

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Sociální práce – specializace Sociální  
práce s rodinou*

*Bc. Angela Mikšánková, DiS.*

***Okolnosti přechodu seniora z domácí péče do  
domova pro seniory***

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2023

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 14. 04. 2023

.....  
Angela Mikšánková

**Poděkování:**

Zde bych ráda poděkovala Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D., za trpělivost, vstřícné odborné vedení a cenné rady, které mi během psaní práce poskytovala. Poděkování patří také celé mé rodině za podporu nejen při psaní diplomové práce, ale v průběhu celého studia. Mé poděkování taktéž patří dotazovaným seniorům, jejich pečujícím blízkým a také spolupracovnicím za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu.

# Obsah

ÚVOD.....	6
1 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ.....	9
1.1 Specifika období sénia.....	9
1.1.1 Strategie adaptace na stáří.....	13
1.1.2 Náhled na potřeby, soběstačnost ve stáří.....	14
1.1.3 Vnímání a akceptace seniorem potřeby pomoci od jiných.....	17
1.2 Sociální vztahy, rodinné vazby a sociální síť ve stáří.....	18
1.2.1 Význam partnerů, dětí, vnoučat, sourozenců či širší rodiny ve stáří.....	21
1.2.2 Přátelé, sousedská výpomoc a podpora komunity.....	26
2 PODPORA SENIORA V RÁMCI RODINY.....	29
2.1 Mezigenerační solidarita.....	29
2.2 Neformální domácí péče, její postavení.....	32
2.3 Způsoby pomoci s ohledem na genderová specifika.....	34
2.4 Stupně pomoci, preference zajištění péče seniory.....	36
2.5 Úskalí domácí péče.....	37
3 SLUŽBY PRO SENIORY.....	40
3.1 Sociální služby pro seniory.....	40
3.1.1 Podpora prostřednictvím vybraných terénních a ambulantních služeb.....	41
3.1.2 Péče institucionálními službami - Domov pro seniory (DPS) a Domov se zvláštním režimem ( DZR).....	42
3.2 Koncepce pomoci v seniorském věku z pohledu sociální práce.....	43
3.2.1 Součinnost rodinné a formální péče.....	46
3.2.2 Podpora pečujících - „podpora osob v ohrožení“?.....	47
4 METODOLOGIE VÝZKUMU A PROSTŘEDÍ VÝZKUMU.....	51
4.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	51
4.2 Zvolená metoda výzkumu.....	51

4.3	Výběr výzkumného souboru.....	52
4.4	Použité techniky sběru dat – polostrukturovaný rozhovor.....	54
4.5	Zpracování dat.....	54
4.6	Etické aspekty a průběh výzkumu.....	55
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	57
5.1	Alterita zajištění potřeby péče.....	57
5.2	Vzájemná spolupráce a pochopení na cestě domácí péče, aneb aby všechno klapalo....	62
5.3	„...A já si tady chvílku dáchnu“ – důležitost možnosti úlevy při péči.....	67
5.4	Dožít doma a alternativa domácí péče.....	72
	SHRNUTÍ.....	77
	ZÁVĚR.....	80
	LITERATURA.....	82
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	89

## ÚVOD

*„Příliš často podceňujeme sílu doteku, úsměvu, vlídného slova, naslouchání, objetí, komplimentů nebo starání se o druhého. Každý z nich má potenciál proměnit život.“*

*Leo Buscaglia*

Každý z nás se asi někdy zamýšlel nebo si i představoval, jaký způsob a jakou formu zajištění péče by preferoval v případě, kdyby se kvůli vyššímu věku či zdravotnímu stavu ocitl závislý na pomoci jiných osob.

Váňová (2015, s. 155 -156) uvádí na základě představených výzkumů, že přáním až 78 % lidí je strávit své poslední chvíle doma, mít u sebe svou rodinu či partnera. Je pochopitelné, že s výjimkou případů poškozených vztahů, závažných zdravotních důvodů či v jiných výjimečných případech, se každý člověk nejlépe cítí doma, v prostředí, které důvěrně zná, má zde své věci a vše, na co je zvyklý. Domov nemusí vždy znamenat pouhé místo, ale mnohdy se tím rozumí především sít sociálních vztahů jedince. Může se zdát, že s trochou úsilí je zajištění pomoci potřebnému v domácím prostředí jednoduché, ovšem ne vždy tomu tak je. Přináší to zátěž, nejen po fyzické, ale i psychické a ekonomické stránce. A aby se rodina byla schopna starat, musí to chtít, umět to a moct. Ještě jedním velmi důležitým faktorem je, že také osoba, která potřebuje pomoc, chce zůstat doma, v péči svých blízkých či příbuzných.

V české společnosti převažuje představa, že by se péče o starého člověka měla odehrávat přednostně v rodině. Dominantním je přání seniorů zůstat ve svém domácím prostředí. Upřednostnění této představy o způsobu zajištění potřebné pomoci v přirozeném prostředí jedince stojí na straně jedné, avšak realita a možnosti mohou být značně odlišné. Je nutné vzít v potaz i kontext autonomie a sociální kompetence seniorů. Složitost organizování příbuzenské podpory směřuje spíše ke konceptu ambivalence, než konceptu solidarity. Pomáhání je spíše neustálé vyvažování představ a očekávání rodičů a dětí (Janečková, Dragomirecká a Jirkovská, 2017, s. 48-49).

Mezi rizika, s nimiž se pečující potýkají, jsou fyzická, psychická a časová náročnost péče, s tím související možná sociální izolace; finanční potíže; nedostatek informací o možnostech řešení problémů, se kterými se potýkají a o dostupných sociálních službách (Hubíková, 2017, s. 9-10).

Dosavadní koncepce sociální pomoci v České republice je stále směřována ve větší míře jen na podporu lidí odkázaných na pomoc jiných a osoby pečující jsou zatím opomíjeny. Bohužel doposud koncepce této podpory není systémová, pečující stále nejsou formální

uzákoněnou skupinou zájmu sociální práce, i když pozvolna v poslední době dochází ke změnám.

Podněty k napsání magisterské práce na zvolené téma jsem získala při mém působení na pozici sociálního pracovníka v Denním stacionáři pro seniory, Osobní asistenční službě a Pečovatelské službě. I když jedna z těchto služeb je ambulantní a dvě terénní, poskytování podpory se liší s ohledem na odlišné cílové skupiny, společným pro ně je, že tyto služby jsou nápomocné svým klientům, kteří již potřebují pomoc jiné osoby, v součinnosti s jejich rodinami či pečujícími osobami, ve zvládnání každodenního života doma v jejich přirozeném prostředí.

Ve svém zaměstnání pracuji hlavně se seniory v domácí péči, spolupracuji i s jejich rodinami a pečujícími osobami, s jinými podpůrnými službami, od toho se odvíjí zaměření této práce.

Setkávám se i se situacemi, že přes veškeré snahy rodiny, pečujících osob, podpůrných sociálních služeb, tato pomoc potřebné osobě – v mém případě seniorovi, je nedostačující a často se rozhodne nebo „se musí volit“ pomoc institucionálního zařízení, zejména domova pro seniory. To mně vedlo ke zvolení tématu magisterské práce: *„Okolnosti přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory“*.

Cílem práce je popsat a analyzovat možné rodinné okolnosti přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory. Z pohledu pečujících osob, sociálních pracovníků ambulantních a terénních služeb a seniorů v domácí péči využívající podporu jiné osoby nebo sociální služby. Popsat sociální situaci, druhy využívané podpory, soběstačnost seniorů, kteří zůstávají ve svém přirozeném sociálním prostředí a okolnosti jejich možného přechodu do pobytové sociální služby.

Zvolenou metodou je kvalitativní výzkum, založený především na polostrukturovaných rozhovorech s komunikačními partnery: pečujícími osobami, sociálními pracovníky ambulantních a terénních služeb a seniory v domácí péči.

Použitý okruh literatury, o který se opírá magisterská práce, jsou poznatky, studie, výzkumy a statě různých autorů z oblasti psychologie: Vágnerové, Venglářové, Thorové, Kopřivy, Blatného, dále sociologie: Sýkorové, Dudové, Hasmanové Marhánkové, Hamplové, Možného či sociální práce a sociální pedagogiky: Dvořáčkové, Příbyla, Malíkové, Haškovcové, Hubíkové, Kalvacha, Janečkové, Dragomirecké, Jirkovské, Vávrové, Vaculíkové aj., v práci jsou dále využity legislativní prameny: Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., Novela zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění aj.

První část práce představuje konceptuální zázemí pro empirický výzkum, který bude následovat po ní. Tato konceptuální část začíná prezentací některých aspektů spojených s vývojovou etapou lidského života pojmenovanou stáří neboli senium, což jsou sociální aspekty, různé strategie adaptace životním obdobím stáří s náhledem na potřeby, soběstačnost v seniorském věku, vnímání a akceptace potřeby pomoci jiných, sociální vztahy, vazby a sociální síť ve stáří.

Dále jsou představeny možnosti zajištění pomoci v seniorském věku - neformální péče, kdy je přiblížen pojem mezigenerační solidarity, v rámci toho genderová specifika a způsoby pomoci, preference forem a způsobů péče samotných seniorů odkázaných na pomoc jiných. Přiblížení možných úskalí domácí péče s ohledem na potřebnou oboustrannou akceptaci omezení osobní autonomie jak seniorem, tak pečující osobou.

Následuje náhled do problematiky zajištění pomoci prostřednictvím sociálních služeb a trendu směřování k deinstitucionalizaci pomoci a posunu od institucionální péče k péči komunitou a podpoře důstojného života a dožití v přirozeném prostředí jedince se zachováním jeho vazeb a vytvoření životních sociálních sítí.

Vzhledem k tomu, že zjišťování odpovědí na otázky ke zvolenému tématu se zčásti uskuteční prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se seniory v domácí péči, kteří zároveň využívají podpůrných sociálních služeb, práce osvětluje koncepci současné podpory a péče o seniory prostřednictvím těchto terénních a ambulantních služeb, a to zejména „Denní stacionáře pro seniory“ (dále DSS), „Osobní asistenční služba“ (dále OA) a „Pečovatelskou službu“ (dále PS) a v souvislostech, které jsou spojované s potřebou, dostupností a možnostmi jejich využívání. V souvislosti s možným přechodem seniora z domácí péče do pobytového zařízení jsou představeny institucionální služby a to Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Dále se práce zabývá pomocí v seniorském věku z pohledu sociální práce, potřebou součinností domácí a formální péče a otázce podpory rodinných pečujících.

V druhé, empirické části práce, je prezentován vlastní výzkum aplikovaný se seniory v domácí péči, kteří jsou zároveň klienty některých výše uvedených služeb – DSS, OA, PS, jejich pečujícími osobami a sociálními pracovníky těchto ambulantních a terénních služeb pro seniory. Metodologie výzkumu je popsána ve čtvrté kapitole, dále jsou představeny - definice cíle a výzkumných otázek, zvolená metoda, výběr výzkumného souboru, použité techniky sběru dat, zpracování získaných dat k dosažení cíle práce, popis realizace výzkumu a etických aspektů výzkumu.

Poslední částí je shrnutí, prezentace a interpretace výsledků, které byly získány z analýzy zjištěných a představených dat. Následuje diskuse, možné přínosy magisterské práce a závěr.



# 1 SOCIÁLNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ

V této kapitole je přiblížen pojem stárnutí a stáří se zaměřením na specifika období senia, dále pak popsány sociální aspekty stárnutí, strategie adaptace seniorů na stáří, náhled na soběstačnost ve stáří a akceptaci potřeby pomoci od jiných. Je představen náhled na sociální vztahy, rodinné vazby a sociální síť ve stáří. Významnost partnerů, dětí, vnoučat, sourozenců či širší rodiny a též přátel, sousedských vztahů jako zdrojů výpomoci a možné podpory v rámci komunity.

## 1.1 Specifika období senia

Stárnutí je proces, který nemůžeme zásadně ovlivnit, dotýká se každého, ať chceme, nebo ne, u někoho začíná dříve, u jiného později. Čím více stárneme, tím více si uvědomujeme omezenost času, který je nám dán, přijmout to nebývá vždy lehké. Každý své stáří vnímá jinak a od toho se odvíjí i způsoby aktuálního chování jedince. Subjektivní pocity a aktivní přístup často dokážou převládat nad objektivním věkem a s ním přicházejícími překážky na těle a duchu. I přesto, že každé životní období přináší jedinci jinou roli, s kterou se ne vždy může ztotožnit, a od toho se odvíjí i určité rozdíly, které lze pozorovat a vnímat, období senia je možné percipovat jako cestu k cíli našeho bytí. I přesto, že některé věci nemůžeme ovlivnit, kolik a co si naložíme do ‚batohu života, který neseme na zádech‘, jaké ‚vybavení‘ a ‚doprovod‘ při potřebě využijeme, zůstává otázkou volby, od které se odvíjí obtížnost nebo naopak lehkost a spokojenost během jejího absolvování.

Příbyl (2015, s. 9) konstatuje, že existuje kolem tří set definic vymezujících stárnutí a stáří, absolutně platná a definitivní není ale žádná z nich. Mezi autory zabývajícími se touto problematikou ale panuje shoda na faktu, že stárnutí (senescence) je fyziologickým procesem, kterému se nevyhne nikdo živý a stáří neboli senium je koncovým vývojovým obdobím života jedince.

Za jednu ze základních charakteristik člověka je považovaný věk neboli věkový údaj. Sám o sobě, zejména ve stáří nemá vypovídající hodnotu a bývá dle mnohých autorů členěný různě. Světová zdravotnická organizace představuje rozdělení věkových kategorií člověka v dospělosti a stáří, které vychází z patnáctiletých cyklů, a to:

- 30-44 let – dospělost;
- 45-59 let – střední věk;
- 60-74 let – senescence, počínající stáří;
- 75-89 let – kmetství neboli senium, vlastní stáří;
- 90 a více let – patriarchium neboli dlouhověkost (Malíková, 2011, s. 14).

Hegyih(2001) cit. dle Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 31) konceptualizuje věk člověka s ohledem na určité aspekty: *chronologický věk* – kalendářní, skutečně prožitý čas bez ohledu na stav organismu; *biologický věk* – genetická danost, působení vnějšího prostředí a způsobu života s přihlédnutím na úrazy či nemoci; *funkční věk* – funkční potenciál člověka vycházející ze souhrnu jeho biologických, psychologických a sociálních charakteristik; *psychologický věk* – následek funkčních změn v procesu životního stárnutí, rysů a též subjektivního věku individuui; *sociální věk* – pojímá přítomnost, resp. nepřítomnost životního plánu/programu a odvíjí se i od duchodového věku.

I když je periodizace stáří spíše formální, přesto rámcově pojímá pravděpodobnostní variabilitu priorit seniora v každém období. Počínající stáří je charakterizováno zájmem o pracovní nebo různorodé seberealizační uplatnění, na co nebyl z různých důvodů dříve čas. Velmi často se vyznačuje vysokou aktivitou v rodině, participační a často i spolkovou činností v komunitě; následuje vlastní stáří, senium, kdy se vyskytují přibývajících zdravotní potíže, s tím souvisí potřeba absolvování rehabilitačních a rekondičních programů. Aktivity s ohledem na přebývajících zdravotní problémy spotřebovávají více času, síly a energie, což evokuje nárůst potřeby odpočinku a snahu k optimalizaci podmínek pro různé činnosti nebo i jejich omezení. V tomto období výrazně narůstá riziko ovdovění; období dlouhověkosti, zde postupně dochází ke zvětšení problémů se soběstačností, narůstá potřeba podpory a péče jiné osoby, samozřejmě míra potřeby pomoci je u každého individuální (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 27-29).

Klvetová a Dlabalová (2008, s. 11) poukazují na to, že je nutné vnímat stáří se stejnou důležitostí jako každou jinou dosavadní životní etapu, například mládí či dospělost, se zájmem a stejným důrazem na její rozvoj.

Co se týče kategorizace lidí starších 65 let na období třetího a čtvrtého věku, kdy třetí věk je charakteristický aktivním, nezávislým životem a čtvrtý věk je popisován jako bolestné stáří, pro něž je příznačný postupný rozvrat integrity a závislost v naplňování životních potřeb jedince. Tento čtvrtý věk je pouze jednou z podob pokročilého stáří, ne normou, která vždy následuje po takzvaném třetím věku. Funkční deficity mohou být například projevy nemoci, nepřirozené involuce a v souvislosti s barierami prostředí a naučenými či převzatými rolami může být zvolenou strategií jedince bezmocná závislost, která ale nemusí být definitivním stavem. Právě s nástupem dlouhověké společnosti, dožití jedinců do věku kolem 100 let, je nutné pohlížet s odstupem na vymezení popisu, klasifikací a přístupu ke stárnutí a stáří. Při utváření pohledu je nutné respektovat heterogenitu stáří, individuální předpoklady zachování

funkčnosti a schopnosti jedince, jedinečné osobnostní předpoklady. To pomůže rozvíjet personifikovaný přístup, vážit se hodnotového a společenského potenciálu seniorů, podporovat jejich ambice úspěšného stárnutí, zachování zdraví a aktivního života (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25-27).

Určování toho, kdy stáří začíná, kdo je označován jako starý člověk, očekávání od lidí v tomto období a způsoby chování k těmto lidem – to vše je sociální konstrukcí, často zatíženou stereotypy a stigmatizujícími atributy, projevy ageismu. Stanovený věk odchodu do penze je jakýmsi sociálním markérem stáří, i když označení těchto lidí jako starých se jeví problematickým jak z biologického, tak psychologického hlediska. Jsou to hlavně pak samotní senioři, kteří si vyjednávají mezi ostatními tranzice vlastního stárnutí a přes interakce s nimi konstrukci své věkové identity – obraz sebe sama jako jedince určitého věku (Sýkorová, 2007, s. 47-52).

V souvislosti s důchodovým systémem v České republice je pojem senior ztotožňovaný s osobou, která dosáhla věkové hranice odchodu do starobního důchodu a starší. Aktuální podmínkou nároku na starobní důchod je ale nejen dosažení stanoveného věku (tj. důchodového věku, popřípadě věku od něho odvozeného nebo věku 65 let), ale též získání potřebné doby pojištění – v současnosti 35 let, případně 30 let bez započítání náhradních dob.

Sociální role starého člověka je dána očekáváními, která se vztahují k jeho pozici ve společnosti, v rodině, co se týče práce, tato role je současně vázaná na normy, které jsou součástí kultury dané společnosti, země či lokality. Dle tohoto názoru společnost přiděluje seniorům odlišné role od jiných věkových skupin. Silnější roli než přidělenou může sehrát tzv. habitus – u seniorů souvisí s otázkou proměny jejich identity a schopnosti vidět sebe sama očima jiných – vrstevníků a mladších. V souvislosti s přicházejícími změnami, hledání svého místa v nových podmínkách a zdoláváním krizí, se kterými se starý člověk musí potýkat, dochází ke vzniku nového „*mínění o sobě*“, zrození nové identity s prvky někdejší – ať už myšlení, oblékání, vyjadřování se, postojů, tato nová identita je pak zdrojem konkrétního chování starého člověka (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 43-47).

I sociální aspekty procesu stárnutí jsou spojovány zejména se ztrátou, proměnou či vznikem nových sociálních rolí, změnou potřeb a vztahů, transformací společenského postavení, možným poklesem životní úrovně. Souvisí i s hledáním náhradních způsobů každodenního, zaběhlého žití, pátrání po novém smyslu a motivaci k rozvoji své osoby, případně akceptaci nového životního programu (Tomeš a Šámalová, 2017, s. 75-76).

Změny, které přicházejí se zvyšujícím se věkem, se odehrávají jak v tělesné (vzhled, váha, smysly aj.), tak psychické (vnímání, paměť, osvojování, sebedůvěra, emoce aj.) a sociální (odchod do penze, životní styl, stěhování se, ztráta blízkých lidí, osamělost aj.) rovině, jedná se o propojené systémy, které jeden do druhého vzájemně, v různých mírách, zasahují. Tyto změny každý jedinec vnímá a prožívá individuálně. Reakce a adaptace na ně se odvíjí od osobnostních charakteristik seniora, odezvy okolí a možností jak získat potřebnou podporu (Venglářova, 2007, s. 11-14).

Mezi nejvýznamnější pozitivní sociální aspekty ovlivňující stáří jsou:

- fungující rodina, vztahy a pevná citová pouta;
- ekonomická připravenost, finanční a majetkové zabezpečení;
- plánování aktivit, efektivní a užitečné využití volného času;
- schopnost a možnost naplnění potřeb seniora (Jarošová, 2006 cit. podle Malíková, 2011, s. 54-56).

Velmi podstatnými jsou schopnosti seniora se v potřebných daných záležitostech vyznat a v základu orientovat, vědět, kam se obrátit. Není to přitom jen otázka související s věkem a předpokládanými snižujícími se schopnostmi v tomto období v důsledku nemoci, ale i rostoucí složitosti systému a nutnosti používat nové technologie, požadavek adekvátní reakce na nové společenské trendy. Mezi další významné faktory patří orientace v základním společenském systému a důvěra v něj, což má vliv na zvládnutí tohoto období jedincem.

Sýkorová (2008b, s. 418) poukazuje, že *podstatnými elementy života ve stáří jsou též prostor a věci*, které jsou starým člověkem vnímané ve třech hlavních rámcích, a to: fyzické soběstačnosti neboli osobní autonomie a bezpečí; integrace do neformálních sociálních sítí a „svého“ domova a prostředí i k němu patřícímu sousedství.

Jak v každém věku, tak i ve stáří, je důležité radovat se z obyčejných věcí všedního dne, naučit se přijímat přicházející omezení a zredukovat svou energii přijatelným životním hodnotám. Je velmi důležité udržovat sociální a rodinné vazby, také získávat nové přátelské vazby a mít někoho, komu se lze svěřit, kdo opětuje city vzájemnosti. Někteří senioři preferují samotu, mají touhu po soukromí a životě ve vlastním světě, pokud se jedná o dobrovolný stav, je na místě respekt k této životní volbě. V takovémto případě je ale podstatné, aby senior znal zdroje pomoci v případě potřeby. Je jisté, že každý se někdy může cítit přemožený těžkostmi života, zejména s přibývajícím věkem, s pomocí vše překonávat nebo i jen lépe snášet může sdílení s bližním, společenské vztahy, rodinné a přátelské vazby (Dvořáčková, 2012, s. 16-18).

Stáří je přirozeným obdobím lidského života, jedinec by se na ně měl připravovat průběžně, stejně tak i společnost by měla vytvořit dle aktuální poptávky podmínky pro důstojný život seniorů. Nezbytná je i mezigenerační součinnost a také aktivní přístup samotného seniora (Haškovcová, 2010, s. 90-91).

### 1.1.1 Strategie adaptace na stáří

Mezi nejzásadnější faktory, které mají vliv na adaptaci jedince na stáří, patří schopnost adekvátní reakce a přizpůsobení se životním změnám, zvolená filosofie života, získané zkušenosti, osobnostní předpoklady. Lze identifikovat několik modelů zvolené strategie adaptace na stáří, které se u jedince mohou navzájem prolínat nebo i kombinovat. Za ideální, lze považovat strategii *konstruktivního přístupu ke stáří* – včasné přípravy na toto životní období, navázání na dosavadní aktivity, aktivní postoj, náhled, zachování smyslu pro humor, snahu o co největší soběstačnost a otevřenost ke změnám. Poměrně často zvolenou strategií je *závislost na okolí* – ta se projevuje jako preference pohodlí, odpočinku, bezpečí, přenechání odpovědnosti za svůj život jiným, včetně možného vynucování pozornosti a pasivity pramenící ze strachu z osamělosti a změn. Další strategií je *obranný postoj* – již z názvu je patrné odmítavé a obranné stanovisko ke stáří zvolené samotným seniorem, charakteristické nadměrnou kontrolou emocí, snahou o co nejdelší zachování ustáleného způsobu jednání, společenského postavení a dosavadního života – změny jsou často přijímány jen s donucením. Pokud adaptační mechanismy seniora nestačí k přizpůsobení se na nové období a s tím přicházející změny, může zaujmout *nepřátelský postoj* – pro ten je charakteristické vnímání stáří jako nepřízně osudu, mezi jeho znaky patří obviňování, svalování viny na jiné, osamělost, podezřívavost, mrzutost, a dokonce agresivitu jak vůči rodině, tak i okolí. Mezi velmi problematickou strategií patří *sebenávist* – nespokojenost, pohrdání, kritičnost sám k sobě, pocity zbytečnosti a lítosti nad vlastním životem, depresivní stavy, jako východisko často jedinec shledává jedině svůj konec. Nutno ale podotknout, že s ohledem na čas, důvody působení osobnostních, fyziologických a psychických změn, působení vnějšího prostředí, možností a dostupností získání zdrojů pomoci, se adaptační strategie starého člověka může změnit (Příbyl, 2015, s. 24-28).

Sýkorová (2007) s odvoláním na Baltes a Baltes, píše o adaptaci na stárnutí, kdy stáří je vysvětlováno *teorií selektivní optimalizace s kompenzací*, která vyvstává na pomezí sociologie a psychologie. Teorie popisuje tři základní strategie, které volí stárnoucí jedinci v souvislosti se situací redukce zdrojů: *Selekce* – vyznačuje se omezením množství aktivit, cílů a usilování o něj; *kompenzace* – volba náhradních způsobů umožňujících fungování

v obvyklých oblastech; *optimalizace* – volba nejvhodnější varianty prostředků a způsobu vhodných pro volené záměry a cíle nebo oblasti aktivit. Dané strategie mohou mít charakter aktivní či pasivní, vnitřní nebo vnější, uvědomovaný či ne, jejich fungování se může odehrávat na makro, skupinové či individuální úrovni. Od zvolené strategie se odvíjí získání *adaptivní kompetence ve stáří*, zachování si vědomí kontroly nad svým životem, *osobní autonomie* a tedy žádané *úspěšné stárnutí* (Sýkorová, 2007, s. 37 - 39).

Osobní autonomii lze vnímat v dimenzi tělesné a smyslové, postojové, emocionální a funkcionální. Je to komplikovaný jev, pojímající soběstačnost jedince ve vztahu k jemu dostupným zdrojům, možnost, schopnost a vůli využít příležitostí, které se mu nabízejí. Volně a samostatně činit svá rozhodnutí, zvládnout je v daném sociálním prostředí obhájit a realizovat. S osobní autonomií jedince je spjata soukromí, důstojnost, integrita osobnosti, individuální odpovědnost. Autonomie souvisí s potřebou kompetence a sebeaktualizace, nelze ji vnímat vně sociálních vazeb. Sociální vazby mohou autonomii jak podporovat, tak limitovat, proto v rámci sociálního prostoru je autonomie jedince, neustále ve vzájemné interakci, vyjednávána (Kalvach, Čeledová a Holmerová, 2011, s. 118-122).

Především předpojatý, často ze stereotypu vycházející pohled na nejstarší osoby jako vážně nemocné, imobilní jedince, může vést k názoru, že schopnost jedince mít kontrolu nad vlastním životem je omezena a je nutné ji delegovat na druhé. Takovýto přístup, vycházející z předpokladů inkompetence seniorů, opravdu oslabuje jejich autonomii a zesiluje závislé chování. Je ovšem nutné brát v potaz, že standard individuální autonomie není uplatnitelný na všechny; jsou senioři, kteří již nejsou schopni projevit svou vůli, dále jedinci, které jejich ráznost prosazovat svou vůli může ohrožovat, a to jak je samotné, tak i ostatní; pak jsou další, kterým rezignace na autonomii přináší úlevu od zátěže rozhodování (Sýkorová, 2007, s. 83-84).

Dle Eriksona je finálním úkolem člověka ve stáří dosažení integrity – životní moudrosti, prostřednictvím akceptování a přijetí svého života takového jaký byl, se vším, co přinesl, a vyhnout se zoufalství souvisejícímu s tím, že již nemají čas na opakování života a jeho lepší znovuprožití. Přirozenou součástí integrované osobnosti ale zůstává určitá míra nejistoty, zda některé věci neměly být „udělány lépe“ (Erikson 1998 cit. podle Thorová, 2015, s. 466).

*Pravdivost, smíření a kontinuita* patří mezi základní předpoklady dosažení integrity. A též zejména akceptace sama sebe takového, jaký je, ovládnutí umění neodsuzovat se a odpouštět si pak seniorovi dává prostor svobodně a důstojně dožít (Malíková, 2011, s. 21).

### 1.1.2 Náhled na potřeby, soběstačnost ve stáří

Širokou škálu lidských potřeb představil dánský psycholog Madsen (1972), od biologických až po specificky lidské. Odpovědí na otázku míry důležitosti jednotlivých potřeb, popsal Maslow. Základní stupnici, tzv. hierarchii lidských potřeb, kterou vytvořil, je zobrazována ve tvaru pyramidy, kdy jsou potřeby seřazené od tzv. nižších po vyšší. Autor dále upozornil na skutečnost, že v průběhu lidského života se pořadí důležitostí naplňování potřeb může měnit, v každém období vystupují do popředí jiné druhy potřeb (Kalvach, Čeledová a Holmerová, 2011, s. 31-32).

Obecně dle teorie lidských potřeb platí, že naplnění níže položených potřeb jedincem je předpokladem pro následné uplatnění jeho vývojově vyšších potřeb. Dále Maslow svou koncepci rozpracoval na hodnoty základní - D (deficit) nižší a hodnoty růstu - B (bytí) též sebe-aktualizační hodnoty. Uspokojování základních tzv. nižších potřeb je tedy důležité pro fungování organismu, uspokojení vyšších neboli růstových potřeb vede k usilování o rozvoj a aktivitu. Do soupisu potřeb růstu ve svých posledních pracích zařadil zejména potřebu smysluplnosti života (Ondrušová, 2011, s. 41- 42).

Starší senioři mají zvýšenou *potřebu bezpečí*; její nárůst souvisí s výskytem ztráty kompetencí a obavami z jejich dalších zhoršení v důsledku zvyšujícího se rizika úrazů nebo nemoci. [pozn.: Obava o bezpečí může vycházet i z rostoucí složitosti některých aspektů života (zejména v oblasti administrativy a technologií), kdy se snáze mohou stát obětí podvodů, jaké dříve nebyly možné.] *Potřeba autonomie* u starých lidí často mívá jiný obsah, chtějí rozhodovat alespoň o tom, co je pro ně dostupné a zvládnutelné, potíže mohou nastat v adekvátním odhadu svých možností. V souvislosti se symbolickou autonomií mohou považovat za důležitější prosazení vlastního rozhodnutí, než dosazení proklamovaného cíle. Rovněž velký význam má *potřeba sociálního kontaktu a citové vazby*, důležitý je zde pocit příslušnosti k vybrané skupině, především k rodině. Pramenit může z obav „rozplynutí a ztráty vlastní identity“, například v souvislosti s možným přejitím do institucionalizovaného zařízení a ztrátou dosavadních vazeb a kontaktů. Jiný význam může mít i prožívání intimity; může být naplňováno vědomím vzájemné blízkosti i spirituálního sdílení, prožitkem z posledních společných chvil. Ve stáří se může zvyšovat *potřeba akceptace a uznání*, úzce související s pozorností a snahou být ještě pořád užitečný. Neméně důležitá bývá *potřeba stimulace*; ta může být ve stáří relativně nízká, zároveň pokud se starý člověk dostane do stimulační deprivace, ovlivňuje to jeho pocity celkové životní pohody a působí negativně na uchování různých schopností a dovedností. Jakákoliv aktivita potom má velkou subjektivní hodnotu, spočívající v pocitu, že kdyby přestal, tak by se jeho stav zhoršil. *Potřeby ve stáří lze*

vnímat v kontextu proměny, která se odehrává vlivem změn fyzického i psychického stavu seniorů, snižující se míry soběstačnosti i sociálních kontaktů a s tím souvisejícího individuálního pro každého subjektivního prožívání kvality vlastního života (Vágnerová, 2007, s. 413).

U starého člověka často saturace jedné potřeby může frustrovat potřebu jinou. Například po přestěhování do institucionalizovaného zařízení dojde ke zvýšení pocitu bezpečí, ale narušují se sociální vazby a dochází ke ztrátám dosavadního přirozeného prostředí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 34).

Je bez pochyby, že staří lidé potřebují uspokojovat všechny své potřeby stejně jako každý člověk: „...*Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné.*“ (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 41).

Kalvach, Čeledová a Holmerová (2011 s. 31 -34), poukazuje, že v odborných kruzích bádajících v oblasti psychologie potřeb se setkáváme i s pokusem identifikovat to, co je pro člověka nejpodstatnější; dle Leary (1955): „*Jde o univerzální potřebu být „někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí*“.

Navrátilová (2018, s. 71-72) v souvislosti s fungováním jedince ve společnosti a ne vždy stejnými možnostmi ovlivňujícími svobodu volby a s tím spojené dosažení důstojného života, se kterým jsme spokojeni, a kterého si vážíme, představuje *capability přístup*. Kdy dle Sen pojem *capability*, chápané jako „...*rozmanitá kombinace fungování (způsobů bytí i jednání), kterých může osoba dosáhnout. Capabilita je souborem vektorů fungování, reflektujících osobní svobodu vést určitý způsob života ... volit z možných životů*“, dále dle Sen, jsou to „*podstatné (substantivní) svobody, které osoba využije, aby vedla takový způsob života, který má důvod si cenit*“. Autorka poukazuje, že na dosažení tohoto stavu jedincem má vliv vztah mezi prostorem individuálních potřeb a sociálními příležitostmi.

Potřeba být a zůstat platným, prospěšným, užitečným a uznávaným – má stejnou váhu pro člověka jak v dospělosti, tak i ve stáří. V seniorském věku klesá množství příležitostí k jejich naplňování, na rozdíl od mladých lidí, kteří je většinou naplňují prostřednictvím zejména kariéry v zaměstnání či budováním a pečováním o rodinu. Odlišnost seniorů tedy spočívá ne v jiných potřebách, ale v rozdílných možnostech a způsobech jejich naplňování a uspokojování (Ondrušová, 2011, s. 41 - 43).

Míru soběstačnosti seniora určuje *každodenní kompetence*, postavená na efektivním managementu zvládnání běžných činností a tím usilování o co nejdelší možnost samostatného



bydlení, nejlépe v přirozeném prostředí se zachováním sociálních vazeb. Kompetence a kontrola stárnoucího jedince je ovlivňována situačními nároky sociálního prostředí a je permanentně vyjednávána v konfrontaci s každodenními důležitými či i ne událostmi a obtížemi. Jednou ze zásadních věcí, která ovlivňuje vnímání vlastních kompetencí seniora je zdravotní stav, který je pro ně velmi významný. *Fyzická soběstačnost* bývá nejčastěji vnímána jako samostatné, bez pomoci, zvládnání běžných denních činností a též zvládnání samostatného bydlení, s čímž je spojeno udržení stavu bez potřeby „institucionalizace“. Zásadním bývá i nebýt odkázán na druhé – „nebýt na obtíž“, nebo jen v co nejmenší míře. *Finanční soběstačnost* je spojovaná s určitou mírou jistoty a potvrzení svých schopností, velmi podstatnými jsou *možnosti vlastního rozhodování, názorů a jednání*. *Osobní kontrola*, jak financí, tak sociálních interakcí, podporuje seniora ve vyrovnání se s fyzickým poklesem ve stáří, zlepšuje schopnosti sociální participace a prospívajícímu, spokojenému životu (Sýkorová, 2007, s. 80-87).

Soběstačnost tvoří součinnost psychické, sociální a hmotné složky, je to schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svou domácnost. U osob vyššího věku může docházet k takzvanému jevu dysaptibility – poruch v některých oblastech soběstačnosti. Situace seniora, kdy se již při výkonu běžných denních činností neobejde bez pomoci další osoby lze označit za stav závislosti. Člověk ovšem může být závislý na podpoře jiných, ale jeho autonomie může zůstat zachována. K udržení nebo alespoň částečnému navrácení autonomie seniora lze přispět především uplatňováním partnerského přístupu, kompenzace částečné nebo úplné nesoběstačnosti, snahy o zlepšení komunikace a interakci s okolím, zvýšení mezigenerační spolupráce (Dvořáčková, 2012, s. 47-49).

### **1.1.3 Vnímání a akceptace seniorem potřeby pomoci od jiných**

Je individuální, jak se člověk srovnává s pocitem, že již nestačí na věci, které dříve zvládal sám a teď k tomu potřebuje pomoc jiného. Je otázkou, nakolik a v jakém časovém období je ochoten přijmout, že se stárím přijde situace, že již nic nebude jako dříve. I když je to postupný proces (výjma náhlých událostí – nemoc, úraz), člověk bývá často zaskočený, akceptace situace a zaujetí určitého postoje se odvíjí od množství faktorů - odolnosti, povahy, životního postoje a okolí aj. Potíže s přijetím mohou vycházet ze současných populárních trendů „užít si svůj čas co nejvíce“ a jsou odrazem ještě nedávného stereotypního vnímání „nestarého jedince“, že stáří je nezajímavým, jednotvárným obdobím života, které za moc nestojí. Akceptace je tedy též spojená i s co nejrychlejším přijetím danosti: každý člověk má

sice svůj vymezený čas života, ale jeho nedílnou částí je i období stáří (Haškovcová, 2010, s. 11-15).

Ve vztahu k dospělým dětem je ve stáří často patrná potřeba vymezení a co nejdějšího udržení vlastního soukromí a autonomie. I když jsou na své potomky citově vázaní, senioři se nechtějí, pokud to jen jde, vzdát samostatného života a podřizovat se pravidlům domácnosti svých dětí. Zvládání soběstačnosti souvisí s vnímáním vlastní sebeúcty, které se projevuje ve vztahu k jiným lidem, včetně dětí (Vágnerová, 2007, s. 388).

Též Kuchařová (cit. podle Dvořáčková, 2012, s. 54-55) uvádí, že i když senioři věří v pomoc, schopnost a ochotu potomků postarat se o ně a podpořit je ve stáří, potřeba zachování vlastní nezávislosti je velmi silná. Proto mohou vyhledávat podporu i mimo rodinu, například u různých subjektů sociální pomoci.

I Sýkorová (2007, s. 189) prezentuje, že senioři usilují o udržení kontroly v rodinné reciprocitě, například tím, že si vyhrazují právo určovat, zda pomoc vůbec chtějí. Pomoc, kterou přijmou, redukují na takovou, která co nejdéle eliminuje závislost, oddaluje a snižuje riziko ztráty jejich autonomie od leckdy příliš ochranného postoje dětí. Pokud ale dojde k potřebě navýšení pomoci, často se snaží o rozptýlení své závislosti do širších sociálních sítí, někdy i s využitím formálních institucí, aby pomoc nezůstávala jen na dětech. Podtextem takových snah je též ochrana osobní autonomie a zároveň i respekt k autonomii dětí. Pakliže ale již nastane potřeba časově neomezené, pravidelné pomoci, která zahrnuje více oblastí podpory, těžko to prožívají, postupem času akceptují větší závislost na ostatních.

Jedním z nejvýznamnějších milníků autonomie ve stáří patří – svobodně se rozhodovat o sobě a o svém způsobu života, ovšem opravdová autonomie pojímá též schopnost sebeurčení, schopnost volby, rozhodování a jednání dle svých představ (Dvořáčková, 2012, s. 47-49).

Dle Janečkové, Dragomirecké a Jirkovské, (2017, s. 46-49) na základě výzkumů provedených zejména u seniorů, kteří potřebují pomoc a i samotných pečujících, v ČR převažuje představa, že by se péče o starého člověka měla odehrávat přednostně v rodině. Dominantním je přání seniorů zůstat v domácím prostředí. Upřednostnění této či jiné představy o způsobu zajištění potřebné pomoci stojí na straně jedné, avšak realita a možnosti mohou být značně odlišné. Je nutné vzít v potaz i kontext autonomie a sociálních kompetencí seniorů. Autorky též uvádí, že složitost organizování příbuzenské podpory směřuje spíše ke konceptu ambivalence, než konceptu solidarity, pomáhání je často neustálé vyvažování představ a očekávání rodičů a dětí.

## 1.2 Sociální vztahy, rodinné vazby a sociální síť ve stáří

Rodina je jednou se základních institucí ovlivňujících život člověka nejen ve stáří. Pro seniora je často rodina základem všeho, místem bezpečí, kde hledá oporu a pomoc, je pevným zdrojem sociálního kontaktu a zázemí. Pokud rodina plní své funkce, při potřebě je vzájemná pomoc dostačující, ovšem pokud se v rodině vyskytují problémy, nese to s sebou komplikace, kdy mohou pomoci i jiné zdroje pomoci zvenčí.

Dle Vágnerové (2007, s. 350) sociálními vztahy seniorů se můžeme zabývat v okruhu několika sociálních skupin, a to rodiny – stěžejní a nejvýznamnější skupina, kterou tvoří nejen partner a děti, ale i sourozenci či širší příbuzenstvo, přátelé či známí ze sousedství a komunity – vytvořené sociální kontakty a vztahy s jinými, zejména při nefunkčnosti či absenci rodiny nebo společenství obyvatel určité instituce – například domova pro seniory či LDN, pokud v ní pobývají.

Kvapilová Bartošová (2022, s. 5 - 6) konstatuje, že dle dosavadní sociální praxe v blízkém zahraničí i v České republice, převažující část péče o seniory je skutečně poskytována mimo instituce, v domácím prostředí, v rodině. Ovšem jako důsledek společenské individualizace v oblasti rodin a blízkých vztahů lze pozorovat nárůst počtu osob – zejména těch nejstarších (85 let věku) žijících v jednočlenných domácnostech. Ideální představa, kdy negativní aspekty stárnutí jedince jsou překonávány skrze rodinu a uvnitř ní, se potýká se sociální tendencí k izolaci seniorů mimo jejich rodiny. Společenský kontext, ve kterém jsou otázky péče o seniory pokládány, zahrnuje tedy i protichůdné tendence.

Možný (2002, s. 200 - 206) popisuje transformaci evropských společností, včetně té české, směrem k individualizaci. Dochází ke změně poměru mezi veřejným a soukromým, kdy na jedné straně samotná osoba se stává „...reprodukční jednotkou sociálního v žitém světě...“ a na straně druhé: „...individualizace znamená tržní závislost ve všech dimenzích života...“ - na trhu, podpoře, službách, systému a pravidlech státu. Je nutné si uvědomovat, že subjektem zájmu trhu bude vždy jedinec bez vazeb, nezatížený rodinou ani dětmi, co nepůsobí ve prospěch rodiny a následně její soudržnosti.

Současný individualismus ale podle F. de Singlyho (cit. dle Radimská, 2003, s. 667- 683) vůbec neznamená zeslabení vazeb mezi lidmi, osamocení a narcisismus, právě má opačnou tendenci, individualizace je podmíněná pohledem a zpětnou vazbou blízkých osob ve vztazích, se kterými vytváří jedinec svou osobnost a osobní identitu. To je možné právě v rodině, pro kterou v současnosti lze použít dle F. de Singlyho (cit. Radimská 2003) přívlastek „individualistická vztahová“. Sak a Kolesárová (2012, s. 110-111) také konstatují,

že přibližně od konce 19. století až dodnes, souhrnem mnoha faktorů dochází ke krizi klasické patriarchální rodiny, která se stává spíše rodinou partnerskou. Dle Možného (2002, s. 200-208) rodina zažívá proměny, kdy se společností akceptuje pohlížení na vztah manželský, jako především smluvní, který se může i jednostranně rušit a rodina se reorganizuje a může vznikat vícekrát, vztahové struktury takové rodiny jsou složité a široké. To potvrzuje i Haškovcová (2010, s. 76-79) a říká, že současná moderní rodina, která by měla převzít odpovědnost za své seniory, je velmi křehká, současné manželství bývá postaveno na „*intimitě a emocionální komunikaci*“.

F. de Singly (cit. Radimská 2003) naproti tomu poukazuje, že současná rodina i přes „domnělou krizi“, v níž se podle některých nachází, již od konce minulého století, má vlastní dynamiku a nachází nové způsoby a nové důvody své existence ve stále více individualizované společnosti, v níž jsou vztahy mezi lidmi založeny na dobrovolnosti. Změny ve společnosti, které lze vysledovat v proměně rodiny, se odrážejí především ve změnách postavení žen v rodině, ve změnách v přístupu k dětem a v proměně otcovství i jiných. I když to vypadá, že došlo k nenávratné destabilizaci rodiny jako pevné instituce, z určitého pohledu je rodina a vazby v ní důležitější než kdy předtím. I přesto, že manželství již není podmínkou existence rodiny a rodina jako taková se pluralizuje – je více rodinných forem i norem rodinného života, tato instituce se stále více obejde bez vnějších zásahů a v životě individuí hraje stále stejně významnou roli. Při sebeutváření osoba potřebuje pohled svých „významných druhých“, současná společnost totiž zohledňuje každého zejména přes jeho osobní vztahy s jemu nejbližšími lidmi. Zároveň mnohost slabších pout s různými prostředními/skupinami, které jedinec má možnost získat v souvislosti s novými typy rodinných/partnerských či i přátelských vztahů vlastních, v současné době drží jednotlivce a společenství, v kterém žije, pohromadě (Radimská, 2003, s. 667- 683).

Získaná a vybudovaná sociální síť ve smyslu šíře sociálních kontaktů je jedním ze zdrojů, který v sociologických vědách je spojovaný s pojmem sociální kapitál. V ekonomickém kontextu je pak sociální kapitál zdrojem, který můžeme využít k vlastnímu užítku. Politologie v této souvislosti zdůrazňuje i význam institucí a politického prostředí. Nejvýstižnější definici ale přinesl ve svých pracích R. D. Putnan (cit. dle Hamplové 2015), podle kterého sociální kapitál jedince pojímá sociální sítě se sdílenými normami, hodnotami a porozuměním, které umožňují spolupráci a vzájemnou podporu (Hamplová, 2015, s. 142)

Sociální kapitál zvyšuje přínosy investic do fyzického a lidského kapitálu. Spolupráce je snazší ve společenství, které je obdařeno značnou zásobou sociálního kapitálu. Přístup založený na sociálním kapitálu nám může pomoci formulovat nové strategie rozvoje. Špatný

je, pokud vládní podpora poškozují existující sociální síť. Skutečnost, že stávající kolektivní kapitál není dobře měřitelný, neznamená, že není skutečný. Když se naruší část sociální struktury, zaplatí za to celé společenství (Putman, 2021).

Právě na široký sociální kapitál lze poukázat, v souvislosti s vyvrácením mýtu stereotypního vnímání „*osamělého stáří*“ u lidí, kteří dobrovolně či nedobrovolně neměli děti a žijí sami. Právě absencí dětí či i partnera měli celoživotně dostatek času a motivaci pro aktivní budování široké podpůrné sociální sítě nebo doplňující strategii podpory příbuzného, ze kterých těží ve stáří. K pocitu jejich „životní spokojenosti“ přispívají tyto vytvořené vztahy v rámci okolní neformální sociální sítě a příbuzenstva a podpora získávaná z nich, rovněž tak jak u ostatních spokojenost spojená s rodičovstvím, dobrými vztahy s dětmi a očekávaná reciprocitní pomoc od nich (Sýkorová, 2008a, s. 113-138).

Navazování sociálních kontaktů je u jedince spojováno s naplněním potřeby v pozitivních a blízkých vztazích s ostatními lidmi, mohou mít podobu lásky, přátelství či například spolupráce. Takové vazby mohou přinášet množství pozitiv, jako utvrzení vlastní hodnoty, upevnění sebehodnocení a kompetencí, představují možnost sdílení radostí či soucitu při trápení, podporují pocity sounáležitosti mimo jiné (Bumbálek In Mühlpachr (ed.), 2005, s. 27).

Skupiny kontaktů podle podstaty vlivu na jedince lze rozdělit na primární a sekundární. V mezích primární skupiny jsou naplňovány spíše důvěrnější, citové, hodnotové, sociální potřeby vztahů svých členů, jedná se například o skupinku vrstevníků, kroužek nejbližších přátel aj. Kontakty v rámci sekundární skupiny jsou spíše náhodné nebo je může spojoval společný zájem, přirozeně i zde mohou vzniknout intenzivnější vztahy, které doplňují potřeby jedince satureované primární skupinou (Kosek 2004, s. 117-118).

Hamplová (2015 s. 152 - 162) uvádí, že ačkoliv v odborné empirické literatuře nepanuje shoda ohledně toho, jak moc občanská angažovanost a dobrovolnictví mají vliv na životní spokojenost populace jako celku, shodné výsledky jsou jen u jedné skupiny obyvatel a to u seniorů. Senioři, kteří jsou aktivní v zájmových skupinách, spolcích či politických uskupeních a angažují se v dobrovolnické činnosti, jsou šťastnější a spokojenější a uvádí lepší kvalitu života. Dalším významným faktorem ovlivňujícím spokojenost starých lidí je účast na životě v církvi a náboženských společnostech, kdy nábožensky založení lidé uvádějí větší schopnost zvládnutí stresu, odolnost, a dokonce je u těchto lidí prokázána i nižší úmrtnost v souvislosti s uplatněním morálních zásad během celého života, které mají nepřímo vliv na zdravotní stav jedince. Aktivní členství v církevním společenství pak může sloužit i k získání širokých kontaktů a při potřebě sociální opory a i praktickou pomoc.

### 1.2.1 Význam partnerů, dětí, vnoučat, sourozenců či širší rodiny ve stáří

V období stáří se partnerský vztah vyznačuje větší stabilitou než v předchozích fázích života jednice. Zkušenosti dlouholetého společného soužití i proměny přicházející se stářím upevňují význam manželského partnera a hodnot společného života. Ve stáří má manželská spokojenost stoupající tendenci, mimo jiné to souvisí i s poklesem konfliktů, eliminací či snížením genderových rozdílů v partnerském chování, stoupání pozitivních emocí pramenících se sdílením životního dění. U párů, které spolu strávily většinu svého života, dochází k posílení párové identity, kdy pocit „my“ převažuje nad individuálním „já“. Zásadními se stávají jistoty, jako jsou vzájemná podpora, partnerská solidarita a důvěra, blízkost - která je často dostačující pouhou přítomností druhého a vědomím, že to tak bude i nadále. Často v manželství setrvávají i páry, které nejsou se vším spokojené, ale naučili se spolu vycházet a žít (Vágnerová, 2007, s. 368-373).

Grün (2010, s. 67) též konstatuje, že znát a hlavně přijímat jeden druhého takového, jaký je, patří mezi přednosti manželství ve stáří. I když prožívaná vzájemná láska již nepřekypuje vášní, zůstává něžná a věrná. Partneři si jsou oporou při každodenním zvládnání nástrah, které nesou životní změny ve stáří, pomáhají si, a často se z nich stávají důvěrní přátelé, společníci u kterých nacházejí potřebné pochopení. Společná celoživotní láska se mění v bezpodmínečné přijetí toho druhého.

Pro člověka, jak během celého života, tak i hlavně v pokročilém věku, je důležité pociťovat lásku, vědět, že ho mají rádi a může svou lásku opětovat, což přispívá k naplnění jeho potřeby psychického bezpečí (Příbyl, 2015, s. 71-72).

Vzájemný vztah bývá nejzásadnějším i pro bezdětné manžele, v něm nacházejí spolehlivý zdroj podpory v průběhu celého života, ale při přílišném zaměření se na partnera může působit i omezující právě v budování sociálních vazeb, co se může projevit až po ovdovění. Osamělí, bezdětní lidé počítají s tím, že se musí sami o sebe postarat, proto spoléhají sami na sebe víc než na rodinu. Proto s přicházejícím stářím zavčas vyhledávají pomoc, například v institucionální péči, kdy směřují k nejdelsímu udržení autonomie a kontroly, na kterou byli celý život zvyklí. Další strategií bezdětných lidí, často zejména těch bez partnera, je udržování intenzivních vztahů s přáteli a sousedy, nebo finanční podpora příbuzného – například synovce nebo neteře, jako ekvivalent biologických pout, což zvyšuje šance jejich pozdějšího reciprocitního chování k nim a tím zajištění dalších zdrojů podpory ve stáří (Sýkorová, 2008a, s. 113-138).

Dle Hasmanové Marhánkové (2012, s. 197-217) pro staré ženy je velice traumatizující událost ovdovění, které většinou předchází vyčerpávající období péče o nemocného manžela,

to vše následně má vliv na aktuální emocionální stav, ale i na uspořádání režimu dne - každodenních povinností a volného času. S ohledem na předchozí zkušenosti často vnímají svou aktuální situaci jako šanci vymanit se z rolí a očekávání, která jsou jim určovaná společností. Je to příležitost k novým začátkům a možnost vytouženého sebenaplnění, která bývá často odkládaná nebo upozaděná z důvodů práce, nedostatku času či absence energie v souvislosti s poskytováním péče. Z těchto důvodů často pasivní či i odmítavý přístup ovdovělých starých žen k hledání nového partnera či vstupu do nového manželství musíme vnímat v souvislostech minulých prožitků. Neodmítají partnerství jako takové, ale odmítají povinnosti a závazky, které plynou z tradičního uspořádání vztahů, proto s ohledem na prožité preferují ne manželství ale spíše formu odděleného soužití (Living apart together). Nový partner a vztah s ním bývá pro ně důležitý, prostřednictvím něj mohou sdílet své prožitky, včetně těch intimních, ale ovdověním získaná nezávislost bývá stěžejním bodem nového života.

Nová partnerství vzniklá ve stáří mívají jinou kvalitu, než měla ta dřívější. S ohledem na vyšší věk mohou být náročná (sladění potřeb, adaptace na vzájemné soužití aj.), zároveň ale mívají i pozitivní a motivační, stimulační a aktivizační účinky. Nové vztahy se nevyznačují velkou hloubkou a preferovanou formou bývá nesezdané soužití. Partnery jsou více respektovány vztahy k původní rodině – dětem, vnukům i potřeby toho druhého (Vágnerová, 2007, s. 382 - 383).

Vztahy seniorů s dospělými potomky mohou být velmi rozmanité, různorodost se odvíjí od vnímání rodičovství samotnými seniory, prožitým dětstvím potomků nebo aktuálním životním stylem jak mladší ale tak i starší generace. Jedním z nejdůležitějších prvků je zdravotní stav seniora, samozřejmě vliv může mít i vzdělání a pohlaví příslušníků obou generací. Vzájemné vztahy se zakládají na emoční vazbě, která byla budována a udržovaná během celého života, důležitým prvkem je i vzájemná dostupnost vyplývající z teritoriální vzdálenosti. Pro české rodiny je typické spíše právě oddělené bydlení starší a mladší generace v nedaleké vzdálenosti, seniorům to poskytuje výhodu soukromí a zázemí vlastního bytu v kombinaci s dostupností rodin svých dětí, což se snaží udržet co nejdéle. Dalším z ukazatelů ovlivňující vzájemný vztah, je míra „*kognitivní shody*“: názorů, hodnot, postojů i uznávaných společenských norem a z toho vyplývajících očekávání, která mohou být u obou generací rozdílné (Vágnerová, 2007, str. 384-386).

Podobně to uvádí i Hrozenková a Dvořáčková (2013, s. 47-49), dle autorek vztahy mezi dospělými dětmi a jejich rodiči jsou odlišné od ostatních typů sociálních vazeb, kvůli společné historii a vyvíjející se povaze vztahů od dětství do dospělosti. I přesto, že může

docházet k posunu, vlivy s ohledem na pohlaví přetrvávají. Soudružnost mezi generacemi ale stále zajišťují zejména ženy, které se více věnují investici do sociálního vztahu než muži i tím, že více nabízejí pomoc, plánují rodinné události a udržují spojení. Podobně jsou dcery stále více citově angažované do vztahu s rodiči, než synové.

Horáková, Šujanová a Vidovičová (2014, s. 267) poukazují, že pozitivní vliv na pohodu starého člověka mají též jeho prarodičovské interakce, tyto vztahy naplňují jejich potřebu lásky, hlavně pokud mohou sdílet se svými vnoučaty osobní historii, svůj příběh. Posiluje to jejich pocit kontinuity, životního smyslu, že po svém odchodu zde něco zanechávají.

Emancipace ženy a s tím související i proměna její role a funkcí v rodině, což probíhá od konce 19. století až dodnes, vedla i k proměně zejména i role a funkcí generace prarodičů. Odchodem ženy mimo domácnost a to nejen v souvislosti se vzděláním a kariérou, vzniká nenaplněnost určitých potřeb, funkcí a aktivit v rodině. Nejvýznamnější pomocnou roli získali právě prarodiče, především byla posílena role babičky. Babičky nebo i oba (resp. všichni čtyři) prarodiče více poskytují potřebnou pomoc a péči svým vnoučatům trvale nebo nárazově v kombinaci s dětskými zařízeními, kterých ovšem nebývá dostatek, tímto se stali velmi důležitým prvkem, podstatným ve fungování současné rodiny (Sak a Kolesárová, 2012, s. 110-111).

Změna postavení seniorů v rodině může ale nést s sebou jak výhody, tak i nevýhody. Zejména v souvislostech s trendem zdravého životního stylu, aktivního stáří a podpoře delší ekonomické aktivity, jsou senioři déle schopní udržet svou autonomii a působnost, co může přinést odlišná pojetí a očekávání v oblasti podpory, jak mladší, tak starší generací.

Hasmanová Marhánková (2015, s. 737-757) poukazuje na to, že v současné české společnosti dochází k proměnám mimo jiné i v oblasti intenzivnosti pomoci prarodičů s péčí o vnoučata. Dochází k oslabování míry závazků, „obětování se“ pro mladší generaci, přestává být samozřejmostí jako dříve. Došlo k posunu ve vnímání úlohy a role prarodičů či jejich významu, jak samotnými seniory, tak i jejich mladší generací. Obraz oddaných „hlídacích babiček“ na zavolání a „vhodných“ podobách života seniorů, zejména žen, aktuálně rezonuje s důrazem na aktivitu, co nejdélší produktivitu, časem pro vlastní zájmy a koníčky ve stáří. Tato odlišná očekávání často nutí prarodiče vyjednávat, co se týče poskytování péče a naplnění očekávané role. I když stále připisují prarodičovství ve svém životě důležité místo, nacházejí vlastní cíle a zájmy i mimo oblast rodiny. Zároveň změna je patrná i v očekávání mladší generace: současná generace babiček má být soustředěna na budování vztahu s vnoučetem a zajišťování rozvoje zábavy a ne jen základní péči.



Vidovičová, Galčanová a Petrová Kafková (2015, 773-776), co se týče výkonu prarodičovské role, popisují tři typy babiček a to: „*typická babička*“ její působení je primárně spojováno s poskytováním péče, pomocí s domácností, vlídností a něhy; dalším typem je „*venkovská babička*“ – zaměřením na poskytování primární péče a srdečnost jsou stejné jak u předchozího typu, ale pomoc v domácnosti je omezená „konkurenčními“ povinnostmi vlastní domácnosti či hospodářství, kdy péče o vnoučata je více autonomní a zajišťovaná v rámci společenství stejně starých sourozenců či podobné věkové skupiny širší rodiny či jiných dětí nebo spojené se společnou prací v hospodářství; poslední typ „*městská babička*“, je spojená s obrazem městské intelektuálky, emočně zdrženlivé, její přispění spočívá především v kultivaci a podpoře duševního rozvoje mladší generace, kterou uvádí do světa kultury dospělých. Všechny typy mají svůj původ v kulturně sdílených představách a společenských očekáváních. Označování „*typická babička*“ může sloužit jako sebevymežující obraz, ale i v negativní relaci. Právě vymezování se „*já nejsem typická babička*“ je součástí sebeobhajoby a určení hranic omezení péče a vědomého neztotožnění se s rolí „*babičky na plný úvazek*“. Zajímavým zjištěním je, že s přibývajícím věkem vnoučat a s tím souvisejícím omezováním potřeby zejména poskytování péče, typické pro první a druhý typ babiček, kdy se může dostavit pocit performativního (rolového) prázdna ve vztahu k větším vnukům, může být u posledního typu - spojovaného s aktivitami volnočasového charakteru, udržen otevřený a i prohlubovaný vztahový potenciál mezi vnuky a prarodičem. To znamená, že odklonem od „očekávání“ a „povinnosti“ poskytování jen péče se může otevřít prostor pro společné aktivity a sdílení zájmů, uskutečňovaných v mezigeneračním tandemu, což lze z pohledu seniora vnímat i jako „*mezigeneračně sdílené aktivní stárnutí*“.

Kvapilová Bartošová (2022, s. 5-15) uvádí, že množství bádání v oblasti pomoci a péče o seniory se věnují hlavně souvislostem mezigenerační péče, opomíjenými často zůstávají vztahy mezi sourozenci nebo vrstevníky ve stáří. I přesto, že tyto vztahy ve stáří jsou náchylnější k zániku s ohledem na věkové hledisko a postupné snížení možnosti realizace, bývají pro jedince velmi významné a nabízejí jiné kvality než vztahy mezigenerační. Specifikem sourozenecké vazby je její dlouhodobost a dvojakost. Sourozenectví ve starším věku, mimo jiné, pojímá čtyři základní významy: společné vzpomínky a jejich sdílení, řešení či potvrzování sourozenecké rivality, přátelství a emocionální podporu, pomoc a přímou péči (poslední jmenována nebývá často obvyklá). Sourozenecké vazby jsou proměňované celoživotně i generačně, aktuálně významnost sourozeneckých vazeb podporují takové faktory jako rozšíření forem partnerského soužití, zvyšování věku dožití, změny v partnerském statusu v průběhu biografie. Potenciál sourozeneckých vztahů bývá většinou

aktivován například krizovou životní událostí (například rozvod, ovdovění), je potřeba vzít v potaz i genderové hledisko, kdy zejména ženy mívají bližší kontakty a vazby se sourozenci. Sourozenské vztahy jsou více vyhledávané lidmi ovdověnými, singles nebo bezdětnými.

Podobné zjištění konstatovala i Šlechtová (2019 s. 376 - 388), která analyzovala ve francouzsko-jazyčné sociologické literatuře téma sourozenectví, přesněji sociální roli sourozence a její proměnu z hlediska životní dráhy. Role sourozence se proměňuje s ohledem na životní období, v kterém se odehrává – dětství, adolescence, dospělost, vliv má i pořadí narození a pohlaví. Pro období dospělosti je publikací méně než v souvislosti s jinými životními obdobími, někteří autoři to připisují „nepovinnosti“ udržování sourozenských vztahů v dospělosti a jejich vyrovnání se s přátelstvím. Trvalost pouta se udržuje pravidelnými setkáváními a jsou i možnosti ke vzpomínání a udržování rodinné paměti, některé sourozence může sblížit více obdobná životní zkušenost nebo společné zájmy, mohou cítit vzájemnou odpovědnost. Lze vysledovat kompenzační funkci sourozenectví u osob, které nezaložily rodinu, bez partnera, rozvedených či ovdovělých. Role sourozence se aktivuje v případě „potřeby“, mobilizace pomoci bývá i v případě ne příliš blízkých vztahů. Sourozenec bývá prvním, na koho by se jedinec obrátil v případě těžkostí, to platí zejména při zajištění péče o nemohoucí rodiče.

Hodnota sourozenského vztahu s přibývajícím věkem často taky narůstá. Vztah představuje důležitou rodinnou vazbu, zejména pokud jiné vztahy ubývají a může přispívat k pocitu životní pohody. Sourozenský vztah umožňuje sdílení zátěží a ztrát, které nejčastěji souvisí s péčí o nemohoucí rodiče, pokud zvládnou spolupracovat, většinou to jejich vztah posílí nebo to může být i naopak. Po smrti rodičů jsou pak jedinou vazbou na období dětství, sourozenec se stává potvrzením kontinuity vlastního života, co je ve stáří velmi podstatné, naplňuje totiž potřebu smyslné minulosti starého člověka (Vágnerová, 2007, s. 396-397).

V souvislosti se sourozenectvím v dospělosti nelze nezmínit švagrovství, i když sociologický výzkum v oblastech švagrovství je málo rozvinutý, vzájemné provázání, ovlivňování a interakce obou rolí, i když s odlišnými očekáváními, ale jsou zřejmé. Švagři/švagrové mohou být těmi, kdo sourozence spojuje, nebo naopak těmi, kdo může přivodit nebo posílit napětí mezi nimi. Mohou být zdrojem solidarity a podpory například v oblasti péče o stárnoucí rodiče, pokud je zajišťovaná jedním ze sourozenců, při potřebě pomoci se často obrací na další sourozence, kdy právě v této souvislosti nabývají na významu i pomoc a podpora ze strany jejich manželů či partnerů - švagrů a švagrových. Literatura zmiňuje, že si často pomáhají zejména švagrové, vazby mohou přetrvávat i po rozvodu nebo i po úmrtí sourozenců, jejich životních partnerů. V období stáří, kdy se zužuje vrstevnický a

rodinný kruh, sourozenci a švagrové mohou zůstat těmi, které si navzájem „zbyli“ (Šlechtová, 2021, s. 219 – 244).

Co se týče vztahů v rámci širší rodiny, za zmínku stojí častá strategie bezdětných lidí, a to podpora blízkého člověka nebo vzdálenějších členů rodiny jako neteře či synovce a jejich rodin, což zvyšuje šance jejich následného recipročního chování k nim a může být významným zdrojem podpory ve stáří (Sýkorová, 2008a, s. 113-138).

### **1.2.2 Přátelé, sousedská výpomoc a podpora komunity**

Hamplová (2015 s. 143-145) uvádí, že lidé, kteří mají blízké přátele, mívají dobré vztahy v zaměstnání a udržují přátelské vztahy se sousedy, jsou spokojenější a šťastnější. Mívají vyšší sebehodnocení, netrápí jej pocity osamělosti a beznaděje, nemívají problémy se spánkem. Životní pohoda má vliv i na jejich zdraví, mívají nižší úmrtnost. To je patrné zejména ve stáří, kdy právě osamělost má negativní vliv na mentální schopnosti jedince a též progresi různých onemocnění, podporovaných pocitem sociální izolovanosti.

Přátelé jsou součástí podpůrných sítí starších lidí, zejména jsou významní z pohledu dobrovolnosti. Stáří je spojeno s omezením možnosti volby, s pomocí přátelství, které je dobrovolné, mohou čelit závislosti na rodinných příslušnících a službách pomoci, které si sami často nevybírají. S tím, jak se stěhování na větší vzdálenost, například za prací, stává běžnou částí současného života zejména mladší generace, může být méně pravděpodobné, že starší lidé, kteří potřebují péči blízké osoby – svých dětí, budou zakotveni v rozšířených příbuzenských sítích. Ačkoli senior má nablízku dítě, které mu pomáhá a poskytuje i emocionální podporu, bonusy spojené s přátelstvím mohou být často přínosnější (Adams, 1986, s. 55-76).

Potřeba sociálního kontaktu je pro staré lidi velmi významná, preferují ale spíše kontakty přiměřené, jak z hlediska jejich množství, tak kvality. Senioři bývají přednostně v kontaktu zejména s rodinnými příslušníky, přáteli a známými lidmi, které příliš nezatěžují. Vyhledávají kontakty spíše s vrstevníky, přínos z těchto kontaktů bývá jiný než s mladšími lidmi. Souvisí to s tím, že mladší generace často stereotypně staví starého člověka do pozice pasivního příjemce informací či pokynů, než aktivního partnera. Od stejně starých lidí ale senioři očekávají porozumění současným potížím a generační solidaritu, důraz na kontakty s vrstevníky bývá stejně silný jako v dětství či dospívání. S prohlubujícím se stářím ale tyto kontakty mohou řídnout, což může vést k pocitům osamělosti, omezení a závislosti (Vágnerová, 2000, s. 460).

I když přátel a známých s přibývajícím věkem ubývá, neznamená to menší intenzitu kontaktů a kvalitu prožívání vztahů s těmi, co zbývají. Starší osoby mohou velmi často rozvíjet intenzivnější přátelské kontakty než mladší lidé, přičemž návštěvy přátel a vrstevníků často mají skoro stejné frekvence jak s blízkými příbuznými. Na významu nabývá i susedství, to prokazuje neochota starých lidí k přestěhování se, možná i do lepších podmínek, často právě kvůli susedským vazbám, které se často vlivem v blízkosti prožitých roků proměnily v přátelství (Sýkorová, 2007, s. 165).

Dle Vágnerové (2007, s. 412–416) lidé po 75. roce věku, tj. v senu, z důvodu úbytku sil, energie a zachování pocitů citové pohody i sami často omezují širší kontakty a vztahy. Souběžně s touto tendencí ale pro ně vzrůstá emoční významnost v první řadě příbuzných, ale též přátel, která pro ně znamenají jistotu a bezpečí. Obavy ze ztráty zbývajících vybraných kontaktů a vazeb bývají velmi silné, zejména u těch, kdo musí změnit bydliště nebo přejít do pobytového zařízení, kde mají i strach z anonymizace a z takzvaného „rozplynutí“. Často nutná, z důvodu fyzického či psychického stavu a sociální situace, redukce životního teritoria a zúžení sociální sítě seniorů, jej vede k osamělosti. Strategie zvládání samoty a opuštěnosti mohou být různé, jednou z nich jsou právě udržování dobrých vztahů s lidmi ze susedství, rozhodující je právě jejich „blízkost při náhlé potřebě pomoci“, dalším prostředkem může být telefon, který podporuje pocit dostupnosti lidské společnosti, i když fyzicky jsou si lidé vzdálení, náhradním společníkem může být zvíře, pocit účasti na společenském dění mohou nahradit i média jako TV či rádio.

I dle Kalvacha (2018, s. 12) jsou susedé významným zdrojem laické podpory, zvláště při potřebě okamžité pomoci. V rámci tísňové pomoci mohou být partnerem dispečinku tím, u koho jsou uloženy klíče od bytu pro krizové situace. V obecné rovině je dobré susedství prvkem komunitní pospolitosti, zejména u osamělých lidí mnohdy nezbytným aktérem umožňujícím i přes kolísavost zdravotního a funkčního stavu žít ve vlastním prostředí. Na místní úrovni je třeba takovéto vtahy dobrého susedství rozvíjet, podněcovat a dokonce oceňovat, zasazovat se o změnu obecného povědomí.

Sýkorová (2008b, s. 404 - 410) uvádí, že za tím, že senioři přednostně chtějí zůstat co nejdéle v domácím prostředí, není jen citová vázanost ke geografickému místu a fyzickému prostoru či znalost prostředí, ale hlavně jde též o „*susedství – pospolité vztahy*“, které se tvoří vzájemným působením, prožitým životem v daném místě, pojí se s domovem. Váha susedství pro ně nespočívá jen v prostorové blízkosti či vzdálenosti, podstatný je „*obsah*“ - historie a kvalita vazeb, vztahy které byly spojeny s místem, se proměnily v reciprocitní intimní vztahy mezi sobě rovnými. Proto pro seniory jsou důležitými místa k posezení,

k občerstvení, známá místa, kam patří oni i sousedé. „*Naše věci v susedství*“ - jedná se o lavičky před domem nebo blízko něj v parku, na kterých spolu „posedíme a pokecáme“ a „*naše místa*“ - kavárny nebo hospody, kam chodí na „*kus řeči*“, kde mají možnost sdílení a podporují se navzájem. Pro starého člověka právě susedství představuje významný zdroj sociální pomoci, byť jen když nepostačují síly rodinné podpory.

Senioři ke „starým“ přátelům, cítí věrnost, cítí i blízkost. Pokud mají dostatek kvalitních přátelství, jsou spokojenější, vitálnější a netrápí se tolik svým zdravotním stavem, taky velmi často jsou společensky aktivní. Velmi významnou roli hraje přátelství zejména u starších žen, navzájem si pomáhají nebo poskytují pomoc i v místní komunitě (Adams, 1986, s. 55-76).

Dle Hartla (2004, s. 113) „*komunita je přirozené společenství v určité lokalitě, nebo skupina lidí sdílející společné zájmy; též lidské společenství jako susedství...*“

Komunitní péče může být realizována dvěma způsoby. V jednom z nich si podporu a i dle potřeby péči poskytují navzájem členové komunity, má svépomocný charakter, je to právě pomoc susedská, rodinná nebo v rámci neformálních skupin. V druhém případě je to koordinovaná pomoc poskytovaná státními a nestátními organizacemi všem potřebným členům komunity (Matoušek, 2003, s. 87).

Kinkor (In Matoušek et al., 2008), uvádí, že při komunitní péči jde o směřování k takovému uspořádání služeb, zdravotních, sociálních ale i vzdělání, dopravy aj., pro potřebné skupiny – senioři, lidi se zdravotním postižením, lidi s duševním onemocněním atp., aby mohli i přes své znevýhodnění zůstat ve své komunitě a žít zde plnohodnotný život. V této souvislosti pojem komunitní přístup lze spojovat s procesy, které souvisí se spoluprací různých sektorů, které mohou být nápomocné potřebným lidem zde žijícím. A to veřejného, podnikatelského a občanského sektoru, jejichž spolupráce může vyvolat pozitivní změny na místní úrovni (Matoušek et al., 2008, s. 255).

Dle Janečkové (In Matoušek et. al., 2005) komunitní sociální práce se seniory potřebujícími podporu směřuje k jejich začleňování do komunity s cílem zdravotní a sociální prevence. Dále jde o komunitní plánování - vytvoření systému služeb pro seniory na místní úrovni a též zřízení služeb, které odpovídají potřebám starších lidí žijících v dané komunitě. Také prostřednictvím programů na podporu zdravého stárnutí, edukace a integrace, prostřednictvím komunitních center aj.(Matoušek et. al., 2005, s. 175 -177).

## 2 *PODPORA SENIORA V RÁMCI RODINY*

V této kapitole se pokusíme přiblížit specifika podpory seniora v rámci rodinné péče. Její základy pramenící z koncepce mezigenerační solidarity, včetně vnímání, očekávání a možných pozic mezi generacemi v rámci rodiny. Popíšeme neformální domácí péči a její aktuální postavení v rámci veřejné nebo sociální politiky a praxe v Česku. Poukážeme na spojitosti pomoci a poskytování péče s genderovým vnímáním, popíšeme možné stupně, dle naléhavosti a intenzivnosti poskytované pomoci a přiblížíme preference zajištění péče o seniory a též možná úskalí domácí péče.

### 2.1 *Mezigenerační solidarita*

Jeřábek et al, (2013, s. 164 - 277) uvádí, že pochopení koncepce rodinné mezigenerační solidarity se stalo předmětem zájmů odborné veřejnosti, bylo vypracováno několik modelů. Bengtson, Roberts, (1991) představili multidimenzionální model mezigenerační solidarity v rodinách, který začal být obecně přijímán. Obsahuje pět dimenzi: *citovou solidaritu (affectual solidarity)* - city, které člen rodiny vyjadřuje ke druhému; *solidaritu kontaktů (asociační solidarita/associational solidarity)* je to typ a častost kontaktů pečujícího a osoby potřebné péče; *solidaritu souhlasu (consensual solidarity)* představuje shodu rodiny v názorech, hodnotách, postojích a přesvědčení (beliefs); *solidaritu pomoci (funkční solidarita/functional solidarity)* vystihuje stupeň mezigenerační podpory včetně směny, pomoci a podpory jak provozně technické, materiální, tak emocionální; *normativní solidaritu (normative/solidarita rodinných závazků)* formuluje předpoklady nebo očekávání závazků, které mají dospělé děti a jejich rodiče k sobě navzájem; *strukturní solidaritu (structural/solidarita možností, solidarita příležitostí)* popisuje podmínky uskutečnitelnosti, konkrétní příležitost, možnost podpory a pomoci. Sem patří prostorová vzdálenost/blízkost pečujícího a potřebné osoby, početnost rodiny a zdravotní stav jejích jedinců. Tento model byl Lüscherem (1998) doplněn o další dimenzi „*koncept ambivalence*“, v českém prostředí tímto konceptem podrobně zabývala Sýkorová (2006). Kdy ambivalenci lze vnímat jako nerozdělitelně spjaté, buď dočasné, nebo trvalé, zároveň však polarizované pozitivní a současně i negativní pocity, činnosti, myšlenky, sociální vztahy a struktury, jež jsou zásadní pro utváření individuálních či kolektivních identit v rodinném rámci. Dle provedeného výzkumu autor navrhl změnu dosavadního obecného modelu – kdy doporučuje zakomponování šesté dimenze „*sjednocené rodinné cíle*“ (*goal integracion*) – závislost jednotlivých členů rodiny na sobě, rodinné odpovědnosti, potřebě kooperace či podřízení se rodinnému celku na úkor jednotlivce. Kdy výše uvedený obecný model solidarity, včetně

koncepte ambivalence a dimenze „*sjednocených rodinných cílů*“, utvoří model *specifické teorie mezigenerační solidarity a rodinné soudružnosti*, který je relevantní pro „pečovatelskou generaci rodin“ – rodin, které jsou konfrontovány se situací, kdy musí poskytnout podporu a péči blízké potřebné osobě. A který představuje pohled, že za určitých přesně specifikovaných podmínek je mezigenerační solidarita strůjcem rodinné soudružnosti, která je zásadní pro převzetí a poskytování rodinné péče.

Haškovcová (2012, s. 7–117) uvádí, že pojem mezigenerační solidarita označuje hlavně porozumění mezi lidmi odlišných věkových skupin. V posledních desetiletích dochází k jejímu poklesu, proto neformální rodinnou nebo sousedskou solidaritu je potřeba doplňovat formálními aktivitami. Moderní společnost upřednostňuje mládí se zaměřením na ekonomický úspěch a perspektiva stáří je jakousi „šedou“ a nezajímavou periodou lidského života, která je spojována se společenskou nepotřebností a zátěží. V důsledku takového přístupu dochází ke vzdalování se mezi generacemi, zejména mladých a seniorů.

Dle Saka a Kolesárové (2012, s. 35–44), aby tomuto stavu bylo možné porozumět, je zapotřebí porozumět pojmu generace. To, co tvoří generaci, je její sociální obsah a „... *Utváření a vyhraněnost generace je spojena se společenskými procesy probíhajícími ve společnosti v etapě jejího generačního zrání, s dynamikou těchto procesů, s jejich omezeností na některé společenské oblasti či naopak komplexností a s časovou periodou, v níž ke společenským změnám dochází*“. Právě různé vnímání stejných věcí, pramenící k příslušnosti k té či oné generaci může působit vzdalování a nepochopení mezi jednotlivými generacemi, tj „*Vidění společnosti mladou generací by se dalo přirovnat k fotografii, zatímco vidění staré generace k filmu*“ - rozdílnosti ale nutné vnímat v širším kontextu, s ohledem na působení různých činitelů.

Očekávání reciproční mezigenerační solidarity vychází zejména ze vztahů tvořených v rodině – rodiče a prarodiče starající se o své děti v raném věku a pomáhající jim často i v dospělosti, spoléhají na to, že jejich potomci, pokud budou moct, se o ně ve stáří taky postarají. Pokud tedy nastane potřeba pomoci, v první řadě se často obracejí na své blízké, nejprve pokud je, na manžela či partnera dále na děti či širší rodinu, i na pomoc přátel či sousedů, pokud ale i tak nedojde k saturaci všech potřeb, hledají pomoc zvenčí, ovšem upřednostňování zdrojů pomoci je vždy individuální a odvíjí se od aktuálních okolností.

Dudová (2015, s. 98–99) ale poukazuje na to, že reciprocita získává na významu spíše v perspektivě celého života než jen v ohledu na péči v dětství. Ženy měly potřebu oplatit své matce spíše „nadstandartní služby“ – pomoc s vnoučaty, pomoc při různých životních

událostech jako rozvod, stěhování se, nemoc nebo materiální či finanční pomoc poskytované v průběhu života.

Oproti tomu Jeřábek et al., (2013, s. 238) uvádí, že míra vzájemné pomoci mezi seniorem a pečujícím je jen ve slabé pozitivní závislosti. Na základě zjištění výzkumu „*Rodinná soudružnost 2010*“, pokud byla seniorem dříve svému pečujícímu poskytována pomoc a podpora ve vysoké míře, dostane se mu na oplátku též podpory ve stejné vysoké míře. Opačně tento trend neplatí – ani když senior nepomáhal, stejně se mu dostane pomoci, ač v menší míře, než těm, co pomáhali.

Jedná se tedy o „generalizovanou reciprocitu“- vědomí rodinné soudružnosti a vzájemné pomoci, když to rodinný blízký potřebuje, než o oplácení dřívější obdržené nebo i neobdržené pomoci a podpory (Dudová, 2015, s. 99).

Mezigenerační solidarita v rodině zahrnuje vzájemnou vazbu a z ní vyplývající citovou oporu, kognitivní podporu i reálnou pomoc, které jsou většinou vzájemné. S ohledem na českou tradici senioři reciprocitně svým potomkům pomáhají, často je podporují i finančně. Vědomí postarat se o své zestárlé rodiče je v České republice zafixovanou normou, kterou akceptují a berou v úvahu dospělé děti středního věku bez ohledu na formu způsobu realizace této povinnosti. Sami senioři velmi často k možné závislosti na svých dětech zaujímají ambivalentní postoj, jejich potřeba autonomie je velmi silná a prožitek nesoběstačnosti a závislosti může být pro ně velmi nepříjemný a být zdrojem nepochopení (Vágnerová, 2007, s. 384-390).

Zavázalová (2001, s. 47-48) poukazuje na to, že generace navzájem mohou zaujímat rozdílná stanoviska od vysloveně pozitivního přátelského – vnímání a akceptaci odlišností, přednosti a nedostatků druhých, přes neutrální – postoj střední generace či ambivalentní – vnímání a hodnocení dobrých či špatných zkušeností až po negativní nepřátelské či i agresivní – nepřijaté navzájem názorové rozdíly a postoje mezi generacemi. Aby v případě nesoběstačnosti starého člena rodiny mu byla zaručena psychická, fyzická a hmotná pomoc a podpora musí být jeho rodina dobře fungující, podstatnými jsou její vůle, motivace – rodinné tradice, možnosti pomoc poskytnout a též způsob bydlení a vzdálenost. Podpůrně působící na mezigenerační solidaritu jsou pak zejména i faktory zvenčí, jako společenské - postoje, klima, normy a státní legislativní a ekonomická podpora jednotlivých generací. Velkou pomocí při rodinné péči v domácím prostředí jsou pak terénní či ambulantní služby a sociální aktivity v rámci komunity.



## 2.2 Neformální domácí péče, její postavení

Termín neformální péče není pevně vymezený, zejména ne v české praxi. Někdy je neformální péče definována jako pomoc rodinná, která je poskytována blízké osobě, která nezvládá se o sebe postarat v různých oblastech každodenní péče o sebe, domácnost či osobních záležitostí aj. Takováto podpora není organizovaná, neposkytuje ji profesionální poskytovatel sociálních služeb, lze také říct, že je poskytována laicky. Přitom může být jen občasná nebo i celodenní, dle aktuální situace potřebné osoby. Většinou se starají a pomáhají manželka nebo manžel, partner, děti nebo další členové širší rodiny, mohou to být ale i přátelé nebo sousedé, rozhodujícím bývá často zejména „blízkost“ vztahová s potřebným člověkem, ale i bydlení pomáhajícího.

Přesto, že je výraz neformální pečovatel běžně používaný, v žádné české legislativní normě není specifikován. V Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., je definice pečující osoby stanovena nepřímou, spíše v souvislosti s vymezeními potřebných osob. Nárok na podporu tak pro pečujícího vzniká jen v souvislosti se službou pro vymezenou potřebnou osobu, o kterou pečují. S podobnými problémy identifikace a formalizace neformální péče, podobně jako Česká republika, se potýká většina evropských států (Horová, et al., 2021, s. 23).

V souvislosti s touto problematikou konfederace organizací, zaměřených na rodinu, působící v Evropské unii – Confederation of Family Organisation in European Union (COFACE) prosazuje poměrně širokou definici neformální péče, pečující osoby tedy jsou: *„... všichni muži i ženy, kteří nejsou profesionálními pečovateli, ale na základě vlastního rozhodnutí, nebo proto, že nenalezli jinou volbu, pečují o závislou osobu ve svém bezprostředním okolí. Poskytují ji základní péči pravidelně nebo nepravidelně v různých formách. Jedná se zejména o tyto formy péče a podpory: ošetrovatelská péče, pomoc při vzdělávání a sociálních aktivitách, pomoc při vyřizování úředních záležitostí, koordinace péče, neustálý dohled, psychologická podpora, pomoc s komunikací a domácími pracemi“* (Votoupal, Krystek, 2019, s. 107).

Horová et al., (2021, s. 22) píše, že blízké osoby často plní tuto roli s omezenými znalostmi, nemají zkušenosti s péčí, mohou ztratit příjmy a omezení či vyčerpání v souvislosti s poskytováním péče mohou vést k chudobě nebo i k výskytu sociálně patologických jevů. S ohledem na tuto skutečnost a ve snaze posunu k humanizaci a individualizaci podpory, potažmo i k deinstitucionalizaci sociální péče narůstá potřeba podpory neformální péče.

Převzetí vícera povinností pečující osobou představuje fenomén *sendwich carer* – pečující se stará o dvě osoby, obvykle dítě nebo dospělou osobu se zdravotním postižením a dalšího blízkého v seniorském věku. Dalším fenoménem je *vzájemná péče* – zejména v praxi u pečujících v seniorském věku, kdy blízký člověk s postižením poskytuje podporu a péči zároveň své pečující osobě (Uhlířová, 2013, s. 31)

Špaková (2021, s. 14-15) uvádí, že v odborné literatuře jsou do kategorie „*sendvičové generace*“ řazeni právě lidé středního, produktivního věku, tj. 40-60 let, ale nebývá to vždy tak; ukazuje se, že sem patří i mladší a starší lidé než uvedené věkové rozpětí. Příslušníci sendvičové generace musejí zvládat péči o dítě, nemohoucího bližního či seniora, zvládat své zaměstnání a rodinný život. Tyto oblasti jsou radikálně odlišné; aby vše fungovalo, často musí tyto osoby skloubit i teoreticky nemožné. I když se očekává, že právě rodina odpovídá za péči o své seniory, zapomíná se na to, že dnešní rodina s ohledem na různost jejich podob, má často potížemi vše bez problémů zvládnout. Pečující se mohou sami potýkat se zdravotními potížemi – problémy se zády, které mohou vznikat následkem fyzické manipulaci s nemohoucím; s psychickými problémy, kdy příčinou bývá dlouhodobý stres a vypětí při zvládání péče, zejména u těch, kdo nemají možnost, aby je někdo vystřídal, a tak jim odlehčil. Dalšími problémy jsou únava, osamělost nebo izolovanost od okolního světa, mohou přijít i finanční potíže – bývá to problém zejména žen, které v souvislosti s poskytováním péče opustí zaměstnání a mívají následně i menší penze. Chybí jim čas na sebe, odpočinek nebo společenský život; právě dostatek času na sebe se ukazuje jako zásadní při dobíjení energie a načerpání sil k pokračování. Ke všemu role takto pečujících je na společenské a institucionální úrovni nedocenená a často vnímaná jako soukromá záležitost mezi pečovatelem a příjemcem péče. Všechny výše uvedené potíže při dlouhodobé péči se mohou projevit jak na kvalitě péče, tak na vzájemných vztazích. Odborné kruhy upozorňují, že je potřeba tuto zátěž, které je vystavena „sendvičová generace“, pokládat za důležitou a udělat kroky k jejímu zmírnění. Je potřeba zvýšit zejména informovanost pečujících, jaká péče je pro jejich potřebné blízké nejvhodnější, zvýšit jejich orientaci ve zdrojích pomoci, aby mohli nabýt znalosti v poskytování přímé péče, aby byla široká nabídka fungujících pomáhajících a odlehčovacích služeb s volnou kapacitou. V neposlední řadě zabezpečit možnost úpravy stávajících bytových podmínek tak, aby byly vhodné pro péči (bezbariérovost), nebo dostupnost vhodného nového bydlení. Důležitými jsou i legislativní podpora formou podpory zkrácených úvazků, odborná podpora – poradny aj.

Dle Jeřábka et al.(2013, s. 48) *vzájemná péče*, kdy manželka sama pečuje o svého nemohoucího manžela, je jedním z nejfrekventovanějších modelů péče o starého člověka

v rodině. Jsou to právě manželky, které poskytují celodenní a celodobovou potřebnou péči svým partnerům a oddalují tak jejich přechod do ústavní péče, delší dobu než ostatní skupiny pečujících. Osobně muži/manželé o své potřebné manželky pečují řidčeji, většinou s pomocí či součinností dcer nebo žen z širší rodiny. V odborné literatuře, například Abel (cit. dle Jeřábek et. al (2013, s. 48), se setkáme s konstatováním, že až 64 % pečujících manželských partnerů jsou ženy.

Stávající systém podpůrné sociální a zdravotní péče v ČR je směřován k familialismu a spoléhá se na to, že rodinná péče o seniory vychází z mezigenerační solidarity, rodinné soudržnosti, opětované lásky a je vnímána jako morální povinnost. To má spíše negativní dopady ve veřejné sociální politice, která neidentifikuje větší potřebu vytvářet různé nástroje podpory neformální péče (Janečková, Drahomerecká a Jirkovská, 2017, s. 55-56).

### **2.3 Způsoby pomoci s ohledem na genderová specifika**

Dudová a Vohlídalová (2018, s. 220 - 221) uvádí, že v ČR převládá přesvědčení, že institucionální ústavní péče, je na radě jen v případě, kdy je absence rodinné pomoci nebo rodina nevládá potřebnou péči zajistit v přirozeném prostředí. O osobách, které mají zajistit tuto neformální péči, se hovoří genderově neutrálně, přitom jsou to zejména ženy, které se tohoto úkolu dobrovolně nebo pod tlakem okolností ujímají. Podle dostupných mezinárodních dat, množství žen působících v neformální či i formální sféře poskytování péče, převyšuje množství mužů zajišťujících tutéž péči. Rozhodnutí ženy poskytnout pomoc a péči potřebné blízké osobě se může odvíjet od mnohých okolností a faktorů. Může vycházet ze vstřícného altruistického postoje, z pocitu zodpovědnosti a povinnosti, pramenících z rodinného pouta. Ochota přijmout pečovatelské povinnosti může souviset i s postavením žen na pracovním trhu - nižším platovým ohodnocením či i absencí zaměstnání. Klíčovými faktory bývá přesvědčení ženy o vlastní disponibilitě k poskytování péče a absence jiného „dobrého“ řešení.

Dudová, (2015, s. 110-130) v souvislosti s otázkou: „*Proč pečují ženy?*“, popisuje skutečnost, že jeden z faktorů, proč se žena rozhodne přijmout náročnou roli pečovatelky v poskytování péče svým rodičům, především matce, souvisí zejména s péčí o tělo, hlavně v oblasti intimní. Od mužů – bratrů či manžela – se tento typ péče neočekává, není to tak samozřejmé; muži působí především jako doplňující prvek v péči, plně nastupují jen v případě absence ženského zdroje pomoci – sestry, vlastní manželky, neteře aj. Jejich oblastmi pomoci bývá zejména podílení se na zajištění údržby domácnosti, vyřízení pochůzek, údržby auta, zahrady, při potřebě dohledu nebo psychické podpory. Tyto preference mohou vycházet z kulturní prezentace ženy jako osoby vhodnější na pozici poskytování péče, ze spojování

tělesné péče se vztahem matky a dítětem nebo z omezeného vnímání tělesného kontaktu jen v souvislosti se sexuálními vztahy. Práce s tělem je stereotypně považovaná za společensky méněcennou a pro muže nevhodnou.

Přidalová (2006, s. 1 - 4) píše, že právě genderová příslušnost je ukazatelem, kdo co bude dělat, dojde-li na potřebu poskytování péče. Současně v bariérách převzetí péče to, co je pro muže legitimní – čas či dobrá práce, a tím zajištění rodiny - se vůbec nebere v potaz u ženy. Nutno zdůraznit, že ztotožnění se s přisuzovanými rolemi neznamena, že muži necítí příbuzenskou odpovědnost a nepodílejí se na péči o nemohoucí příbuzné. Postoje k závazkům mužů a žen vůči rodičům jsou totožné, shodují se na morální normě, že by se dospělé děti měly postarat o své staré rodiče. Ale v souvislostech stereotypního vnímání mužské a ženské role mívají muži a ženy jiné představy o způsobech jejich naplnění. Muži obvykle svou přímou angažovanost – potřebu přímé péče - nahradí zprostředkováním služeb a pomáhají při zajištění potřebného - managementem péče. Zároveň pokud je poskytována aktivita neutrální nebo maskulinní, pak se muži neliší od žen; pokles vlastní přímé angažovanosti lze vnímat při aktivitách považovaných za femininní – poskytování osobní péče, hygieny, přípravy jídla. Muži tedy dělají to, co se od nich očekává. Často v součinnosti s primární pečující fungují jako „doplňkoví“ pečovatelé, přičemž se může jejich podíl na péči často podhodnocovat, jak jimi samotnými, tak „kompetentními“ poskytovatelkami péče. Pokud ale synové/muži převezmou veškerou zodpovědnost péče o potřebné rodiče i přesto, že pro to nenastanou obvyklé rodinné okolnosti (absence sestry, manželky, prostorová blízkost), prezentují vnímání „přirozenosti“ této povinnosti, což se možná více očekává od žen.

Dudová (2015, s. 148 - 149) na základě svých výzkumných poznatků ukazuje, že očekávání rodičů (potenciálních příjemců péče) – zejména žen, které samy plnily pečovatelskou roli, ohledně toho, zda se o ně děti postarají, naplňuje obecné genderové stereotypy. Lišily se tedy od toho, zda měly syna či dceru. Péči očekávaly spíše od dcer, o synech se buď nezmiňovaly, nebo od nich péči ani nečekaly – „jsou to přece muži“. Pokud přece jen o péči synů uvažovaly, zdůvodňovaly to přítomností „femininních“ charakteristik u svých synů.

## **2.4 Stupně pomoci, preference zajištění péče seniory**

Jeřábek et al., (2013, s. 46 - 47) rozděluje poskytování péče dle stupňů její naléhavosti a intenzivnosti, na *péči podpůrnou (subsidiarity care)* – poskytování potřebné osobě finanční pomoci, pomoci s údržbou domu či zahrady, dopravy k lékařům na úřady aj, tato pomoc je poskytovaná rodinou nebo i příbuznými, seniorům ještě ne zcela nesoběstačným. Dalším

náročnějším stupněm poskytování pomoci je *neosobní péče (impersonal care)* – tato pomoc souvisí udržováním chodu domácnosti – úklidem, praním, zajištěním nákupů, vařením aj., vyžaduje cykličnost, nedá se odkládat. Zároveň se ještě jedná o pomoc, kterou může zajistit i někdo jiný než člen rodiny, například pečovatelská služba. Posledním, nejnáročnějším stupněm je *osobní péče (personal care)* - činnosti časově nákladné a též fyzicky i psychicky náročné, spojené s intimní péčí o tělo. Vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby, která poskytuje neustále stejné, opakující se aktivity – podání stravy, léků, pomoc s použitím WC, výměnou inkontinenčních pomůcek, pomoc s osobní hygienou, přesuny, změny polohy aj. Tato pomoc vyžaduje neustálou přítomnost, pravidelnost, vytrvalost a obětavost. Významnou vlastností této osobní péče je, že je poskytována opakovaně a že je na ní starý člověk závislý. V důsledku toho může být pečující osoba neustále doprovázena pocitem nepřetržité odpovědnosti, co se může stát nejvíce zatěžujícím aspektem této osobní péče o potřebného. Je tedy poskytována v rámci rodiny, formou neformální péče, doma rodinným příslušníkem, nebo při absenci rodiny, či pokud to rodinná nezvládá, anebo pokud se senior tak sám rozhodne, je poskytována i v institucích – domovech pro seniory, léčebně dlouhodobě nemocných, hospicích atp. Rodinná péče představuje model, který je schopný zajistit všestrannou péči potřebnému starému člověku lépe, s důrazem i na emocionální podporu – vztahy, pocit blízkosti, dodání duchovních sil a opory. Důležité jsou zejména okolnosti, kontexty a situace, za kterých senior přichází do instituce a může se zde setkat se stejně kvalitní péčí jako péčí rodinou, ale právě zajištění emocionální podpory „zvenčí“ může být zde obtížné.

Při takovéto péči nejde jen o vysokou frekvenci a zátěž při těchto činnostech, ale též o nemožnost se vzdálit. Ale nejde o to, že by pečující byl zapřažen nepřetržitě a nenalezl ani půl hodiny na to, aby šel ven. Významným faktorem při vyhledávání pobytové péče je velmi často obava, aby senior, který je ještě nějak mobilní a nějakou sebeobsluhu zvládne, pod vlivem nemoci či špatné paměti a orientace, například při ohřevu jídla nezpůsobil požár, nevyšel do ulic a neztratil se, neotevřel zlodějům... Nejde tedy jen o péči o tělo, ale i o zvládání dopadu nemoci – zejména pak demence, Alzheimerovy či Parkinsonovy choroby či jiných, a vyžaduje nepřetržitý dozor nad seniorem.

Výsledky výzkumu Vávrové a Vaculíkové (2017, s. 87 - 92) „*Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku*“, poukázaly, že „... nejčastěji byla českou populací preferována nejpřirozenější forma sociální pomoci (v případě ztráty samostatnosti), tj. pomoc a péče rodinných příslušníků (39 %), popřípadě kombinace této péče s terénní či ambulantní sociální službou (25 %). 20 % respondentů volilo péči

poskytovanou v domově pro seniory, kam by se přestěhovali, 13 % pomoc a péči odborníků, kteří by přicházeli k respondentům domů, a nejméně volili (3 %) pomoc a péči odborníků, za kterou by denně docházeli“, tyto preference mohou být ovlivněny různými faktory, například zejména věkem, prostředím či genderem.

Sýkorová (2008b, s. 404 - 410) poukazuje, že potřeba seniorů setrvat a to co nejdéle „ve svém“ prostředí, neztratit a stále kupit biografickou zkušenost, přispívá k pocitům jejich „zakořenění“ a jistoty. Pocity, že někam patří, k někomu náleží, je naplňován především vazbou k domovu. Domov je spojený s vyjádřením osobnosti jedince i toho, co jej přesahuje, je spojený s takovými životními hodnotami a podmínkami, jako jsou nezávislost, soukromí či bezpečí. Pro starého člověka je místem životního bilancování, sdílení, prožívání, uchovávání vzpomínek, místem, kde může být sám sebou, zde vše dohromady se proměňuje v jeho „mysl byti v místě“.

Horová et al. (2021, s. 22) uvádějí, že progresivní demografický rozvoj obyvatel a prodlužování délky života ve vyspělých státech prognózuje zvýšení počtu lidí v období senia se sníženou soběstačností a potřebující pomoc jiné osoby. V České republice až 80% dospělých dětí deklaruje, že by poskytlo pomoc svým potřebným rodičům v domácím, přirozeném prostředí.

## 2.5 Úskalí domácí péče

Většinu lidí pečujících o starší potřebné osoby tvoří členové jejich rodin. Dle Graham (1983) pečování o starého nesoběstačného blízkého obsahuje jak emoce, tak sepětí a závislost mezi pečovatelem a potřebnou osobou. Nejde jen o péči v rámci „nukleární rodiny“, může se vztahovat i na jiné skupiny potřebných - rodiče, zestárlé příbuzné, partnery. Péče může být různorodá, nespecifikovatelná, zdánlivě nikdy nekončící práce – je viditelná, zejména když není udělaná, zároveň může mít „separační“ charakter, může izolovat pečujícího, často i s potřebnou osobou, od okolního světa. „...Peče ... je prožívaná jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“ (Jeřábek et al., 2005, s. 10).

U dospělých dětí reálná ztráta soběstačnosti rodičů a nutnost o ně pečovat (*caregiving*), vede především k obavám, jak skloubit péči a zaměstnání, k pocitům bezmoci a prožívání psychické zátěže i ohrožení vlastní autonomie. Akceptace omezení autonomie je nesnadno vyjednávána a hlavně permanentně vyjednávána, není bezrozporná a trvalá (Janečková, Dragomirecká a Jirkovská, 2017, s. 49).

Když to už nejde v rámci širší společnosti, právě prostřednictvím rodiny má starý člověk možnost naplnění potřeby seberealizace, potvrzení své významnosti alespoň pro

potomky. Ovšem často ve snaze být svým potomkům prospěšní a užiteční mají senioři tendenci, bez ohledu na věk a dosažené schopnosti – rozdávat rady, pomáhat, ochraňovat, dokonce dirigovat či manipulovat s nimi. Přehnaná dominance starších lidí, zejména žen, se může projevit snahou zasahovat či korigovat domácnosti svých dětí či příbuzných, což se může projevovat zátěží pro vzájemné vztahy (Vágnerová, 2007, s. 388).

Rodinné fungování všech členů rodiny ovlivňuje náročná životní situace dlouhodobé nepřetržité péče o nesoběstačného člena rodiny. Významným problémem pečujících je to, že jde velmi špatně odhadnout, jak dlouho bude péče o blízkou osobu trvat (Knausová 2016, s. 42).

Janečková, Dragomirecká a Jirkovská (2017, s. 51) poukazují, že dle výzkumu Valenty a Michalíka (2008) ztrácejí lidé, kteří pečují o své blízké, poměrně rychle své pracovní kompetence. Téměř polovina dotázaných pečujících se na základě vlastní zkušenosti domnívá, že již po pěti letech odchodu ze zaměstnání a péče o osobu potřebující pomoc u nich došlo (dochází) ke ztrátě pracovních kompetencí. S delší dobou odchodu a péče to vnímá i větší počet respondentů. Ireverzibilita těchto ztrát je překážkou možnosti návratu do zaměstnání, někteří to považují v původní profesi za zcela nemožné, jen malému zlomku dotázaných nevadilo, že nepracují.

Možnost pracovat, resp. uplatnit se, možnost být svobodný, mít sebeuplatnění a osobní život naplněný variabilními prožitky bez stereotypů, je pro pečující, jak i pro kohokoliv jiného velmi podstatné a důležité – jedná se o uplatnění práva na vlastní osobní život (Knausová, 2016, s. 44 - 45).

Riziko může představovat i postoj „dětí“, které již taky vstupují do období stáří, k vlastním starým rodičům, který nebývá vždy realistický. Někteří zvládnou zhodnotit situaci objektivně, uvědomují si úbytek jejich sil a kompetencí a důvody potřeby pomoci, ovšem zejména při nevyrovnanosti ve vzájemné emoční a vztahové oblasti mohou nastat problémy. Může dojít ke zkreslení či odmítání reality, bagatelizaci, zveličování nebo naopak podceňování potřeby pomoci starému rodiči. Tyto tendence popření nebo obranné reakce související s neochotou přijmout změny, nárůst zodpovědnosti a povinnosti, jsou často posilněny nevyřešenými konflikty a vztahy z minulosti. Proměna tělesné a hlavně psychické oblasti s často přicházející degradací osobnosti rodičů, o kterých jako dítě mají přetrvávající představu dle dřívějších kompetencí a povahových i osobnostních vlastností, může pro ně znamenat šok. Během života byli rodiče zde vždy pro ně jako opora a teď to má být naopak. Vyrovnaní se s tímto stavem úpadku nebývá snadné, situace může vyvolávat rozporuplné pocity a postoje k rodiči, často nejen soucit, ale někdy i negativní emoce, za což se stydí či

pocituje vinu. V souvislosti s neporozuměním danému stavu se mohou děti domnívat, že starý rodič se záměrně chová bezohledně a nesmyslně, ale ve většině případů tomu tak není. Na vině bývají trvalé, vůlí neovlivnitelné změny v psychické oblasti starého člověka. Tyto skutečnosti mohou vztahy dospělých dětí a starých rodičů zatěžovat či je dokonce omezovat a ničit (Vágnerová, 2007, str. 288 - 290).

Kritickými momenty dlouhodobé osobní péče o potřebného člena v rodině mohou být zejména: zdravotní problémy, osamělost pečovatele/lů; dlouhodobé rodinné péči se dostává nejméně pomoci od státu nebo obce, negativním aspektem je taky pocit viny a následně duševní trauma, které rodina zažívá, když „musí“ předat blízkého do institucionální péče. Problematiku společenských nároků ohledně pomoci a péči seniorům, kteří si přejí dožít ve svém přirozeném prostředí, je potřeba řešit hlavně prostřednictvím smíšených forem podpory, kdy neformální péče rodiny bude doplňována místními formálními službami. Stěžejní je dostupnost podpory a její dosažitelnost v případě potřeby podpory rodiny v jejím zvládnání poskytovat péči (Jeřábek et al., 2013 s. 48 - 56).



### **3 SLUŽBY PRO SENIORY**

Pomoc seniorům, kteří potřebují pomoc druhé osoby, můžeme zajistit buď prostřednictvím rodiny, sousedů, přátel, známých, nebo s pomocí sociálních služeb. Výše bylo popsáno, jaké možnosti jsou a jak náročná může být péče o člověka v seniorském věku. V této kapitole bych chtěla rozebrat možnosti sociálních služeb a současné trendy, kdy v podkapitole představím a popíši ambulantní a terénní služby a domy s pečovatelskou službou, které nejsou zařazeny mezi sociální služby, ale svou specifikou umožňují svým obyvatelům – potřebným osobám - setrvat v přirozeném prostředí; které jsou představené na začátku v empirické části diplomové práce. Pro úplnost a přehlednost popíšeme i Domovy pro seniory a jeho specifika s přihlédnutím i k Domovu se zvláštním režimem. Kapitulu zakončíme koncepcí pomoci v seniorském věku z pohledu sociální práce a to součinností péče a neopomeneme i podporu pečujících, což považujeme za zásadní v péči o potřebného seniora.

#### **3.1 Sociální služby pro seniory**

Sociální služba je činnost vykonávaná s cílem poskytnout pomoc nebo podporu osobě, která se ocitla v situaci nestandardní pro její dosavadní běžný život. Jedná se o potřebnost pomoci v běžných denních činnostech, jako jsou péče o vlastní osobu, péče o domácnost a běžné zařizování osobních záležitostí a jiné potřeby, které osoba předtím zvládala bez problémů a teď již bez pomoci jiné osoby to nedokáže. Z důvodu vysokého věku u jednice může dojít ke zhoršení zdravotního stavu, následně pak i snížení jeho soběstačnosti a samostatnosti. To jsou důvody, kdy starý člověk se stává ohrožený sociálním vyloučením. Vhodné sociální služby jsou zde proto, aby jej navrátily do běžného fungování nebo alespoň přispěly ke stabilizaci stavu neprohlubování jeho nepříznivé životní situace (Habrcetlová In Holmerová et al., 2014, s. 180).

Základními druhy a formami sociálních služeb jsou: sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče, ve formě ambulantních, terénních či pobytových služeb. Paleta sociálních služeb, které mohou senioři využít, je široká, mezi ně patří sociální poradenství, buď odborné, které se specializuje na určitou potřebnou cílovou skupinu či situaci, nebo základní zdarma v rámci jiných sociálních služeb. Dále mohou využít služby sociální prevence, které předcházejí sociálnímu vyloučení ohrožených osob - sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, azylové domy. Nebo služby sociální péče, ke kterým patří pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací (respitní) služby, služby tísňové péče, průvodcovská a předčitatelská služba, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických

zařízeních lůžkové péče, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, které mimo jiné podporují zvládání běžného života, sociální začleňování, důstojné podmínky a prostředí.

### **3.1.1 Podpora prostřednictvím vybraných terénních a ambulantních služeb**

V předchozí kapitole jsme si řekli, jaké jsou sociální služby, nyní se zaměříme na ty, které využijeme v druhé části práce, ve výzkumu. Nejčastěji poskytované služby, které senioři a jejich blízcí využívají, jsou pečovatelská služba, osobní asistence a denní stacionář.

Co si lze představit pod pojem pečovatelská služba, upravuje § 40 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Pečovatelská služba je služba podporující nejen seniory, ale také jiné osoby, které mají zhoršenou soběstačnost a potřebují dočasně nebo dlouhodobě podporu druhé osoby. Zde se musíme zastavit a upozornit, že nejde jen o absenci pečující osoby či její vyčerpání svým životem (rodina, zaměstnání...), ale jde i o důstojnost daného člověka, rodiče, kterému nemusí být příjemné některé úkony prováděné rodinou (syn provádí hygienu matce, ale i dcera matce atd...) a má možnost volit právě podporu prostřednictvím pečovatelské služby. *„Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let“* (MPSV, 2023).

Další službou je osobní asistence § 39 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., která je podporou člověku, který ještě zvládá se o sebe postarat, ale aby to zvládl, potřebuje menší dopomoc. Zde se opět zaměříme na osobní asistenci spojenou se seniorským věkem, jelikož může být služba využívána i osobami mladšími s tělesným nebo zdravotním postižením a je jinak pojatá, i když úkony jsou stejné.

*„Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti,*

*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu“ (MPSV, 2023).*

Poslední neinstitutcionální službou uvedenou pro relevantní účely této práce je služba Denní stacionáře § 46 zákona O sociálních službách č. 108/2006 Sb. Je to ambulantní služba, která pracuje se seniory, kteří mají ještě chuť trávit čas s lidmi, probírat různá témata a to buď aktivně či pasivně. Prožít den či dny vyplněné aktivitami na posílení paměti, procvičování kognitivních funkcí, jemné a hrubé motoriky, zvládání péče o vlastní osobu. Působení služby napomáhá klientům v zachování pocitu vlastní hodnoty, důstojnosti a udržení dobré kvality života. Služba působí aktivně, směřuje k rozvoji samostatnosti, vede klienta ke zvládání nepříznivé životní situace a tím působí jako prevence sociálního vyloučení a posiluje jeho sociální začleňování. Služba doplňuje péči ostatních členů rodiny, přátel nebo známých.

*„Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu“ (MPSV, 2023).*

Dalšími pomocnými službami v domácím prostředí nebo dočasně i mimo něj mohou být Odlehčovací služby dle § 44 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jsou to terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

### **3.1.2 Péče institucionálními službami - Domov pro seniory (DPS) a Domov se zvláštním režimem (DZR)**

Domov pro seniory je pobytovou službou dle § 49 zákona O sociálních službách č. 108/2006 Sb., se zajištěnou celodenní přímou sociální a zdravotní péčí, stravou a ubytováním. Využívají ji senioři zejména, když se jejich zdravotní a funkční stav zhorší natolik, že už je nedostačující pomoc rodiny či terénních služeb v přirozeném prostředí a na místě je celodenní péče.

*„Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc*

*jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu“ (MPSV, 2023).*

Domov se zvláštním režimem je též pobytovou službou dle § 50 zákona O sociálních službách č. 108/2006 Sb., s celodenní sociální a zdravotní péčí, odlišná je cílová skupina a režim, který je přizpůsoben jejím specifickým potřebám.

*„Domovy se zvláštním režimem se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu“ (MPSV, 2023).*

Domy s pečovatelskou službou (dále DPS) nejsou zařazené mezi sociální služby v zákoně o sociálních službách, i když jsou leckdy přirovnávány k pobytovým službám. Může se jednat o bytový fond měst či obcí, kdy tyto domy jsou určeny pro účely zajištění dostupného bydlení seniorům nebo lidem se zdravotním postižením, které s ohledem na věk a zdravotní stav zvládají samostatný život s menší mírou podpory, za předpokladu potřeby využívání terénních – hlavně pečovatelské služby nebo osobní asistence či ambulantních služeb – denních stacionářů či center denních služeb či i terénních zdravotních služeb typu Domácí zdravotní péče. Při přidělování bytů se bere v potaz hlavně zdravotně-sociální situace potřebné osoby; podmínka využívání podpůrných služeb není legislativně ukotvena, ale ani vyvrácena. Soukromí v takovýchto bytech umožňují získat zázemí, které je blízké přirozenému prostředí, obyvatelé těchto domů si často bývají blízcí věkem, potřebami i zájmy. Zjištění podpory pomocí terénních, ambulantních a zdravotních služeb v DPS dává možnost jejich obyvatelům s podporou setrvat v prostředí co nejbliž přirozenému, relativně dlouhou dobu, představují i důstojné místo k dožití.

### 3.2 Koncepce pomoci v seniorském věku z pohledu sociální práce

Jeřábek et al. (2013, s. 44 - 45) poukazuje, že zajištění péče o seniory může mít nejrůznější podoby. Klasifikačně ji lze rozlišit dle povahy na zdravotní, sociální a emocionální, dalším hlediskem je stupeň naléhavosti potřeby péče o starého člověka a náročnost péče, kterou poskytují pečující. Obě hlediska uznávají za možné úvahy jak o rodinné péči, tak o péči institucionální. Pokud se stav seniora náhle zhorší, je na místě zajištění zdravotní pomoci v zdravotnickém zařízení. V odůvodněných případech zdravotní systém dále nabízí dle potřeby například péči v rehabilitačních zařízeních, léčebnách nebo sanatoriích. Ovšem zdravotní systém se především zaměřuje na poskytnutí akutní péče a dále po stabilizaci zdravotního stavu starého člověka, navrácí staré lidi zpět do života mimo institucionální zdravotní péči. V tomto období dochází právě k zvýšení nároků na péči, důsledkem omezení soběstačnosti v různých oblastech životních potřeb a po propuštění z hospitalizace, rodina musí rozhodovat o možnostech a způsobech zajištění péči o svého člena, který již není schopen se o sebe starat sám. Právě náročnost péče je jedním z hlavních činitelů, který ovlivňuje setrvání osoby v domácí péči nebo její přechod do institucionálního zařízení. Poskytování péče ve většině případů právě zůstává na rodině, případně se systémem sociální péče, který může péči rodiny doplňovat – což je žádoucí nebo jí fakticky nahradit.

Kalvach (2018, s. 7-15) poukazuje na opětovný výskyt apelací ohledně neuspokojivého stavu zajištění komplexní pomoci jak od samotných osob (hlavně seniorů), kteří potřebují zdravotně sociální péči, tak od pečujících rodin. Jako řešení představil Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS), který by reagoval na nedostatky a problémy patrné z praxe a usiloval o překonání roztržičnosti v oblasti zdravotní a sociální, s důrazem na komunitní podporu a pospolitost. Aktéry SIPS by měly být: stát jako tvůrce legislativní základny umožňující účinnou podporu, obce jako klíčové v odpovědnosti za podporu osob potřebujících pomoc, jako platformy spojující odtržené, rezortně sektorizované reprezentanty pomocných služeb a institucí a nakonec zřídit stěžejní pozici - zdravotně sociálního „koordinátora“ na komunitní úrovni ORP, který bude SIPS realizovat, řešit a spravovat agendu dle potřeb občanů. Důležitým je i zvyšování obecného povědomí o závažnosti a složitosti této problematiky, aktivní zapojení občanů nejen jejich pasivní očekávání na pomoc (Diakonie ČCE, 2018).

Poustková (2018, s. 17-21) v souvislosti se svou praxí terénní sociální pracovnice pro seniory a osoby se zdravotním postižením na městském úřadě popisuje, že jen Katalog sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností, který je nabízený místním

potřebným občanům, často nestačí, protože při poskytování odborné podpory mnohokrát spolupracovala i s organizacemi mimo tento Katalog. V kontextu systému SIPS, Mapu podpory – se svolením Kalvacha, dále rozpracovala. Ústředním bodem Mapy se stal klient – potřebná osoba a jeho pečující osoba, na levé straně Mapy byly zmapovány zdroje pomoci ve zdravotní oblasti, na pravé straně zdroje v oblasti sociální, prostřední část mapovala možnosti pomoci prostřednictvím obcí a obecních úřadů; součástí mapy se stal prostor s informacemi podpory od různých spolků, sdružení, dobrovolníků a odkazů na užitečné webové stránky. Takováto Mapa podpory posloužila pro lepší orientaci potřebných osob a jejich pečujících v možnostech služeb a využití příslušných institucí, dle konkrétní potřeby zájemce a dle měnící se aktuální nabídky služeb v místě ji lze měnit, upravovat a rozšiřovat. Důležitými jsou ale konkrétní lidé v daných organizacích, vzájemná komunikace a ochota ke spolupráci. Součinnost všech vede k pozitivní změně (Diakonie ČCE, 2018).

Obrázek č. 1 Mapa podpory



Zdroj: (Stárnout doma, v obci, v místě., 2016, s. 19)

Janečková, Dragomirecká a Jirkovská (2017, s. 43) uvádí, že v Evropských zemích v souvislosti se změnou představ o péči o staré lidi a koncepcí stárnutí v přirozeném sociálním prostředí dochází ke změně perspektivy od poskytování sociální péče v komunitě k

„péči komunitou“ - péči svépomocnou, sousedskou, rodinnou. Pozvolna dochází ke změnám i v ČR, MPSV skrze Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 považuje činnost pečujících osob za nepostradatelnou a navrhuje pozici koordinátora podpory rodinných pečujících na obcích. Počítá i s novelizací zákona č. 108/2006, o sociálních službách, kde budou definovány kompetence sociálního pracovníka – koordinátora podpory.

### **3.2.1 Součinnost rodinné a formální péče**

Staří lidé by měli být o možnostech pomoci – nabídce v místě kde žijí, sociálních a zdravotních služeb informovaní srozumitelně a v takové míře, aby pokud nastane její potřeba například v důsledku zhoršení zdravotního stavu, snížení schopnosti péče o vlastní osobu, mohli sami se rozhodnout, poradit si, aby nedošlo k pocitu ztráty kontroly nad vlastním životem (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 176).

Dudová (2015, s. 136 -137) uvádí, že mezi domácí a institucionální péčí často neexistuje jasný předěl. I když stereotypní vnímání institucionální péče je často spíše negativní, část pečujících osob v ní viděla řešení situace v určitých konkrétních obdobích pečování – například představovala řešení poté, co nastala potřeba intenzivnější péče (po úrazu nebo během nemoci). Ústavní péči nevnímají jako zbavení se povinnosti péče, ale jako způsob zajistit pomoc potřebné osobě v době své absence, v domově své blízké intenzivně navštěvovali a věnovali jim velkou část svého času, i přesto, že nemuseli. Poměrně častým bývá využívání sousedské pomoci, ale jen dočasně, pokud nastane potřeba intenzivnější péče intimní povahy. Využívání formálních služeb v domácnosti vnímala většina dotázaných jako problematickou, neměli k nim dostatečnou důvěru nebo vnímali obtížnost nastavení vztahu mezi potřebnou osobou a „cizí“ pečovatelkou – zdůrazňovali, že pro rodiče bylo velmi obtížné zvyknout si na přítomnost a pomoc jiné „cizí“ osoby.

Janečková, Dragomirecká a Jirkovská (2017, s. 51) poukazují, že v současném systému sociální péče často pomáhající pečující a osoby odkázané na pomoc druhých nejsou vnímány jako celek a chybí legitimizační nástroje, že především rodina je jádrem péče, kterému by se měla přizpůsobit nabídka služeb. Pomocné služby sociální péče jsou koncipované především jako instituce, vázané jen na potřeby osob odkázaných na pomoc druhých – klientů sociálních služeb, ne pečujících, kteří jsou tím pádem vyřazeni z participace na poskytování i hodnocení služeb.

Sociální práce v současnosti pracuje ve třech základních paradigmatech, z nichž vychází a na jejichž základě lze osobě potřebující pomoc a osobě o ni pečující pomoci, například poradenstvím, terapií a upozorněním na problémy osob potřebných včetně osob o

ně pečujících a nutnosti změn. Pečujícím osobám je k jejímu zvládnutí a optimalizaci společnosti nabízena odborná pomoc sociálních pracovníků. Je třeba podporovat péči o potřebného v rodinném kontextu, jeho přirozeném sociálním prostředí, aby vzrostl počet těch, kteří se pro takovou péči rozhodnou. Realizovaná opatření v oblasti podpory osob pečujících o osobu blízkou vždy mají pozitivní dopady na všechny oblasti sociálního fungování jejich rodin (Knausová, 2016, s. 50 - 51).

### 3.2.2 Podpora pečujících - „podpora osob v ohrožení“?

Potenciální rodinní pečovatelé jsou často vystaveni různým tlakům ohledně převzetí péče, a to jak ze strany rodiny, tak i v podobě normativních společenských očekávání. Přičemž omezení, se kterými se rodinní pečovatelé potýkají při poskytování osobní péče svým potřebným, jsou někdy považována spíše za jejich osobní problémy než identifikovány jako deficity existujícího systému dlouhodobé péče (Hubíková, 2017, s. 7 - 9).

Neformální pečující spolu s osobami, o které pečují, jsou ohroženi rizikem chudoby a sociálního vyloučení. Neformální péče se má stát součástí reformy sociální a zdravotní péče o seniory. Na celostátní úrovni politika dlouhodobé podpory ve vztahu k neformálním pečujícím není jasně vymezena. Je plná nejasností, stereotypních představ, předsudků a očekávání, a to zejména co se týče jejich podob poskytování samotnou rodinou (Dobiášová, Kotrusová, 2017, s. 24).

Votoupal a Krystek (2019 s. 105) pojednávají o situaci pečujících v rámci konceptu pojmu sociálního fungování dle Bartlet (1970), kdy uvádí, že dobrým vodítkem může být Evropská charta neformálních pečovatelů, s konceptem neformálního pečovatele dle COFACE (2017):

- *Možnost neformálního pečovatele zvolit sobě přiměřenou míru zapojení do péče*
- *Existence veřejné podpory neformálních pečovatelů a z ní vyplývající možnost sdílení neformální a institucionální péče*
- *Dostupnost podpory v rámci rodiny*
- *Oficiální status neformálních pečovatelů*
- *Chápání kvality života pečovatele a osoby s mentálním postižením jako společně provázaného systému*
- *Právo neformálního pečovatele na odpočinek*
- *Dostupné informace a trénink pro neformální pečovatele*
- *Posuzování potřeb a monitoring situace se zapojením neformálních pečovatelů.*



Podle Hubíkové (2017 s. 9 -10) je pomoc pečujícím obvykle soustředěná pouze na základní poradenství, v jehož rámci sociální pracovníci poskytnou rady, jak péči o osobu blízkou zkvalitnit či jak si některé pečovatelské úkony usnadnit. Ucelený přehled o dostupných formách podpory či ulehčení péče chybí, i když se sociální pracovníci snaží nepřehlížet problémy pečujících, tak narážejí na vlastní limity nebo i limity, které jsou dány organizací, v níž působí. Autorka navrhuje, že by bylo účelné a efektivní shromáždit a uspořádat příklady již existující dobré praxe či konkrétních snah o dobrou praxi v oblasti přímé sociální práce zaměřené na pečující osoby. Na tomto základě zkoušet, v úzké interakci s první linií, potřebné metodické zázemí i nezbytné instrumentarium pomoci a podpory rodinným pečujícím vyvíjet. To by byl začátek, který by umožnil pěstovat a kultivovat nezávisle na její systémové institucionalizaci, tzn. dříve, než dojde k formální regulaci sociální politiky a sociální práce ve sféře pomoci a podpory rodinným pečujícím. Současně by se měla vyvíjet snaha cílené edukaci sociálních pracovníků a společnosti v této oblasti.

Votoupal a Krystek (2019, s. 106) vyzývají sociální pracovníky k obrácení pozornosti „na změnu“, tím i k rozšíření obzorů. Životní situaci neformálních pečujících není možné vnímat jako důsledek osobních deficitů pečovatelů nebo samotných osob s mentálním handicapem. Jedná se o situaci, ve které je potřebná vnější podpora zvládnutí interakcí mezi jedincem a jeho sociálním okolím. Nejvhodnějším aktérem takto pojaté intervence by měl být sociální pracovník. Měla by existovat jasně stanovená politika podpory neformálních pečovatelů například skrze komunitní služby.

Uhlířová (2013, s. 30) v souvislosti s péčí o osoby zdravotně postižené v ČR též konstatuje, že jak zákonné zakotvení, tak podpora pečujících jsou nedostačující. Poukazuje, že určitá míra a forma podpory by právě měla směřovat i k širšímu okruhu podporovatelů a nikoli jen k hlavní pečující osobě. V praxi často v rodinách fungují „pečující týmy“, kde členové týmu mohou být blízcí příbuzní člověka se zdravotním postižením, nebo někdy i přátelé jeho či rodiny.

Pro rodinné pečující je důležité mít informace ohledně spektra podpůrných služeb, které by mohly osoby, o které pečují nebo i oni použít, aby to zvládli. V tomto smyslu je zásadní znát i možnosti finanční pomoci anebo znát aspoň místa, kde jim mohou ohledně finanční podpory tj., sociálního zabezpečení poradit. Důsledkem poskytování péče, hlavně v dlouhodobém hledisku, mohou mít pečující nedostatek finančních zdrojů na uspokojení potřeb potřebné osoby a i svých. Finanční podpora může mít různé formy a může být přímá - určená přímo rodinným pečujícím nebo nepřímá - potřebné osobě.

Jedním z nástrojů „nepřímé podpory pečujících“ je příspěvek na péči (PnP). Je koncipován tak, že primárně má sloužit potřebnému a může být využit k nákupu sociálních služeb od registrovaných poskytovatelů, anebo také má umožnit příjemci zvolit si a mít možnost hradit raději péči poskytovanou členem rodiny či jiným neformálním pečovatelem. Bohužel, i když je dávka poměrně široce využívaná, v její účelnosti a účinnosti jsou stále mezery. Z důvodu malého povědomí o problematice neformální péče, která může nutnost poskytovat dlouhodobou náročnou péči v rodinách způsobit, vede profesionály agendy PnP k dosti úzkému ohledu na žadatele o PnP a možnému výskytu negací v souvislosti s pečujícími, jejich možnou motivací vidinou peněz. Dalším faktorem je to, že spousta pečujících se stará o své rodiče nebo osoby potřebující péči, kteří nemají nárok nebo nevyužívají PnP. V důsledku nedostatečně definovaného statusu neformálního pečujícího bez vymezení jeho práv a oprávnění, bez rozpoznání jeho potřeb, může vznikat dojem, že poskytnutím PnP osobě potřebující péči (o kterou se starají), je na celostátní úrovni uspokojivě vyřešena i situace neformálních pečujících (Hubíková 2012, s. 114-124).

Dávkou určenou přímo pečujícím je od 1. června 2018 *dlouhodobé ošetřovné*, které je jednou z šesti dávek českého systému nemocenského pojištění. Umožňuje pečujícím osobám zůstat doma v situaci, kdy budou pečovat o člena rodiny, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči. Nárok na dávku mají osoby, které před začátkem čerpání dávky splňují podmínku účasti na nemocenském pojištění, dle stanovené doby. Specifickou podmínkou pro nárok na dlouhodobé ošetřovné je, že ošetřovaná osoba udělila souhlas s poskytováním dlouhodobé péče ošetřující osobě a to na žádosti o dávku. Cílem *dlouhodobého ošetřovného* je zajistit pomoc zaměstnaným osobám, které se rozhodnou pečovat o svého potřebného doma a to právě ochranou pracovního místa (zaměstnavatel během ošetřovného nesmí dát zaměstnanci výpověď a po ukončení péče se má právo vrátit zpět) a částečnou náhradou příjmů. Okruh osob, kterým může za splnění podmínek vzniknout nárok na dlouhodobé ošetřovné z důvodu poskytování dlouhodobé péče, je široký. Mohou jimi být např. manželka, dospělý potomek, tchyně, švagr, neteř nebo snacha, druh nebo družka ošetřované osoby anebo osoba žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu je zákonem stanovena podmínka společného místa trvalého pobytu s osobou, které je poskytována celodenní péče. Jednou z výhod dlouhodobého ošetřovného je dle potřeby možnost prostřídat se při péči více pečujícími osobami. Podpůrní doba činí maximálně 90 kalendářních dnů, neprodlužuje se ani v případě hospitalizace ošetřované osoby. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobé-oseťrovne>

Na osoby pečující se vztahuje i ustanovení zákona č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, kdy pokud pečující osoba poskytuje péči osobě závislé na pomoci jiné osoby v II.-IV. stupni, podala návrh na zahájení řízení o době a rozsahu péče o osobu závislou na Českou správu sociálního zabezpečení a splňuje stanovené podmínky, započítává se jí náhradní doba pojištění. Dále dle zákona č. 48/1997., o veřejném zdravotním pojištění, osoby závislé na péči jiné osoby (od II. Stupně) a osoby o ně pečující v době přijímání/poskytování péče jsou osvobozeny od úhrad zdravotního pojištění, tuto povinnost za ně přebírá stát (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 263)

Potřebné osoby a jejich pečující, pokud splňují nárok, mohou požádat i o jiné dávky, například: příspěvek na zvláštní pomůcku, příspěvek na bydlení, dávky hmotné nouze, pokud je potřebná osoba pravidelně dopravována například do ambulantní služby – tak příspěvek na mobilitu, včetně výhod průkazu osoby ZTP/P.

Pečující osoby jsou vzhledem k psychické i fyzické zátěži spojené s poskytováním intenzivní osobní péče sami potřební pomoci, tudíž by měly být považovány za cílovou skupinu veřejné nebo sociální politiky. Navzdory existenci opatření institucionální podpory pečujících míra této podpory je stále nedostačující a víceméně symbolická (Dobiášová a Kotrusová, 2017, s. 23-24).

Hubíková (2017, s. 10-13) poukazuje, že v oblasti zajištění pomoci rodinným pečujícím a ustanovení pečujícího jako specifické cílové skupiny ze strany oboru sociální práce stále nepanuje shoda. Vedou se debaty, zda postačuje pomáhat rodinným pečujícím skrze pomoc „tradičním“ (zavedeným) cílovým skupinám nebo zda je třeba pokusit se rodinné pečující institucionalizovat jako svébytnou cílovou skupinu sociální práce. Představuje tři pohledy na překážky bránící rozpoznat rodinné pečující jako cílovou skupinu sociální práce:

*A. U rodinných pečujících nejsou sociálními pracovníky identifikovány parametry situace, která by byla impulzem označit situaci rodinných pečujících za „sociální problém“, u něhož je sociální práce považována za možnou a přiměřenou reakci*

*B. Přístup „pečující jako zdroj“*

*C. Rodinní pečující nejsou chápáni jako kategorie „osob v ohrožení“.*

## **4 METODOLOGIE VÝZKUMU A PROSTŘEDÍ VÝZKUMU**

Výzkumnou část diplomové práce jsme zaměřili na zjištění možných okolností přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory. Jaká jsou specifika seniorského věku, možnosti využití podpůrných služeb a zdroje v případě domácí péče, tak i rizika či úskali přirozeného prostředí seniora jsme si představili výše. Stanovili jsme si cíl výzkumu, definovali výzkumné otázky.

Věříme, že výsledky výzkumu pomohou nahlédnout do rodinných zákoutí poskytování péče a pomohou nastínit možné rezervy nebo silné stránky zvládání péče o naše blízké.

### **4.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka**

Cílem výzkumu je zjistit, jaké mohou být okolnosti přechodu seniora do institucionální péče a to z pohledu hned tří kategorií aktérů: samotného seniora, pečující osoby a sociálního pracovníka pomocných terénních a ambulantních služeb.

Hlavní výzkumná otázka zní: "*Jaké jsou možné okolnosti přechodu seniora do domova pro seniory.*"

*Dílčí výzkumné otázky:*

- 1. Jak nyní vnímá péči a její kontext: senior, pečující osoba, sociální pracovník?*
- 2. Jaké informace o možnostech pomoci v domácím prostředí mají senioři a pečující osoby?*
- 3. Jaké informace o domově pro seniory má samotný senior a pečující osoba?*
- 4. Jaké skutečnosti by musely nastat, aby senior přešel do pobytového zařízení?*

### **4.2 Zvolená metoda výzkumu**

Pro výzkum okolností přechodu seniora z domácí péče do pobytového zařízení byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Možnosti seniorů a pečujících osob a hlubší proniknutí do tématu předurčilo osobní setkání v jejich přirozeném prostředí, což kvalitativní výzkum požaduje. Rozhovory se sociálními pracovníky, v kontextu zkušenosti se zkoumanými jevy, se konaly po pracovní době, v neformálním prostředí.

Reichel (2009, s. 40-41) uvádí, že kvalitativní přístup představuje řadu postupů, které se snaží najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému nebo jevu. Nepracuje s měřitelnými charakteristikami. Snaží se na určitý jev či fenomén nahlížet pro něj v přirozeném prostředí, vytvářet jeho obraz co nejkomplexněji, včetně jeho vztahu s okolními aspekty. Údaje jsou získány kontaktem v terénu, zkoumá se běžný každodenní život lidí v jejich přirozených podmínkách.

Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13) uvádějí, že kvalitativní výzkumníci mohou pracovat se třemi typy dat, s daty z rozhovorů, daty z pozorování a daty z dokumentů.

### 4.3 Výběr výzkumného souboru

Před počátkem výzkumného šetření je zapotřebí zvolit výběr výzkumného souboru komunikačních partnerů. Pro výzkum byla zvolena metoda záměrného jinak řečeno „účelového výběru“, kdy výzkumník cíleně vyhledává účastníky podle jejich určitých vlastností, znaků či stavu. Na základě určených kritérií záměrně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří je naplňují a současně jsou ochotni účastnit se výzkumu (Miovský, 2006, s. 135).

Cílovou skupinou pro výzkum byli senioři v domácí péči, využívající pomocnou sociální službu – buď terénní, nebo ambulantní ve zvolené lokalitě, jejich pečující a sociální pracovníci daných sociálních služeb.

Bylo osloveno deset seniorů a rodinných pečujících, přičemž byli oslovováni komunikační partneři bez rodinných vazeb. Dále bylo osloveno pět sociálních pracovníků zvolené organizace poskytující terénní a ambulantní služby v dané lokalitě. Ochotu účastnit se výzkumu vyslovilo sedm seniorů, sedm pečujících osob a všichni oslovení sociální pracovníci.

Společnými kritérii pro participanty v souboru seniorů bylo: v současné době žijí v domácím prostředí - buď sami ve svém domě či bytě, v původním domě s rodinou nebo po přestěhování u rodiny syna či dcery a všichni ve větší či menší míře již potřebují pomoc jiné osoby a souběžně též využívají pomoc sociální služby, která je nápomocná v domácím prostředí.

Společnými kritérii pro pečující osoby bylo, že osobně nebo i v součinnosti s ostatními členy rodiny nebo vybranými sociálními službami poskytují blízké potřebné osobě domácí péči.

Společnými kritérii pro sociální pracovníky bylo: komunikace a přímá práce se seniory, pečujícími rodinami.

Pro přehlednost profilu komunikačních partnerů, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, byly zpracovány tabulky.

**Tabulka č. 1 Senioři**

Jméno	Gender	Věk	Stav	Vzdělání	Bydliště	Počet dětí
p. Alena	žena	87	vdova	vyučená-pletařka	vesnice do 2.000 obyvatel	2 děti (1xS+1xD), žije s rodinou syna

p. Barbora	žena	90	vdova	školnice	město do 10.000 obyvatel	3 děti (1xS+2D), přestěhovala se k dceři
p. Ctislava	žena	96	vdova	obchodní škola- úřednice	vesnice do 2.000 obyvatel	2 děti (2xD), žije sama, vzdálené bydliště dcer
p. Dorota	žena	89	vdova	vyučená- prodavačka	vesnice do 2.000 obyvatel	2 děti (2xD), žije s rodinou dcery
p. Eliška	žena	83	vdova	vysokoškolské- učitelka	město do 10.000 obyvatel	0 dětí, žije sama v bytovém domě, 3 poschodí, bez výtahu
p. Gabriela	žena	80	vdova	středoškolské s nadstavbou -učitelka v MŠ	vesnice do 2.000 obyvatel	2 děti (2xD), žije s rodinou dcery
p. Ivan	muž	67	rozvedený	vyučený - zedník	vesnice do 2.000 obyvatel	1 dítě (1xS), nestýkají se

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 2 Pečující**

Jméno	Gender	Věk	Stav	Vzdělání	Bydliště	Dětí	Zaměstnaní	Pečuje o:
p. Beáta	žena	68	vdaná	SŠ s maturitou, účetní	vesnice	2	NE	manžela
p. Dan	muž	89	ženatý	SŠ s maturitou	vesnice	3	NE	manželku
p. Eva	žena	44	svobodná	VŠ-ekonomka	město	0	ANO	maminku
p. František	muž	59	rozvedený	vyučený - zedník	město	1	NE	maminku
p. Gábina	žena	33	rozvedená	SŠ s maturitou - podnikatelka	město	2	ANO	o babičku a dědečka
p. Halina	žena	66	vdova- přítel	vyučená - prodavačka	město	2	ANO	maminku
p. Jiří	muž	50	svobodný	Vš - projektant, OSVČ	město	0	ANO	Pečuje o strýčka, pečoval o maminku, žije s tátou kterému již též dopomáhá

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 3 Sociální pracovníci**

Jméno	Gender	Věk	Vzdělání	Praxe v soc. službách, léta	Zaměření
Alice	žena	42	VŠ-Mgr.	8	sociálně slabé rodiny, senioři, osoby se zdravotním a tělesným postižením
Blanka	žena	40	VOŠ-DiS.	20	osoby s mentálním postižením, senioři, projekty zaměření pečující
Iveta	žena	42	VŠ-Bc.	7	senioři
Gita	žena	33	VOŠ-DiS.	10	senioři
Helena	žena	43	VŠ-Mgr.	10	senioři, osoby se zdravotním a tělesným postižením

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.4 Použité techniky sběru dat – polostrukturovaný rozhovor

Metodou sběru dat daného výzkumu byl použit hloubkový polostrukturovaný rozhovor s použitím otevřených otázek. Dle stanovené výzkumné otázky byly určeny tematické okruhy, které zformovaly orientační strukturu dotazování. Otázky byly předem připraveny s ohledem na dotazovanou osobu.

Švaříček a Šedřová (2007 s. 13) poukazují, že cílem hloubkového polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu. Dle Dismana (2002, s. 285 - 289) výzkumník se snaží v získaných a zpracovaných datech najít strukturu a pravidelnost, která v nich existuje. Hendl (2005, s. 166 - 181) považuje, že vedení kvalitativního rozhovoru je vědou a uměním zároveň. Zahrnuje citlivost, naslouchání, porozumění a disciplínu. Výzkumník se má snažit o to, aby jeho otázky byly pro dotazovaného jasné a srozumitelné, má předem stanovit přibližnou délku a konec rozhovorů. Při korektním, dobře vedeném rozhovoru vnímají obě strany, že jde o rovnocennou vzájemně otevřenou komunikaci.

#### 4.5 Zpracování dat

Od začátku rozhovorů dle předběžného souhlasu komunikačních partnerů byl pořizován audio záznam na mobilní telefon, výhodou nahrávání je, že se nemusí psát poznámky, záznam lze při přepisu a analyzování vícekrát poslechnout.

Miovský (2006, s. 197), poukazuje, že ve zvukovém záznamu má výzkumník významnou oporu, umožňuje zachytit podstatné kvality mluveného slova – tón hlasu, délka pomlk, doplněné vyjádření, smích. Vše je zaznamenáno tak, jak se odehrálo.

Po poslechu byly rozhovory zpracovány pomocí doslovné transkripce – převod netextových dat do textové podoby, následovala redukce prvního řádu – úprava textu do plynulejší podoby pro další zpracování.

K analyzování nasbíraných dat byly použity dvě techniky, vyvinuté v rámci zakotvené teorie a používané v kvalitativních výzkumech a to otevřené a následně axiální kódování.

Otevřené kódování je proces, během kterého jsou získané údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Text je rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto novými pojmenovanými fragmenty se dále v průběhu výzkumu pracuje. Axiální kódování navazuje na otevřené kódování, kdy je následně vytvářeno spojení mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi (Švaříček a Šed'ová, 2007 s. 211- 232).

Hranice mezi těmito typy kódování jsou uměle vytvořené a nenásledují nutně za sebou jako nějaké stupně, v praxi mohou přecházet od jednoho typu k jinému a zpět (Strauss a Corbinová, 1999, s. 40).

#### **4.6 Etické aspekty a průběh výzkumu**

Zásadní otázkou při realizaci výzkumu je otázka etiky. Oslovení komunikačních partnerů probíhalo s předstihem, kdy do týdne byl dohodnut rozhovor, který buď probíhal pro účastníky výzkumu v přirozeném prostředí – v jejich domácím prostředí, nebo i při pobytu v ambulantní službě – kdy rozhovor probíhal v samostatné místnosti, kde bylo zajištěno soukromí na potřebnou dobu. Komunikační partneři byli informováni, že během rozhovorů bude pořízen audio záznam na telefon, všechny kontaktní údaje budou anonymizovány, záznam je důvěrný, bylo dohodnuto, že po přepsání rozhovoru - transkripci a interpretaci dat bude záznam smazán. Text práce bude koncipován tak, aby byla vyloučená jakákoliv spojitost s komunikačními partnery. V rámci anonymity budou změněny jména komunikačních partnerů.

Jednou ze zásad etického jednání je dojednání informovaného souhlasu, který je buď aktivní, má podobu podepsaného souhlasu, nebo pasivní, pouze ústní. Který byl použit v našem případě (Hendl, 2005, s. 155).

Sběr dat probíhal od prosince 2022 do února 2023. Rozhovory trvaly různě dlouho, od cca čtyřiceti pěti minut až do dvou hodin, kdy při rozhovorech se seniory i s pečujícími byl brán v potaz jejich věk, možná únava a s tím související komunikační bariéry, kdy jim byla dána možnost, zejména seniorům, se na vše doptat a delší čas na odpověď. Rozhovory se sociálními pracovníky probíhaly v kanceláři služby po pracovní době. Otázky



byly pokládány taktně, s respektem a pochopením. Vždy na závěr bylo komunikačním partnerům poděkováno.

Jelikož jsem zaměstnancem organizace, kde se výzkum uskutečnil, uvědomuji si možné zkreslení pohledu. Oporou pro výzkum vnímám množství přečtených a zpracovaných zdrojů odborné literatury, které popisují zkušenosti z daných jevů. Pozitivně vnímám svou zkušenost práce s primární cílovou skupinou seniorů a sekundárně s jejich blízkými pečujícími o ně, v domácím prostředí za součinnosti terénních či ambulantních služeb. Většina účastníků výzkumu mě znala, což mohlo působit jako podnět k větší otevřenosti při rozhovorech, nebo i naopak, což se ukáže až v průběhu výzkumu.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V kapitole jsou prezentovány a interpretovány výsledky výzkumu, které jsou získány po analýze dat z rozhovorů s komunikačními partnery seniory, pečujícími osobami a sociálními pracovníky pomocných terénních a ambulantních služeb. Z rozhovorů vyvstalo několik kategorií, které byly seskupeny do tematických okruhů a které jsou jednotlivě představeny níže (v podkapitolách).

### 5.1 Alterita zajištění potřeby péče

V rámci rodiny byl začátek poskytování podpory vnímán na základě citového pouta jako věc přirozená, o kterou senioři nemuseli žádat, zejména své dcery. To například popisuje paní Gabriela „*Dcera se začala starat, když viděla, že je to potřeba. Do práce dojíždí, směnuje, chodí na dvanáctky. Dnes mě přišla okoupat, pak se trochu vyspala a šla do práce. Nechtějí, abych sama něco dělala, ruka mě bolí, mám cvičit, ale ani tu ruku nezvednu...*“, též popisuje větší rozsah pomoci: „*...dcera, která se mnou bydlí, teď všechno dělá, já nic nezvládám. Uklízí, pere, vaří, pomáhá mi s hygienou. Předtím jsem si okolo sebe podělala, ale po tom úrazu už to nejde.*“ Obdobné sdělení zaznělo i od paní Doroty: „*Dcera všechno zařizuje, já se o nic nestarám. Potřebuji, aby na mě byla přísná a to ona je, řekne, pojďme, vstávat musíme se hýbat a já už se točím.*“ Paní Barbora též uvádí rozsah pomoci zejména od jedné z dcer: „*...Už mě nic nenechají dělat, víte, možná tak oloupat zemáky, dcera vaří, nebo zeť. Pomáhá mi dcera i s hygienou, pomáhá mi do vany, nachystá mi to, já se umyju, ona mi pomůže. Prádlo dělá a zařizování s lékaři, léky, všechno mi dcera vyřídí. Jsem u ní tři roky*“. I paní Hana si posteskla: „*Do doby, než jsem onemocněla, jsem vše kolem sebe udělala sama...Už nedělám nic...*“ Z většiny rozhovorů se seniory byla patrná **jakási odevzdanost se péči**, kterou již potřebovali a kterou jim zajišťovali příbuzní, někteří byli zásadně omezeni zdravotním stavem, ale někteří si po dřívější aktivitě posteskli. **Chyběly jim možnosti udělat věci, co by podle nich ještě zvládli a z toho plynoucí pocit užitečnosti pro své blízké a hodnoty sebe sama, souvisí to i se snahou udržení osobní autonomie.** Přílišná starost může snižovat případnou vlastní aktivitu a podílení se na rozhodování o vlastních záležitostech, nepřímo může též **vést opečovávanou osobu k volbě strategie závislosti na okolí**, faktory, které to mohou způsobovat, jsou přiblíženy v podkapitole 1.1.1(Sýkorová, 2007; Kalvach, Čeledová a Holmerová, 2011; Příbyl, 2015). V této souvislosti, často zaznívalo, že **rozhodnutí využít pomocné služby bylo na pečujících osobách než na nich samotných.** Paní Hana: „*...Syn to domluvil a postavil mě před hotovou věc, že přijdou*“. Též paní Alena: „*O stacionáři jsem nevěděla, přijeli jsme sem, dcera to zařídila a řekla, že se pojedeme*

podívat“ a paní Barbora: „Využívám denní stacionář, dcera to zjistila a zařídila, nechtěla jsem sem jít, doma mi nic nechybělo. Ale přišla jsem se podívat, potkala jsem tu známou z dřívějšíka, tak jsme se tu sešly. Začla jsem chodit v pondělí, pak jsme si to změnily, ať jsme spolu (se známou), líbí se mi tady. Opatrovnice jsou moc hodná děvčata“. Paní Dorota: „Využívám pečovatelskou službu, denní stacionář a odlehčovací jsem nyní využila. Vše zařídila dcera, stará se i o finance. Já to neumím zařídit, no při potřebě bych se šla zeptat starostky na obec“ - **vlastní aktivita, je potlačena reálnými omezeními zdravotního stavu a též nedostačenou informovaností, což dohromady vede k odevzdanosti se péči dcery.** Podobně je to patrné ze slov p. Hany: „Kromě stacionáře nic nevyužívám, nevěděla jsem o tom (o té službě), když jsem to nepotřebovala, tak jsem se ani nezajímala“, nebo paní Gabriely: „O jiných službách než o Charitě a o paní, která nám myje okna, nevím. Pojmenovat služby nevím, všechny беру jako Charitu. Když jsem potřebovala pomoc, domluví to dcera, já se nestarám“. Na **mezery v oblasti informovanosti seniorů** poukazuje i sociální pracovnice Blanka: „V případě, že jsou už zaháčkovaní do nějaké služby, tak mají klienti povědomí o nabízených službách, protože tam s nimi komunikuje sociální pracovnice. V případě, že ze dne na den se zhorší zdravotní stav, tak někdo blízký se musí postarat, je třeba ty informace nějak získat a to si myslím, že už je problém, hlavně z toho kraje. Pokud nemají tu potřebu, tak se o takovéto informace nezajímají, začnou je zajímat až tehdy, kdy je potřebují. Co se týče naší organizace, tak takovéto informace běžně poskytujeme, jako o organizaci se o nás ví, doporučují nás už v nemocnicích, troufám si říct, že je služba vyhlášená a vyhledávaná, ale spíše jen v obecní rovině“, **což potvrzuje jen obecné povědomí jména organizace, jaké služby to jsou, čím se liší a co poskytují, se nevyznají.** V této souvislosti je nutné zmínit, jak je popsáno v odstavci 1.1, že **to nejsou jen faktory věku a předpokládané snížené schopnosti z důvodů zdravotních omezení, ale rostoucí společenské nároky, čím dál více zvyšující se složitosti stávajícího systému a nutnosti používat nové technologie, přičemž potíže v této oblasti mohou mít nejen senioři, ale i jejich pečující.** Což zmiňuje sociální pracovnice Helena: „Mám různé zkušenosti, velmi často se na nás obracejí ne samotné osoby, které službu potřebují, ale jejich rodinní příslušníci, osoby pečující, no skoro bych řekla 80 %. Navštíví nás v sídle, na doporučení lékařů, z doslechu nebo i dle předchozích zkušeností. Máme internetové stránky, kde jsou všechny potřebné materiály včetně žádosti, ale většinou jim to ukazujeme a tiskneme tady. Pokud volají, taktéž velmi často spíše rodinní příslušníci. Spousta našich klientů sice má telefon, ale většinou starší model, nebo model pro seniory s předvolbou rodiny, kde mají hlavně pár rodinných fotek. Nedávno jsem jedné rodinné příslušnici, která se informovala, říkala, na

*stránkách máme foto ze služby, ukažte to mamince ať má trochu představu, odpověděla mi “to bych ji musela vzít k nám, ona počítač nemá”, oni i ty pečující jsou často taky už ve věku, kdy s těmi novými technologiemi bojují...Mají možnost ještě z výroční zprávy nebo letáků, pravidelně to roznášíme na místa, kde se pohybuje větší množství lidí. Máme i Dny otevřených dveří. Celkově si myslím, že o nás ví, ale možná je to i proto, že zde nemáme konkurenci.”*

**Absence nebo blízká dostupnost zdrojů podpory vedla k větší aktivitě samotných seniorů.** Je to patrné z rozhovorů paní Ctislavy (96 let), která má obě dcery ve větší vzdálenosti a žije sama: *„Už potřebuji péči jiné osoby, ve více věcech. Za úplatu mám domluvenou sousedku, přes tři domy, dcera mé dobré známé. Vazby máme z dřívější doby, pomáhala jsem jim a ona nyní mi, no ona mě takzvaně zdělila, jednou týdně mi udělá úklid. Velmi mi pomáhá Charita, když je potřeba, pomůžou mi. Zařídila jsem si to sama“*, z uvedeného je patrná **i schopnost zajištění vícero zdrojů pomoci** – i od sousedky, která funguje v rámci dřívějších vzájemných vazeb, kapitál takovýchto vazeb je přibliženo v podkapitole 1.2.2, (Kalvach, 2018; Sýkorová, 2008b). Vlastní zajištění pomoci uvádí i paní Eliška (83 let), která také žije sama, je nutné ale poukázat na skutečnost, že s manželem se rozhodli nemít společné děti, roli může hrát i výše vzdělání a také, že byla velmi angažovaná ve společenském životě, byla zvyklá během života sama se rozhodovat ve více věcech; to odpovídá **souvislostem přípravy na stáří u bezdětných seniorů** (Sýkorová, 2008a), popsané v podkapitole 1.2. Paní Eliška sdělila: *„Potřebovala jsem, aby na mě někdo dohlížel, asi po půl roce jsem požádala Charitu o pomoc, tam mi poradili ty služby. Ptala jsem se na Charitě a ta sociální pracovnice mi řekla o pečovatelské službě a službě osobní asistence a vysvětlila, co to obnáší. Telefonicky s nimi mluvím, mám číslo k dispozici, když něco potřebuji. Přišla paní a dohodli jsme si dva dny, později i na tři dny. Mám dvě, i pečovatelskou službu - dvakrát týdně mi nakupují a potřebovala jsem i donášku jídla a třikrát přijde osobní asistentka. Říkali mi už v nemocnici o možnostech, buď do domova, nebo místní Charitu. Měla jsem již dříve povědomí o existenci Charity, tak jsem si tam zavolala. Měla jsem předtím (před osobní asistencí) dobrovolnici (studentka VŠ), pomocnici, která za mnou docházela, chodila jsem s ní ven, ale ona už nemá nyní čas (má zaměstnání). Byla dobrovolnice, sama se Charitě nabídla, tak mi ji doporučili. Občas mi zavolá, jak se mám a co dělám, ale už nechodí. Tato (zajištěná) péče mi v současné době stačí, ale pokud jednou oslepnu úplně, bude to jinak. Rozšíření péče je možné po dohodě, oni (Charita) mi vyhověli, když jsem to chtěla“*. Pan Ivan (67let), který žije sám v chatové oblasti, kde je ztížená dostupnost a podmínky, popisuje: *„Jsem rozvedený, mám jednoho syna, ale neviděl jsem ho už přes 20 let. Bratr je nemocný, už leží, sem se nedostane, švagrová s dětmi mi pomáhají, co je potřeba,*

*jsou ochotní, jezdí za mnou 1 x za 14 dnů. Sousedí od vedle mi přinesou vodu, dřevo, pomohli mi vrtat studnu, ale je to špatné, voda tam není. Známy z vesnice za mnou 3x týdně přijde nebo zavolá, co potřebuji, tak mi to přinese... Charita mi chodila přebalovat nohy, jak mi je uřízli, doktoři to napsali. Ta (zdravotní sestra) mi poradila, že toho Charita dělá více, ale o vozičku (možnosti zapůjčení), už jsem věděl z dřívějšího, jinak ne. Když jsem se vrátil z nemocnice, všichni mi chodili pomáhat, ale takovéto umývání, hygienu, to ne...tak jsem jim tam volal. Děvčata mě umývají, vodu ohřejeme z potoka, ohřeju ji na kamínkách, než přijedou. Hlavu si nyní nemůžu sám umýt, do vany sám nevlezu. Beru to v pohodě, vůbec mi to nevadí. Některé jsem už znal, takže žádný problém. Nohy mě omezují, ruce mám v pořádku, udělám si všechno, uklidím, uvařím, trvá to déle, ale nevadí, aspoň mám co dělat... Stačí mi to tady.“* I přes absenci bližší rodiny má pan Ivan **zajištěny velmi široké zdroje zejména přátelské a sousedské pomoci i v rámci možností i pomoc od vzdálenější rodiny**. Zde je ale nutno poukázat na skutečnost, že i přes tuto širokou **podporu chyběla pomoc v oblasti těla, která je spojována s intimitou, a která v rámci přátelských a sousedských vztahů nebývá běžnou**, tyto souvislosti jsou zmíněny v podkapitole 3.2.1 (Dudová, 2015). **Pomoc v této oblasti od pečovatelek - žen je vnímána seniorem jako samozřejmost, možné důvody takového vnímání jsou popsány v podkapitole 2.3** (Dudová, 2015). Z rozhovorů se ale nepotvrdilo, že je péče o tělo v příbuzenském vztahu matka - dcera vždy automatická, mají na to vliv i vzájemné vztahy. V souvislosti s poskytováním každodenní péče své mamince paní Halina popisuje: *„Ode mě se nechtěla nechat mýt, takže jsme se dohodli ve stacionáři, aby ji okoupali, nechtěla ode mne ani přebalit plenu, od děvčat z Charity si to nechala. S těmi plenami byl problém, první je vůbec nechtěla, pak jsem našla v koupelně, že je prala...říkám, mami, to se vyhazuje, no necítla se...“*, přijetí péče od jiných žen – pracovníků stacionáře, seniorka akceptovala. Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 288), situace může pramenit ze změny **asymetrie postavení generací**: matka – dcera. U starých rodičů dochází ke snížení mnohých kompetencí, stávají se závislými a tím i podřízenými svým vlastním dětem, přijetí této proměny může být pro seniora obtížné, zdánlivá nespoupráve může vycházet ze snah zachování si zbytku vlastní autonomie a i dřívějšího postavení ve vztahu a pozice v rodině. Co lze nalézt v dalším textu rozhovoru, pečující dcery p. Haliny: *„Mamka byla celý život generál, doma všemu velela. Tatínek, se mně vždy ptal, kde je? Říkám v kuchyni, tak mi šel dát kousek masa z mrazáku nebo zavařeninu, peníze neměl, to hospodařila mamka“*.

Ve všech provedených rozhovorech, až na jednu výjimku, **pomoc poskytovanou v souvislosti s péčí o tělo, prováděly ženy, buď příbuzné, nebo pracovníce sociálních služeb**. Pomoc příbuzné a sociální služby v této oblasti uvedl i pečující syn p. František, který

bydlí společně s opečovávanou osobou - svou maminkou; během rozhovoru řekl: „*Já vařím, peru, uklízím, s hygienou jí pomáhá sestřenice, přijíždí každý den, matka má pleny, ona ji umyje a přebalí. Matka nevstane z postele, postupně se stav zhoršoval, až už je jen v posteli. No, hygienu neprovádím, to vše sestřenice. Při péči dále využívám Charitu, myjí jí vlasy, otírají na lůžku a pedikúru dělají podle potřeby, chodí 1x za 14 dní*“. **Výjimku tvoří jen pan Jiří, který dlouhodobě pečoval o maminku a pečuje o svého strýce:** „*V nemocnici mi vůbec neporadili, přivezli mi ji (maminku) na vozičku a tam mi to došlo, co bude, sám jsem ji ještě umyl a obsloužil, protože ještě postála, instrukce mi žádné nedali. Strýc byl předtím v LDN, takže takové základní věci se mnou probrali, tam to bylo jinak*“. A během rozhovoru popisuje **možné důvody přirozeného poskytnutí péče své mamince:** „*Mamka se starala o svoji maminku, o tatínka přišla ve 12 letech, starala se o ni do 92 let, pečovala, zkušenost s péčí jsme přirozeně viděli, s maminkou jsem za babičkou chodil*“.

Sociální pracovnice Helena poukazuje na možné **obavy seniorů, které mohou být důvodem pro nezájem nebo nechuť využívat službu**, v tomto případě stacionář: „*Mám pocit, že mají obavy při začátku využívání služby, že si takzvaně „pohorší“, když ukážou, že již potřebují sociální službu a že jdou takzvaně s „kůží na trh*“. *Svou nemohoucnost v rodinném kruhu často vnímají jako věc přirozenou, často si i nepřipouští nebo neuvědomují, kolik toho již nezvládají a teď ji musí odhalit i před ostatními, cizími*. Obvykle na začátku se domlouváme jen v omezeném rozsahu, „*na zkoušku, jestli se mi u vás bude líbit*“, *docela často i na doporučení lékaře a po dohodě s rodinou, a dále sami chtějí službu rozšiřovat*“. Sociální pracovnice Blanka uvádí další **překážky, které mohou využívaní péče oddalovat:** „*...Je těžké pro ně (seniory) při terénních službách přijímat cizí pečovatelky, dělá jim zle, když se pečovatelky střídají, určitě na počátku vnímají narušení soukromí, ale později si zvyknou a přijímají je dobře*“. Tyto obavy jak ze strany opečovávaného, tak ze strany pečující vyslovila i pečující manželka paní Beáta, která uvažuje o využití služeb pro svého manžela: „*...Uvažovala jsem i o osobní asistenci, ale služba, která působí v našem regionu, není dostupná v čase, ve kterém by mi to vyhovovalo a v sousedním regionu by místo bylo, ale vzít nás nemůžou, informovala jsem se už jednou. Zatím to nechávám tak, mám i já problém s přijetím cizí osoby v domácnosti, a ještě větší problém má můj manžel ohledně péče, ten chce jen mně... No není to jednoduchý, nejde to lámat přes koleno*“. Zároveň uvádí další **omezení v souvislosti se zajištěním péče – jako dostupnost služby s ohledem na časovou kapacitu nebo regionální spádovost**.

V této souvislosti hovořila i sociální pracovnice terénní služby paní Blanka: „*Myslím, že celkově nabídka služeb neodpovídá poptávce a že kapacity jsou přeplněné. Máme žadatele v*

evidenci a my nejsme schopni je pokrýt a nejsme schopni ani pokrýt ty časy, které oni si představují. **Spíše oni se musí nějak přizpůsobit té naší službě, protože jim nic jiného nezbyvá**“, a dotýká se i **informovanosti ohledně druhu služby a konkrétní vhodnosti**, jak u zájemců o službu tak pečujících: „Často přichází nebo volají s tím, že potřebují pomoc, nebo pomoc pro jejich blízké, obrací se na nás zejména organizace, málo kdy vědí, jakou přesně službu chtějí, nebo která by byla konkrétnímu člověku vhodná, nevědí to, na to potřebují nás. A mají celkově obrovský chaos ve službách jako takových, protože máme zákonem dané X druhů služeb, do toho se ještě plete domácí zdravotní péče. Nechápu, že k nim musí přijít zdravotní sestřička, pak pečovatelka, pak ještě osobní asistentka, těch služeb je potřeba třeba více a každá je jiná, a potřebují u každé zvlášť podepsat smlouvu. Velký problém se v tom vyznat je pro klienty a myslím, že také pro ty pečující, a též problém aby jim někdo konkrétně poradil, je to na nás“. Potvrzují to slova pana Jiřího: „Pojmenovat služby neumím, věděl jsem, že Charita existuje, ale kolik služeb mají, to jsem nezjišťoval. Měli jsme zkušenost, když strýček ulehl, měli jsme zapůjčeny z Charity pomůcky, to byl první kontakt. Pak už nás navedli na další služby. Nazval jsem pečovatelku, která chodí nejvíce, jako naši třídní, chodí ráno, večer se sestry střídají.“ Větší informovanost uvádí paní Beáta, souvisí to z předchozí zkušeností z péče: „O zdroje pomoci v péči jsem se zajímala již v době, kdy jsem se starala o své rodiče, takže tato situace pro mne nová nebyla. Nabídka služeb se od té doby znatelně rozšířila, ale věděla jsem, kde a o jakou pomoc mohu požádat. Povědomí o stacionáři pro seniory jsem z dřívější doby také měla, ale nevěděla jsem, že o tuto péči můžeme požádat i my, přestože bydlíme v jiném okrese i kraji ale na pomezí, máme to nedaleko. Měla jsem informace o organizacích Domácí zdravotní péče a Charita, ale zatím jsme je využili pouze okrajově, např. odběry krve a výpůjčka pomůcek – lůžko a WC křeslo, než jsme pořídili vlastní“, **informace které chyběly, souvisely s formou a spádovostí služeb.**

## **5.2 Vzájemná spolupráce a pochopení na cestě domácí péče, aneb aby všechno klapalo**

Z rozhovorů se seniory byl patrný **pocit jistoty, který jim rodinná péče dává, péče je též vnímána jako projev vzájemnosti s ohledem na věk, celkový zdravotní stav nebo úraz** - potřebu blízkého v pomoci. Paní Hana popisuje: „Když jsem nemohla, prostě se o mě starali u dcery, protože doma jsem být nemohla. Až jsem se zbrchala, řekla doktorka, ať jsem ráda, jak to dopadlo. I vnučky se o mě staraly o všechno, co bylo potřeba. V rámci rodiny jsme to vyřešili a jiné služby jsme nevyužívali. Už na to nechci ani vzpomínat, jak jsem byla

nemožná... *Budu pořád doma, rodina pomáhá, asi problém není, necítím to, nebo nevím, no... Nejmladší syn je daleko, aby mi pomáhal, spíše ti nejbližší pomáhají*“, zároveň z rozhovorů je patrné to, že **do péče je zapojeno více lidí z rodiny, které spolu spolupracují**: „...nejvíce mi pomáhá syn doma a vedle ve vesnici dcera s manželem. Pomáhají mi s koupáním, v sobotu jezdí i mladší dcera a dohlíží, abych hygienu neodbyla. Stravu mám od rodiny syna, předtím jsem jim vařila já. Přinese mi to snacha, pojíme spolu nebo mi to dají do kastrůlků a já si to ohřeju. Se všemi 4 rodinami dětí dobře vycházím. Prádlo a žehlení mi zajišťují obě dcery. K lékařům mě vozí zeť, dcera nejezdí, zajišťuje mi léky a ostatní co je potřeba, já už nezařizuji nic“, **zásadní je tedy i dostupnost související se vzdáleností bydlení příbuzných**. Paní Alena též popisuje **více zdrojů rodinné podpory, díky kterým se péče zvládá**: „*Nejvíce mi pomáhá ten syn a i dcera, snacha je také dobrá, ale co můžu, snažím se dělat sama. Doma mám polohovací lůžko, trůn (toaletní křeslo). Vnoučata si hrály na hrazdě na opičáky. Mám vozíček, upravili jsme prahy, jen jeden ne, nešlo to. Sama se ven nedostanu. Jinak, je ze mě domácí sysel, hledím z okna, to z jednoho, to z druhého, ale jsem spokojená, není si na co stěžovat*“, mezi řádky jsou patrná i **omezení související s bariérovostí**, které denně překonává seniorka. Součinnost dcer při péči popisuje i p. Gabriela: *Dcera s manželem mají dlouhé pracovní doby a tak jsem tady celý den, abych doma nebyla sama a třeba nespadla. Pokud nemůže odpoledne, zavolá druhé dceři, aby na mě dohlédla*“. Uvedenou **podporu a kooperaci v rámci rodiny, která zvládání péče umožňuje – lze identifikovat jako „sjednocené rodinné cíle“ a je součástí modelu specifické teorie mezigenerační solidarity a rodinné soudružnosti**, blíže popsané v podkapitole 2.1 (Jeřábek et al, 2013).

Pan Jiří, který dlouhodobě pečoval o maminku, pečuje o strýčka a tatínka, cítí **závazky, které pramení z rodinných vazeb, ze zájmu, kterého se mu v rodinném kruhu dostalo**, a které sám chce příbuzným opětvovat, hraje zde roli i to, že je svobodný a bydlí s osobami potřebujícími péči: „*Pokud to jde, měli by se postarat blízcí o své příbuzné. Vždy je to o rozhodnutí rodiny a pečujícího. Rodiče jsou jen jedni, udělám vše pro to, abych se o ně postaral. Mamka i při té nemoci se mnou komunikovala nejvíce. Byla milá a stále se usmívala, snad cítila tu péči. Táta má 83 let, málo jí, váží 59 kg, podstrojuji mu, aby přibral, není to jednoduchý. Strýc byl pro mě jako druhý táta, měl zájem, podporoval mně, když jsem byl na vysoké.... A pokud nemám rodinu a bydlím tady, tak se starám, cítím závazky vůči svým příbuzným. Ale kdybych sám nechtěl, tak by mě nikdo nemohl donutit.*“ Jedná se o **model funkční specifčnosti vztahů** – v souladu s ním vztahy a aktivity pomoci jsou určovány charakteristikami pomáhajících osob, jejich připravenosti, schopnostmi, teritoriální blízkosti, schopnosti rychlé reakce na potřeby osoby potřebující pomoc (Jeřábek et al., 2013 s. 58).



Zároveň p. Jiří popisuje **emocionální a i praktickou podporu ze strany rodiny**, zejména jednoho z bratrů, **pomoc, na které se může spolehnout**: „*Bratři mají své rodiny a kariéry, já jsem nejmladší, zůstal jsem v domě, tak se starám, rodina bratra mi poradila o příspěvcích na péči, o pomůckách*“ a též: „*Sourozenci s námi nebydlí, jeden bratr spolupracuje, mamku měli rádi, tak na návštěvu jezdili a s ní nějaký čas trávili. S rodinou máme dobré vztahy, jedna švagrová dobrá, druhá na nic. Nejstarší bratr s rodinou pomáhal vždycky. Vím, že se na ně mohu obrátit*“.

**Ne vždy ale rozhodování a průběh zajištění péče potřebné osoby s rodinou vychází ze stejného cíle a je bezproblémový**, takovouto situaci popisuje paní Eva: „*Sama jsem se rozhodovala, co bude, sourozenci, hlavně sestra, navrhovali domov seniorů, že tam má jakési známé a bylo by postaráno. Já jsem začala řešit pomoc Charitou, již v době hospitalizace, protože jsem věděla, že maminka bude potřebovat pomoc a i my. Tam mi poradili, jaké služby by byly vhodné, i ohledně PnP a jiných možností. Řešila jsem pomoc, aby maminka mohla být doma,*“ a dále uvádí, co vše bylo potřeba zajistit a dohodnout: „*Se sourozenci jsem se nakonec dohodla, že využijeme dlouhodobé ošetřovné, kdy se všichni tři po měsíci v péči prostrídáme. Zároveň by maminka využívala dva dny v týdnu denní stacionář a asistenci na cca hodinu. Maminka měla velkou obavu, že to doma sama nezvládne. Aby se mohla orientovat, polepila jsem byt popsánými cedulkami s šipkami, kde co je, odstranila jsem prahy, světélka koupila do zásuvky na pohyb, aby viděla i v noci, aby trefila na WC. Po návratu z nemocnice jsem s ní byla první týden, potom bratr, než se vše zařídilo, začátek pro maminku byl trochu problematický, ale pak jsme to trochu natrénovali, zorientovala se, měla pleny z nemocnice, ale to nechtěla, začali jsme chodit znovu na WC, nyní už používá inkontinenční kalhotky. Maminka se doma pěkně zlepšila, sama chodí na toaletu, nehod je méně. Když jsme delší dobu venku, nehoda se stane, nestihne, doma se ale zlepšila, po všech stránkách. Jsem ráda, že to tak teď je...*“ Mezi řádky je patrný **přístup k péči o blízkou osobu**, spolu s hodnocením vztahu k ní, vyjádřený vlastním uspokojením plynoucím z péče, přičemž dle přístupu lze dělit pečující na čtyři skupiny (Jeřábek et al., 2013 s. 151). Paní Evu lze zařadit mezi **skupinu osob, které péče těší**, je podpořená nekonfliktním vztahem mezi pečujícími a opečovávaným, **nepřímým faktorem působícím na tuto skutečnost ale může být rodinný stav pečující – je svobodná a bezdětná a i to, že jak uvedla, jí zaměstnavatel vyšel vstříc a mohla vykonávat práci z domu, jsou zde patrné i hodnotové normy, které jsou pro ni zásadní**: „*V souvislosti s péčí pociťuji omezení, to jo, ale dokud to půjde, musím něco obětovat, některé koničky jdou stranou, jezdím z Prahy vlakem, je to časově náročnější, ale maminka je pro mě důležitá a neberu to jako obět, je to samozřejmost, je to maminka, tu*

*má člověk jen jednu. Zaměstnavatel mi vyhověl, 50% pracovní doby mohu pracovat z domu, není s tím problém, dá se to skloubit. Víte, já si taky říkám, že se z toho přece ne...ru, člověk se snaží všemu přizpůsobit.“* Z popsaného přístupu sourozenců lze usuzovat, že pro ně **péče nepředstavuje zásadní pramen vlastního uspokojení, ale motivaci mohou být osobní hodnoty či jen situační okolnosti** – kdy jsou vystaveni **nátlaku převzetí povinností, co je často v rámci rodiny zdrojem stresu a konfliktů**. V této souvislosti, si lze povšimnout dle toho, co paní Eva dále uvedla, že dohodnutá forma péče neprobíhala dle původních plánů: *„U ošetrovného jsme se nakonec prostrídali jen my dva s bratrem, sestra nakonec na ošetrovatelák nenastoupila, zdůvodnila to obavami, že směnuje, nemá za sebe náhradu, že by ji zaměstnavatel vyhodil. Já tomu moc nevěřím, ale co s tím, já jsem to tušila, že s ní bude horší domluva, pořád dělá jen problémy. Tak jsme se starali my s bratrem, ale on potřeboval skoro ke všemu furt pokyny, já jsem již volala i jeho přítelkyni a společně jsme se radili jak to zlepšit. Ještě mě štvalo, že když jsem byla na ošetrovateláku já, tak ani nezavolal, jestli maminka něco nepotřebuje, já jsem jim volávala skoro obden. Aktuálně už ošetrovné skončilo a mamka využívá tři služby“*, uvedené bariéry v komunikaci a spolupráci mohou též pramenit z rozdílného přístupu k péči každého ze sourozenců.

**Zhoršenou spolupráci při péči** se sestrou uvádí i p. Halina, kdy má pečující **ztíženou péči i vzdáleností bydliště, ale zároveň má zdroje pomoci v sousedství**: *„Vztahy v rodině nejsou dobré, ještě se na mě zlobili (sestra s rodinou), že jsme ji dali do stacionáře, kde ze začátku ani být nechtěla. Jednou se sestra starala, ale velmi špatně, když jsme byli na prodloužený víkend s přítelem, ani inzulin jí neaplikovala, seděla v hospodě. Dcera mi volala, že se sestra nestará, vůbec ji nezajímalo, že maminka by mohla mít záchvat, nebo spadnout. Z dovolené nic nebylo, byla jsem vynervovaná. Jindy mi maminka volala, že neví, kde je, volala jsem sousedovi, hledal maminku, ale nemohl ji najít, ale ona byla doma oblečená a nachystaná, že jede do stacionáře, někdy byla i popletená, no. Já jsem měla jít na Holtr, tak jsem místo toho zase letěla k ní... No museli jsme vyměnit zámek, aby byl oboustranný a schovat náhradní klíč na určené místo, ať se tam dostaneme, my i ten kdo by ji mohl rychle pomoci...“* nebo též: *„No, sestra tam jede pouze na svátek a narozeniny, ale maminka se stále po ní ptá. Nikdo mi nepomáhá, ale víte, je to moje maminka, tak se starám...“*, je zde patrný i **tlak společenských norem**, který si pečující obecně nemusí uvědomovat, ale i **přes sebezapření se mu snaží dostat, souběžně narušené rodinné vztahy mají nepříznivý vliv na poskytování péče**.

**Spolupráce a pochopení je zásadní i ve vztahu mezi osobou potřebující péči a osobou pečující, velmi často tento vztah je ovlivněný nemocí, co nelze nějak zásadně ovlivnit, může**

to mít velmi silný dopad na pečujícího, na průběh poskytování domácí péče, nebo dokonce vést k ukončení péče. Svou situaci popisuje paní Beáta: „*Postupně se manželův stav horšil, nejen po fyzické, ale i po mentální stránce, již vůbec nechápal, že já to mám jinak, vyžadoval moji celodenní přítomnost vedle sebe. Vše muselo jít stranou..., já jsem začala plnit jeho potřeby a požadavky. Bylo a je to velmi těžké. Těžká každodenní stejná péče (manžel vážil přes 100 kg, teď už trochu pohubl) mě v prvních letech zcela zničila nejen fyzicky, ale hlavně psychicky. V počátku jsem hlavně chtěla pomoci, aby se z počátečního těžkého stavu uzdravil, ale později mi došlo, že už je to napořád, na doživotí, a už se to nezmění. Měla jsem období, kdy jsem v noci vůbec nemohla spávat, furt jsem přemýšlela, co bude, jak to bude, bušilo mi srdce, ráno jsem byla unavená a hotová, a práce kolem manžela se musela udělat...Poprosila jsem obvodního doktora, aby mi dal něco, abych mohla spát, tak mi napsal Neurol... Chvilí jsem ho užívala, pak už ne, to spaní se ale nezlepšilo, no spím jak kdy, furt v pohotovosti...*“Dále p. Beáta zmiňuje **ambivalentní pocity provázející péči, posílené vyčerpáním a nízkou odezvou**, pochopením ze strany manžela: „*V průběhu dne se mi často zdá, že vlastně nežiji, pouze přežívám, ale to jen z důvodu neustálé vyčerpávající péče o manžela a pokud by nebyl nemocný, bylo by to určitě zcela jinak...Víte, jednu chvíli jsem byla úplně zoufalá z naší situace, sama jsem cítila v sobě vrůstající zlost na zvrát v mém životě. A též se mi ukrádala na mysl spousta myšlenek na to, že takto opravdu žít nechci... No, plánovali jsme si společný život v důchodě, jak si budeme užívat volného času, cestovat, bohužel přišla nemoc a vše je jinak, stal se na mně „závislý“ v přímém slova smyslu. Péči jiných nechce, chce jen mně, a kvůli nemoci si to již neuvědomuje, i když mu to pořád vysvětluji, říkám, že já jsem vlastně uvězněná v té jeho nemoci s ním...Cítila jsem i svou rezignaci na vše a naštvání se na něj a pak i na sebe...Pomohly mi asi hodnoty od rodičů, nastavení, i když mi to nějakou chvíli trvalo, musela jsem si to v hlavě přetočit a urovnat: vedle mě je člověk, který potřebuje pomoc a já jsem zde proto, abych mu pomohla... tak, jak jsem v minulosti pečovala o svou maminku, pak tchyni, pak tatínka...teď, momentálně, je toto můj život!. Když jsem to pojala takto, ulevilo se mi, žiji s čistým svědomím a pokorou, ale v hloubi duše stále nemám klid, i když to třeba navenek nedávám najevo, cítím nespokojenost, ale nemohu s tím nic moc dělat. Vždy bych musela omezovat nebo zatěžovat někoho kolem, tak nikomu nic neříkám... Ani nemocnému manželovi, který si stejně mou psychickou nepohodu neuvědomuje. Dělán to dál, pokud to jen půjde“, přičemž si **uvědomuje, že hlavním činitelem je nemoc manžela, která ovlivnila vztah i rolové postavení mezi manžely. Vnitřní zdroje síly nachází v hodnotách, které jí předali rodiče a vliv má i zkušenost s pečováním, které bylo v rámci rodiny***

přirozeným. Další skutečností je, že pro pečující manželku je důležitý pocit „čistého“ svědomí, co jí pomáhá snášet nesnáze péče.

Dle Vágnerové (2007 s. 373-375) staří manželé jsou na sebe odkázáni, ve více oblastech jejich soužití posiluje *potřeba partnerské solidarity*, přičemž **nemoc manželského partnera se může stát zdrojem častého a dlouhotrvajícího stresu. Může být prožívaná i jako vlastní ohrožení**, kdy pečující je nucen omezit uspokojení vlastních potřeb a poskytnout péči nemocnému partnerovi, **pokud by tak neudělal, byl by sužován pocity viny a stejně by nebyl spokojen. Pod vlivem nemoci jednoho z manželů se mění postavení a role obou, stejně jak jejich vtahy.** Nemocný partner se dostává do závislé, submisivní pozice, pečující získává dominantní roli a s tím spojenou moc, ale zároveň i **odpovědnost, leckdy větší než je schopen unést.** Pečující o nemocného manžela – především starší ženy, se k opečovávané osobě během této doby ještě více **citově připoutají.** Tuto změnu je zapotřebí vnímat jako **obrannou reakci, která potvrzuje význam vynakládaného úsilí** a též to může být **projev uvědomování si možné blízké ztráty manžela.** Každodenní stereotypní péče o nemocného partnera vyčerpává fyzicky i psychicky, leckdy již jsou nároky nezvladatelné, zejména pokud je na péči pečující sám. Povinnost péče vyčerpává natolik, že může vést k nezvládnutí péče, zároveň pečující je si vědom, že ji zvládnout musí. **Dlouhodobá péče o bezmocného, nemocného manželského partnera, bez výhledu na perspektivu zlepšení stavu, pocitu izolovanosti od jiných lidí, celková vyčerpanost, která může vést k pesimismu, rezignaci, apatii a ztrátě zájmu o širší okolí, vést k prožívání různých negativních emocí, které ve více případech ani nedává najevo, proto, že je to „sociálně nepřijatelné“, může vést u pečujícího až k syndromu vyhoření.** Průběžné zvládnutí poskytování péče nemocnému člověku může posilovat vlastní sebeúctu pečujícího a i vzájemný manželský vztah, ale jinak moc nenabízí.

### 5.3 „...A já si tady chvíli dáchnu“ – důležitost možnosti úlevy při péči

**Souběžnost rodinné péče i využíváním sociální služby jako ulehčení** popisuje i pan Dan – v jeho případě jde též o poskytování „péče vzájemné“, která je přiblížena v podkapitole 2.2 (Jeřábek et al., 2013; Uhlířová, 2013): *„Nyní pečuji o svou ženu, potřebuje celodenní péči. Je ochrnutá, měla „mrtvici“, ochrnula na ruku a na nohu, chodit nemůže vůbec, všude ji musím vodit nebo vozit. Potřebuje péči o hygienu, polohovací postel nemá, toaletní židli ano, vedle postele, musím jí pomoci, když potřebuje, na velkou stranu, taky ji vodím přes kuchyň do koupelny. Venku trochu chodíme s chodítkem, musím ji vodit. Nemáme upravené prahy bezbariérově, v koupelně máme sprchový kout, tam jí pomáhá dcera, která ji přichází každý*

týden okoupat, jinak jezdí pečovatelská služba Charity na denní hygienu. Oběd dováží firma, Charita chystá stravu, dochází dvakrát denně. Večer přichází dcera a pomůže, co je potřeba, s večerním uložením. Dcera uklízí, pere a ostatní. Já jsem manželce po ruce, když něco potřebuje, a to potřebuje, pořád něco...“, **využití služby** denního stacionáře pečující senior spojuje s **možností odreagování se a též příležitosti odpočinku od péče pro sebe, kdy jej „zastanou“** pracovnice, **příležitostné vymanění se z role pečovatele**: „O stacionáři nás (navštěvují jej oba manželé) informovala dcera. Doporučila mi ho, abych si odpočinul a odreagoval se od té jednostranné denní péče, já jsem to vyzkoušel a funguje to, přijdu na jiné myšlenky. Děvčata (pečovatelky) mě tady v péči (o manželku) zastanou a já si tady chvílku „dáchnu“ (odpočinu)“ **péče**, kterou poskytuje manželce, **vychází z hodnot, které jsou v jeho životě stěžejní a též z předchozí rodinné zkušenosti**: „Mám 89 let, jsem ženatý, měl jsem moc profesí, aktivní vojenská služba, maturitu v přípravce na vojenské akademii. Když mi zemřel otec, stavěli jsme s mojí dům, maminka nemocná, tak jsem se musel rozhodnout, jestli budu dostavovat dům a pečovat o maminku, nebo dále studovat, zůstat na vojně a dělat takzvaně kariéru. Rozhodl jsem se dostavět dům a pečovat o maminku, zůstal jsem doma s rodinou, nikdy jsem toho nelitoval, tak to mělo být...“.

Podobně pro **odpočínutí při každodenní stereotypní péči**, si dohodla - **vyjednala** s manželem, využívání stacionáře i paní Beáta: „V posledním roce navštěvuje manžel denní stacionář jedenkrát týdně, což mi hodně pomohlo a můžu si aspoň trochu odpočinout. Dlouho mi trvalo, než jsem ho k tomu přemluvila, až jsem mu řekla, že mu poslední roky věnuji každý den svého života, tak mi musí dopřát alespoň jeden den v týdnu i on. Nelíbí se mu to, ale moje rozhodnutí zatím přijal. Proti častějším návštěvám stacionáře se zcela ohrazuje, místo mají, ale on nechce... kdepak...“, **vyjednávání** v rámci vtažů pečující/osoba potřebující péče **vtažující se k autonomii každého z nich**, je přiblíženo v podkapitole 2.5. I v tomto případě se jedná o **poskytování vzájemné péče, která vychází z manželské sounáležitosti**, která je patrná z: „Již několik let pečuji nepřetržitě o nemocného manžela, po dlouhém spokojeném manželství (48 let) jsem o jiném způsobu péče zatím neuvažovala. Již dlouho má cukrovku – už léčba inzulinem 8 let a trpí těžkou neuropatií, ochabují mu svaly, na nohy se již nepostaví, s rukama je situace o něco lepší. Projevuje se u něj demence a výkyvy nálady, před třemi lety mu musely být amputované prsty pravé nohy, je na mně, mou péči, odkázaný z 95%“, návštěvou ambulantní služby získá pečující potřebný odpočinek, přičemž některé odpočinkové činnosti provozuje, jak uvádí, i když v omezené míře, i při péči: „Koničkům, provozovaným v domácnosti, jako je četba, luštění sudoku a křížovek, se mohu věnovat i při péči o manžela, protože jsem mu nablízku a mohu vyhovět jeho potřebám. Omezeně provozuji

práce na zahrádce. Turistiku, vycházky do přírody, jízdu na kole, plavání, sborový zpěv, návštěvy kina, divadla apod. jsem byla nucena velmi omezit nebo něco i zcela zrušit...“, ale zde jde o vlastní vydechnutí s pocitem jistoty, že o opečovávanou osobu je náležitě postaráno: „Čas pro sebe si několik hodin mohu dovolit pouze ve čtvrtek, kdy je manžel ve stacionáři. V létě tento čas využívám na krátké výlety s kamarádkami nebo si jen tak doma „lebedím“ a dělám to, co mě právě napadne a **nic mne neomezuje, nic po mně nikdo nechce**. Ale ne vždy lze tento čas takto využít, většinou jej věnuji pracím, které při péči nestíhám nebo z různých důvodů jindy udělat nemohu“. Paní Beáta též uvedla, že **vedle podpory, kterou jí příležitostně poskytují rodiny synů, jsou pro ni významným zdrojem podpory kamarádky, které jí jsou při potřebě nablízku**: „V péči mi pomáhají rodiny synů se zajištěním větších nákupů, nebo i koupí léků, abych nemusela pokaždé do města. Pomáhají i příležitostným „hlídáním“ manžela, takže mohu jít např. k lékaři, do sboru zpívat nebo na vycházku s kamarádkami - to je pro mě úleva. Ony (kamarádky) jsou takové moje vrby, říkají mi, že jim můžu volat i o půlnoci, že mně vyslechnou. Bohužel už jsme taky ve věku, kdy nás zdraví zrazuje a tak nejprve jedna a teď i druhá se potýkají s vážnými zdravotními potížemi, a tak si občas stěžujeme navzájem, ale navzájem se taky podržíme...Když bych je nenašla, nevím, co bych dělala, před časem jsem o svou dlouholetou kamarádku přišla, zkoušela jsem najít spřízněné duše i přes internet, jsem si dopisovala s anonymní známou, ale není to ono, nevnímala jsem tu blízkost, jednu chvíli, než jsme se daly dohromady...jsem vděčná, že je tady mám“, **rodiny synů poskytují spíše praktickou podporu, u kamarádek paní Beáta nachází podporu sociální a psychickou, má zde i možnost sdílení se skupinou sobě rovných, stejně smýšlejících lidí, pocítovat blízkost která je pro ni zásadní**, tyto souvislosti přibližuje kapitola 1.2 (Kosek, 2004; Bumbálek In Mühlpachr (ed.), 2005).

Zejména ve spojitosti z **předchozích zkušeností s úrazem** vnímá paní Gabriela **přínos, jak pro dceru tak pro sebe od využívaných sociálních služeb**: „Všechno je to dobré, služby a dcera je klidná, že nikde nespádnou“. I paní Hana si uvědomuje širší pomoci: „No, potřebuji už pomoc, síly jsou pryč... Já jsem dostala ten Covid, tři měsíce jsem byla u dcery, protože jsem byla nemožná... a jak jsem se z toho dostala, tak mi vyřídili stacionář. Máme doma velké psy, jeden mě vždycky shodí, tak nechtěli, abych tam někde ležela, než přijdou ze školy, ve které pracují...“, **má pochopení pro obavy rodiny o její bezpečí a též přes počáteční nezáměr, aktuálně pozitivně vnímá využívání pomocné ambulantní služby, kde u ní došlo k naplnění potřeb, které měla omezené - a to duchovních, co od služby neočekávala**: „Zpočátku jsem chodila jednou týdně, pak jsem chtěla i tehdy, když jsou mše. Modlíme se, zpíváme kostelové písničky, to jsem vůbec nevěděla, že taková možnost je,

*chodím i ke svátostem, velebný pán si s námi i povídá, v tom společenství jsem ráda. Já už se vůbec do kostela nedostanu, musí mě dcera doprovodit, abych se do ní zavěsila“.*

Jako „rozebrání“ se od denního stereotypu, zároveň ulehčení péče dceři a **možnost využití bezbariérových podmínek** ke koupelím, které doma postrádá, bere návštěvu stacionáře, paní Alena: *„Mezitím přijdu do stacionáře, tady se rozeberu s děvčatama a jsem už úplně spokojená. O stacionáři jsem nevěděla, přijeli jsme sem, dcera to zařídila a řekla, že se pojedeme podívat. Byla jsem tady asi tak dvě hodiny, poprvé. Strach jsem z toho neměla, líbilo se mi to, jsem řekla, tak budu jezdit ve středu a pátek. Ve středu je zde mše, v pátek mám koupání, je to tady bezbariérové. Doma mám taky všechno, ale raději si zaplatím a příbuzným ulevím, aby dcera nemusela, má bolavé záda. Dcera ještě pečuje o maminku manžela, uklízí jí a vše co taky potřebuje...“*

Jak je patrné z poslední věty předchozí komunikační partnerky, **pečující často poskytují péči více osobám a ve více směrech – fenomén „sandwich carer“** popisuje podkapitola 2.2 (Uhlířová, 2013; Špaková, 2021), v souběžnosti se snahou udržet zaměstnání a osobní život, jak uvádí pečující vnučka p. Gábina: *„Nejnáročnější je ta 24 hodinová služba, člověk musí být pořád ve střehu a pořád na všechno myslet, i v noci spí s telefonem nahlas, takže mám v podstatě dvě domácnosti, musím myslet za obě. Do toho pečuji i o děti. Mamka mi s něčím co je potřeba, dle možností, občas pomáhá. Jako podnikatelka si mohu trochu čas přizpůsobit, mám více možností. Mamka se nemůže starat, je před důchodem, chodí do práce do supermarketu, neměla by čas a ani organizační schopnosti, bylo by to pro ni náročné a možná nereálné, asi by se na to pak vykašlala, no, a kdo by ji pak v tomto věku zaměstnal? Mám okolo sebe další lidi, od kterých mohu dostat pomoc – manžel, současný partner, kamarádky. Chodím ale současně i k psychoterapeutce, protože je to vše velmi náročné, mám problémy i v soukromém životě, platím si pomoc. Jsem s tím velmi spokojená a moc mi to v životě pomohlo, už jsem ji vyhledala před 5 lety, když jsem se rozváděla. Potřebovala jsem nezávislý pohled a podporu. Lidé nyní nemají sebevědomí, sebehodnotu, sebelásku, díky ní jsem začala na sobě pracovat, studovat různé materiály a díky tomu mám tu sílu i na tu péči o své blízké“.* Komunikační partnerka se v rozhovoru dotkla, v souvislosti s volbou v rámci rodiny vhodné pečující osoby, tématu, který přibližuje podkapitola 2.5 (Janečková, Dragomirecká a Jirkovská, 2017.), související s nejednoduchým rozhodnutím **odchodu ze zaměstnání při potřebě péče**. V tomto případě je maminka „před důchodem“, kde při rozhodování převzetí péče může mít vliv více negativních faktorů – **strach ze ztráty zaměstnání a nemožnosti, s ohledem na možnou věkovou diskriminaci nebo ztrátu pracovních kompetencí** - související s rychlostí a digitalizací současné doby získat další

práci, s tím související finanční ztráty s ohledem na budoucí výši penze, tyto faktory přispěly k rozhodnutí, že rodinnou péči převezme vnučka. V souvislosti se zdroji vlastní podpory zmiňuje paní Gábina i **psychoterapeutickou pomoc, kterou využívá a která jí pomáhá vše zvládat** - je jediná z komunikačních partnerů, která uvedla tento typ pomoci.

Pan Jiří, který pečoval o maminku, pečuje o strýčka a dopomáhá tatínkovi, zmiňuje **podporu od lékařky psychiatra**. Zpočátku primárně ale **měla v péči potřebné osoby, dále pomohla i jemu, kdy je všechny prováděla těžkým obdobím odchodu a potřeba pomoci byla hlavně po smrti blízké osoby**: „*Byl jsem tím odchodem fyzicky i psychicky zdeptaný, nejhorších bylo 14 dnů po smrti maminky, pak už jsem zase musel fungovat dál, ale strašně utahaný a unavený. Komunikuji s psychiatrickou, která měla v péči maminku, kvůli spaní pomáhá i tatínkovi, a pomohla i mě. Sevřelo se mi hrdlo po její (maminčině) smrti, to jsem měl stresové. Tělo se začalo chovat chaoticky, měl jsem potíže při chůzi, vrávorat jsem, dostavila se i nevolnost a tak jsem nevěděl, jak to řešit, takže mi předepsala léky, které mi pomohly, už se to snad vrátilo do normálu. Snažím se po obědě dobít siestou, hodinu denně se věnuji sám sobě, vyspím se a to mi moc pomohlo. Večer jsem uléhal velmi brzy unavený, teď už se cítím dobře, vydržím déle. I jednodenní výlet do Prahy byl pro mě výlet po třech letech, úžasný. Řídím se radami babičky: co tě nezabije, to tě posílí... Psychiatricka je báječná, ta nás tímto těžkým obdobím provedla skvěle. Také si se mnou chce na toto téma pomoci, a jak to zvládám, popovídat, mám ji volat. Péče o strýce a tatínka jede dál...*“

V souvislosti s **psychologickou pomocí a jinými možnostmi podpory, které dle ní chybí**, mluví sociální pracovnice Iveta: „*Vnímám, že chybí dobrovolnická služba, pro osamělé seniory, povědomost o tísňové péči, psychologická pomoc - starší generace na to není zvyklá, ale pečující by ji třeba přijali. Chybí svépomocná skupina, ve větších městech jsou i skupiny pro pečující, oni se nám často přímo hrouť a pomoc je pro ně nedostatečná*“.

Při **rozhodnutí převzetí péče často souvisí i s praktickou stránkou péče, kde lze spatřovat mezery** a možné potřebné oblasti podpory, jak zmínila sociální pracovnice Iveta: „*...pečovatelskou službu hlavně chtějí často i proto, aby je naučila péči o blízkého, protože to neumí a bylo by potřeba i širší veřejnosti ukazovat, jak o blízkého pečovat. Lidé kolikrát prosí, abychom jim šli ukázat, jak se o blízkého starat, zařazujeme to do individuálních plánů, kdy pečovatelky pečujícím nejen radou ale i prakticky péči ukazují*“. Sociální pracovnice Helena, naznačuje možné důsledky dlouhodobé vyčerpávající péče: „*Pečující často dlouhou dobu pečují sami, a jak ubývá seniorům síla, pomoci je potřeba více, pozvolna, tak jim nepřipadne, že potřebují pomoc i oni. Pak je to ale doběhne a v kanceláři mám hromádku neštěstí, kdy samotný pečující bojuje se zdravotními problémy, často vyústěné z dlouhodobého pečování*“.



*Kapacita služeb není vždy volná, alespoň ne v době, kdy je zrovna potřeba. Snažíme se alespoň částečně rodině ulevit a předat informace, které by mohli potřebovat. Někteří zápasí s finanční stránkou, seniorům často nakupují, dojíždí za nimi a nenechávají si to proplatit. Zažila jsem, že si dcera neřekla o peníze ani za nákupy, „je to přece maminka“, ale sama měla co dělat, aby vyžila a klientka měla důchod a PnP ve III. stupni“, z postoje pečující jsou patrné snahy **dostat společenským normám rodinné péče, i když na vlastní úkor.***

Finanční stránku zmiňuje pán Jiří: *„Nejvíce mě ta péče omezila časem, živnost jsem nepoložil, a teď už se zase rozjíždím. Příspěvek na péči využíváme, hradí se z toho Charita, ale největší náklady jsou v lékárně. Stát je nesmírně štědrý a ještě se to lidem nelíbí, doba je nějaká divná. Kde na to stát má vzít? Nyní platíme 18,5 tis. na energie, dům je velký, máme příjmy z důchodů a na péči, ale i hodně výdajů, no zatím to vychází“,* uvádí **těžkosti při skloubení péče a pracovních povinností** v souvislosti s nedostatkem času, též zmiňuje **finanční podporu seniorů** státem prostřednictvím příspěvku na péči, což velmi **oceňuje**.

**Potřebu vzájemného pochopení mezi osobou potřebující péči a pečujícími a včasné zajištění pomoci zvenčí** – vhodnou sociální službou i přes počáteční obavy, vnímá i sociální pracovnice Alice: *„Co se týká pečujících, je to někdy složité, mají odlehle bydliště, jsou pracovně vytíženi, někdy se objeví nesoulad sourozenců, jak pečovat a také jejich vyčerpání. Pokud se zadaří nastavit službu tak, aby pečující zvládali i svůj život, tak je vyhráno a pečující se nehroučí. K tomu je ale potřeba i kladný přístup seniora k péči a respektování jeden druhého, což někdy trvá delší čas, než se hrany obrousí. Začátky bývají těžší, i než vznikne důvěra mezi službou a klientem a jeho blízkými, také než si všichni zvyknou na to, že jim najednou do domácnosti chodí cizí lidé a než se doladí vše, tak aby všichni byli spokojeni. Poté opět v drtivé většině jsou spokojeni za každou pomoc i senioři rádi vidí i jiné lidi“.*

**Přístup, který umožňuje předcházení vyčerpání pečujícího,** popsala paní Dorota, souběžně s rodinnou péčí a se službou ambulantní, aktuálně poprvé využila odlehčovací službu. Seniorka **vnímá potřebu dcery v odpočinku, a též je zde patrná upřímnost a rovnocennost mezi pečujícím a opečovávaným,** i když je paní na každodenní péči závislá, co **posiluje vzájemný vztah, osobní autonomii seniorky a právě zvládání domácí péče:** *„Na dva týdny jsem byla ve službě i se spaním, dcera řekla „Mami, na chvíli tam půjdeš, abych já se trochu dala dohromady, abych mohla o tebe pečovat“, tak jsem šla, „beze všeho“, víte, dcera potřebovala rehabilitace, sebe dát dohromady. Na dva týdny aby si ulevila, protože také má svůj věk, potřebovala kontroly zdravotního stavu a také potřebovala pobýt u dcery v Brně a navštívit druhou dceru v Třinci. Pravnučka krásně zpívá, hezky se učí, jsou všichni šikovní. Je to samá radost, ty děti. Byla jsem tam 14 dnů (v odlehčovací službě) a*

*yní už jsem doma a už využívám i stacionář. Děvčata ze stacionáře pro mě jezdí až k chalupě a moc děkuji, že to u vás existuje, tato péče. Najdu tu kamarádky, popovídáme si, jak bylo a co doma, zazpíváme, necítím se úplně sama, i když mám hodné dcery“*, mezi řádky rozhovorů seniorky je patrný **pocit jistoty, který s péče rodiny má a potěšení z rodové sounáležitosti, kterou v rámci rodiny pociťuje.**

#### **5.4 Dožít doma a alternativa domácí péče**

Naději dožít v domácím prostředí nebo servat v něm co nejdéle to půjde, vyslovila většina seniorů. Když rodinná péče dobře funguje, mají v ní důvěru, poskytuje jim pocit jistoty při zvládání prožívání stáří, pokud uvažovali o pobytové službě, tak většinou kvůli obavám že aktuální pečující osoba již by, třeba ze zdravotních důvodů, nemohla o ně pečovat, doufají, že při její indispozici, péči převezme někdo další z blízkých v rodině. To je patrné například ze slov paní Doroty: *„O domově bych uvažovala, kdyby dcera nebyla schopná se o mě postarat, ale má hodného manžela, který by se asi postaral“* a též paní Barbory: *„Člověk neví, co bude, jsem ráda, dokud trochu mohu, prozatím nic moc nepotřebuju. Kdyby dcera onemocněla nebo zemřela, staral by se o mě syn, nebo druhá dcera, nebo snad i vnučka některá by si mně vzala, no někdo by se z rodiny postaral“* a i paní Hany: *„Budu pořád doma, rodina pomáhá, asi problém není, necítím to, nebo nevím, no...“*

Jedna ze seniorek si ani nechce připouštět myšlenky na přechod do domova, z rozhovorů je patrné, že se domnívá, že zejména **neshody s rodinou (pečujícími) nebo i absence pečující osoby mohou být důvodem přechodu do pobytové služby**, paní Alena: *„Zatím si nepřipouštím myšlenku, že bych měla jít do domova, NECHCI o tom ani přemýšlet. No myslím si, že v domově je to jiné, tady (ze stacionáře) jedu domů, nepřemýšlela jsem o tom opravdu. Myslím, že je to tam slušné, jednají s lidmi dobře, je tam péče, kterou si staří už nemůžou sami udělat. Myslím si, že tam jsou i ti, kteří se třeba nemůžou doma s mladýma shodnout, nemá kolem nich kdo chodit, tak si myslím, že tam jdou. Domov jim může nabídnout pomoc, posloužit. Kdo je citlivý, může to mít těžký, přišel o svůj domov, kde žil, musí si zvyknout. Má jiné sousedy. Moje kamarádka, učitelka v nedaleké vesnici, měla potíže, teď už leží, manžel jí zemřel. Je v domově, děcka jí tam dali, jestli za ní jezdí děti, nevím...“* Mezi řádky je patrné, že je pro ni **důležitá jistota, že po využití ambulantní služby se vrací do svého domova a též pociťuje, že v souvislosti s využíváním pobytové služby může dojít k omezení kontaktů s rodinou, ztratí se sousedské vazby.**

Pan Ivan uvádí své důvody, proč chce setrvat v domku, ve kterém si to s dopomocí sousedů a známých uzpůsobil, aby tam mohl pobývat: *„...nadvakrát mi vzali i druhou nohu.*

*Zažil jsem moc bolesti, domů jsem přišel až v lednu. Už jsem tam nemohl vydržet, byli tam samí ležáci, vedle mě dva umřeli, jak jsem viděl, že jim už dávají kyslík, tak bylo zle, to byl špatný zážitek, nemyslel jsem, že to zažiju, s člověkem to zamává, chtěl jsem odtud pryč, stejně jsem si všechno sám dělal, jenom jídlo mi nosili. Známy mi to tady přizpůsobil, abych tady mohl být“, zážitek **konfrontace z konečnosti bytí**, byl pro něj velmi stresující. Zvládat nastalou situaci mu umožňuje uskromnění, které možná i nedobrovolně přijal za své, má plány, otevřenou perspektivu, co mu ulehčuje každodenní nesnáze, **potřebu přechodu do domova spojuje s úplnou nemohoucností a upoutáním na lůžko**: „*Nejvíce se teď těším na protézy, abych mohl chodit na procházky, vypadnout ven, sám si nakoupit, zajít navštívit známé. Zatím si nenaříkám. Stát by měl podporovat lidi, kteří můžou být doma, ať jsou doma, aby nemuseli jít do domova důchodců a zbytečně tam zabírat místo. Kdo ještě může, ať za nima chodí Charita, doma je doma a doma se nejlepší umírá. Pokud by člověk jenom ležel, tak už by se musel umístit jinam, třeba do Kroměříže, měsíc jsem tam s ležákama ležel, už vím svý...“*, deklaruje potřebu seniorů, ve větší podpoře ze strany státu, aby mohly zůstat v domácím prostředí i prostřednictvím pomáhajících jim v tom služeb.*

Podobně, v souvislosti s nemohoucností po fyzické stránce, vnímá službu domova pro seniory paní i paní Ctislava a též popisuje **obavy**, zda v domově pro seniory najde **vlídnost a pochopení**, které jsou pro ni důležité, a vnímá, že bude muset **přijmout omezení související s chodem služby**: „... *no, mám představu, protože jsem v dobách své pracovní činnosti byla v některých, služba v domovech je dobrá, dostačující, měli by tam být jen ti zaměstnanci, kteří jsou ochotni lidem posloužit. Poskytnou teplo, stravování, péči. Jsem už tak připravená, že tam budu muset jít, bránila jsem se tomu velice, ale nic jiného mi nezbude. Chtěla bych tam potkat samé vlídné lidi. Přijdu tím o soukromí, o to, dělat co chci, musela bych se podřizovat předpisům a chodu toho zařízení. Doma mohu dělat, co chci, tam by to tak nešlo. Když bych už nemohla chodit, tak bych to asi doma nezvládla, to už bych do toho domova šla...“*

Jako jediná z komunikačních partnerů seniorů uvedla **zájem přestěhování se do domova** paní Gabriela, uvádí, že její **rozhodnutí souvisí s předchozí zkušeností s úrazem a potřebou okamžitým zajištěním pomoci**: „*Vím, že se tam bydlí a že se musí dlouho čekat a chtěla bych tam jít, i když mám svůj byt a všechno zařízené, sama to už nezvládnu. Domov mi může nabídnout jistotu, že tam nespádnou a nebudu někde ležet na zemi a čekat hodiny nebo i dny, než mi někdo pomůže. Doma jsem spadla venku na schodech, hlavou dolů a tam jsem zůstala ležet. Tam bych určitě nebyla sama, ve svém velkém bytě jsem v podstatě sama. V domově je hlavně ta pomoc a jistota. Je to moc nepříjemné, když někde ležíte v krvi a nemůžete se zvednout, už jsem to zažila několikrát a to již nechci. Chtěla bych, aby tam*

*docházel evangelický farář, jsem evangelička, tady nic evangelického není, jen hřbitov. Kdybych tam byla umístěná, chodila bych tam, teď to mám daleko, nedojdu tam. Přestěhováním do domova, no přišla bych o byt, ale na tom mi nezáleží, o dům, který jsme postavili – ten bude mít dcera, postará se. Nevím, jakou volnost tam mají nebo ne, ale hlavně mi pomůžou, co doma sama?“, rozhodnutí též **pramení z osamělosti, kterou seniorka pociťuje.***

Z rozhorů je patrné, že celkově o pobytových službách zejména domově pro seniory, senioři povědomí mají, ale většinou přednostně vnímají ztráty nebo omezení, které se jich mohou dotýkat, přínosy popisují zejména hlavně v souvislosti s poskytnutím celodenní péče.

To je patrné z rozhovorů paní Elišky: „...*přišla bych o domácí prostředí, šla bych tam (do domova pro seniory), až bych nemohla vůbec nic dělat. Nemám tam žádné známé, tak nevím, ale nabídli by mi tam celodenní péči. Člověk má okolo sebe své věci, na obrazy nevidím, na předměty kolem sebe, ale vím, co na těch obrazech je a od koho jsem je dostala. K věcem okolo sebe mám vztah, nechci jít tam, kde nebudu mít k ničemu vztah. Celý život jsem dělala literaturu, mám velkou knihovnu, ani nechci vědět, co se s tím potom stane, teď se o to mladí nezajímají. Byla jsem knihomol a hudbomol“.* **Komunikační partnerka zdůrazňuje významnost prostoru a vztah k věcem v něm,** tyto skutečnosti nabývají na důležitosti zejména ve stáří, souvislosti přibližuje podkapitola 1.1(Sýkorová, 2008b). A též: „*Dlouho jsem se rozmyslela po předposledním pobytu v nemocnici, tam mi řekli, ať si požádám do místního domova pro seniory, ale bylo mi těžko odtud odejít, je to tady můj domov, který jsme budovali s manželem, stěhovat se do jedné místnosti s cizími lidmi“*, popsané p. Eliškou, **těžkosti při rozhodování při potřebě zajištění péče, souvisí s pocity zakořenění a jistoty, vazbou k domovu,** tyto faktory přibližuje podkapitola 2.4 (Sýkorová, 2008b). A dále p. Eliška pokračuje: „*Když nemám rodinu, potřebuji pomoc, musela jsem požádat tyto služby (osobní asistence, pečovatelská služba), není zde v okolí nikdo z rodiny, kdo by takto pomáhat mohl. Jsem velmi ráda, že tady ta Charita je. A pro stát je to mnohem levnější, když si služby zaplatím sama a nechci domov, kde je pobyt drahý. Budu se snažit, abych mohla být co nejdéle doma. Tato péče mi v současné době stačí, ale pokud jednou oslepnu úplně, bude to jinak“*, předpokládá, že **zhoršením zdravotního stavu může potřebovat větší rozsah péče** a bude muset situaci řešit, doufá, že to zvládne s pomocí využívaných služeb co nejdéle. Je zde patrná i orientovanost v ekonomickém fungování a aktuálním společenském dění.

V této souvislosti, sociální pracovnice Gita, vidí zdroje **podpory v přirozeném prostředí jak pro seniory tak pro pečující, v kombinaci terénních a ambulantních sociálních služeb,** vnímá přitom nedostačující informovanost a obavy: „*Podpořit jak seniora,*

*tak osobu pečující, lze kombinací třeba našich služeb. Klient začne třeba ve stacionáři, a když mu postupně ubývá sil, kombinuje se služba s osobní asistencí nebo pečovatelskou službou. Pokud má v domácnosti podmínky, tak často zůstává díky pečovce doma až do konce života. Ale spousta lidí to většinou neví, že to lze takto kombinovat, mají nedostatečné informace a i obavy.“*

Odhodlání pečujících poskytnout svým blízkým podporu v rámci rodiny tak, aby mohli setrvat v domácím prostředí do konce nebo alespoň co nejdéle, byly přítomny skoro ve všech získaných rozhovorech. Ne vždy je záměr ale udržitelný, některé **důvody nelze vždy úplně eliminovat**, jak popisuje paní Gábina: *Komunikace v rodině je poměrně dobrá, prarodiče preferuji mou péči, ale mamka zaskočí. Nejdříve dojížděla Charita dvakrát denně, pomáhali s hygienou. Potraviny jsme zajistili a odebírali dál obědy. Když jim pomáhala pečovatelská služba, byla jsem klidnější, pečovatelky mne informovaly, pokud bylo potřeba – třeba že děda má teplotu, on ani babička, už to nedovedli adekvátně posoudit. Babička později, v důsledku své nemoci se stala agresivní vůči dědovi, stav se stával neudržitelným. K dědovi se nechovala pěkně, nešlo tomu nějak moc zamezit. Děda začal navštěvovat stacionář, zpočátku třikrát týdně, pak celý týden. Ale jak přijel dom, tak jsem tam musela letět, docházelo mezi nimi ke konfliktům. Děda už toho moc neřekl, neorientoval se, co se děje ale tlak měl 170... I to byl jeden z důvodů, aby šel děda do domova“, zde **do péče zasáhla nemoc obou partnerů**, kdy i přes snahy pečujících osob a součinnost terénních a ambulantních sociálních služeb bylo přestěhování se do domova pro seniory jednoho z manželů východiskem k vyřešení situace.*

Pečující paní Beáta uvádí, že z důvodu **obav ze svého zdravotního stavu a náhrady zajištění péče manželovi** se obrátila na místní domov pro seniory, kde chtěla podat žádost: *„Tož, kdyby se mně něco stalo, kdybych padla dřív než manžel, co s ním. Tak aby se nemuselo dlouho čekat, děcka by to dělat celodobově nemohli, jsem tam zajela, do domova, se informovat, chtěla jsem podat žádost. No, ta sociální mi vysvětlila, že žádost podat můžeme, ale je to dle potřebnosti. Tak, že i ty za ním ho můžou přeskočit, protože je tam ta naléhavá potřeba. No, když to nepotřebujeme teď, nemá cenu to tam dávat. Tak žádost jsem přivezla dom a nepodali jsme ji, uvidíme, co bude“, v souvislosti dlouhodobého zajištění péče uvádí, že využití domova vnímá spíše jako **náhradní řešení, když „nebude zbyť“**: *„Uvítala bych, kdyby manžel byl více přístupný k zajištění pomoci i jinými rodinnými příslušníky, zatím lpí pouze na mě a jinou pomoc odmítá. Rodina má zájem mi více pomáhat, ale on to nepřijímá a já jej nechci nutit k něčemu, co mu není po vůli. Stále doufám, že manžel bude mít větší pochopení i k mým potřebám. Ráda o něj budu pečovat i nadále, ale přála bych si, aby na mě nebyl tak fixovaný a přijal péči i jiných osob, jak blízkých, tak cizích. Při mém věku se dá**

*očekávat, že čas mé péče je již docela omezený a je třeba, aby si manžel postupně zvykal na skutečnost, že se o něj v blízké či delší budoucnosti budou starat jiní, třeba i cizí osoby, nebo i v cizím prostředí, když nebude zbylí“, z rozhorů je patrná **manželská tolerance a vlídnost seniorky k manželovi**, vycházející z dlouholetého spokojeného manželského vztahu, je odhodlána mu poskytnout péči, pokud to jen půjde. Uvítala by vystřídání při péči, neztrácí naději, že se situace může zlepšit, ale již počítá i s tím, s ohledem i na svůj věk, že to může být i naopak.*

## **SHRNUTÍ**

Získané výsledky ukazují, že při potřebě poskytnutí péče seniorovi hraje klíčovou roli jeho rodina, v rámci které je poskytování péče vnímáno jako věc přirozená, v rámci mezigenerační solidarity, na základě citového pouta.

Ukazuje se, že někteří senioři vlivem „dobře míněné paternalistické péče“ v rámci rodiny mají sklon k jakémusi odevzdání se rodinné péči, k možné volbě *strategie závislosti na okolí*. Přičemž vlastní zajištění zdrojů podpory, související s absencí nebo vzdálené dostupnosti rodiny, může působit na seniory aktivně, zároveň přechod do pobytové služby vnímají jako nejposlednější možnost. Nutno ale brát v potaz, že někteří senioři mohou být zásadně limitováni celkovým zdravotním stavem, následky úrazů a též nedostatečnou informovaností. *Prohlubování závislosti na okolí může podporovat nesoběstačnost seniora, snižovat jeho dosavadní schopnosti, mít negativní vliv na vlastní rozhodování a vést k potřebě čím dál větší péče, což může následně vést k nezvládnutí zajištění péče v domácím prostředí a potřeby vyhledání institucionální péče.*

Potvrdilo se, že poskytování domácí péče je ovlivněno i genderovými hledisky, *kdy zátěž poskytování v souvislosti s péčí o tělo, doléhá zejména na ženy* – v našem případě dcery a manželky, což jsou další významné okolnosti, které se musí brát v potaz při reflexi zvládnutí rodinné péče. Poskytování péče v této oblasti muži souvisí s absencí v rodině vhodné osoby ženského pohlaví nebo její vzdálená dostupnost a též může souviset se zkušenostmi z péče, přirozeně předanými v rámci generací rodiny, což nebývá ale vždy běžné.

Ukazuje se, že součinnost domácí péče a *pomocné ambulantní služby může být limitována obavami seniora z přiznání potřeby péče v širším společenském prostředí* a využití podpory *terénní služby může být limitováno pocitem narušení intimity a domácího soukromí, přičemž nejen u seniorů, ale může se vyskytovat i u samotných pečujících*, což může taky působit v neprospěch zvládnutí poskytování domácí péče pečujícími.

Z rozhovorů vyvstalo i *omezení související s nedostatečnou možností zajištění pomocných služeb (terénních/ambulantních/odlehčovacích) působících v přirozeném prostředí potřebné osoby a její rodiny* – limitujícími faktory byla nízká dostupnost služby s ohledem na časovou kapacitu, regionální spádovost nebo i absencí konkurence. Může vznikat situace, kdy se *senioři a jejich pečující musí přizpůsobovat službám a ne naopak* – což je další *okolností oslabující podporu potřebné osoby a jejího pečujícího v přirozeném prostředí a nutností vyhledání institucionální pomoci*. V této souvislosti jsou zásadními i

mezery v *informovanosti ohledně druhů služeb a jejich konkrétní vhodnosti*, jak u seniorů, tak pečujících.

Z výzkumu vyplynulo, že hlavním faktorem při zvládnání rodinné péče o nesoběstačného člena rodiny - *je součinnost, vzájemná podpora a kooperace jejích členů, což umožňuje pružnost péče a též její dostatečnost*. V rámci rodinné péče nejen potřebné osobě, ale i pečujícím členům rodiny navzájem, je poskytována jak emocionální, tak i praktická pomoc, kdy se mohou spolehnout na vzájemnou podporu. V této souvislosti *limitujícím může být přístup pečujícího k péči o blízkou osobu*, kdy pro něj péče nepředstavuje zásadní pramen vlastního uspokojení, ale motivací mohou být osobní hodnoty či jen situační okolnosti. *Nátlak převzetí povinností se může stát v rámci rodiny zdrojem bariér v komunikaci, stresu a konfliktů, vedoucích k rezignaci na poskytování péče*.

Spolupráce a pochopení je zásadní složkou fungování vzájemnosti mezi osobou potřebující péči a osobou pečující, tento *vztah může narušit vážná nemoc*, což často nelze nějak zásadně žádnou stranou ovlivnit. Takováto situace může vyvolávat *ambivalentní pocity související s dlouhodobou, vyčerpávající péčí a nemožností úlevy, může vést až k vyhoření pečující osoby a vést i k ukončení poskytování domácí péče*.

Pro pečující osoby je *zásadní možnost odpočínutí*, přičemž nejde o to, že pečující nemá krátké příležitosti k odpočinku během péče, ale jde o *vlastní vydechnutí s pocitem jistoty, že o opečovávanou osobu je náležitě postaráno a též příležitosti aspoň dočasné vymanění se z role pečovatele*. V této souvislosti se ukázala jako velmi významná i *možnost sdílení se skupinou sobě rovných, stejně smýšlejících lidí – přátel, pociťovat blízkost, která je pro člověka důležitá*. *Využití služeb, které pomáhají v domácím prostředí, může pečujícímu odpočínutí zabezpečit, zároveň může poskytnout seniorovi naplnění chybějících potřeb*. *Absence této možnosti může být vnímána jako negativní okolnost, může vést ke zhroucení pečujícího a tím i domácí péče*.

Další *skutečnosti komplikující zajištění domácí péče potřebné osobě může být skloubení péče a zaměstnání pečujícího, finanční zátěž, poskytování zároveň péči dalším osobám – fenomén „sandwich carer“*.

Jednou z dalších zásadních okolností může být *absence odborné (psychoterapeutické nebo i psychologické) pomoci* jak pro pečující tak i potřebné osoby v průběhu domácí péče. Pro pečující obzvlášť v období odchodu blízkého, nebo i po něm.

Výzkum poukázal, že při rozhodování o převzetí péče *je důležitá praktická schopnost péče – aby pečující rodiny uměly pečovat*.



Když rodinná péče dobře funguje, mají v ni senioři důvěru, *o pobytové službě uvažují jen většinou kvůli obavám, že aktuální pečující osoba by již třeba, ze zdravotních důvodů, nemohla o ně pečovat.* Mezi dalšími důvody byly zmíněny *neshody s rodinou (pečujícími)* nebo i *absence pečující osoby.* V souvislosti s *obavami, které senioři spojují s pobytovou službou,* byly uvedeny *omezení kontaktů s rodinou, omezení související s chodem služby, nenalezení vlídnosti a pochopení od personálu služby, omezení soukromí* a jiné. V souvislosti s *přínosy vnímají poskytnutí tepla, stravování, celodenní péče.* *Potřeba přechodu do domova je spojována s úplnou nemohoucností a upoutáním na lůžko, ale i jako náhradní řešení, když „nebude zbylí“.* *Těžkosti při rozhodování o přechodu z domácího prostředí do domova pro seniory souvisí s pocity zakořenění a jistoty, vazbou k domovu, kterou senioři pociťují.*

*Podpora jak seniora v domácí péči tak osob o něj pečujících je možná včasným zajištěním pomoci zvenku - kombinací terénních a ambulantních služeb, nebo i odlehčovacích - což může umožňovat předcházení vyčerpání pečujícího, přičemž je důležitá upřímnost a rovnocennost mezi pečujícím a opečovávaným, což posiluje vzájemný vztah, osobní autonomii a právě zvládání domácí péče.*

Ne vždy je záměr poskytování domácí péče ale udržitelný, některé důvody nelze vždy úplně eliminovat – jedním z takových je situace, kdy do péče zasáhla *nezvládatelná nemoc obou partnerů,* kdy i přes snahy pečujících osob a součinnost terénních a ambulantních sociálních služeb bylo přestěhování se do domova pro seniory jednoho z manželů východiskem k vyřešení situace.

Jedna komunikační partnerka uvedla *zájem o přestěhování se do domova pro seniory, její rozhodnutí souviselo s předchozí zkušeností s úrazem a potřebou okamžitým zajištěním pomoci, uvádí, že do domova by šla ráda, pramení to z osamělosti, kterou seniorka i přes rodinnou péči pociťuje a v domově by již nebyla sama.*

Z představených zjištěných skutečností vyplývá, že cíl práce byl naplněn. Na základě rozhovorů se seniory v domácí péči souběžně využívajícími i podpory sociální služby, pečujícími v domácí péči a sociálními pracovníky terénních a ambulantních sociálních služeb pomáhajících v přirozeném prostředí a vyvstalých z nich odpovědí, byly identifikovány možné okolnosti přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory uvedené výše.

## **ZÁVĚR**

Cílem této práce bylo zjistit možné okolnosti přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory.

Za účelem uchopení a přiblížení daného tématu byla provedena analýzy odborných zdrojů pojednávajících o dané problematice a souvisejících jevech, což se stalo základem pro konceptuální část práce. V ní byla představena specifika období stárnutí, potřeby ve stáří, důležitost vztahů a mezigenerační solidarity v rámci rodiny, sousedských vztahů a vztahů v rámci komunity. Poukázáno je na možné způsoby domácí péče a její úskalí. Je představena možnost pomoci v rámci sociálních služeb a popsány nejčastější služby, které senioři mohou ve svém přirozeném prostředí využívat.

Konceptuální část byla východiskem pro následující empirickou část. Metodou k dosažení cíle byl zvolen kvalitativní výzkum pro hlubší proniknutí do dané problematiky, který byl proveden formou hloubkového polostrukturovaného rozhovoru s použitím otevřených otázek s devatenácti komunikačními partnery – sedmi seniory v domácí péči, sedmi pečujícími a pěti sociálními pracovníky terénních a ambulantních sociálních služeb.

Rozhovory byly zpracovány pomocí doslovné transkripce, následovala redukce prvního řádu, dále k analyzování nasbíraných dat byly použity dvě techniky - otevřené a axiální kódování. Výsledky výzkumu byly rozděleny do čtyř základních kategorií.

Z celkového výzkumu vyplývá, že není jen na seniorovi, zda do pobytového zařízení přejde, je to i na tom, kdo mu pomáhá – na pečujícím. Je to o nutné péči a jejím přirozeném zajištění v rámci rodiny, o možnostech a kooperaci rodinných pečujících, o přizpůsobení se jeden druhému, vzájemné toleranci, vzájemné přijetí změn, akceptace postavení a role obou v návaznosti na potřebu a poskytování péče, informovanosti o možných zdrojích podpory, zejména v oblasti sociální, finanční a mnoho dalších faktorů, kterých jsme se dotkli ve výše uvedeném shrnutí. Zvládání péče rodinou, se odvíjí od informovanosti, připravenosti, odolnosti pečujících, ale je i na včasném a dostatečném zajištění pomoci zvenčí. Zdroj podpory v přirozeném prostředí jak pro seniory tak pro pečující lze spatřovat v kombinaci terénních a ambulantních sociálních služeb, kdy senior může zůstat doma až do konce.

Výsledky daného výzkumu mohou být užitečné pro sociální pracovníky terénních a ambulantních sociálních služeb, které jsou nápomocné seniorům v domácí péči a jejich pečujícím. Mohou pomoci k identifikaci slabých míst, součinnosti sociální služby a rodinných pečujících při pomoci potřebnému seniorovi v domácím prostředí. A dále též k identifikaci

potřeb osoby pečující - nahlížení na situaci pečujících jako na závažnou sociální skutečnost, která by se měla stát jedním ze zájmů sociální práce.

Podpora pečujících, lidí, kteří pečují o osobu blízkou vyžadující pomoc, v jejich přirozeném sociálním prostředí, tvoří „bílá místa“ na mapě sociální práce - oblast tzv. neformální péče (Vávrová a Vaculíková, 2017, s. 80).

Pro účinnou podporu pečujících chybí „instrumentarium“ pomoci a jsou nedostatečné impulzy k jeho rozvoji (Hubíková, 2017, s. 15).

Je třeba podporovat péči o potřebného v rodinném kontextu, v jeho přirozeném sociálním prostředí, aby vzrostl počet těch, kteří se pro takovou péči rozhodnou. Realizovaná opatření v oblasti podpory osob pečujících o osobu blízkou vždy mají pozitivní dopady na všechny oblasti sociálního fungování jejich rodin (Knausová, 2016, s. 49-50).

Podpora sociálními pracovníky je aktuálně limitována tím, že pečující osoby stále nejsou uzákoněnou samostatnou cílovou skupinou, domnívám se, že v rámci sociální práce se má usilovat o její institucionalizaci, což by přineslo žádoucí změny. V posledních letech dochází ke zlepšení, uzákonění dlouhodobého placeného ošetrovatelského volna při péči o osobu blízkou je příležitostí k posílení mezigeneračních vztahů a rodinné soudržnosti a podpora ve finanční oblasti, snahy formální podpory zatím ale stejně nejsou systémové a trvalé.

Nejvhodnějším aktérem prosazování zájmů pečujících, delegovat tuto otázku širší veřejnosti a zákonodárcům, by měl být sociální pracovník. Jelikož nepřímo s touto skupinou velmi často pracuje, vnímá, dokáže rozpoznat a reflektovat jejich problémy, zároveň je schopen působit v oblastech zplnomocnění pečujících, na místní úrovni například v rámci komunitního plánování, iniciování účasti na projektech podporujících neformální péči či například u vytváření svépomocných skupin pečujících.

S ohledem na to, že práce pojednává o velmi širokém a též náročném tématu, zjištěné výsledky, i ve vztahu k malému vzorku komunikačních partnerů, nelze zcela zobecňovat, ale i tak má určitou vypovídající hodnotu a představuje skutečnosti, které vypovídají o základních rámcích zvládnání domácí péče a okolnostech možného přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory. Téma poskytuje velký prostor k dalšímu zkoumání, kdy mohou být zjištěné i jiné relevantní faktory.

## **LITERATURA**

ADAMS, R., 1986. *Emotional Closeness and Physical Distance between Friends: Implications for Elderly Women Living in Age-Segregated and Age-Integrated Settings*. The International Journal of Aging and Human Development, 22, 55 - 76.

BUMBÁLEK, Milan, 2005. *Stáří a osamělost*. In Schola Gerontologica. Edited by Pavel Mühlpachr. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. MSD spol. s.r.o. ISBN 80-210-3838-1.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: sbírka zákonů České republiky. částka 37. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČSSZ, 2023. *Dlouhodobé ošetřovné*. [online]. Praha: ČSSZ. [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobbe-osetrovne>

DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DOBIÁŠOVÁ, Karolína a Miriam KOTRUSOVÁ, 2017. *Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR*. *Czech* [online]. 17(6), 22-41 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první.

Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i.

ISBN 978-80-7330-260-3.

DUDOVÁ, Radka a Marta VOHLÍDALOVÁ, 2018. Muži a ženy pečující o seniory v rodině. *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review* [online]. 54(2), 219 [cit. 2023-01-10]. ISSN 00380288.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

*Encyklopedický slovník*, 1993. Praha: Odeon. Klub čtenářů Odeon. Rodinný klub, sv. 679. ISBN 80-207-0438-8.

GRÜN, Anselm, 2010. *Život je teď: umění stárnout*. Translated by Vladimír Petkevič. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-749-7.

HABRCETLOVÁ, Lada In HOLMEROVÁ et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 206 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

HAMPLOVÁ, Dana, 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele*. Šťěstí ze sociologické perspektivy. Praha: Fortuna Libri. 214 s. ISBN 978-80-7321-947-5.

HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, 2015. “*Být dobrou babičkou*”- normativní očekávání spojená s rolí babičky v současné české rodině. Sociologický časopis/ Czech Sociological Review, 51 (5), 737-760. doi: 10.13060/00380288.2015.51.5.2012

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, Martin KREIDL a Barbora HUBATKOVÁ, 2012. *Proměny partnerství: životní dráhy a partnerství v české společnosti*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 264 s. Studie, sv. 88. ISBN 978-80-7419-142-8

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁKOVÁ, Karolína, Anna ŠUJANOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Mezigenerační vztahy a programy pro jejich kultivaci – přínosy a rizika*. In: ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie, a kol. Gerontologie - současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 269-287. ISBN 978-80-246-2628-4.

HOROVÁ, Jana, Sylva BÁRTLOVÁ, Hana HAJDUCHOVÁ, Lenka MOTLOVÁ, Marie TREŠLOVÁ, Helena ZÁŠKODNÁ a Iva BRABCOVÁ, 2021. *Mezinárodní přehled podpory neformálního (rodinného) pečovatelsví. Czech* [online]. 21(2), 20-43 [cit. 2023-02-15]. ISSN 12136204.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUBÍKOVÁ, Olga, 2012. *Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče. Czech* [online]. 12(4), 113-125 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

HUBÍKOVÁ, Olga, 2017. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Czech* [online]. 17(6), 5-21 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

JANEČKOVÁ, Hana, Eva DRAGOMIRECKÁ a Blanka JIRKOVSKÁ, 2017. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. Czech* [online]. 17(6), 42-59 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

JEŘÁBEK, Hynek et al., 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. ISSN 1801-1519

JEŘÁBEK, Hynek et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vydání první. Praha : Sociologické nakladatelství (SLON). Studie ; 87. svazek. ISBN 978-80-7419-117-6.

KALVACH, Zdeněk, 2018. *SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb – terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS In: Stárnout doma, v obci, v místě: sborník konference Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE, Praha 28.11.2018*. [Praha]: Diakonie Českobratrské církve evangelické. ISBN 978-80-87953-34-1

KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-263.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 202 s. ISBN 9788024721699.

KNAUSOVÁ, Ivana. 2016. *Sonda do problematiky pracovní integrace pečujících osob s využitím případové studie. Czech* [online], 16(5), 40-51 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

KOSEK, Jan, 2004. *Člověk je (ne)tvor společenský: kapitoly ze sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Argo. ISBN 80-86569-85-3.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2018. *Koordinace pomoci jako významný faktor podpory domácí péče*. In *Stárnout doma, v obci, v místě : sborník konference Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE*. 1. vydání. Praha: Diakonie ČCE. s. 29-32. ISBN 978-80-87953-33-4.

KVAPILOVÁ BARTOŠOVÁ, Michaela, 2022. *Význam sourozenectví v pozdním věku: příklad krizových událostí*. In *Sociológia - Slovak Sociological Review*, vol. 54, no.1, pp. 5-25. 0049-1225. DOI: <https://doi.org/10.31577/sociologia.2022.54.1.1>

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha:Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany : učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 192 stran. ISBN 9788024738727.

MOŽNÝ, Ivo, 2002. *Sociologie rodiny*. Vyd. 2., upr. Praha: Sociologické nakladatelství. 250 s. *Základy sociologie*, sv. 8. ISBN 80-86429-05-9

NAVRÁTILOVÁ, Jitka, 2018. *Využití capability přístupu při posouzení dětského well-beingu*. *Czech* [online]. 18(6), 65-77 [cit. 2022-12-04]. ISSN 12136204.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. v Praze: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-1997-2.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

POUSTKOVÁ, Dana, 2018. SIPS v kontextu terénních/ambulantních služeb – terénní/ambulantní služby v kontextu SIPS *In: Stárnout doma, v obci, v místě: sborník konference Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE, Praha 28.11.2018*. [Praha]: Diakonie Českobratrské církve evangelické. ISBN 978-80-87953-34-1

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

PŘIDALOVÁ, Marie, 2006. *Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové)*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, roč. 7, č. 1, str. 1-5. ISSN 1213-0028.

PUTNAM, R.D., 2001. *The Prosperous Community: Social Capital and Public Life* [online]. Washington, D.C.: The American Prospect, Inc. Dostupné z: <https://prospect.org/infrastructure/prosperous-community-social-capital-public-life/>

RADIMSKÁ, Radka. 2003. „Individuum a rodina: teorie soukromého života podle Françoise de Singlyho.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 39 (5): 667-686. ISSN 0038-0288.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.

*Stárnout doma, v obci, v místě: sborník konference Institutu důstojného stárnutí Diakonie ČCE, Praha. 2016*. Vydání první. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. 53 stran. ISBN 978-80-87953-33-4.

SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie. ISBN 978-80-86429-62-5.



SÝKOROVÁ, Dana, 2008a. *Bezdětnost ve stáří K sociální integraci bezdětných seniorů / Childlessness in Old Age: The Social Integration of Childless Seniors. Sociologický Časopis / Czech Sociological Review* [online]. 44(1), 113 [cit. 2023-02-01]. ISSN 00380288.

SÝKOROVÁ, Dana, 2008b. *Prostor a věci v kontextu stáří / Space and Things in the Context of Ageing. Sociologický Časopis / Czech Sociological Review* [online]. 44(2), 401 [cit. 2023-02-02]. ISSN 00380288.

ŠLECHTOVÁ, Hana, 2019. *Proměna role sourozence z hlediska životní dráhy optikou současné francouzsko-jazyčné sociologie. Sociologia* [online]. 51(4), 367-392 [cit. 2023-02-03]. ISSN 00491225. Dostupné z: doi:10.31577/sociologia.2019.51.4.17

ŠLECHTOVÁ, Hana, 2021. *Sourozenectví a švagrovství ve vyšším věku jako vzájemně provázané a prostupující se sociální role. Czech Sociological Review* [online]. 57(2), 219-244 [cit. 2022-12-03]. ISSN 00380288. Dostupné z: doi:10.13060/csr.2021.011

ŠPAKOVÁ, Lenka, 2021. *Sendvičová generace: starají se o děti, o staré rodiče, chodí do práce a mají toho zkrátka dost. In Sociální služby 8-9/2021*

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení podané ruce. ISBN 80-85834-60-X.*

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.*

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.*

TOMEŠ, Igor a Kateřina ŠÁMALOVÁ, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stárnutí. ISBN 9788024636122.*

UHLÍŘOVÁ, Barbora, 2013. *Pečující osoby a jejich role v transformaci sociálních služeb. Czech* [online]. 13(1), 29-33 [cit. 2023-01-02]. ISSN 12136204.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.*

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.*

VÁŇOVÁ, Věra, 2015. *Kde lidé umírají a kde umírat chtějí? Czech* [online]. 14(3), 155-157 [cit. 2023-01-01]. ISSN 12136204.

VÁVROVÁ, Soňa a Jitka VACULÍKOVÁ, 2017. *Preferenze české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku. Czech* [online]. 17(6), 80-94 [cit. 2023-02-01]. ISSN 12136204.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie, Lucie GALČANOVÁ a MARCELA PETROVÁ KAFKOVÁ, 2015. *Význam a obsah prarodičovské role u mladých českých seniorů a seniorek. Sociologický Časopis / Czech Sociological Review* [online]. 51(5), 761 [cit. 2023-02-04]. ISSN 00380288.

VOTOUPAL, Miloš a Vojtěch KRYSTEK, 2019. *Pohled rodičů seniorského věku neformálně pečujících o dospělé s mentálním handicapem na vlastní životní situaci. Czech* [online]. 19(5), 104-120 [cit. 2023-02-01]. ISSN 1213620.

ZAVÁZALOVÁ, Helena, a kol., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

## ***SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK***

Obrázek č. 1 Mapa podpory.....	47
Tabulka č. 1 Senioři.....	53
Tabulka č. 2 Pečující.....	54
Tabulka č. 3 Sociální pracovníci.....	55

## **Anotace**

Diplomová práce se v širším úhlu pohledu věnuje domácí péči o seniora, jako jedné z možností poskytování péče. V konceptuální části jsou představeny specifika stárnutí, potřeby tohoto období, důležitost vztahů a mezigenerační solidarity v rámci rodiny, sousedských vztahů a vztahů v rámci komunity. Poukázáno je na možné způsoby domácí péče a její úskalí. Představena je možnost pomoci v rámci sociálních služeb a popsány nejčastější služby, které senioři mohou využívat.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké mohou být okolnosti přechodu seniora z domácí péče do domova pro seniory. Pohledem seniora, pečující osoby i sociálního pracovníka využívané sociální služby terénního nebo ambulantního typu.

Pro zjištění požadovaných skutečností byl zvolen kvalitativní výzkum a formou rozhovorů byly citlivě rozebrány otázky péče s možností přechodu do institucionální služby.

Výsledky výzkumu jsou představeny v závěrečném shrnutí a prezentovány v závěru práce, kde jsou také uvedené možné přínosy práce.

## **Abstract**

Diploma thesis focuses on home care for the elderly as one of the options of care provision. The conceptual part presents the specifics of ageing, the needs of this period, the importance of relationships and intergenerational solidarity within the family, neighbourhood and community relations. The possible ways of home care and its pitfalls are highlighted. The possibility of assistance from social services is presented and the most common services available to seniors are described.

The aim of the research was to find out what the circumstances of a senior's transition from home care to a nursing home may be. From the perspective of the senior, the caregiver and the social worker, the social services used were of the outreach or outpatient type.

Qualitative research was chosen to establish the desired facts and the issues of care with the possibility of transition to institutional services were sensitively discussed through interviews.

The results of the research are presented in the final summary and presented in the conclusion of the thesis, where the possible contributions of the work are also presented.