domovem pro seniory. Od toho se odvíjela i představa o průběhu péče v takovém zařízení. Pečující osoby mají k pobytové službě negativní vztah. Představují si ji jako ústav, kdy senior pouze leží na pokoji, nikdo o něho nejeví zájem, a jako prostředí, kde se se seniorem zachází bezohledně. Oproti tomu potencionálně pečující osoby zkušenost s domácí péčí mají, neboť ji nějakou dobu musely samy vykonávat. Tyto osoby mají k průběhu péče v domově pozitivní vztah, neboť své představy upínají hlavně na odbornou a celodenní péči. Pouze jeden z informantů, který se rozhodl pro institucionální péči, nevěděl, co od obou způsobů péče čekat. Jiný z informantů se rozhodl pro péči v zařízení na základě vybavení si vzpomínek z dětství, kdy navštěvoval domov se svým dědečkem: „*A ty lidi v domově byli jako spokojený, takový jako pohádkový dědečkové a babičky, mezi nimi chodili sestřičky, nosili jim svačtinu, tak to byl takový můj pocit, který se mi vybavil z dětství, když jsem se rozhodovala.*“ Závěrem tohoto okruhu lze poukázat na fakt, že pečující, kteří se rozhodli pro péči v domácím prostředí, nemají pozitivní vztah k pobytovým zařízením, neboť v nich vyvolávají negativní pocity. Ke stejnému závěru došli v rámci výzkumu Jeřábek a Moravcová (in Jeřábek et al., 2013), kteří uvádějí, že je institucionální péče pečujícími osobami chápána jako něco cizího. Je brána jako čekárna na smrt, kde se seniorovi

nedostane takové péče, jaké se mu dostane v domácím prostředí, neboť na jednoho pracovníka připadá více klientů, kdežto doma je středem pozornosti pouze jeden senior. Naopak osoby, které se rozhodly pro péči v domově pro seniory i bez předchozí zkušenosti, se rozhodly pragmaticky, s vidinou lepší péče o seniora. Ze získaných dat vyplývá, že institucionální péče je téměř vždy druhotným rozhodnutím, neboť ve třech případech ze čtyř navazuje na domácí péči.

V rámci okruhu informovanosti byla počáteční otázka orientovaná na to, zda vůbec pečující věděli, že mají ve způsobu péče na výběr. Pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že vůbec nevěděl, že má možnost volby, protože neznal jiné způsoby, jak jinak se postarat než v domácím prostředí svépomocí. A pouze jeden odpověděl, že se zajímal jen o způsob péče v domově pro seniory, protože domácí péče nepřipadala v úvahu. Sedm z osmi komunikačních partnerů mělo povědomí o možných druzích způsobů péče. O způsob péče, který si nakonec zvolili se začali více zajímat, až když bylo téma péče aktuální. Dopředu tedy bližší informace nezjišťovali. Pouze jeden ze všech dotazovaných zjišťoval informace dopředu, protože se pohybuje v prostředí sociálních služeb. Proto mohl předpokládat situace, které mohou nastat. Zatímco nejdůležitějším poradcem pečujících osob je lékař nebo přátelé pečujícího, potencionálně pečující osoby měly jako důležitého poradce sociálního pracovníka. Závěrem lze říci, že ačkoliv pečující osoby vědí o možných způsobech péče, nejsou o nich podrobněji informovány. Autorka této práce se domnívá, že nevhodné shánění informací je důsledkem nedostatečné znalosti seniorské problematiky. Každý, kdo se dostane do pozice, kdy se musí rozhodnout o způsobu péče o seniora, by měl mít představu o potřebách seniora, problémech seniora a o tom, jak v případě nutnosti řešit problémové situace. Není jednoznačné, zda okruh informovanosti lze zařadit jako rozhodující faktor, protože se spíše zaměřuje na sběr informací. V kategorii institucionální péče lze říci, že sběr informací dopomáhá k rozhodování, neboť je nutné si informace zjistit včas, aby mohlo dojít k umístění seniora.

V rámci dostupnosti byly informantům položeny otázky, zda věděli o možných druzích sociálních služeb, které mohou využít, konkrétně jim během rozhovoru bylo upřesněno, že se jedná o domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou, stacionáře apod. V kategorii domácí péče se objevovala nejvíce odpověď, že o žádných službách nevěděli nebo, že se o takové služby pečující osoby nezajímali. Naopak v kategorii institucionální péče potencionální pečovatelé aktivně vyhledávali informace o sociálních službách v okolí. Velice zajímavé je, že ačkoli domácí pečovatelé o

sociálních službách pobytového nebo ambulantního typu nevěděli, tři z těchto čtyř dotázaných věděli o možnosti využití terénních sociálních služeb, avšak pomoc odmítli. Nejčastějším zdůvodněním odmítnutí této pomoci byl problém péče o seniora cizí osobou. O možnosti využití terénních sociálních služeb věděly všechny dotazované potencionálně pečující osoby. K otázce dostupnosti se vyjádřily především potencionálně pečující osoby, přičemž jejich odpověď souvisela s délkou čekací doby umístění seniora do domova. Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že sociální služby jsou dostupné, protože čekací doba byla relativně krátká. Tato odpověď je překvapující vzhledem k tvrzení Šídla et al., (2016), o nedostatečném počtu lůžek v pobytových zařízeních. Autorka práce se domnívá, že dostupnost sociálních služeb není rozhodujícím faktorem stejně jako informovanost. Rozhodnutí pečujících osob pro neformální péči nezávisí na otázce dostupnosti sociálních služeb, nýbrž na nedůvěře k nabízeným službám.

Okruh finance byl ve výzkumném předpokladu stanoven jako rozhodující faktor. Na finance bral ohled pouze jeden pečující, který se musel rozhodnout mezi péčí a zaměstnáním. Jednalo se o pět z osmi informantů, kdy dva dokázali skloubit práci i zaměstnání, jeden odešel ze zaměstnání z důvodu domácí péče a dva informanti se rozhodli pro umístění do pobytového zařízení. V souvislosti s příspěvkem na péči nebyl prokázán žádný vliv při rozhodování. Dudová (2015) zdůrazňuje, že příspěvek na péči je adresován pečující osobě, avšak tato osoba často odmítá tento finanční příspěvek převzít, neboť to bere jako okrádání svých rodičů. Možným vysvětlením tedy je, že informanti berou příspěvek na péči jako finance rodičů, o kterých nemají právo rozhodovat. Dudová (2015) dále uvádí, že domácí péče způsobuje pečovatelům finanční tíseň. S touto odpovědí se ztotožnili dva ze čtyř informantů, kteří odpověděli, že domácí péče negativně ovlivnila jejich finanční situaci. V rámci institucionální péče nebyla finanční situace negativně ani pozitivně ovlivněna. Podle Beránkové (© 2002-2013) naopak institucionální péče vede k poklesu příjmů potencionálně pečujících osob. Na základě získaných odpovědí byl předpoklad týkající se důležitosti financí při rozhodování o způsobu péče o seniora potvrzen.

Okruh rozhodování není považován za faktor, který ovlivňuje výběr způsobu péče o seniora. Zařadila jsem ho proto, abych zjistila, zda pečující svého rozhodnutí litují a zda by se rozhodli pro stejný způsob péče znova. Výzkum ukázal, že ne vždy je rozhodnutí na pečující osobě a potencionálně pečující osobě. Ve třech případech z osmi provedl rozhodnutí sám senior. Pouze v jednom případě se jednalo o rozhodnutí samotného

pečovatele. V ostatních případech došlo k dohodě mezi seniorem a pečujícím anebo k dohodě mezi potomky seniora. V případě rodinné péče by se každý z informantů rozhodl stejně, stejně tak většina dotazovaných potencionálně pečujících osob by se opět rozhodla pro domov pro seniory. U informantů, kteří by se opětovně rozhodli pro způsob institucionální péče je to pochopitelné, neboť v okruhu výhody a nevýhody uváděli především výhody. Do výhod zařadili hlavně odbornou a celodenní péči a větší sociální interakci. U pečujících osob je rozhodnutí opětovné péče překvapující, neboť uváděli spíše nevýhody. Jako nevýhody informanti uváděli fyzickou a psychickou náročnost, časovou náročnost a negativní ovlivnění celé rodiny. Jeřábek a Moravcová (In: Jeřábek et al., 2013) tyto nevýhody potvrzují a uvádějí, že nejvíce dotázaných odpovědělo, že se museli vzdát času na sebe, a to téměř v 50 %. Další nevýhodou bylo dle stejných autorů vzdání se času na relaxaci.

Výzkum této práce se zaměřil převážně na obecné faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora, neboť výběr péče v závislosti na pocitech a dojmech pečujících již byl výzkumy prokázán a definován. Prvním faktorem, který ovlivňuje výběr způsobu péče o seniora je příčina závislosti seniora. Prokázalo se, že pokud je příčina závislosti vážnějšího původu, pečující osoby se rozhodnou volit variantu domova pro seniory. Dalším významným faktorem, který má na rozhodování vliv je způsob bydlení pečovatelů. Zatímco pečovatelé bydlící v rodinném domě se rozhodli pro rodinnou péči, pečovatelé pocházející z bytu se rozhodli pro péči v domově pro seniory. Též bylo prokázáno, že pro domácí péči jsou osoby bydlící na vesnici a pro domov pro seniory osoby žijící ve městě. Dalším faktorem jsou finance, na které je brán ohled tehdy, hraje-li roli při rozhodování odchod ze zaměstnání. Posledním faktorem, který ovlivňuje výběr způsobu péče o seniora je očekávání pečujících osob, které může být ovlivněno znalostí a neznalostí průběhu jednotlivých způsobů péče. Faktor informovanosti nelze jednoznačně prokázat jako rozhodující. Výzkumným předpokladem byly vydefinovány finance a dostupnost sociálních služeb jako faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora. Faktor financí se výzkumem potvrdil, naopak faktor dostupnosti se vyvrátil, neboť z výsledků je patrné, že dostupnost sociálních služeb nehraje roli při rozhodování.

## 6. Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem péče o seniora. Je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část se zaměřuje na obecné pojmy jako je definice stáří, rozdělení věků, ale například i na potřeby seniorů, kvalitu života seniorů a změny, které ve stáří přicházejí. Kapitola potřeb seniorů a změn ve staří jsou autorkou považovány za důležité, neboť právě potřeb a změn v seniorském věku se týká celá péče o seniora. Dále je v teoretické části zmíněno demografické stárnutí populace, které negativně ovlivňuje možnosti péče o seniora v České republice. Část týkající se samotné péče o seniora je rozdělena na formální a neformální péči a jejich propojení. Druhá, praktická část bakalářské práce se zaměřuje na skutečnosti, které vedou rodinné příslušníky k rozhodnutí, že si nesoběstačného seniora nechají doma, nebo že péči přenechají na odbornících v domovech pro seniory. Cílem práce tedy je, jaké faktory a informace jsou zásadní pro rozhodování o způsobu péče o seniora.

Výzkumným předpokladem byla stanovena důležitost faktorů financí a dostupnosti sociálních služeb při rozhodování o způsobu péče o seniora. Výzkum obsahuje celkem sedm okruhů týkajících se rozhodování o způsobu péče. Okruhy představují jednotlivé faktory, které jsou při rozhodování o péči zásadní. Celkem bylo osloveno osm komunikačních partnerů, kteří byli vybráni na základě způsobu péče o seniora. Sběr dat probíhal pomocí rozhovorů, které se odehrávaly v klidném a známém prostředí dotazovaných. Ze získaných dat lze sestavit odpověď na cíl práce takto: Do faktorů, které ovlivňují výběr způsobu péče o seniora, řadíme příčinu závislosti seniora, způsob bydlení pečující osoby, lokalitu bydlení pečující osoby, očekávání pečujících osob vztahující se k jednotlivým druhům péče a finance. Za zásadní informace při rozhodování jsou považovány informace o péči poskytující se v domovech pro seniory. Tato práce se ke splnění cíle velmi přiblížila, ale nelze říci, že byl cíl splněn, neboť zajisté nejsou obsaženy všechny rozhodující faktory a informace.

Tato práce může být podkladem pro zpracování diplomové práce, která by se mohla zaměřit i na subjektivní faktory vedoucí k rozhodování. Aktuálnost tématu péče o seniora se dá předpokládat i v dalších letech vzhledem k demografickému stárnutí populace. Výsledky výzkumu poukázaly na důležitost některých faktorů při rozhodování o péči o seniora. Tyto výsledky mohou být výchozí pro zpracování budoucích strategií Ministerstva práce a sociálních věcí v rámci problematiky péče o seniora, konkrétně pro



zlepšení podmínek zaměstnaných osob, které se rozhodnou pečovat o své nesoběstačné rodiče. Výzkum mimo jiné poukazuje na nedostatky v oblasti informovanosti populace o péči, a proto by mohl být podnětem pro vytvoření nové strategie zaměřující se na zkvalitnění informovanosti.

## 7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BERÁNKOVÁ, K., © 2002-2013. *Žít déle doma* [online]. Dobromysl.cz [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=2649&tmplid=45>
- 2) BRENNA, E., DI NOVI, C., 2016. Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient. *Review of Economics of the Household*. 14 (4), 745-78. doi: 10.1007/s11150-015-9296-7.
- 3) CALDEIRA, C. et al., 2017. Senior Care for Aging in Place. *Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing - CSCW '17*. s 1605-1617. doi: 10.1145/2998181.2998206.
- 4) ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮP., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3901-8.
- 5) *D4 index stáří v roce 2005*, 2009. [online]. CZSO. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xl/030703104>
- 6) *D5 index ekonomického zatížení v roce 2005*, 2009. [online] CZSO. [cit. 2017-03-10] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xl/030703105>
- 7) Domov seniorů Třeboň, © 2017. Základní informace. [online]. Dstrebon. [cit. 2016-12-02]. Dostupné z: <http://www.dstrebon.cz/index.php?nid=2860&lid=cs&oid=5088913>
- 8) DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniora*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 200 s. ISBN 978-80-7419-182-4.
- 9) DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 10) DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček brain team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 12) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 4. vydání. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 13) HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations. 110 s. ISBN 978-80-254-01798.

- 14) HORÁČKOVÁ, D., 2008. Tři charakteristiky lidského věku. In: *Přirozené zdraví*. [online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: <http://prirozenezdravi.webnode.cz/news/tri-charakteristiky-lidskeho-veku1/>
- 15) HRŠIBALOVÁ, M., © 2008-2017. *Týrání, špatné zacházení a zanedbávání*. [online]. Život 90. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/202-senior-telefon/223-tyrani>
- 16) *Index závislosti v ČR a Praze*, 2014. [online]. CZSO. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993bd>
- 17) JANOVSÁ, V., ©2015. *Problémy seniorského věku* [online]. Praha: UISK FF UK [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://proseniory.ff.cuni.cz/pro-knihovniky/problemy-seniorskeho-veku/>
- 18) JEŘÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniora*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 316 s. ISBN 978-807419-6.
- 19) KEUIJSWIJK, W. et al., 2015. Elasticity of care network and the gendered division of care. *Ageing and Society*. 35 (4), 675-703. doi: 10.1017/s0144686X13000822.
- 20) KIKUZAWA, S., 2016. Social Support and the Mental Health of family Caregivers: Sons and Daughters Caring for Aging Parents in Japan. *International Journal of Japanese Sociology*. 25 (1), 131-49. doi:10.1111/ijjs.12041.
- 21) *Koncept domácí péče*, © 2016 [online]. Národní centrum domácí péče České republiky [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>
- 22) KOŠŤÁKOVÁ, T., 2015. *Naděje na dožití a průměrný věk*. [online]. CZSO [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-doziti-a-prumerny-vek/>
- 23) LOUČKOVÁ, I., 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.
- 24) MACHÁČKOVÁ, M., 2012. *Faktory ovlivňující subjektivní prožívání kvality života seniorů*. Plzeň. Bakalářská práce. PF ZUP.
- 25) MCLEOD, S., 2016. *Maslow's hierarchy of needs* [online]. Simply psychology [cit. 2016-11-24]. Dostupné z: <http://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- 26) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN:80-247-1362-4.

- 27) MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 28) *Moderní snižování porodnosti- úspěch, nebo zhouba?*, 2015 [online]. Shekel. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.shekel.cz/37576/moderni-snizovani-porodnosti-uspech-nebo-neuspech>
- 29) MORAVCOVÁ, L., JEŘÁBEK, H., 2013. Důvody rodinné péče o seniory a jejich dopady na pečující. In: JEŘÁBEK, H. et al., *Mezigenerační solidarita v péči o seniora*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). s. 90-106. ISBN 978-807419-6.
- 30) MOTLOVÁ, L., 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*. 3(2), 343-52. ISSN 1212-4117.
- 31) MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: MU. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- 32) PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
- 33) PŘIBYL, H., 2015. *Sociální gerontologie* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [https://elearning.fvp.slu.cz/pluginfile.php/52641/mod\\_resource/content/1/Socialn%C3%AD%20geronotologie.pdf](https://elearning.fvp.slu.cz/pluginfile.php/52641/mod_resource/content/1/Socialn%C3%AD%20geronotologie.pdf)
- 34) REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 35) SIKOROVÁ, L., 2014. Kožuchová, M. et al. Domáca ošetrovateľská starostlivosť- recenzia. *Ošetrovateľstvo*. 4 (1), 42. ISSN 1338-6263.
- 36) *Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních*. © 2016- 2017. [online]. MPSV. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/socialni-sluzby-poskytovane-ve-zdravotnickych-zarizenich.html>
- 37) *Střední délka života se zvyšuje*, 2015. [online]. CZSO. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xj/stredni-delka-zivota-se-zvysuje>
- 38) SVOBODOVÁ, K., 2010. *Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do\\_1574.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1574.pdf)
- 39) SVOBODOVÁ, K., *ANALÝZA: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce*. 2012 [online]. Demografie [cit-2016-11-03]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)

- 40) SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5
- 41) ŠÍDLO, L., ŠÍDLOVÁ KUNSTOVÁ, N., 2016. Perspektivy vývoje kapacit v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. *Kontakt*. 12(2), 113-22. ISSN 1212-4117.
- 42) ŠKRABOVÁ, H., 2009. *Druhy potřeb* [online]. SZSMB [cit. 2016-11-22]. Dostupné z: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/POT%C5%98EBY.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/POT%C5%98EBY.pdf)
- 43) TROUSINOVÁ, R., 2013. Modely péče o nesoběstačné rodinné členy. In: JEŘÁBEK, H., et al. *Mezigenerační solidarita v péči o seniora*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 126-39 s. ISBN 978-807419-6.
- 44) ULRYCHOVÁ, L., 2011. *Projevy přirozeného stáří a stárnutí* [online]. SZSMB [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Projevy\\_st%C3%A1%C5%99%C3%AD\\_3.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Projevy_st%C3%A1%C5%99%C3%AD_3.pdf)
- 45) VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- 46) VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 464 s. ISBN 978-80-264-1318-5.
- 47) 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.
- 48) *Vývojová a sociální psychologie pro učitele*. © 2008. [online]. Fakulta informatiky MU. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: <http://www.fi.muni.cz/~qprokes/socka/socka.html>
- 49) WIJA, P., 2015. Formal and Informal Long-Term Care and the Role of Family Carers: Czech Republic. *European Journal of Mental Health*. 10 (2), 233-44. doi: 10.5708/EJMH.10.2015.2.9.
- 50) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In : *Sbírka zákonů České republiky*. částka 37, s. 1250-1360. ISSN 1211-124.

## 8. Přílohy

### **Informovaný souhlas**

**Škola:** Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

**Student:** Barbora Tětková

### **Informovaný souhlas týkající se účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma „Faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora“**

Tímto souhlasem prohlašuji, že jsem byl/a pečlivě seznámen/a s průběhem a podmínkami výzkumu. Byl/a jsem srozuměna s tím, že výsledky jsou zcela anonymní a budou použity pouze k interpretaci výsledků v této bakalářské práci. Rovněž prohlašuji, že se daného výzkumu zúčastňuji dobrovolně a je mi známo, že z něj mohu kdykoliv dle potřeby vystoupit.

V .....dne .....

Podpis .....

## **Okruhy**

Téma – Faktory ovlivňující výběr způsobu péče o seniora

**ANAMNÉZA A VZTAHY V RODINĚ** → Chci zjistit, jaký je věk, vzdělání, pohlaví pečovatele či seniora; vztahy v rodině - nejen mezi seniorem a potencionálním pečujícím, ale i mezi sourozenci, kteří mohou případně pomoci pečovateli; bytová situace rodiny

*Dílčí otázky:*

*Pohlaví seniora i pečujícího*

*Věk seniora a pečujícího*

*Důvod závislosti*

*Stupeň závislosti seniora*

*Rodina a rodinné vztahy*

*Způsob bydlení*

*Zaměstnání/důchod pečujícího*

**OČEKÁVÁNÍ OD VYBRANÉHO ZPŮSOBU PÉČE** → chci zjistit, jakou představu měl pečující od daného druhu péče, jestli měla rodina zkušenost s daným způsobem péče

*Dílčí otázky:*

*Byla v rodině zkušenost s vybraným způsobem péče?*

*Jak jste si představoval/a průběh péče doma?*

*Jak jste si představoval/a průběh pobytu v domově pro seniory?*

**INFORMOVANOST A ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ O DRUHU PÉČE** → kde informace získávali, jestli je sháněli nebo řešili situace, až když nastali

*Dílčí otázky:*

*Informoval vás někdo o druzích způsobu péče?*

*Sháněli jste informace? Kde? Kdy-ještě před péčí nebo během péče?*

**DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V DANÉ LOKALITĚ** → chci zjistit, dostupnost služeb očima pečujícího, jestli mají povědomí o službách, na které se mohou obrátit

*Dílčí otázky:*

*Věděli jste v době rozhodování, jaké sociální služby jsou ve vašem okolí dostupné?*

*Přijdou Vám sociální služby dostupné?*

*Věděli jste o možnosti využití terénních služeb?*

**FINANČNÍ SITUACE SENIORA/ PEČUJÍCÍHO** → chci zjistit, jestli hráli finance roli při rozhodování, zda se dostali do finančních potíží vybraným druhem péče nebo jestli je to neovlivnilo, zda museli změnit nebo opustit zaměstnání; dávky

*Dílčí otázky:*

*Brali jste při rozhodování ohled na finance?*

*Věděli jste při rozhodování o dávkách/ příspěvcích, o které můžete zažádat?*

*Ovlivnil daný způsob péče Vaši finanční situaci?*

**ROZHODNUTÍ PO ABSOLVOVÁNÍ ZPŮSOBU PÉČE** → chci zjistit, jestli by se rozhodli znovu pro daný způsob péče, kdo o současné péči rozhodl

*Dílčí otázky:*

*Po absolvování péče, rozhodli byste se stejně?*

*Kdo o dané péči rozhodl?*

**VÝHODY A NEVÝHODY DANÉHO ZPŮSOBU PÉČE**

*Jaké má podle Vás daná péče výhody?*

*Jaké má podle Vás daná péče nevýhody?*



## **9. Seznam použitých zkratk**

**CZSO** - Český statistický úřad

**WHO**- Světová zdravotnická organizace