



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Propojení rodinné péče a osobní asistence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Mgr. Jana Brabcová

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Propojení rodinné péče a osobní asistence**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 6. 2020

.....

Jana Brabcová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za odborné vedení a podnětné rady a připomínky, které mi v průběhu zpracování práce poskytla. Mé poděkování patří také respondentům fokusních skupin za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

Propojení rodinné péče a osobní asistence

Abstrakt

V současné době je v souvislosti s demografickými proměnami společnosti velmi aktuálním tématem stárí, se kterým úzce souvisí problematika péče o staré lidi. Na změny celospolečenského klimatu zapříčiněné demografickým stárnutím populace reaguje i tato práce.

Bakalářská práce se zabývá propojením rodinné péče se sociální péčí dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, které zkoumá v prostředí konkrétní terénní sociální služby osobní asistence. Cílem této práce je zjistit, jaké možnosti a limity existují při poskytování péče o klienta osobní asistence, o kterého zároveň pečuje člen nebo členové rodiny. Práce akcentuje několik základních tematických okruhů. Pozornost je zde kladena především na význam rodinné péče a služeb osobní asistence, mezigenerační vztahy, roli seniora a rodiny při poskytování péče.

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena strategie kvalitativního výzkumu za použití metod zúčastněného pozorování a fokusních skupin. Ze získaných dat byly vytvořeny čtyři oblasti zkoumaného jevu, z nichž byly analyzovány výsledky výzkumu. Výzkumný soubor tvoří dvanáct osobních asistentů dané organizace, kteří byli vybráni metodou totálního výběru.

Na základě analýzy získaných dat došlo k vyhodnocení, v jakých situacích při kombinované formě péče nejčastěji dochází ke střetům a různým úskalím. Jedná se především o špatnou komunikaci mezi klientem, osobním asistentem a rodinou, střety zájmů, rodinné neshody, dominanci, potřebu odlehčení rodině a získávání informací o péči. Souhrnně lze na základě výsledků teoretické i praktické části konstatovat, že podstata kombinované péče o klienta může být maximálně naplněna pouze za předpokladu efektivní komunikace a spolupráce všech zúčastněných stran – osobního asistenta, klienta a rodiny.

Klíčová slova

osobní asistence; rodinná péče; sociální péče; kombinovaná péče; sociální služby; stárí; mezigenerační vztahy

Linking Family Care and Personal Assistance

Abstract

Currently, old age and associated issues of care for the elderly are very topical problem in terms of the demographic changes in society. This BA thesis responds to the changes in the society-wide climate caused by population ageing.

This BA thesis focuses on linking of family care and social care in accordance with the Social Services Act No. 108/2006 Coll. These are examined in the context of a particular field social service providing personal assistance. The aim of this thesis is to establish what options and limits exist in terms of care for the personal assistance client who is concurrently attended to by a family member or members.

The thesis emphasizes several fundamental topics. It focuses predominantly on the importance of family care and personal assistance services, relations between generations, and the role of the elderly and their family in providing care.

For the empirical part of the BA thesis a strategy of qualitative research was chosen, using methods of participant observation and focus groups. Obtained data were divided into four areas on the basis of the examined phenomenon, and these were analysed into research results. The focus group consists of twelve personal assistants of the organisation who were selected by exhaustive selection method.

The subsequent analysis of obtained data assessed what situations of the combined form of care most often lead to conflicts and difficulties. These include mainly miscommunication among the client, personal assistant and family, conflicts of interests, family disputes, domination, necessity to reduce the load on the family, and obtaining information on care.

In conclusion, the results of both theoretical and practical part demonstrated that the essence of the combined care can be fully accomplished only under the condition of effective communication and cooperation of all parties involved – personal assistant, client, and family.

Keywords

personal assistance; family care; social care; combined care; social services; old age; relations between generations

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.1.1 Vymezení stáří.....	10
1.1.2 Demografický vývoj české společnosti – stárnutí populace.....	12
1.1.3 Negativní pojetí stáří	14
1.2 Rodinná péče.....	15
1.2.1 Stáří v rodině	15
1.2.2 Potřeby seniora v rodině	17
1.2.3 Rodinná péče	19
1.2.4 Mezigenerační vztahy a solidarita	20
1.3 Sociální péče	22
1.3.1 Základní formy péče.....	22
1.3.2 Princip poskytování sociálních služeb.....	24
1.3.3 Kombinovaná péče	26
1.4 Osobní asistence	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky	31
3 Metodika	32
3.1 Metody a techniky sběru dat	32
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	33

3.3	Způsob analýzy dat	34
3.4	Etika výzkumu	34
4	Výsledky	36
4.1	Střety při poskytování dvojí péče	36
4.2	Způsoby komunikace osobního asistenta, rodiny a klienta	39
4.3	Co je třeba překonat při kombinované formě péče	43
4.4	Pozitivní aspekty při propojení rodinné péče a osobní asistence.....	45
5	Diskuze.....	49
6	Závěr.....	52
7	Seznam použitých zdrojů.....	55

Úvod

Osobní asistence je typem sociální služby, která nemá v České republice dlouhodobou tradici. Počátky jejího vzniku u nás můžeme hledat teprve v období po přelomovém roce 1989, kdy se konstituovala jako nový typ služby inspirovaný především trendy v západní Evropě. V této poměrně krátké době došlo v oblasti služby osobní asistence ke značným změnám a hledání ideální formy jejího poskytování. Osobní asistence stále hledá nové možnosti a cesty, jak tuto službu co nejvíce přizpůsobit potřebám uživatelů, a reaguje tak na současné společenské podmínky, které se v důsledku demografických změn neustále mění.

Jednou z nejvýznamnějších společenských změn a zároveň citelným společenským problémem se v současnosti stává fenomén stárnutí populace a nárůst počtu osob, které jsou závislé na pomoci ostatních. Se změnou společenského klimatu se mění i potřeby klientů využívajících služby osobní asistence. Ačkoliv může být služba osobní asistence poskytována každé osobě, která spadá do jejího zákonného vymezení, tato práce je zaměřena především na seniory a jejich specifické potřeby, neboť právě oni v současné době vytváří větší část klientů služby osobní asistence. V souvislosti s výše zmíněnými demografickými proměnami společnosti se tak v budoucnu dá očekávat i větší nárůst zájmu o poskytování služby osobní asistence právě u seniorů.

Staří je v současné době velmi aktuálním tématem, se kterým úzce souvisí otázka péče o staré lidi. V české společnosti převládá představa modelu péče o seniora především v rámci rodiny, která v této péči sehrává nezanedbatelnou roli. Čím dál tím více se ale prosazuje trend tzv. kombinované péče (spojení rodinné péče a sociální), kdy o seniora pečuje jak poskytovatel sociálních služeb, tak i rodina.

Péče o seniora v prostředí rodiny může být náročná pro obě dvě strany, neboť obě dvě se musí přizpůsobovat programu a potřebám toho druhého. Pro pečovatele znamená péče zátěž, která může způsobovat stres a vyvolávat v člověku mnoho negativních pocitů a reakcí. Může se také negativně odrážet ve vztazích s ostatními členy rodiny. Rodinná a sociální péče by v kombinaci měly dosáhnout rovnováhy a měly by se vzájemně doplňovat tak, aby maximálně vyhovovaly potřebám klientů, ale i obou pečujících stran.

Bakalářská práce se zaměřuje na propojení rodinné péče se sociální péčí, které je zkoumáno v prostřední konkrétní sociální službě, osobní asistenci. Cílem je zjistit, jaké

existují možnosti, ale i limity při péči o klienta osobní asistence, který je zároveň v péči svých rodinných příslušníků, tedy uplatňuje se u něj model péče kombinované.

Práce je rozdělena do dvou základních částí. V první, teoretické části je vymezen pojem stáří a stárnutí a jeho vnímání společností, v němž hrají roli i mezigenerační vztahy a měnící se demografická situace ve společnosti. Dále se práce zaměřuje na otázku role rodiny a role služby osobní asistence v péči o seniora v souvislosti s jeho osobními potřebami, a také na klady a zápory obou forem poskytované péče.

Druhá, praktická část práce se opírá o kvalitativní výzkum, ve kterém je podrobně představen cíl práce a výzkumné otázky, popsána metodologie, charakteristika výzkumného souboru, realizace výzkumu a jeho výsledky. Data byla získána metodou fokusních skupin a zúčastněného pozorování. Cílem výzkumného šetření je širší analýza získaných názorů, výpovědí respondentů fokusních skupin, doplněná o postřehy a informace ze zúčastněného pozorování. Ve výzkumu je kladen důraz především na významné aspekty při poskytování dvojí péče o klienta, které se projevují při praktické komunikaci osobního asistenta, klienta a rodiny.

1 Současný stav problematiky

1.1 Stáří a stárnutí

Žádná jiná etapa lidského života neprošla v průběhu vývoje lidské civilizace tak výraznou změnou vnímání společností jako stáří. Snad je to tím, že jeho definice by v každém období lidských dějin byla odlišná a jistě by si často odporovaly. V 18. století byl starým člověkem čtyřicátník, dnes je jako spodní hranice stáří vnímán věk 65 let (Příbyl, 2015). Ani současné moderní definice stáří a stárnutí nám nemusí dostačovat, neboť žádná z nich není podle odborníků absolutně platná a definitivní, nehledě na to, že jich existuje několik desítek.

Každá doba a každý obor, který se tímto tématem zabývá, má v otázce definování stáří sadu odlišných hodnotících kritérií. Na stáří se dá nahlížet z mnoha úhlů, existuje zde například hledisko historické, kulturní, sociální, geografické aj. Jedná se o téma mezioborové a víceoborové. Přesto v současné době existuje několik styčných bodů, na kterých se odborníci shodnou: *stáří (senium) je konečnou etapou života (vývojovým obdobím), zatímco stárnutí (senescence) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout* (Příbyl, 2015, s. 9). Pojmy stáří a stárnutí jsou tedy komplementárně propojeny, stárnutí je vnímáno jako biologický a fyziologický proces, soubor změn ve struktuře a fungování organismu, jehož výsledkem je stáří se všemi svými charakteristickými projevy, jako jsou vzhled člověka, funkčnost jeho organismu, jeho sociální role aj.

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) definují stáří jako obecné označení pozdní fáze ontogeneze, která završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. Zároveň zdůrazňují potřebu vnímat stáří dvojace – jako biologickou nevyhnutelnost a zároveň jako sociální konstrukt.

1.1.1 Vymezení stáří

Stáří má mnoho podob a podílí se na něm mnoho faktorů – genetika, psychika, zdraví a nemoci, životní styl, životní prostředí aj. S postupujícím věkem se u člověka projevují změny tělesné, psychické a sociální. Všechny tyto vzájemně propojené procesy dohromady utvářejí výslednou podobu jedince a jeho postoj ke světu.

Světová zdravotnická organizace (Active Ageing..., 2002) používá pro vymezení stáří nejnižší hranici 60–74 let, kterou označuje jako rané stáří, následuje starý věk 75–89 let. Věk nad 90 let označuje jako dlouhověkost, přičemž maximální přirozená délka života se pravděpodobně pohybuje kolem 110 let (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Jednotná periodizace ovšem neexistuje. Změnám podléhá hlavně dolní hranice, například Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) používá ve svých zkoumáních jako spodní věkovou hranici stáří věk 65 let (Strategie přípravy..., 2018).

Za základní projevy počátku procesu stárnutí jsou považovány aspekty fyziologické/biologické, psychické a sociální.

Dle Čeledové, Kalvacha a Čevely (2016) fyziologické stárnutí provází typické projevy, které souvisí s postupujícím věkem a s tím spojenými změnami ve fyzickém vzhledu člověka a jeho fyziologickém fungování. Na fyziologickém stárnutí se podílí různě ovlivnitelné faktory jako např. genetické dispozice jedince, projevy a důsledky chorob/úrazů, životní styl (aktivita/pasivita), stravování, psychické faktory jako sebepojetí, sebezprezentace, adaptace na stáří, vlivy sociálního prostředí aj. (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Biologickými aspekty stáří se myslí především nevyhnutelnost biologické involuce (Příbyl, 2015). Člověk se díky těmto změnám rychleji unaví a pomaleji regeneruje, pomaleji reaguje na vnější podněty, zpomaluje se tempo výkonu rozličných činností (Příbyl, 2015). Psychické aspekty stáří jsou v důsledku silně ovlivňovány celkovým přístupem jedince k životu a jeho pozitivním či negativním vnímáním světa a svého života, jeho aktivitou či pasivitou. Na psychickém stavu se podílí nejen minulost a život, který za sebou jedinec nechává, ale i jeho přítomnost a současný pohled na změny, ke kterým v důsledku procesu stárnutí dochází.

Ve stáří dochází k jisté změně osobnosti, která je nezbytně podmíněna změnami biologickými. Do popředí mají tendenci dostávat se spíše negativní rysy osobnosti, které pak mohou vytvářet společensky negativní vnímání seniorů jako „věčně nespokojených, mrzutých, na minulost upnutých a neprogresivních lidí“, což často vede k negativním názorům společnosti a sociálnímu vylučování seniorů (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Jako nejvíce ovlivnitelné se jeví aspekty sociální. *Vlastní sociální stáří je spojováno se změnou životního stylu, s proměnou potřeb i sociálních rolí, která je dána zejména odchodem do starobního důchodu. (...) Počátek penzionování s sebou může přinášet i problémy.* (Příbyl, 2015, s. 12)

Se změnou společenské role, která dlouhou dobu jedince definovala, přichází hned vzápětí další a další změny a je jen na něm, jak je dokáže zpracovat a jak se k nim postaví. Je potřeba zaujmout novou roli, která už ovšem nemusí být tak prestižní. Senior je dále nucen přeorganizovat si čas a činnosti, přehodnotit svou ekonomickou situaci. Významným činitelem přijetí těchto změn je jistě i otázka toho, jaké má jedinec sociální zázemí, zda má partnera, rodinu a přátele, se kterými se pravidelně stýká (Příbyl, 2015).

Změny, které s sebou nese přicházející vyšší věk, jsou tedy různého charakteru. Ty fyziologické a biologické jsou absolutně nevyhnutelné a jdou ovlivnit jen částečně. S psychologickými a sociálními aspekty a změnami jedince jde částečně pracovat a ovlivňovat je díky sociálním vazbám, postojům a názorům společnosti. V neposlední řadě má také vliv sebepojetí jedince a způsob přijetí skutečnosti, že člověk stárne.

1.1.2 Demografický vývoj české společnosti – stárnutí populace

Demografické stárnutí populace a proměny věkového nerovnoměrného složení obyvatelstva jsou v současné době běžným jevem všech vyspělých zemí. Zapříčiňuje je mnoho faktorů, např. pokles úrovně porodnosti (natalita) a plodnosti (fertilita), emigrace a imigrace, fenomén singles, prodlužování naděje na dožití a menší přirozená i nepřirozená úmrtnost (mortalita) obyvatelstva, lepší úroveň zdravotní péče aj. Na druhé straně je toto všechno výsledkem dlouhodobých snah lidstva o zvyšování kvality života, životní úrovně a lidského zdraví, ke kterému civilizace vždy cíleně směřovala (Šídlo, Křesťanová, 2018).

Data ČSÚ z roku 2018 uvádí, že počet obyvatel České republiky (dále také ČR) je aktuálně nejvyšší od konce druhé světové války, přibližně 10 650 000 (Vybrané demografické údaje, 2019). Příčinou tohoto nárůstu je především migrace ze zahraničí. Dle věku přibývá obyvatelstvo zejména ve věkové skupině 65+. Během roku 2018 vzrostl počet seniorů o 46,4 tisíce na 2,09 milionu (Cieslar, 2019).

ČSÚ publikoval v roce 2013 projekci obyvatelstva České republiky do roku 2100. Projekce má tři varianty; nízkou, střední a vysokou. Tato práce vychází z dat střední varianty, která zaznamenává nejpravděpodobnější směr vývoje populačního růstu. Neumí však predikovat náhlé působení vnějších vlivů, které mohou mít vliv na populační vývoj (Štyglarová, Němečková, Šimek, 2014).

Pohled na výsledky této statistiky pro budoucích pár desetiletí naznačuje to, co i dříve publikované studie na toto téma: v ČR poroste počet seniorů, tedy lidí, kteří dosáhnou věku nad 65 let, zatímco počet obyvatel ČR bude dlouhodobě klesat (podle projekce ČSÚ už někdy po roce 2040), což povede k poklesu podílu obyvatelstva v produktivním věku, čímž se bude logicky snižovat i počet možných pečovatelů (Průša, 2015). Index stáří, tedy poměr počtu seniorů a dětí do 15 let, výhledově poroste a bude se průměrně pohybovat kolem čísla 2,5, tedy na 100 dětí 250 seniorů (Štyglarová, Němečková, Šimek, 2014). Do roku 2030 se odhaduje nárůst počtu obyvatel ve věku 65+ na 2,4 milionu, do roku 2050 na 3 miliony, přičemž trojnásobně vrostе počet obyvatel ve věkové skupině 85+ na 0,6 milionu, což je 6% populace (Strategie přípravy..., 2018). Trend nárůstu počtu seniorů, především lidí ve věku 80 a více let, není problémem ryze českým, ale celosvětovým. Často se diskutuje, že by se otázka péče o lidi v pokročilém věku a podpory rodin, které o ně pečují, měla stát politickou otázkou (Gedye, 2019; Projekce obyvatelstva..., 2013).

Zároveň s tímto nárůstem se proměňují charakter a částečně i potřeby skupiny obyvatelstva v seniorském věku. Stárnutí populace je komplexní proces, který se dotýká mnoha stránek praktického života, má vliv na postavení seniorů ve společnosti, na mezigenerační vztahy a vztahy uvnitř rodiny, ale i na individuální život stárnoucích osob (Svobodová, 2010). Svobodová (2010) dále uvádí, že tato skupina seniorů bude vzdělanější než ta předchozí a bude mít vyšší nároky na životní úroveň, úroveň rodinné péče a rozsah služeb, včetně těch sociálních a zdravotních.

Není snadné charakterizovat skupinu seniorů, kterých žije na území ČR podle ČSÚ přes dva miliony. Je to číslo, které se blíží 20% celkové populace ČR, tedy každý pátý Čech spadá do této kategorie. Takto vysoké procento může být dáno i tím, že věkové vymezení skupiny seniorů je poměrně široké. Někteří autoři, např. Hrozenková a Dvořáčková (2013), vymezují jako počáteční období stáří už 60 let. Ve statistikách jsou používány především dvě skupiny seniorského věku. Tou první je populace ve věku 65+, která tvoří většinu celkové seniorské populace, ve střední variantě výhledu k roku 2020 je uváděn počet 2 156 103 seniorů (Projekce obyvatelstva..., 2013). Druhou, menší skupinu tvoří obyvatelé ve věku 80+, které ČSÚ vyčíslil k roku 2020 na 455 637 (Průša, 2015).

Většina autorů se shoduje na několika charakteristických znacích seniorské populace: heterogenita, ohroženost a převaha žen. Heterogenita spočívá ve skutečnosti, že seniori

se mezi sebou navzájem liší v mnoha oblastech, které ovlivňuje i široké věkové rozpětí této skupiny. Mají odlišný zdravotní, fyzický a psychický stav, odlišné rodinné zázemí, ekonomické podmínky, bytovou situaci, vzdělání, životní a pracovní zkušenosti, aktivity a náplň volného času aj. (Urban et al., 2018). Přesto jsou skupinou ohroženou, neboť se stoupajícím věkem a úbytkem funkčnosti a soběstačnosti přestávají být čím dál tím více samostatní a vyžadují více péče od svého okolí. Z mnoha statistických výzkumů, aktuálních i staršího data, vyplývá, že většinu osob nad 60 let, přibližně 60%, tvoří ženy, které jsou také často vdovami (Urban et al., 2018).

Ačkoliv následující informace není cílem zkoumání této práce, je nutné poznamenat, že stárnutí populace s sebou nese mnoho závažných společenských dopadů jako např. výše zmiňované změny ve struktuře a věkovém rozložení obyvatelstva. Tyto dopady se dotknou nejen oblasti poskytování a zajišťování sociálních služeb a jejich financování, ale např. i školství, bytové situace, dopravy, infrastruktury aj. Pravděpodobně se dá očekávat i změna celospolečenského klima, neboť zájmy společnosti se budou muset přizpůsobovat potřebám rostoucí starší generace (Urban et al., 2018). Je otázkou pro odborníky, zda jsme na tyto změny dostatečně připraveni.

1.1.3 Negativní pojetí stáří

Stárnout a vyrovnat se stářím a všemi změnami, které s sebou přináší, představuje pro jedince náročný proces, který často neusnadňuje ani společnost. Stáří se v minulosti těšilo jisté úctě, ovšem v praktických důsledcích vždy představovalo zátěž. Tento rozpor ve vnímání stáří ještě prohloubily události posledních dvou století, která zavedla trend preference mladého, krásného, zdravého a úspěšného člověka, který se v moderní technicky vyspělé době nemusí obracet o pomoc ke starším a zkušenějším.

Úcta ke stáří se postupem času vytratila, a s ní se do slovníku sociologů dostalo slovíčko ageismus, které poprvé použil americký psychiatr a první ředitel Národního ústavu pro stárnutí Robert Butler v roce 1968 v souvislosti se segregační bytovou politikou (Příbyl, 2015). Podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) můžeme ageismus chápat jako věkovou diskriminaci starších lidí, může být vnímán i jako averze vůči starším lidem. S tím, jak společnost vůči seniorům vystupuje často ageisticky, můžou i sami senioři vystupovat ageisticky, neboť se identifikují s výroky, které slyší od mladších generací.

Často jsou prezentovány názory, že střední generace na sobě nese ekonomickou tíhu starosti o obě dvě zbývající generace, děti i seniory. Jejich ne zcela neopodstatněné stížnosti by měly být řešeny na úrovni sociální politiky a hospodaření jednotlivých států. Seniorská generace je přirozenou součástí společnosti. Ageistickým tendencím lze podle Příbyla (2015) předejít tehdy, kdy si uvědomíme svou vlastní rodinnou situaci. Tak jak se dnes my chováme ke svým rodičům, tak se budou chovat i naše děti k nám. Ageistické předsudky v rodinách jen podporují uměle vytvářené mediální stereotypy.

V posledních desetiletích můžeme jako pozitivní vnímat stále častější snahy různých neziskových organizací, městských zastupitelstev, sportovních organizací, ale i vládou podporovaných projektů, které se snaží tyto negativní jevy zvrátit. Různými akcemi a projekty se snaží propojovat generace napříč věkem, podporovat aktivní život seniorů a tím vystupovat proti stereotypizaci seniorů a ageistickým projevům.

1.2 Rodinná péče

Staří lidé jsou součástí společnosti, součástí našich rodin a životů. Institucionální péče nemůže nikdy v plném rozsahu zajistit a nahradit péči rodinnou. Starý člověk má jisté specifické nároky, často se, např. kvůli zdravotním problémům, ocitne v situaci, kdy potřebuje pravidelnou péči a pomoc. Péče o seniora v prostředí rodiny může být náročná pro obě dvě strany, neboť obě dvě se musí přizpůsobovat a podřizovat programu a potřebám toho druhého (Altomonte, 2016). V ideálním případě je rodina schopna se o seniora postarat sama, maximálně s menší dopomocí zvenčí. Tato kapitola stručně vymezí vnímání stáří v rodině, potřeby seniora, podoby rodinné péče a nastíní problematiku mezigeneračních vztahů a potřeby solidarity.

1.2.1 Stáří v rodině

V souvislosti se statistickými výzkumy, které predikují stále rostoucí generaci lidí ve věku 65+, se dá očekávat i zvýšená potřeba péče o tyto lidi. Pro většinu populace v produktivním věku to bude znamenat povinnost postarat se o své stárnoucí rodiče. Širší rodina je tvořena minimálně třemi generacemi, rodiči, jejich dětmi a rodiči rodičů. Rodinná péče se ale nemusí omezovat jen na vlastní rodiče, může zahrnovat i péči o jiné zestárlé příbuzné, invalidní příbuzné, ale např. i o jiné postižené členy rodiny (Jeřábek et al., 2013).

Přes veškerou zátěž ekonomickou, psychickou, časovou a fyzickou je princip péče v rodině založen na dobrovolnosti plynoucí z jistých vztahových pout, jejímž cílem by vždy měl být blahobyt opečovávané osoby, tedy je založen na solidaritě.

Vztahy uvnitř rodiny jsou dynamické, podléhají změnám. I v harmonicky fungující rodině může příchod stáří se všemi jeho problémy přinést změny ve vzájemných vztazích, zvláště tehdy, je-li stáří stereotypně vnímáno pouze jako přítěž. Tyto změny mohou pociťovat jak členové rodiny, tak samotný starý člověk. Přejít člověka do etapy stáří, ve které ztrácí soběstačnost a vyžaduje zvýšenou péči od příslušníků rodiny, vyžaduje od obou stran toleranci, mnoho lásky, trpělivost a vzájemný respekt (Kubešová, 2006).

Odborná evropská i světová literatura se shoduje na faktu, že rodinnou péčí o starého člověka v první řadě nejčastěji zajišťuje partner nebo děti a jejich partneři. Z genderového hlediska osobní péči nejčastěji zajišťují ženy (Jeřábek et al., 2013). Typickými příklady modelů péče v rodině je manželka, která sama pečuje o svého nemohoucího manžela, a děti, které se starají o své staré rodiče. Péče o seniory je více genderově diferenciována než péče o partnera či partnerku, podle výzkumů na sebe častěji tuto zodpovědnost berou buď dcery oněch rodičů, nebo manželky synů, tedy snachy (Jeřábek et al., 2013). Ženy se starají osobně, kdežto muži častěji vykonávají péči spojenou se zajištěním dopravy, oprav v domácnosti, organizace apod. (Dudová, Vohlídalová, 2018).

S převahou role žen jako pečovatelek se v posledních dvaceti letech prosazuje termín „sendvičová generace“. Tento termín popisuje střední produktivní generaci žen, která pečuje o své děti, jež ještě nejsou soběstačné, a zároveň o své nebo manželovy rodiče. Péči o obě dvě krajní generace věnují tyto ženy většinu svého času, fyzických i materiálních zdrojů. Tento fenomén ovlivňují především následující faktory: prodlužování naděje dožití, pozdější zakládání rodiny a obecně nízká porodnost ve vyspělých zemích, která zapříčiňuje méně pečovatelů samotných (Pierret, 2006).

Je také otázkou, jakou motivaci mají pečovatelé. Rozhodnutí pečovat o blízkou osobu plyne z pocitu zodpovědnosti, osobní povinnosti dané rodinnými pouty. U žen jsou tyto závazky navíc podmíněny jistou tradičně danou rolí pečovatelek a přesvědčením, že jiné (dobré) řešení této situace není (Dudová, Vohlídalová, 2018).

Jestli potřeby starých lidí zajišťuje rodina nebo instituce je také ve velké míře otázkou tradice a kultury. Způsob života rodin a seniorů je také ovlivněn civilizační vyspělostí dané země a tím, zda si rodina může dovolit finanční zajištění péče zvenčí a zda sociální politika

státu zajišťuje a nabízí možnosti institucionální péče. Typ kombinované péče rodinné a institucionální je běžný v Evropě (Jeřábek et al., 2013).

1.2.2 Potřeby seniora v rodině

Samotný pojem „potřeba“ má v psychologii několik desítek definic. Cílem této práce ale není jejich komparace. Potřebu zde budeme vnímat jako vnitřní hnutí mysli pramenící z pocitu přebytku nebo nedostatku, které motivuje člověka, aby potřebu uspokojil. Naplnění potřeb na úrovni biologické, fyziologické, psychologické, sociální či duchovní vede k vnitřní rovnováze osobnosti. Potřeby má každý člověk, ovšem v různých stádiích jeho života se některé z nich mohou proměňovat.

Příbyl (2015) konstatuje, že potřeby seniorů nejsou nijak výrazně odlišné od potřeb zbytku populace. Proměnit se může jejich subjektivní význam, stanovení priorit nebo způsob jejich uspokojování. Potřeby seniora žijícího v rodinném prostředí (vlastní domácnost, domácnost příbuzných) se také nebudou nijak výrazně lišit od potřeb seniora v institucionální péči. Pravděpodobně by se daly shrnout pod sousloví „kvalitní a důstojný život“. Kvalitu života ovlivňuje míra uspokojení individuálních potřeb v kombinaci s mnoha faktory. Starší člověk potřebuje např. kvalitní sociální kontakty (s rodinou, sousedy, přáteli), dostupnost zdravotní péče, kvalitní a cenově dostupné bydlení, pocit bezpečí, potřebuje být informován o dění kolem sebe, mít dostupnou dopravu aj. (Příbyl, 2015, s. 49.)

Dlouhodobou prioritou seniorů je prožít toto období ve zdraví a s tím související místní a časová dostupnost zdravotních služeb. Preferují zůstat co nejdéle ve vlastní domácnosti s podporou rodiny, případně terénních sociálních služeb. Obávají se růstu cen a nákladů na bydlení (Strategie přípravy..., 2018). S obavami o růstu cen je provázána potřeba ekonomické nezávislosti seniorů. Přejí si být finančně soběstační, neradí si říkají o finanční pomoc svému okolí.

Role fungující rodiny je pro seniora a péči o něj naprosto nezastupitelná. Rodina představuje záchrannou síť lidí, kteří se v případě potřeby o své členy postarají. Přináší pocit bezpečí, jistoty, přijetí, které mohou být v seniorském věku naléhavější než u mladých lidí, kteří se mohou spolehnout sami na sebe. Starý člověk potřebuje být zapojen do společnosti a participovat na společenských procesech, být informován o dění

kolem sebe a neustále být utvrzován v tom, že není na obtíž, že je součástí rodiny a má v ní nezastupitelné místo a roli (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Hlavním cílem péče o seniory by měla být snaha jejich okolí zachovat jim co možná největší míru autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti v jejich přirozeném prostředí. Podle Příbyla (2015, s. 14) *se odhaduje, že asi 80% osob starších 65 let je soběstačných a potřebu jen občasnou dopomoc rodiny (okolí), 13% potřebuje pomoc s chodem domácnosti, 5% vyžaduje domácí péči ve větším rozsahu a asi pouhých 3% z nich je nutná péče ústavní.*

Často opomíjenou či přehlíženou složkou potřeb seniora je seberealizace. Přejchod ze zaměstnání do důchodu znamená pro člověka i nutnost reorganizace času a aktivit. Stále více se v této problematice prosazuje tzv. koncept aktivního stárnutí. Pod tímto velmi širokým pojmem se skrývají snahy o vytvoření společenských podmínek, ve kterých se bude klást důraz na zdravý životní styl a aktivitu spojenou s volným časem seniorů a jejich participaci na společenském dění v rámci komunit i rodiny, a to nejen seniorů, ale všech vzájemně sociálně propojených generací. Nejedná se tedy pouze o zapojení seniorů na trhu práce, jak se tento pojem snaží někdy interpretovat národní politiky evropských států (Hasmanová Marhánková, 2013).

Aktivní stárnutí zakotvila ve svém prohlášení Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD¹), kde se mluví o tom jak stárnout, jak vést společensky a ekonomicky produktivní život a senioři jsou zde vnímáni jako schopní činit plnohodnotná rozhodnutí o tom, jak trávit svůj volný čas (*Maintaining Prosperity...*, 1998).

¹ V originále Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, je mezinárodní vládní organizace se sídlem v Paříži, vznikla v roce 1961. Jejím hlavním cílem je podpora dlouhodobého ekonomického rozvoje členských i nečlenských států a jejich vzájemná ekonomická spolupráce.

1.2.3 Rodinná péče

Rodinná péče o staré lidi v sobě zahrnuje všechny složky péče, kterou starý člověk potřebuje: sociální, částečně zdravotní (s výjimkou akutní péče), fyzickou (pečovatelskou), i emocionální (citovou, podpůrnou). Péče o staré lidi v rodině může nabývat nejrůznějších podob v závislosti na tom, jak soběstačný jedinec je a kde žije (Jeřábek et al, 2013).

Ve společných domácnostech dnes žijí převážně dvě generace, rodiče a jejich děti. Třígenerační bydlení není tak časté, jako tomu bylo v minulosti, přestože v posledních letech tento model bydlení mírně roste (Glosová, 2006). Nemusí se také vždy jednat o formální rodinnou péči zajišťovanou pouze rodinnými příslušníky, může jít o péči kombinovanou, zajišťovanou v podmínkách domácího prostředí profesionálními placenými pečovatelskými službami, ale i dobrovolnickými službami.

Z mnoha výzkumů vyplývá, že domácí/rodinná péče představuje model, který všestrannou péči o seniora zajistí lépe než institucionální péče. Také je levnější a pravděpodobně má i lepší vliv na psychickou stránku seniorů (Kok, Berden, Sadiraj, 2015). V případě, že senior žije ve společné domácnosti se svými pečovateli, musí takovému soužití být uzpůsobený obytný prostor seniora, aby zajistil soukromí a zároveň umožnil sociální kontakt. V případě tělesného omezení je zásadní, aby byl prostor a přístupy do něj bezbariérové (Glosová, 2006).

Jeřábek et al. (2013) uvádí několik klasifikačních schémat rodinné péče. V první řadě rozlišuje péči zdravotní, sociální a emocionální. Následně hodnotí potřebu péče o seniora na základě její samotné naléhavosti, s níž starý člověk péči potřebuje. V neposlední řadě vstupuje do problematiky i otázka posouzení nároků, které intenzita této potřeby klade na pečující osoby. Z tohoto pohledu je poté potřeba rozlišit mezi péčí podpůrnou, neosobní a osobní. Rodinná péče o seniora je přerušena v momentě, kdy je nesoběstačný senior přijat do institucionálního zařízení, které od rodiny převezme pečovatelské povinnosti. Může se tak stát přerušovaně nebo definitivně.

O zdravotní péči se dělí rodina (základní potřeby) s institucemi zdravotního a sociálního systému (profesionální zdravotní pomoc). Z institucionální zdravotní péče se většina starých lidí navrací do té domácí. Systém sociální péče doplňuje péči rodinnou, nebo ji v některých případech fakticky nahrazuje (domy s pečovatelskou službou, domovy

pro seniory, osobní asistence). Emocionální péče, která je pro významnou složkou péče o starého člověka, je imanentní součástí rodinné péče.

V otázce intenzity a naléhavosti potřeb rozlišuje Jeřábek et al. (2013) tři stupně péče. (1) Podpůrná péče, která obnáší finanční podporu, zajištění oprav domácnosti, dopravu k lékaři a na úřady. Je to výpomoc, kterou potřebuje prakticky každý starý člověk, je prováděna podle potřeby, nepravidelně. (2) Neosobní péče, kam patří činnosti související se zajištěním chodu domácnosti – vaření, úklid, praní. Tyto činnosti ovšem vyžadují cykličnost a pravidelnost, jsou časově náročnější. Také mohou být zajišťovány institucionálně. (3) Osobní péče je nejnáročnější typ péče o starého člověka. Vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Klade velké nároky na osobu pečující, je materiálně, emocionálně, psychicky i fyzicky náročná. Podle různých výzkumů je v ČR více než 80% péče zajišťována v rodinách. Zbývá přibližně pětina seniorů se nachází v péči zdravotních nebo sociálních zařízení.

Rozhodnutí pečovat o nesoběstačného člena rodiny je významným a závažným okamžikem v životě celé rodiny, která si musí uvědomit, že toto rozhodnutí změní její dosavadní chod a zvyklosti. Ze seniora se nesmí stát pasivní příjemce péče, rodina musí podporovat jeho co možná největší začlenění s ohledem na jeho zdravotní stav. Dále musí rodina zvážit, zda je schopna splnit základní předpoklady péče. Nestačí jen chtít o seniora pečovat, ačkoliv dobrá vůle je prvním předpokladem péče. Je potřeba také umět a moci pečovat, vědět, jak pomoci, mít k tomu podmínky a umět zajistit případnou institucionální pomoc (Příbyl, 2015).

Poskytovat rodinnou péči blízkému člověku jakéhokoliv charakteru není snadné. Vyžaduje to jisté sebeobětování, mnoho psychických a fyzických sil, čas, materiální zajištění, mobilitu aj. Pečovatelé by měli být dobře informováni nejen o tom, jak pomoc poskytovat, ale také o tom, jaká pomoc může být zdravotními a sociálními institucemi poskytnuta jim (Byrne et al., 2009).

1.2.4 Mezigenerační vztahy a solidarita

Poslední desetiletí proměnila náš svět a jeho hodnoty k nepoznání. Čím dál tím více se ve veřejném prostoru a v médiích mluví o polarizaci společnosti, proměně tradičních hodnot a krizích všeho možného, od krize rodiny až po krizi vztahovou a komunikační.

Je složité hledat v této době způsoby, kterými se rychle přizpůsobit ještě rychlejším společenským změnám. Dobré vztahy mezi lidmi jsou základem pro udržení rovnováhy ve světě kolem nás. *Rychle se měnící demografická situace v kombinaci s ekonomickou krizí vytváří společenské napětí mezi generacemi a představuje tak výzvu, které je nutno čelit podporou solidarity, dialogu a spolupráce mezi lidmi různých věkových kategorií* (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 94).

Mezigenerační vztahy můžeme vnímat na základní úrovni rodinných vztahů. Mezigenerační solidaritou v rodině se myslí především vzájemné emoční vazby mezi jejími členy, ze kterých plyne pomoc tomu druhému. Rodina představuje záchrannou síť, která by měla být schopna své členy podpořit a pomoci jim v případě potřeby. Dobré rodinné vztahy jsou významnou potřebou v životě každého člověka, poskytují mu pocit bezpečí, přijetí, lásky aj. Tato pomoc je obousměrná, ale ne vždy musí být vyrovnaná. Rodiče svým potomkům často poskytují finanční podporu nebo bydlení. V nižším seniorském věku bývají obě generace většinou nezávislé, běžně se stává, že rodiče spíše podporují své děti (finančně, hlídání vnoučat). Závislost seniorů na mladší generaci se zvyšuje s rostoucím věkem (Gedye, 2019).

Koncept solidarity (lat. *solidas* = solidní, celistvý) existoval jako veřejně sdílená hodnota už od nepaměti. Teprve francouzský sociolog a zakladatel sociologie jako vědy Émile Durkheim na konci 18. století začal solidaritu vnímat jako odborný termín a věnoval se její kategorizaci (Haškovcová, 2014). Měřením sociální solidarity v rodině se sociologové začali zabývat už v 70. letech 20. století. Rozsah této práce neumožňuje podrobnější analýzu všech vzorců a modelů solidarity a srovnání vědeckých závěrů. Jeřábek et al. (2013) vyčleňuje několik dimenzí solidarity, které jsou propojeny s předními sociologickými modely mezigenerační solidarity, jež ve své studii cituje a využívá.

(1) Normativní solidarita, která souvisí s mírou shody příbuzenských norem, idejí a hodnot. (2) Citová solidarita, která staví do popředí dobré rodinné vztahy, emocionální a psychickou podporu, které mají vliv na zdravotní stav seniorů a kvalitu jejich života. (3) Solidarita kontaktů zdůrazňuje důležitost a potřebu sociálních kontaktů a blízkosti, především mezi rodinnými členy, ale i v širším okruhu přátel, kolegů aj. (4) Solidarita souhlasu, která se zabývá otázkou shody a konfliktů mezi pečujícími osobami a těmi, jež péči přijímají. (5) Solidarita pomoci, která vyjadřuje míru a způsoby konkrétní pomoci a podpory, jež si vzájemně poskytují členové rodiny. (Jeřábek et al., 2013)

V širším pojetí můžeme mezigenerační vztahy vnímat jako spolupráci napříč všemi generacemi společnosti, která se prolíná do mnoha různých aktivit. K tomu je potřeba už od dětství formovat pozitivní postoj ke stárnutí, jak v rodině, tak ve školách, vyhýbat se stereotypizaci a ageistickým projevům. Vytvářením prostoru pro aktivitu seniorů podporuje společnost jejich participaci na společenském dění a bourá tak představy o pasivitě a neužitečnosti seniorské populace.

1.3 Sociální péče

V předchozích kapitolách bylo několikrát zmíněno, že úspěšná a funkční péče o seniora je závislá na mnoha faktorech a může nabývat mnoha podob. Dosavadní řádky byly zaměřeny především na podmínky péče v rodině a péči rodinnou, která je nejrozšířenějším a také nejlevnějším modelem (Byrne et al., 2009). Následující kapitola charakterizuje základní rysy poskytování péče sociální službou osobní asistence, která představuje jednu z forem terénní sociální služby při kombinované péči. Také nastíní ostatní základní formy péče, principy poskytování sociálních služeb a jejich legislativní ukotvení. Vymezí i pojem a principy kombinované péče, která je stěžejním tématem této práce.

1.3.1 Základní formy péče

Mezi základní formy péče o seniora patří péče zdravotní a sociální, které jsou propojené a nelze je od sebe oddělovat. V českém prostředí se nejvíce uplatňuje model, jenž počítá s primární odpovědností rodiny v péči o nesoběstačného seniora, a teprve v případě, kdy rodina péči nezvládá sama, využije formální institucionální služby (Urban et al., 2018).

V ČR se na poskytování zdravotních služeb podílí v první řadě stát spolu s kraji, městy a obcemi. Převážná část zdravotní péče je hrazena z veřejného fondu zdravotního pojištění. Poskytování zdravotní péče upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Příbyl, 2015).

Základ zdravotní péče o seniora představuje jeho praktický lékař. Na jeho doporučení může být seniorovi poskytována ošetrovatelská péče hrazená zdravotní pojišťovnou.

Pro uskutečnění domácí péče je nezbytné, aby stav seniora byl stabilizovaný a domácí prostředí bylo péči přizpůsobeno (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Sociální péče zahrnuje velmi široké pole služeb. Hlavním předpokladem jejich poskytování je zprostředkovat tyto služby sociálně znevýhodněným lidem s cílem začlenit je do společnosti a zlepšit kvalitu jejich života, podporovat rozvoj nebo alespoň stávající soběstačnost klientů. Sociální služby zajišťují pomoc při péči o potřebné osoby, stravování, ubytování, pomoc s chodem domácnosti, zprostředkovávají kontakt s institucemi, mohou zajišťovat právní poradenství aj. Aby mohla být poskytována pomoc v tak širokém spektru, musí být dohlíženo na kvalitu poskytovaných služeb. Co se kvalitou služeb rozumí, není definováno legislativou, avšak můžeme jí rozumět péči, která umožňuje uživateli žít normální život, reaguje na jeho potřeby a chrání jeho práva a zájmy (Mátl, 2007).

Poskytování sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytování sociálních služeb zákon rozděluje do tří základních forem:

1. Pobytové služby: jsou to služby spojené s ubytováním v pobytových zařízeních sociálních služeb.

2. Ambulantní služby: jsou typem služeb, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována, součástí služby není ubytování.

3. Terénní služby: jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Státním poskytovatelem sociálních služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby mohou poskytovat také obce a kraje, významný podíl v jejich poskytování mají také nestátní neziskové organizace nebo jednotlivci. Zařízení poskytující sociální služby nejsou většinou finančně soběstačná, jejich provoz je tedy závislý na finanční podpoře z rozpočtu jejich zřizovatelů (obce, kraje, stát). Z jejich veřejných rozpočtů mohou být dotovány i nestátní neziskové organizace. Služby seniorům poskytují především centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domy se zvláštním režimem (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Způsob poskytování péče můžeme na základě zákonného vymezení rozdělit do tří skupin, na péči rodinnou, terénní a ústavní. Principy, požadavky, klady a zápory a fungování rodinné péče byly představeny v kapitolách výše.

Terénní péče je typ sociální služby, který se v otázce péče o nesoběstačného seniora snaží usnadnit situaci pečujícím rodinám, ve kterých sami členové z různých důvodů

nezvládají sami zajistit kompletní péči. Zároveň napomáhají při řešení nedostatečné kapacity ústavní péče. Druhy terénní péče jsou např. osobní péče, pečovatelská služba a odlehčovací služby.

Ústavní péče se v rámci možností snaží vytvořit klientovi náhradní domov. Mezi nejčastější formy ústavní péče patří lůžková oddělení nemocnic a léčebny dlouhodobě nemocných, které poskytují nadstandartní péči geriatrickým pacientům. Dále sem patří domovy důchodců, které jsou vhodné pro seniory nevyžadující specializovanou lékařskou pomoc, jež ale nejsou soběstační (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). Šídlo a Křestřanová (2018) uvádějí, že v současné době disponují domovy pro seniory asi třiceti sedmi tisíci místy, což se rovná možnosti umístění asi 2% osob z celkového počtu obyvatelstva ve věku 65 a více let. Tento údaj jasně poukazuje na potřebu větší podpory rodinné neformální péče.

1.3.2 Princip poskytování sociálních služeb

Sociální služby v České republice kladou důraz na poskytování takových služeb, které v první řadě respektují dodržování lidských práv osob v kombinaci s poskytováním individuálních služeb. Jejich cílem je respektovat svobodnou vůli svých klientů a zajišťovat jejich důstojný život a začleňovat je do sociálních vztahů (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Měly by dbát na aktivní rozvoj osoby seniora, podporovat jeho autonomii a nezávislost a poskytnout mu takové služby, které vzhledem ke své životní situaci potřebuje (Urban et al., 2018).

Specifičností péče o seniory je jejich tělesná i duševní křehkost, která je dána mnoha faktory, zdravotními i sociálními. Senioři trpí mnoha nemocemi, často jich mají několik najednou (polymorbidita), hůře se hojí a mají delší rekonvalescenci, probíhají u nich změny na mentální úrovni. Musí se také psychicky vyrovnat se ztrátou soběstačnosti, změnami prostředí, zhoršenou pohyblivostí, úbytkem sil a smyslů. Jejich rodinné konstelace nemusí být pozitivní, mohou trpět ztrátou partnera, rodinnými spory, ztrátou sociálních rolí atd.

Při poskytování sociálních služeb je hlavním principem individualizace. Klient má právo vzhledem ke svým zdravotním omezením a mentální způsobilosti rozhodovat o svých záležitostech. Poskytovatel společně s uživatelem uzavírají smlouvu, ve které jsou

jasně stanovená pravidla pro obě dvě strany. Samotné poskytování služby už ale vychází z individuálních potřeb a přání klienta. Individuální plánování sociální služby je vlastně pátým bodem standardů kvality sociálních služeb, které vymezuje vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální pracovník nesmí rozhodovat za svého klienta. Musí dbát na důstojný život svého klienta, respektovat jeho osobní prostor, soukromí, osobní návyky, názory aj. Při komunikaci s klientem by měla být dodržována základní pravidla. Senior by měl být správně osloven, měl by být srozumitelně informován o všech aktivitách, které souvisí s poskytováním péče, nic mu nesmí být zatajeno. Senior jako klient sociální služby by měl být vždy vnímán jako rovnocenný partner, který má právo vyjádřit se ke kvalitě poskytování služby.

Samozřejmostí by měla být i profesionalita těch, kteří sociálně-zdravotní služby poskytují. Soubor kompetencí, které by měli jejich zaměstnanci ovládat, je velmi široký. Pracovník v sociálních službách musí mít kvalitní teoretické znalosti a vědomosti o svém oboru i praktické dovednosti, být schopen uspokojovat potřeby klienta, umět s ním správně komunikovat, respektovat jeho tempo, mít schopnosti organizační, být schopen spolupráce s ostatními pečovatelskými složkami. Rozvinutá musí být i jeho osobnostní stránka, měl by být empatický, trpělivý, laskavý, spolehlivý aj. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Jako v českém prostoru neexistuje univerzální definice seniora, neexistuje ani univerzální návod na to, co všechno by mělo být součástí péče a jaké všechny proměnné vstupují do procesu pečování, vše je individuální a poskytování služeb na tyto proměnné musí individuálně reagovat.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje pro usnadnění péče pravidelný měsíční příspěvek na péči pro osobu, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud je tato služba poskytována osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo v registru zapsaným poskytovatelem sociálních služeb. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce a je čtyř stupňový (lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost, úplná závislost). Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, jako jsou mobilita, komunikace, orientace, oblékání, stravování, osobní hygiena, péče o domácnost, péče o zdraví, osobní aktivity. Přiznaná částka je určena na pokrytí zvýšených životních nákladů spojených s potřebnou péčí (Hrozenská,

Dvořáčková, 2013). Pokud příjemci příspěvku na péči využívají profesionálních služeb, jsou to většinou služby terénní, kombinované s rodinnou péčí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

1.3.3 Kombinovaná péče

Základní formy péče, tedy rodinná, terénní a ústavní, se v dnešní době z praktických důvodů kombinují. Rodinná péče o nesoběstačného člověka může být tak náročná, že bez pomoci zvenčí ji rodina většinou nemůže vykonávat. V západním světě se s rozvojem sociálního státu zvyšuje tlak na přesunutí povinností péče z rodiny na stát, přestože model rodinné péče stále převažuje (Tanskanen, Kallio, Danielsbacka, 2019). Kombinace rodinné péče a péče terénní, nebo využití krátkodobých pobytových služeb může být ekonomicky i sociálně vhodným způsobem jak zajistit kvalitní prožití stáří seniorům odkázaným na pomoc druhých. Kombinace pečovatelských služeb navíc může podporovat naplnění individuálních potřeb opečovávaného člověka a jeho rodiny.

Dostane-li se rodina do situace, kdy se některý z jejích členů stane z různých důvodů nesoběstačným, je nucena tuto situaci neodkladně řešit. Jednou z možností je využití institucionálních pobytových zařízení nebo domácí péče. Pro rychlé řešení situace volí rodina většinou jako nejvhodnější pečovatelskou službu či osobní asistenci vzhledem k dostupnosti služeb sociální péče. Za předpokladu, že organizace nabízející tyto služby disponuje profesionálním a schopným týmem pracovníků, zdá se tato forma péče ideální (Čamský et al., 2011, s. 86).

Výběr terénní nebo pobytové služby a potřebná forma péče závisí na míře soběstačnosti a zdravotním stavu seniora. Soběstačnost je definována jako schopnost samostatně uspokojovat svoje základní potřeby a žít tak v rovnováze s nároky vnějšího prostředí, bez pomoci a bez asistence zvládat všechny každodenní činnosti. Míru samostatnosti determinuje mnoho proměnných, např. zdravotní stav, ekonomická soběstačnost aj. (Příbyl, 2015). S postupujícím věkem se absolutní soběstačnost vytrácí a senior se stane závislým na pomoci druhých.

Dobře fungující a dostupné terénní služby zvyšují možnost setrvání seniora v přirozeném prostředí domácnosti, což může mít pozitivní vliv na klienta samotného, na pečující rodinu, ale i na systém pobytových služeb, které trvale čelí nedostatku míst,

neboť pečovatelské služby pomáhají oddálit nutnost umístění do ústavní péče (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

Podoby kombinované péče se mohou lišit v závislosti na tradici jednotlivých zemí. Jeřábek et al. (2013) uvádí, že skandinávské země mají silně rozvinutý systém komunitní péče, naopak v německy mluvících zemích se často setkáváme s charitativními službami církví. V mnoha evropských zemích jsou rozvinuté různé formy pomoci neziskovými organizacemi, hrazené státem, nebo přímo klientem. V USA, ale i v jiných zemích, je rozšířená forma placené péče v rodinných podmínkách, tzv. home care. Všechny tyto modely péče jsou ovšem jen podpůrné, málokdy má rodina prostředky na to, aby zajistila kompletní dlouhodobou dvaceti čtyř hodinovou péči v domácím prostředí.

Jako doplnění nabídky sociálních služeb je pečujícím rodinám v některých zemích nabízena služba tzv. respitní neboli úlevové péče. Jejím cílem je odlehčit pečujícím osobám, umožňuje jim vzít si občasné několikahodinové volno, dočerpát energii, zabývat se vlastními aktivitami a potřebnou osobu svěřit do péče jiné instituce, často do rukou dobrovolníků z neziskových nebo charitativních organizací. Respitní péče může být vykonávána i v krátkodobých pobytových zařízeních. Tuto službu v ČR nabízejí některé domy pro seniory, které tak umožňují rodinám svěřit na několik dní až týdnů seniora do své péče (Jeřábek et, al., 2013).

1.4 Osobní asistence

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, spadá osobní asistence mezi služby sociální péče². Tento zákon definuje osobní asistenci jako terénní službu určenou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického nebo zdravotního onemocnění, nebo zdravotního postižení. Jedná se tak o osoby, jejichž situace vyžaduje pomoc další fyzické osoby. Podstata osobní asistence spočívá v tom, že je poskytována bez časového omezení

² Podle §2 odst. 2 Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

v přirozeném sociálním prostředí osob (Matoušek et al., 2011) a při činnostech, které osoba potřebuje.

Služba osobní asistence zajišťuje dle § 39 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, základní činnosti jako pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílem osobní asistence je podporovat a pomáhat lidem se zdravotním postižením a seniorům k rozvoji jejich možností a schopností, pomáhat jim a podporovat je při začleňování do společnosti a v maximální možné míře rozvíjet běžný způsob života. Na podobném principu funguje i pečovatelská služba, která je v současnosti nejvíc rozšířenou službou.

Základní rozdíl mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou je, že nezužuje své služby pouze na uspokojení základních životních potřeb, ale dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, naplňuje výchovné, vzdělávací a aktivizační potřeby klientů, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. V zásadě se jedná o činnosti rozšířené o doprovázení klientů při různých aktivitách, jako např. na různé schůzky, k lékaři, na úřady, při cestování, na nákupy aj. Navíc je pečovatelská služba časově omezena. Osobní asistence je dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. plně hrazena dle ceníku dané organizace či instituce.

Na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišujeme dva typy osobní asistence, sebeurčující a řízenou. Sebeurčující osobní asistence spočívá v tom, že si službu klient řídí sám, a naopak řízenou asistenci využívají osoby, které nejsou schopny koordinovat své potřeby.

Osobní asistence je poskytována zejména osobám se zdravotním postižením a seniorům, kteří si i přes svůj zdravotní stav přejí setrvat v domácím prostředí. Tato služba je tak adekvátní formou sociální pomoci, kterou lze kombinovat s péčí rodinných příslušníků a tím tak umožnit této skupině samostatné rozhodování. Podstatou služby je pomoc při každodenních úkonech a situacích, které senior či osoba se zdravotním postižením není schopná zcela sama zvládat. To znamená, že uživatelé si sami určují, jakou péči a v jakém časovém rozvrhu potřebují. V tomto principu je tato služba zcela unikátní. Služby asistence vhodně doplňují péči rodiny, domácí zdravotní péči a činnost

pečovatelské služby. V praxi zajišťují tyto služby neziskové organizace. Jedním z poslání osobní asistence je také umožnit klientovi v závěrečné fázi života zemřít doma ve spolupráci s rodinou.

Při poskytování osobní asistence hraje významnou roli spolupráce sociálních pracovníků a osobních asistentů s rodinou, která se považuje za integrální součást sociální práce se seniorem. Sociální pracovník a osobní asistent by se měli ještě před potenciálním uzavřením spolupráce s klientem seznámit s nejbližšími členy rodiny a získat jejich důvěru. Měl by s rodinou pravidelně komunikovat a společně by měli najít a vymezit roli každého z nich při poskytování péče. Na počátku by pracovník osobní asistence měl rodinu seznámit s individuálním plánem péče sestaveným pro jejich osobu blízkou a konzultovat ho s nimi (Urban et al., 2018). Mezilidské vztahy mezi klientem, jeho rodinou a asistentem mají být rovnocenné. Nesmí dojít k tomu, že klient buď manipuluje asistentem, nebo naopak, že asistent manipuluje klientem. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupinu, do které patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2011, s. 10).

Výrazným limitem poskytování služby osobní asistence je financování, a to jak pro stranu uživatele, tak poskytovatele. Osobám, které jsou odkázány na pomoc druhých, by měla být tato služba hrazena z příspěvku na péči, jehož výše je učena věkem a mírou závislosti na pomoci (Ochrana et al., 2010). Příspěvek ale často na proplacení asistence ve větším rozsahu celodenní péče nestačí, a tak je klient nucen využívat mnohem méně služeb, než by potřeboval. Pro poskytovatele sociálních služeb jsou pak finančním limitem dotace a granty, o které musí poskytovatel žádat, a závislost na platbách svých klientů. Tento limit je dán především zákonně neošetřeným způsobem financování osobní asistence.

Všeobecně můžeme limity také spatřovat v dostupnosti služeb osobní asistence a služeb sociální péče. Současný stav je takový, že nejvyšší počet služeb osobní asistence zajišťují dle registru sociálních služeb poskytovatelé v Hlavním městě Praha (27) a Středočeském kraji (24), nejnižší počet pak v Karlovarském kraji (4). V Jihočeském kraji funguje 14 poskytovatelů osobní asistence (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2020). Uvedené údaje počtu poskytovatelů služeb a jejich rozložení v České republice ukazují, že dostupnost služeb osobní asistence není v krajích stejnoměrná, a dokonce je v některých krajích málo dostupná.

Pozitivní význam služby osobní asistence lze vidět především v 24hodinovém rozsahu fungování služby, který je plně přizpůsoben požadavkům a potřebám klientů (Čamský et al., 2011, s. 98). Osobní asistence představuje komplex služeb, který nabízí klientům pomoc se zvládnutím běžných úkonů, jež v současné době z důvodu vysokého věku nebo nepříznivého zdravotního stavu nemohou zvládat.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

V úvodu práce již bylo uvedeno, že v souvislosti s demografickými proměnami společnosti a fenoménem stárnutí populace roste počet osob, které jsou závislé na pomoci ostatních. S touto otázkou úzce souvisí problematika péče o seniory. Se změnou společenského klimatu se mění i potřeby klientů seniorského věku a péče o ně, především proto, že tato péče je tradičně spojována především s rodinou. V dnešní době se ale čím dál tím více prosazuje model tzv. kombinované péče, ve kterém o seniora pečuje jak poskytovatel sociálních služeb, tak i rodina.

Bakalářská práce se zabývá propojením rodinné péče se sociální péčí dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, které bude zkoumáno v prostředí konkrétní terénní sociální služby osobní asistence. Cílem této práce bude zjistit, jaké možnosti a limity existují při péči o klienta osobní asistence, o kterého zároveň pečuje člen nebo členové rodiny. Hlavní snahou této práce je z pohledu osobních asistentů ukázat, jaké pozitivní či negativní aspekty přináší tato kombinovaná forma péče o klienta, jakým způsobem spolu obě pečující strany komunikují.

K objasnění hlavního cíle jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- Jaké jsou sociální interakce při dvojí formě poskytované péče o seniora mezi rodinou a službou osobní asistence?
- Jaká úskalí či střety a naopak pozitivní projevy mohou při této kombinaci odborné sociální pomoci a péče rodinné vzniknout?

3 Metodika

3.1 *Metody a techniky sběru dat*

V bakalářské práci jsem za nevhodnější způsob uchopení tohoto tématu zvolila kvalitativní výzkumné metody, které se na rozdíl od kvantitativního výzkumu více zaobírají hloubkou jednotlivých zkoumaných jevů. Výzkum probíhá v přirozeném prostředí, dochází tak k přímé interakci se zkoumaným jevem ve snaze o co nejhlubší pochopení konkrétních situací, v nichž se vyskytují účastníci výzkumu. Výzkumník si tak vytváří komplexní a odpovídající obraz o zkoumaném jevu (Hendl, 2016). Na základě zmíněných potřeb hlubší analýzy a podrobnějších informací o zkoumaném jevu, tedy funkčnosti dvojí péče o seniora z pohledu osobních asistentů, byly za hlavní metody sběru dat empirického výzkumu použity fokusní skupiny (focus groups³) a zúčastněné pozorování.

Metoda zúčastněného pozorování nám v mnoha případech pomáhá ověřit vlastní hypotézy či informace, které jsme už předem získali o zkoumaném jevu. Další výhodou této metody spočívá v tom, že při zúčastněném pozorování můžeme odhalit třetí rozměr, který nám pomůže propojit jednotlivé souvislosti, a dodat tak výzkumu na validitě (DeWalt, DeWalt, 2011). Pozorování v rámci této bakalářské práce probíhalo během měsíců února, března a dubna 2020, a to celkem ve dvaceti domácnostech klientů. V roli praktikantky jsem spolu s kolegyní chodila ke klientům do rodin, kde probíhala péče. V tomto případě se jednalo o tzv. zúčastněné pozorování skryté, které nenarušuje přirozenost účastníků a dovoluje tak hlubší pochopení zkoumané skutečnosti (Bernard, 2018). Prostřednictvím zúčastněného pozorování můžeme nahlédnout do vnitřního života zkoumané skupiny a můžeme tak pochopit, jak si lidé mezi sebou navzájem i vůči ostatním vytvářejí sociální a fyzické hranice a jak se k sobě vzájemně vztahují (Schensul, Le-Compte, 2013, s. 83). Důležité pro mě bylo pozorovat rodinné prostředí, kde péče o klienta za účasti osobního asistenta probíhala. Soustředila jsem se převážně na to, jak probíhá komunikace osobního asistenta s klientem a rodinou, v jaké komunikační rovině, kdo jakou

³ Focus groups je anglický termín, který je někdy do češtiny překládán jako „ohniskové skupiny“ či „zaměřované skupiny“, nejčastěji se ale lze setkat s překladem „fokusní skupiny“, který bude používán i v této práci.

roli zaujímá. Také mě zajímalo subjektivní vnímání poskytované péče klientovi osobním asistentem za přítomnosti jednoho z rodinných příslušníků a vztah mezi nimi.

Další metodou získávání dat využitou v této práci byla metoda fokusních skupin, která je obecně využívána v kombinaci s dalšími metodami vytváření dat. Podstata této metody spočívá ve studiu komplexních témat zahrnujících mnoho pocitů a zkušeností. Jedná se o techniku, která je založená na vedené skupinové diskuzi. Diskuze probíhá jako řízený rozhovor menší skupiny vybraných osob (4–12), kterou vede kvalifikovaný moderátor (Toušek, 2012). Dle Touška (2012) se tento typ rozhovoru zaměřuje především na subjektivní zkušenosti respondentů na dané téma. Cílem této metody je konfrontace názorů diskutujících, ve které dochází k vzájemnému ovlivňování mezi členy skupiny. Mezi respondenty dochází k tzv. skupinové dynamice, která se vytváří během jejich vzájemné sociální interakce a stimuluje je k výpovědím (Toušek, 2012).

V rámci bakalářské práce byly pro potřeby získání podrobného popisu a vhledu do problematiky zrealizovány dvě fokusní skupiny. V první skupině došlo k vymezení základních tematických okruhů, které sloužily při zúčastněném pozorování jako podpůrné body zkoumaných oblastí zájmů. Získané informace jsem následovně využila pro druhou fázi činnosti fokusní skupiny. Úloha moderátora ve skupině vyžadovala určitou koncentraci, citlivost, schopnost empatie, porozumění a řádnou přípravu. Celá organizace skupiny se držela jasně stanoveného scénáře. V úvodu byl představen účel, pravidla, pak došlo k představení skupiny, navození atmosféry. Poté započala diskuze, kde bylo důležité se soustředit na jednotlivé výpovědi a názory účastníků skupiny. Na závěr došlo ke shrnutí, popřípadě byly kladeny doplňující otázky. Celý výzkum byl realizován v měsících únoru až květnu 2020.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběrový soubor byl vytvořen pomocí totálního výběru osobních asistentů spolupracující organizace. Konkrétně se jednalo celkem o dvanáct osobních asistentů, kteří se účastnili fokusních skupin. Vzhledem k tomu počtu se nejedná o reprezentativní vzorek, avšak pro potřeby této práce, kde jde autorce především o získání vhledů, sdílení zkušeností a názorů osobních asistentů na danou problematiku, je tento počet dostačující. Cíl práce nespočívá v reprezentativnosti populace, ale v reprezentativnosti názorů

na zkoumaný jev. Nejedná se zde o zobecnění informací, ale o hlubší analýzu zkoumaného jevu, u něž je pozornost soustředěna především na šíři a hloubku získaných názorů.

Při výběru výzkumného vzorku jsem se řídila principy fokusní skupiny, které spočívaly v homogenosti skupiny, v níž bude panovat důvěra a bezpečná atmosféra. Hlavním východiskem pro volbu fokusních skupin byl zkoumaný jev, se kterým museli mít všichni respondenti obdobnou osobní zkušenost. Výzkumný vzorek dvanácti osobních asistentů všechna tato hlavní kritéria splňoval. Pro potřeby práce byla dále na základě zúčastněného pozorování stanovena dvě doplňující kritéria. První z nich představuje model péče poskytované osobním asistentem u klientů, kde je přítomen některý z pečujících členů rodiny, druhý model představuje poskytování péče osobním asistentem u klientů, kde rodina není přítomna a péče je rodinou korigovaná na dálku např. po telefonu.

Design fokusních skupin

Osobní asistenti	asistence za přítomnosti rodiny	asistence za vzdáleného dohledu rodiny
	FS 1	FS 2

3.3 Způsob analýzy dat

Pro zpracování získaných dat z fokusních skupin jsem využila metodu kódování. Princip této metody spočívá v nalezení pravidelností v datech. Jedná se o proces, kdy jsou získaným kvalitativním údajům přiřazovány kódy, které jsou následovně rozřazeny do jednotlivých kategorií dle svého obsahu, jejichž význam je shrnut do obecných témat (Toušek, 2012). V detailních prepisech u nahraných skupin jsem vyhledala opakující se informace a výrazy, kterým jsem přiřadila kódy a sdružila je do charakteristicky podobných kategorií, z nichž byla posléze vytvořena výsledná témata, ze kterých jsem v konečné fázi výzkumného šetření vyvodila závěr. Tato čtyři témata jsou v nadcházející kapitole výsledků rozebrána a analyzována.

3.4 Etika výzkumu

Při realizaci výzkumu byly dodrženy etické zásady a pravidla etického kodexu. Vzhledem k citlivosti poskytovaných informací a získaných dat bylo mou hlavní prioritou

zachování anonymity účastníků fokusních skupin a rodin, ve kterých výzkum probíhal. Z toho důvodu není v práci uveden přesný název organizace ani služby. Jelikož je autorka v dané organizaci v jedné z jejích poskytovaných služeb zaměstnaná, byly veškeré etické zásady, souhlasy a povinnost mlčenlivosti ošetřeny v pracovní smlouvě. Dále autorka při realizaci fokusních skupin všechny účastníky předem obeznámila se svým výzkumem, jeho účelem a způsobem provedení. K pořízení nahrávky získala od všech účastníků ústní souhlas a veškeré citlivé údaje (jména rodin, bydliště aj.) byly v prepisech autorkou anonymizovány.

4 Výsledky

Na základě kvalitativního charakteru výzkumu nebyl výsledek zobecněn v procentním vyjádření, ale byl shrnut do obecných deskriptivních témat. Ta jsou ve výstupu práce doplněna partikulárními ukázkami citovaných výpovědí účastníků skupin a přehlednou tabulkou kategorií s přiřazenými kódy. Výsledky práce podporují osobní postřehy a názory autorky získané ze zúčastněného pozorování, které sloužilo k propojení jednotlivých souvislostí a ověření již získaných informací a náhledů na zkoumaný jev.

4.1 *Sřety při poskytování dvojí péče*

Tabulka č. 1: určená kategorie s přiřazenými kódy.

Konflikt:	střet zájmů	neúcta	dominance	rodinné neshody
------------------	-------------	--------	-----------	-----------------

Konflikt je přirozenou a nevyhnutelnou součástí mezilidských vztahů, neboť v jakékoliv komunikaci při vzájemné spolupráci vznikne dříve či později názorový rozdíl. Jak výzkum ukázal, otázka konfliktu a názorových střetů zkoumané oblasti byla při formě kombinovaná péče klíčovým faktorem při posouzení funkčnosti a stanovení limitů, které toto propojení přináší.

Jak se v praxi ukázalo, při péči o seniora není vůbec snadné sladit všechny jeho požadavky a potřeby tak, aby odpovídaly představám obou stran, které mají tyto potřeby a požadavky při péči určitým způsobem zajistit. Často tak vyvstávaly rozdílné názory rodiny a osobního asistenta na průběh poskytování péče. Snaha o dosažení stanoveného cíle či potřeby vyžaduje vždy vzájemnou spolupráci všech zúčastněných stran, určitou toleranci, úctu a respekt. Mají-li se dvě pečující strany společně domluvit, jak nejlépe péči poskytnout v souladu s přáním seniora, měly by být všechny tyto aspekty naplněny. Z výpovědí osobních asistentů bylo ale zřejmé, že v mnoha rodinách, kde asistence probíhala, vždy alespoň jeden z těchto aspektů ze strany rodiny chyběl.

Rodina byla v mnoha případech v roli toho, kdo určuje podmínky a klade požadavky, což naráželo na závazky, které měli osobní asistenti v rámci uzavřené smlouvy a dohodnuté zakázky s klientem. Osobní asistenti tak často upozorňovali na skutečnost

zohledňování přání rodinných příslušníků bez ohledu na to, co si klient doopravdy přeje. Tato skutečnost je velmi trápila, neboť z hlediska lidského faktoru se vždy snaží nejen plnit požadavky péče, ale být klientovi vítaným společníkem a sociálním kontaktem, což se často neshodovalo s představami rodiny o poskytování péče. „*Měla jsem klientku, která to vysloveně nechtěla, chtěla, abych tam přišla a brala to jako návštěvu, popovídat si...A rodina prostě na to tlačila, ať ji třikrát v týdnu sprchuji, klientka nechtěla.*“ (FS 2) Jednalo se o situace, ve kterých rodina zasahuje do toho, jak má být péče o klienta prováděna bez ohledu na to, co si sám klient přeje. „*Tam to určuje syn a paní si nemůže říci, jak by to chtěla. Je tam nepodnětné prostředí, ona se nevyjádří, že by to chtěla nějak jinak. Nebo když tam přineseme nějaký nový podnět např., že by paní potřebovala vozík, tak tam nic nejde. Spolupráce s rodinou je zde komplikovaná. Hodně to ovlivňuje tu asistenci, ty pečující osoby.*“ (FS 1)

V obecné rovině zde můžeme hovořit o střetu zájmů, kdy každá ze zúčastněných stran chce něco jiného. „*No a ta paní taky stále říkala, proč tam jsem, když to nepotřebuje. My jsme chtěli jít na procházku, paní nechtěla, ale syn jí stejně dotlačil. Když tam ten syn nebyl, tak ta spolupráce byla trochu lepší. Bylo to více v klidu*“ (FS 2) Osobní asistenti se tak často dostávají do pozice, kdy jsou povinni poskytovat péči dle smluvené zakázky a přání klienta, ale zároveň se tím dostávají do pozice, kdy není takové jednání ku prospěchu rodiny. A právě v tomto okamžiku dochází často ke konfliktu. „*Pak jsme měli ještě konflikt, když vlastně si klientka chtěla zavolat, já ji pomohla tak, že jsem vytočila to číslo, ona volala a dcera, když se to dozvěděla, dostala jsem vynadáno. Že co jí to vůbec vytáčím, že ona prostě samovolně volat nebude. Udělala jsem to, co bylo sjednané a co si klientka žádala.*“ (FS 2)

V návaznosti na střety zájmů jako o dalším limitujícím faktoru bránícím v poskytování péče dle přání klienta hovořili osobní asistenti často o dominantním postavení rodiny. Právě ona v mnoha případech zaujímá dominantní roli ve vztahu klient vs. osobní asistent. Často jsem se v terénu potakávala s tím, že asistenti přišli ke klientovi do domácnosti a tam čekal člen rodiny, kterým jim přesně řekl, co mají ten den dělat, jaký pokrm má asistentka připravit klientovi ke svačině atd. „*Paní chtěla něco koupit, já to koupila a dostala jsem od dcery takový „ceres“, že jsem si to dovolila vůbec koupit, že nic takového dělat nesmím, že si to nepřeje.*“ (FS 2) Další formou rozdávaní příkazů byly například napsané vzkazy s úkoly, co asistentky mají a nemají dělat, nebo vzdálená

kontrola rodinným příslušníkem přes telefon. „U jedné klientky je to naopak. Vnučka klientky volala paní vedoucí a chtěla, abychom jí převlékli postel, ložní prádlo, ale klientka nechce.“ (FS 2) Stávalo se velmi často, že osobní asistenti měli rozdělené úkony, u kterých, přestože jsou v rámci asistence běžné a přirozené, si rodina nepřála, aby je dělali. „No a tam jsme v podstatě nesměli skoro nic.... No a ten syn, který tam byl s maminkou, tak pral, žehlil. A on chtěl jenom společnost pro maminku.“ (FS 1)

Z pohledů osobních asistentů docházelo v některých případech ze strany rodiny k nevhodnému chování a vyjádření určité neúcty vůči osobním asistentům. V tomto případě se dá hovořit pouze o minimálním počtu případů, většinou si rodina uvědomovala důležitost osobních asistentů, kteří jim pomáhají zajistit péči o seniora, na kterou už sami nestačí, tudíž se snažili spolupracovat a zajistit vhodné podmínky pro uskutečnění asistence. Ale i tak se účastníci skupin shodli, že minimálně jednou se každý asistent s nevhodným chováním rodiny za dobu asistence u klienta setkal. „Bylo to takové zvláštní, když jsem tam přišla, tak jsem nevěděla, co mám s tím klientem dělat, ale ta rodina se chovala, jako kdybych tam nebyla. Pustili si televizi, syn chodil v trenkách, někdy to bylo až takové...“ (FS 1) „Asistentka přišla normálně jednou do rodiny a dcera říká, dnes je tady návštěva, tak po Vás nic nechceme, ale tady je kýbl, tak když vytřete tu chodbu. Asistentka pak přišla do kanceláře rudá vzteky.“ (FS 1)

Dalším výrazným faktorem ovlivňujícím hranice rodinné a sociální péče, který se v praxi ukázal jako určitý limit při poskytování péče osobními asistenty, je mezigenerační solidarita a rodinná soudržnost. Tyto hranice jsou ovlivněny především propojením mezi solidaritou souhlasu a normativní solidaritou, o kterých jsem hovořila už v teoretické části. Solidarita souhlasu se zabývá otázkou shody a konfliktů mezi pečujícími osobami a těmi, jež péči přijímají, na což má vliv solidarita normativní, která souvisí s mírou shody příbuzenských norem, idejí a hodnot. Není žádným překvapením, že neshody v rodině z hlediska odlišných představ, idejí, hodnot a požadavků, mají vliv na fungování dvojí péče. „A nedej bože, když to chce klient, dejme tomu, chce tu péči jeden člen rodiny, ale nechce to další člen rodiny, tam potom může být velký průšvih.“ (FS 2) Osobní asistenti často v diskuzi hovořili o tom, jak rodinné neshody a vztahy ovlivňují jejich komunikaci při asistenci s klientem, což se pak podepisuje na celkově špatné domluvě a negativní atmosféře. „Kolikrát jsou ty vztahy s rodinou a klientem dobré jen

na oko, ale pak ta rodina za klientem vůbec nechodí a neangažuje se v péči, při tom nás stále honí a nadiktuje si, co máme dělat. Klient je z toho špatný.“ (FS 2)

V rámci výzkumu je zde také nutné zohlednit, zdali probíhá asistence u seniora v domácnosti, která je sdílena i ostatními členy rodiny, nebo jestli je asistence osobním asistentem poskytována v domácnosti, kde žije klient sám či rodina není zrovna přítomna, a domluva s ní ohledně poskytované péče probíhá na dálku, nejčastěji po telefon. Tato skutečnost pak může mít do jisté míry vliv na četnost a různou podobu rozporů rodiny a seniora v péči poskytované osobní asistencí, které mohou vyústit v konfliktní situace. Jak je patrné z výše uvedených citovaných výpovědí zkoumané oblasti, odlišné požadavky na péči a rodinné neshody vyvolávající střety jsou zřetelné u obou fokusních skupin. Souhrnně lze ale říci, že u FS 1 jsou vzniklé konfliktní situace všech tří stran mnohem častější, než u FS 2. Je to způsobeno především fyzickou přítomností rodiny, která tak má kontrolu nad péčí osobních asistentů a může se k ní rovnou vyjádřit a směřovat k nim své požadavky. *„Někdy to může být větší komplikace, když tam ta rodina je.“ (FS 1)* Není-li rodina u asistence přítomna, tak i přestože má určité odlišné představy a požadavky k poskytované péči, v době asistence záleží především na klientovi, jak se s osobním asistentem domluví a jak stanovený čas využije.

4.2 Způsoby komunikace osobního asistenta, rodiny a klienta

Tabulka č. 2: určená kategorie s přiřazenými kódy.

Komunikace:	stanovená zakázka	společná domluva	nepředané informace	peníze	podřízenost
--------------------	----------------------	---------------------	------------------------	--------	-------------

Všeobecným cílem kombinované péče je dosažení vzájemné souhry a spolupráce třech zúčastněných stran – rodiny, klienta a služby osobní asistence – tak aby toto propojení fungovalo. Jedním z hlavních předpokladů úspěchu je efektivní komunikace, která je základem pro společnou domluvu, sladění požadavků a přání seniora.

Jak výzkum ukázal, u mnoha rodin klientů tento předpoklad ale absentoval. Hlavní příčinu, která byla patrná i z výpovědí osobních asistentů, jsem shledávala především v nedodržení podmínek správné komunikace, jako je jasnost a pravdivost informací, srozumitelnost vyjádření, zpětná vazba, ověření si, zda byla informace včas přijata

a správně pochopena aj. Důležitou roli hrálo také zjištění, že při komunikaci všech třech zúčastněných stran nebylo vždy důležité jen to, co sdělují, ale i způsob jakým sdělují, což může být ovlivněno jejich prožíváním, pozicemi a vztahy mezi nimi. Výsledkem těchto zjištění tak bylo stanovení několik oblastí, ve kterých se objevují komunikační bariéry bránící společné bezkonfliktní domluvě na poskytované péči.

Jednou z prvních oblastí, kterou osobní asistenti uváděli, bylo nejasné pochopení zakázky o poskytované péči službou osobní asistence ze strany rodiny a klienta, které pak ztěžovalo komunikaci všech tří stran. Poskytovatel sociálních služeb je vždy povinen společně s uživatelem uzavřít smlouvu, ve které jsou jasně stanovena pravidla obou stran. Samotné poskytování služby musí vycházet z individuálních potřeb a přání klienta. Z výpovědní osobních asistentů bylo zřejmé, že nepochopení stanovených pravidel plynulo ze strany rodiny či klienta. Ze strany rodiny často docházelo k překroucení informací či nerespektování individuálních potřeb a přání seniora vycházejících ze sepsané smlouvy. S osobními asistenty tak v mnoha případech komunikovali na základně jejich představ o péči bez ohledu na počátečně stanovenou zakázku smluvené péče se službou osobní asistence. Ze strany seniora byla špatná komunikace a domluva o poskytované péči nejčastěji zapříčiněna nepochopením informací a pravidel a včasným nedovysvětlením ze strany rodiny. „...*když asistentka přijde s něčím takovým, co není standardní, co není v úkonech, tak by měla vedoucí jet do rodiny ke klientce, vysvětlit jim to a neřici, že to Vy dělat nebudete, já jí to těžko vysvětlím. Je to těžké tomu klientovi vysvětlit, že to dělat nebudete, pak vždy slyším: neplatím si deset tisíc za to, abyste mi tady nic nedělali. A nevysvětlíte to. Od téhle práce tady nejsme.*“ (FS 1)

V terénu jsem se běžně setkávala s tím, že klienti vlastně ani pořádně netušili, jaké úkony a činnosti by zde měl osobní asistent provádět, měli v tom zmatek. V některých případech požadovali i úplně jiné úkony, které nebyly ve smlouvě zaneseny. I ze strany rodiny často docházelo při komunikaci k nedorozumění zapříčiněným milnou domněnkou a představou o péči vykonávané osobním asistentem. „*No třeba u jedné klientky, tam by to mohlo fungovat, kdybychom klientce spolu s rodinou znovu pořádně vysvětlili, co můžeme a co nemůžeme, tam by to pomohlo, aby to rodina tak nezneužívala.*“ (FS 2) Na druhou stranu jsem se ale také setkala s mnoha rodinami a klienty, kteří přesně věděli, na čem se s osobním asistentem a vedoucím služby domluvili. „*Pak máme klientku, která asistenci chtěla, a krásně si jí užívá se všemi službami. Ta nás využívá od první minuty*

do té poslední a se synem klientky je hezká domluva.“ (FS 1) Komunikace a domluva byla tak ze strany klienta a rodiny bezproblémová. *„Ale na druhou stranu máme tady zase případy, kdy se dá dobře dorozumět s rodinou, rodina je velice hodná a dá se s nimi domluvit, velice dobře domluvit.*“ (FS 1)

V návaznosti na výše zmiňovanou důležitost společné domluvy mezi všemi stranami je dle osobních asistentů velmi důležité včasné vyjasnění pravidel a předávání aktuálních informací, aby spolupráce při dvojí formě péče fungovala a nedocházelo tak k nedorozuměním a nejasnostem z hlediska poskytování péče. *„Pomohlo by, kdyby se sešlo vedení, rodina, asistentka a klient, pokud tam nedochází k souhře, a došlo tam k rozhovoru a našlo se tam společné řešení. Buď se tedy služba ukončí, nebo se najde nějaké řešení, my půjdeme v těchto hranicích, ale vy zase v těchto.*“ (FS 2) *„Ale oni mu ta rodina neperou. No ta rodina mu má prát, mají to tak domluvené, že oni mu perou, ale zároveň chtějí po nás, abychom mu připomínali, že se má převléct. A klient se nemá pak do čeho převléct, když nemá vypráno a rodina mu nevypere.*“ (FS 1)

Další důležitou otázkou při prověření vzájemné komunikace se stala otázka peněz. Jak se v praxi ukázalo, peníze byly důležitým aspektem při domluvě a komunikaci všech zúčastněných stran a měly moc ovlivnit vztahy mezi rodinou a klientem, které nabývaly určitých podob v závislosti na tom, z jakých peněz byla služba osobní asistence hrazena. *„Záleží, jestli tu službu platí klient nebo ta rodina, to je pak taky důvodem nesouhry v komunikaci a požadavcích obou stran.*“ (FS 2) Osobní asistenti tak poukazovali na fakt, že neshody v rodině ohledně plateb za službu osobní asistence mnohdy znepríjemňovaly jejich komunikaci se seniorem. *„No a myslím, že peníze při této dvojí péči a komunikaci s rodinou hrají hodně velkou roli. To je jedna z nejdůležitějších věcí, která rozhoduje. Dneska mi řekl klient, že nic nechce dělat, že za něj bereme hodně peněz, tak at' jsme rádi, že nemusíme nic moc dělat.*“ (FS 2) V rámci zúčastněného pozorování jsem ale navštívila rodiny, ve kterých bylo zaplacení částky za službu rozděleno. Část platil senior, většinou z přiznaného příspěvku na péči, a část rodina. Toto rozdělení takto fungovalo. *„Nejlépe, když se to dělí. Část dává klient a zbytek přispívají děti a to pak funguje.*“ (FS 1)

Osobní asistenti se většinou v rámci skupiny shodli na další možné překážce, která jim určitým způsobem ztěžuje komunikaci s rodinou a klientem při poskytované péči. Jedná se o pocit určité nadřazenosti při komunikaci některých rodinných příslušníků vůči osobním asistentům. *„Ze začátku jsem se toho bála, maminka mě vždy přehlížela, koukala na mě*

z výšky...musela jsem si tam určité postavení prosadit.“ (FS 1) Při zúčastněném pozorování jsem i já tyto vztahy nadřízenosti a podřízenosti zaznamenala. Jednalo se převážně o případy, kdy byli dcera nebo syn klienta zaměstnáni na vyšší pozici v rámci pomyslného společenského profesního žebříčku. Tento způsob vertikální komunikace tak mnohdy ovlivňoval to, jakým způsobem probíhá domluva osobního asistenta s klientem, a měl vliv i na náročnost poskytování asistence. „U jedné paní, tam byl velký problém. Protože její dcera byla vyššího povolání a ta nás všechny řídila, i když při asistenci nebyla. „Mazec“, tam to bylo hodně náročné, tam i jako ta dcera si na nás počkala a vysloveně jsme dostávali.“ (FS 2)

Souhrnně lze říci, že z pohledu osobních asistentů je komunikace mezi rodinou a klientem vnímána spíše negativně. *„Většinou je komunikace negativní, z vlastní zkušenosti.“ (FS 2) „Společná domluva tam úplně nebyla.“ (FS 1)* Důvodem se ve většině případů stala jedna či více z mnoha výše analyzovaných komunikačních překážek, které v určitých situacích poskytované péče znemožňují hladký průběh společné domluvy mezi všemi stranami. Další oblast zkoumání kombinované péče z hlediska přínosu však ukáže, že vzájemná spolupráce a společná domluva je cílem většiny klientů a jejich rodin.

V rámci výzkumu se také ukázal jeden významný aspekt, který je nutno zmínit. Způsob, kterým probíhá komunikace a společná domluva mezi všemi stranami, může do jisté míry ovlivnit skutečnost, jestli asistence u seniora probíhá v domácnosti, kde je přítomna rodina, nebo jestli je asistence poskytována v domácnosti, kde žije klient sám nebo je při domluvě rodina zrovna nepřítomna, a proto domluva s ní ohledně poskytované péče probíhá na dálku, nejčastěji po telefon. Jak je patrné z výše uvedených citovaných výpovědí zkoumané oblasti, v zastoupení FS 2 je absentující přítomnost rodiny výsledkem složitější společné domluvy na péči vzhledem k jejím požadavkům a představám. Co se týče rozdílnosti způsobu komunikace v zastoupení FS 1, probíhá komunikace spíše na úrovni osobní, emocionální a operativní, zatímco u FS 2 se jedná převážně o formální a racionální rovinu komunikace.

4.3 Co je třeba překonat při kombinované formě péče

Tabulka č. 3: určená kategorie s přiřazenými kódy.

Úskalí:	vyjasnění rolí	vyrovnat se stářím	syndrom vyhoření	nespolupráce
----------------	----------------	--------------------	------------------	--------------

Po dobu zúčastněného pozorování jsem zaznamenala, že péče o osobu blízkou přináší zcela zásadní změny nejen v životě osob, které péči potřebují, ale také v životě osob v jejím blízkém okolí. U seniora se jedná o změny, které přináší vyšší věk, u rodinných příslušníků zase o změny v jejich dosavadním způsobu života, který musí nyní přizpůsobit péči o svého rodiče. Jak je z výzkumu zřejmé, všechny tyto změny, se kterými je třeba se vyrovnat, ovlivňují v nemalé míře i poskytování péče osobními asistenty v rodině klienta. Forma kombinované péče tak přináší mnohá úskalí, která je nutné umět překonat, aby tato dvojí forma zajistila co nejlepší péči klientovi. Základním předpokladem úspěchu je vzájemná domluva a spolupráce všech tří stran. Pro samotného klienta a rodinu je spolupráce se službou osobní asistence něco nového, co přináší změnu v jejich životě. Osobní asistenti často uváděli, že začátky asistencí u nových klientů byly mnohdy obtížné a doprovázené určitými střety, které bylo nutné překonat. Nějakou dobu trvalo, než si rodina a klient na změnu, kdy jim do domácnosti dochází zpočátku cizí osoba, zvykli. V mnoha případech bylo potřeba nastavit určité hranice, jasně stavit role, vymezit kdo jaké má kompetence a co je nutné dodržovat, aby tato dvojí forma péče správně fungovala.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů, který ohrožuje správnou funkčnost kombinované péče o klienta a efektivní spolupráci, je špatné chápání a odlišení rolí. Zásadní problém spočívá především v tendenci rodiny a klienta špatně odlišit účel a roli osobního asistenta, což může mít za následek stírání profesních hranic mezi osobním asistentem a klientem. Při zúčastněném pozorování bylo viditelné, jak je velmi podstatné hned na začátku jasně stanovit hranice a vyjasnit profesní roli a funkci osobního asistenta, jako jsou jeho povinnosti a komu má asistovat.

Často docházelo k případům, kdy měla rodina sklony slučovat profesní roli osobního asistenta jako pečovatele pomáhajícího klientovi v oblasti běžného denního života, ve které si nedokáže poradit sám, s více profesemi dohromady. Jejich představa o osobním asistentovi totiž v sobě nesla milnou domněnku o jeho kompetenčnosti k vícero činnostem,

což vyvolávalo konfliktní situace. „*No a další extrém, že pak uklízíme ještě po té rodině, jelikož nás tak vnímají, jako služby. Štípala jsem tam dřevo a oni mi ani nepomohli. Asistenci si sjednala klientka.*“ (FS 1) Rodina má často vůči osobnímu asistentovi vzájemně neslučitelná očekávání o poskytované péči a není schopná rezignovat na žádné z nich. V mnoha případech se tak od osobního asistenta očekávalo, že bude výborným pečovatelem, zároveň psychologem, zdravotníkem, profesionálním uklízečem aj. „*Ale je pravda, že se tam běhá od jednoho k druhému a každý mi něco vypráví a něco chce. Trošku jsem tam jako psycholog.*“ (FS 1)

Další úskalí, které tato forma dvojí péče přináší, spočívá v nerespektování potřeb a přání klienta rodinou, což má za následek časté hádky a rozepře, se kterými se osobní asistenti musí svým způsobem vypořádat. Základní problém, který v péči rodiny o seniora vyvstává, vidí osobní asistenti v tom, že se senior cítí být mnohdy zbytečný, podceňovaný, neuznávaný a nesdílí s rodinou stejný pocit potřeby další péči ze strany externích pomocníků. Pro seniory je těžké vyrovnat se s pocitem, že péče ze strany rodiny už je mnoha ohledech nedostačující. „*Klientka nechtěla ani převléct postel, uklidit, nic. Jednou to vyvrcholilo tím, že dostala úplně neskutečný vztek, začala mě vyhazovat a že chce zavolat syna, že má svoji rodinu a nepotřebuje, aby se staral o ni cizí člověk.*“ (FS 2) Výsledky výzkumu tak poukazují na důležitost umět dát klientovi roli v rodinném systému, kde bude mít možnost se na určitých věcech sám podílet a rozhodovat o nich. S ohledem na jeho zdravotní stav by měl on sám rozhodnout, zdali chce využít služby osobní asistence, a domluvit se s rodinou, aby tak nedocházelo k situacím, kdy je osobní asistent klientem nechtěný a je vyhazován z domácnosti. „*Klientka stále nadávala a vyhazovala mě ven, pak ten syn mě stále tlačil, abych tam něco dělala. Oni ani vůbec nevěděli, ta rodina, jestli tu asistenci chtějí.*“ (FS 1)

Diskuze účastníků fokusních skupin dále přirozeně směřovala k tématu diskutovaných úskalí, která přináší propojení rodinné péče s osobní asistencí, v oblasti pocitů, jež mají při poskytování péče, která je do jisté míry klientem nechtěná. Osobní asistent se tak v mnoha případech nachází mezi vyhoceným sporem klienta a rodiny, který se týká odlišných představ a požadavků stran asistence, a v rámci své profesionality se musí v těchto případech zachovat vždy nestranně. „*Já si myslím, že je hrozně důležité, aby ta asistentka ukázala, že nejsme na ničí straně, musí nastavit hranice, protože tam je to opravdu rozdělené ten manžel a ta žena.*“ (FS 1) Z výpovědí bylo zřejmé, že je pro ně

asistence za těchto podmínek velice nepříjemná a náročná. „*To bylo hrozně nepříjemné. Tam jsem za celou dobu nezažila tak nepříjemnou asistenci, jako tam. Cítila jsem se tam tak nechtěná.*“ (FS 1) V obecné rovině zde můžeme hovořit o riziku v podobě vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, který je stále přítomnou hrozbou jejich profese. „*Tam je ta asistence hrozný nápor.*“ (FS 1)

V závěru kapitoly lze souhrnem konstatovat, že celková podstata kombinované péče je založena na efektivní a kvalitní spolupráci a komunikaci s klientem a rodinou. Při poskytování péče osobní asistencí je nespolupráce jedním z hlavních problémů, který je třeba překonat nastavením pravidel a hranic, aby mohlo propojení fungovat. Téma špatná spolupráce bylo v rámci fokusních skupin nejdiskutovanějším. „*Když je ta asistence domlouvána a ta rodina nějakým způsobem nefunguje, tak je to komplikované. Jelikož když ten člověk potřebuje více hodin té péče, pak to třeba neuplatí nebo nekomunikuje. Jde to pak horko těžko poskytovat v tom domácím prostředí, když rodina nefunguje. Ideální stav je, když fungují všichni půl na půl, rodinná péče a osobní asistence. Ta rodina se musí zapojovat.*“ (FS 2)

V rámci diskuzí ve fokusních skupinách byla úskalí, která přináší forma kombinované péče, více prezentována u asistencí, kde byla přítomna rodina, což potvrzují i získaná fakta ze zúčastněného pozorování. Z pohledu osobních asistentů v zastoupení FS 2 probíhá asistence u klientů v domácnosti, kde není přítomen žádný z rodinných příslušníků, bez větších komplikací a poklidněji. I přes pokyny předem zadané rodinou je v době asistence jen na klientovi, jak se domluví s osobním asistentem, jak vymezený čas pro asistenci využije.

4.4 Pozitivní aspekty při propojení rodinné péče a osobní asistence

Tabulka č. 4: určená kategorie s přiřazenými kódy.

Přínos:	získání zkušeností	odlehčení	spokojenost	potřebnost
----------------	--------------------	-----------	-------------	------------

V předchozích kapitolách byly podrobně analyzovány střety a úskalí, která vznikají při propojení rodinné péče s péčí osobní asistence. Tyto výsledky výzkumu prozatím poukazují spíše jen na negativní aspekty kombinované péče. Na základně výsledků

z fokusních skupin a zúčastněného pozorování přináší ovšem tato forma dvojí péči i mnoho pozitivních aspektů, které budou v rámci této kapitoly představeny. V konkrétním hodnocení přínosu kombinované formy péče osobními asistenty došlo k vymezení několika oblastí potvrzujících potřebnost a smysl rodinné péče kombinované s péčí sociální, v tomto případě s péčí osobní asistence.

Jako významný přínos bylo hodnoceno získávání nových zkušeností a podnětných rad v oblasti péče. V tomto případě se jedná hlavně o přínos, který získává především rodina klienta. Jak praxe ukazuje, rozhodne-li se rodina vzít si některého z rodičů po hospitalizaci z nemocnice do domácí péče, ihned zjišťuje, že vlastně ani pořádně neví, jak o něj doma pečovat, jak s ním má manipulovat, co vše je potřeba pro něj zařídit, na co si dát pozor, jak pro něj uzpůsobit domácí prostory, jak mají s klientem cvičit, jakou kompenzační pomůcku by bylo pro něj vhodně sehnat aj. V tomto případě je rodina nakloněna využití pomoci terénních sociálních služeb. Osobní asistenti se tak stávají „pomocnou rukou“ nejen pro klienty se sníženou soběstačností, ale v mnoha případech i pro rodinu, pro kterou znamená asistence získání nových informací a rad v oblasti péče. *„Když se mluví o cvičení, tak rodina absolutně neví, jak se starat, která bije, tak ta asistentka tam vše ukáže, naučí nějaké cviky a ta rodina pak pokračuje dál, jelikož ta asistentka tam nemůže být taky pořád. Díky té asistenci a rodině se klient zlepšuje.“* (FS 1). V diskuzi osobní asistenti tuto pomoc rodině s péčí o rodinné příslušníky a její následné vyjádřený vděku velmi vyzdvihovali. *„Já jsem se setkala s tím, že když tam asistentka vnesla nový návrh, který by byl v souvislosti s péčí o klienta vhodný a dobrý, tak to ta rodina neodmítla a naopak byla ráda. Celá rodina byla vděčná, sešla se kolem mě a vysloveně „žrali“ moje nápady, moje návrhy, jak klientku přendat, jak jí polohovat. A byly za to hodně vděčný.“* (FS 1)

V rámci výzkumu bylo několikrát zmíněno, že přítomnost rodiny při asistenci má na péči spíše negativní dopady, ale existují konkrétní případy, kde je přítomnost rodiny přínosná a spolupráce s ní funguje bez problémů a příkladně. Jedná se o situace, kdy klient klade na osobního asistenta vysoké a nadprůměrné požadavky, které jsou však rodinou korigovány. V tomto směru tak rodina usměrňuje, aby ze strany pečovaného nedocházelo ke zneužívání osobního asistenta v činnostech, které zvládne sám. *„Tam to bylo tak, že klient seděl v křesle a chtěl podat kapesníčky, jelikož na to nedosáhne, to samé s ponožkami, které by si zvládl nadat sám. Ale když tam byl jeho syn, ten ho zarazil.“*

Ten syn ho vždy zabrzdil, aby si z nás nedělal takové otroky, jaký si z nás dělal. Myslím si, že to teď funguje.“ (FS 1)

Na základě výsledků výzkumů je jedním z dalších pozitivních aspektů kombinované péče odlehčení pečující rodině. Osobní asistence pomáhá uživatelům zvládat úkony v běžném životě tam, kde uživatel ztrácí schopnosti úkon provést sám bez pomoci, a jeho rodina není často schopna celkovou péči v adekvátní kvalitě a četnosti zajistit. V souvislosti s touto skutečností osobní asistenti v diskuzi často naráželi na fakt, že v pečujících rodinách, v nichž asistují, představuje péče o osobu blízkou opravdu velkou zátěž, která se pak negativně odráží ve vztazích s ostatními členy rodiny. Pomoc s péčí rodiny velmi rády přivítají, aby si mohly odpočinout. *„Ta asistence to tak má, že odlehčí rodině.“ (FS 2) „Já jsem myslela, že to jde o to, nějak toho klientka dál posunout, aby se zlepšil, ale o to zde nejde. Jde hlavně o to, aby si rodina odpočinula, a mohla odjet.“ (FS 2)* V rámci diskuze osobních asistentů vyvstaly ale i určité negativní pocity a názory ohledně přístupu rodiny k poskytované asistenci za účelem odlehčení. *„U jedné rodiny, tam zase všechno hodí na nás, odejdou do práce a vy se starejte a je jim vše jedno. Rodině je jedno, co se tam děje, hlavně, že tam není. Z toho já mám takový pocit.“ (FS 1)* V těchto případech nastává nepříjemná situace, kdy představy rodiny o poskytované péči osobními asistenty překračují rámec jejich možných kompetencí.

O nutnosti správné a funkční komunikace, potřebě společné domluvy a vzájemné spolupráci na ose rodina, klient, osobní asistent, se tato práce již zmiňovala. Jak vyplynulo z fokusních skupin, měřítkem pro posouzení funkčnosti kombinované péče se pro osobní asistenty stává spokojenost obou stran (klienta i rodiny) s poskytovanou péčí, vyjádření vděku a potřebnosti. *„A jednalo se s námi opravdu tak...Byl to pocit, dojem, jako že jsem někdo, absolutně nás nikdo neponižoval, vážili si nás. My jsme někdo, děláme obrovskou práci, on tedy ten syn mohl tak chodit do práce, ty dcery taky. Strašně si toho vážili a to je pak úplně jiný pocit, než když člověk přijde do nějaké rodiny a připadá si hrozně.“ (FS 2)*

V rámci diskuzí osobních asistentů ve fokusních skupinách lze souhrnně konstatovat, že z jejich pohledu jsou možnosti rodin zajistit svým příslušníkům potřebnou péči v plném rozsahu a kvalitě nedostačující. Formu kombinované péče tak vidí jako jedno z možných východisek jak zajistit klientovi plnohodnotnou péči co do kvality a četnosti. Primárním cílem osobní asistence je reálná pomoc klientovi, v jeho pozadí se ovšem skrývá nepřímá cílená pomoc samotným rodinným příslušníkům, kteří si tak mohou odpočinout a nabrat

psychické i fyzické síly, nebo se věnovat svým záležitostem. „*Všude je ponorka. Určitě se můžou ty vztahy v rodině pročistit, když tam přijde někdo jiný a nový jako třeba my.*“ (FS 2) „*Ve spoustě rodin by to nefungovalo, kdyby žádná služba nebyla, jako je tomu teď.*“ (FS 1)

V závěru této kapitoly je nutné porovnat přínos kombinované péče v závislosti na faktu, jestli je asistentce klientovi poskytována za přítomnosti rodiny, nebo se asistuje v domácnosti, kde je po dobu asistence klient sám. Výsledky výzkumu ukazují pozitivní přínos v podobě oběma stranami získaných zkušeností a podnětných rad převážně u skupiny FS 1, tedy tam, kde je přítomnost rodiny u asistence nevyhnutelná. U skupiny FS 2 bylo jako pozitivní přínos vyhodnoceno především odlehčení pečujícím osobám tam, kde probíhala péče osobní asistence bez účasti rodiny.

5 Diskuze

Stárání je v současné době v souvislosti s demografickými proměnami společnosti velmi aktuálním tématem, se kterým úzce souvisí péče o staré lidi. Na změny celospolečenského klimatu zapříčiněné demografickým stárnutím populace reaguje i tato bakalářská práce, která se zaměřuje na model kombinované péče o seniory. Jedná se o postupně se prosazující trend v české společnosti, který kombinuje model rodinné péče o seniora doplněný využitím veřejných sociálních služeb. Toto propojení rodinné péče se sociální péčí bylo pro účely práce zkoumáno v prostřední konkrétní sociální službě, a to osobní asistence.

Svobodová (2010) mluví o stárnutí populace jako o komplexním procesu, který se dotýká mnoha stránek praktického života a má tak vliv na postavení seniorů ve společnosti, na mezigenerační vztahy, ale i na individuální život seniorů. Péče o seniora v prostředí rodiny je v mnoha ohledech náročná, rodinní příslušníci i senior potřebující péči musí najít společný průsečík uspokojování svých potřeb a přizpůsobit se životnímu rytmu druhé strany (Altomonte, 2016). Využití pomoci v poskytované péči třetí, externí osobou má značný vliv na změnu charakteru péče z hlediska změn v sociálních interakcích, komunikační rovině, rodinných vztazích, může dojít i k předefinování potřeb ze strany rodiny a seniora.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování možností a limitů, které existují při uplatňování modelu kombinované péče o klienta. Důvod pro výběr sociální služby osobní asistence, na které jsou demonstrovány výsledky práce, spočíval především v charakteru samotné služby, neboť nejvíce odpovídal potřebám práce. Změnou společenského klimatu a demografické situace v populaci dochází postupně také k charakteristické proměně zájemců o poskytování sociálních služeb. Ačkoliv je služba osobní asistence zákonně vymezena všem lidem se zdravotním postižením, a to už od jednoho roku věku, v současné době je více využívána seniory či jejich blízkými, kteří o ně pečují. V organizaci, kde výzkum probíhal, tvořili senioři dvě třetiny klientů služby osobní asistence. Z těchto důvodů se tato práce a její výsledky zaměřují pouze na seniory.

Zůstává samozřejmě otázkou, nakolik by výsledky práce byly odlišné v případě, že by autorka ve výzkumu zohlednila všechny cílové skupiny osobní asistence, které spadají do jejího zákonného vymezení.

Vzhledem k tématu práce byl jako nejvhodnější metoda zvolen kvalitativní výzkum formou zúčastněného pozorování a dvou fokusních skupin, tvořených celkem dvanácti osobními asistenty. Metoda fokusních skupin se pro hlubší analýzu zkoumaného jevu v tomto případě jevila jako vhodnější než polostrukturované rozhovory. Mezi její přednosti patří tzv. skupinová dynamika vznikající mezi respondenty během vzájemné diskuze, která je stimuluje k výpovědím (Toušek, 2012, s. 75). V mnoha případech se jednalo o velmi citlivé výpovědi, které by mnozí osobní asistenti při rozhovoru mezi čtyřma očima sami nesdělili. V rámci skupinové diskuze byli osobní asistenti více otevřenější. Ve skupině cítili větší podporu a bezpečí, uklidňovalo je vědomí, že jejich výpovědi se shodují s výpověďmi ostatních členů skupiny.

Při kombinované formě péče jsou velice důležité vztahy na ose klient-rodina, klient-asistent, ve kterých ale může docházet k různým konfliktům. Příčin konfliktů určili osobní asistenti několik. Péče a její formy se musejí doplňovat a kombinovat tak, aby vyhovovaly potřebám klientů, a jak již bylo řečeno, některé jejich potřeby se v čase mění. Někteří klienti a jejich rodiny byli nadšeni tím, co všechno je osobní asistence schopna zajistit, pro jiné to bylo málo nebo měli odlišené představy a požadavky na péči poskytovanou osobní asistencí. V obecné rovině tak můžeme hovořit o střetu zájmů, který byl dle výpovědí asistentů jedním ze zásadních limitů narušující vztah všech tří stran při poskytování péče.

Z výzkumu bylo evidentní, že v mnoha konkrétních případech řídí péči osobní asistence rodina, která si určuje, jak a kdy bude péče poskytovaná v závislosti na jejich volném čase. Jako klient je chápán nejen senior, ale často i jeho rodinní příslušníci poskytující mu péči. Jednou z hlavních myšlenek osobní asistence je sice odlehčení pečující rodině, ale v tomto případě, i přes maximální snahu osobní asistence vyjít vstříc všem klientům a jejich rodinám, musí být nastavena určitá pravidla a hranice služby, které ukládá zákon i odpovědnost vůči zaměstnancům.

V tomto ohledu můžeme hovořit o péči jako interakci mezi sociálním a materiálním systémem, kdy nelze jednu formu péče přesunout na určitou složku a vyhnout se tak podílu zodpovědnosti. Ideální situace nastává, když dochází k dělení odpovědnosti. To znamená i to, že určitou formu odpovědnosti péče přebírá stát nastavením finančních podmínek

pomoci ve formě příspěvku na péči, za kterou si může klient a jeho rodina sjednat pomoc od jiných externích pracovníků, v tomto případě zaměstnanců terénní sociální služby osobní asistence.

Na základě poznatků Jeřábka et al. (2013) je důležitým faktorem mezi rodinou a seniorem fungující mezigenerační komunikace, která je podstatná pro spolupráci a společnou domluvu na péči. Po domluvě na četnosti služba osobní asistence doplňuje rodinnou péči.

Péče úzce souvisí se sociálními vztahy a potřebami. Dobré rodinné vztahy jsou významnou potřebou v životě každého člověka, poskytují mu pocit bezpečí, přijetí, lásky aj. Tato pomoc je obousměrná, ale jak výzkum ukázal, ne vždy musí být vyrovnaná. Z dlouhodobého hlediska vzniká mezi seniorem a pečujícím členem rodiny určitá jednostranná závislost, ze které není mnohdy úniku. Závislost na péči se jako problém projevuje i tehdy, když jedna strana odmítá spolupráci nebo pomoc jiných členů rodiny či zapojení externích pracovníků mimo okruh rodiny. Výzkum ukázal, že tento stav se v mnoha situacích projevuje bezmocností ústící ve skryté konflikty ve vztazích, které do značné míry ovlivňují péči v rodině poskytovanou osobním asistentem.

Dnešní trend kombinování různých forem péče je přirozeným výsledkem reakce na současnou populační situaci. Sociální politika státu se zatím neprojevuje jako příliš flexibilní v reakcích na proměny věkového složení populace. Naopak různě laděné postoje mladší generace ke starší generaci a mezigenerační vztahy prochází rychlým vývojem a proměnami. Roli v nepříznivém demografickém složení společnosti jistě sehrávají i stále se zdokonalující možnosti medicíny a ošetrovatelské péče doprovázené vysokými finančními náklady a kolabujícím sociálním systémem v oblasti nedostatečného zajištění míst v sociálních zařízeních pro seniory a nedostatečného financování. V evropských zemích je dnešní tendence taková, že v první řadě nese zodpovědnost za péči rodina, což je model vycházející z historické zkušenosti. Pokud tuto zodpovědnost nemůže převzít, přebírají zodpovědnost za péči další složky.

I když dvojí forma péče poskytovaná jak rodinou tak vhodně zvolenou sociální službou přináší jistá úskalí, která byla v práci představena, osobně vidím tuto kombinaci jako nejvhodnější kompromis jak klientovi umožnit co nejdéle setrvání v domácím prostředí a jak rodině umožnit co možná nejpřirozenější bezproblémové fungování.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala otázkou propojení rodinné a sociální péče, které bylo zkoumáno v prostřední konkrétní sociální službě, osobní asistence. Cílem bylo zjistit, jaké možnosti a limity existují při péči o klienta osobní asistence, o kterého zároveň pečuje rodinný příslušník (příslušníci). K objasnění hlavního cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky, jejichž záměrem bylo zjistit, jaká úskalí či střety, ale i pozitivní aspekty vznikají při této dvojí formě péče a jaký je charakter sociálních interakcí mezi rodinou a službou osobní asistence. Cíl této práce byl v zásadě splněn.

Práce akcentovala několik základních tematických okruhů. Pozornost zde byla kladena především na význam rodinné péče a služeb osobní asistence, mezigenerační vztahy, roli seniora a rodiny při poskytování péče.

Hlavní snahou této práce bylo z pohledu osobních asistentů ukázat, jaké významné aspekty přináší tato kombinovaná forma péče, a jakým způsobem se projevují při praktické komunikaci osobního asistenta, klienta a rodiny. Výzkum proběhl kvalitativní výzkumnou metodou, formou zúčastněného pozorování a fokusních skupin, jejichž výsledkem byly čtyři oblasti zkoumaného jevu, z nichž byly prezentovány (analyzovány) výsledky výzkumu.

Výsledky výzkumu v oblasti konfliktů ukazují, že ke střetům při dvojí formě péče docházelo, především z důvodu rozdílných představ o poskytované péči a rozdílných potřeb rodiny a klienta, kdy každá ze zúčastněných stran chtěla něco jiného. Z obecného hlediska měl tento střet zájmů velmi neblahý vliv na vzájemnou komunikaci a spolupráci v poskytování péče, které jsou předpokladem pro dobré mezilidské vztahy a úspěšné poskytování péče samotné. Osobní asistenti se často ocitali v nekomfortní pozici mezi odlišnými požadavky dvou stran, a museli v rámci své profesionality zachovat nestrannost. Důležitou roli zde hrála také otázka mezigenerační solidarity a rodinných rozepří, které měly zásadní vliv na kvalitu poskytované péče osobním asistentem v rodině klienta.

Další výsledky výzkumu ukazují na problémy v oblasti komunikace. Dle shodných názorů osobních asistentů neshledávali komunikaci mezi nimi, rodinou a klientem v mnoha ohledech jako fungující a příjemnou. Příčinu lze hledat v absentujících pravidlech, která jsou pro funkčnost společné komunikace podstatná. Jednalo se převážně o nejasnost a nepravdivost informací, ne/srozumitelnost vyjádření, nedostačující zpětnou vazbu,

problém s ověřováním informací aj. Podstatný byl v tomto ohledu i způsob komunikace, který do jisté míry ovlivňoval sociální interakce mezi rodinou, klientem a osobním asistentem. V rámci interpersonálního chování měla v mnoha aspektech při domluvě o poskytované péči dominantní postavení rodina.

Další výslednou oblastí výzkumu, jež byla v práci analyzována, bylo téma úskalí při kombinované formě péče. Práce se zabývala otázkou, co je nutné při dvojí formě poskytované péče překonat, kde mohou nastat problémy. Z výsledků výzkumu vyplynulo následující: Aby mohla forma kombinované péče bez problémů fungovat a vyhovovala tak požadavkům a představám všech stran, je důležité hned zpočátku vyjasnit role rodiny, klienta a osobního asistenta v poskytování péče, upřesnit kompetence osobního asistenta a nastavit profesionální hranice, aby nedošlo k jejich překročení a zneužívání. Jako další úskalí, které může při kombinované formě péče nastat, bylo osobními asistenty shledáno riziko syndromu vyhoření. Asistence, kde panovaly neshody mezi přáním klienta a rodiny, byly pro asistenty velmi psychicky náročné.

V otázce přínosu poskytované péče kombinovanou formou péče rodinné a osobní asistence bylo při výzkumu zjištěno několik pozitiv. Jedním z kladně hodnocených přínosů bylo poskytnutí podnětných rad rodině při péči o jejich blízkého. Tyto sdílené rady usnadňují rodinám praktickou stránku péče. Dalším přínosem, který osobní asistenti konstatovali, byla možnost odlehčení pečujícím rodinám, které umožňuje právě návštěva a činnost osobního asistenta v domácnosti.

Souhrnně lze na základě výsledků teoretické i praktické části konstatovat, že podstata kombinované péče o klienta může být maximálně naplněna pouze za předpokladu efektivní komunikace a spolupráce všech zúčastněných stran – osobního asistenta, klienta a rodiny. Dosáhnout ideálního stavu ale není snadné, neboť práce osobních asistentů má své profesionální limity a možnosti omezené pracovní a profesionální etikou.

Zjištění, která vyplynula z této práce, jsou aktuální pro všechny potencionální čtenáře, neboť každý z nás se může dostat nejen do situace, kdy bude o nesoběstačného člena rodiny pečovat, ale i do situace, kdy se sám nesoběstačnou osobou stane. Celkový přínos práce pro zdravotně sociální oblast spatřuji v jednoduchém shrnutí informací o možnostech pomoci skrze sociální služby s péčí o osobu blízkou v rámci rodiny, která vzhledem k současné demografické situaci může být pro každého z nás velmi aktuálním tématem.

Předmět výzkumu byl záměrně uchopen formou kvalitativního empirického výzkumu za použití metod zúčastněného pozorování a fokusních skupin. V návaznosti na toto téma by bylo do budoucna zajímavé zopakovat výzkum, který by se tentokrát soustředil nejen na názory a pohledy osobních asistentů na poskytovanou péči v kombinaci s rodinou péčí, ale rozšířil by se o názory rodinných příslušníků na limity a možnosti této dvojí formy péče. Výsledky by byly v rámci fokusních skupin komparovány. Jako druhá potencionální možnost rozvedení výsledků práce se nabízí rozšíření výzkumu na všechny skupiny klientů, které mají zákonné právo na využívání služby osobní asistence a skutečně ji využívají.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *Active Ageing A Policy Framework*, 2002. [online]. World Health Organization. [cit. 2020-03-21].
Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
2. ALTOMONTE, G., 2016. Beyond Being on Call: Time, Contingency, and Unpredictability Among Family Caregivers for the Elderly. *Sociological Forum*. 31(3), 642-662, doi: 10.1111/socf.12267.
3. BERNARD, H. R., 2018. *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. 6th Edition. Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield. 709 p. ISBN 9781442268883.
4. BYRNE, D., GOEREE, M. S., HIEDEMANN, B., STERN, S., 2009. Formal Home Health Care, Informal Care, and Family Decision Making. *International Economic Review*. 50(4), 1205-1242, doi: 10.1111/j.1468-2354.2009.00566.x.
5. CIESLAR, J., 2019. *Počet obyvatel je nejvyšší od konce války* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-je-nejvyssi-od-konce-valky>
6. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-340-3.
8. DEWALT, K. M., DEWALT, B. R., 2011. *Participant Observation: A Guide for Field workers*. 2nd Edition. Lanham, MD: Alta Mira Press. 278 p. ISBN 978-0759119277.
9. DUDOVÁ, R., VOHLÍDALOVÁ, M., 2018. Muži a ženy pečující o seniory v rodině. *Sociologický časopis*. 54(2), 219-225. ISSN 0038-0288.
10. GEDYE, G., 2019. Who Cares. *Washington Monthly*. 51(7/8), 15-18. ISSN 00430633.
11. GLOSOVÁ, D., 2006. *Bydlení pro seniory*. 1. vydání. Praha: ERA. 180 s. ISBN 80-7366-057-1.

12. HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, J., 2013. *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. 1. vydání. Praha: SLON. 170 s. ISBN 978-80-7419-152-7.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2014. Solidarita se seniory v ČR – proklamace realita a jaká budoucnost? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 4(2), 30-41. ISSN 1804-8137.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
16. JEŘÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SLON. 317 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
17. KOK, L., BERDEN, C., SADIRAJ, K., 2015. Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*. 16(2), 119-131, doi: 10.1007/s10198-013-0557-1.
18. KUBEŠOVÁ, L., 2006. *Zdraví pro třetí věk*. 1. vydání. Praha: Rebo Productions CZ, spol. s.r.o. 270 s. ISBN 80-7234-536-2.
19. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
20. *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, 1998 [online]. OECD. [cit. 2020-3-21]. Dostupné z: http://www.oecd.org/els/public_pensions/2429430.pdf
21. MÁTL, O., 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
22. MATOUŠEK, O. et al., 2011. *Sociální služby*. 2. vydání. Praha: Portál. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
23. OCHRANA, F. et al., 2010. *Veřejný sektor a veřejné finance: Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

24. PIERRET, CH. R., 2006. The “Sandwich Generation”: Women Caring for Parents and Children [online]. *Monthly Labor Review*, 129(9), 3-9. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <http://www.bls.gov/opub/mlr/2006/09/art1full.pdf>
25. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100*, 2013. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>
26. PRŮŠA, L., 2015. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. In: *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*. Praha: Český statistický úřad. 57(3), 231-244. ISSN 0011-8265.
27. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s. r. o. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
28. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*, 2020. [online]. MPSV. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1588025621381_16
29. SCHENSUL, J. J., LECOMPTE, M. D., 2013. *Essential ethnographic methods: A mixed methods approach*. 2nd Edition. Plymouth: Alta Mira Press. 386 p. ISBN 978-0-7591-2204-8.
30. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025*, 2018. [online]. Hospodářská komora České republiky. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.komora.cz/legislation/72-19-strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-t-6-6-2019/>
31. SVOBODOVÁ, K., 2010. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. [online]. [cit. 2019-12-08]. In: *Dvacet let sociodemografické transformace: Sborník příspěvků XL. konference České demografické společnosti*. Brno: Český statistický úřad, s. 185-194. ISSN 0011-8265. Dostupné z: <https://www.czechdemography.cz/res/archive/002/000232.pdf?seek=1470164071>
32. ŠÍDLO, L., KŘEŠŤANOVÁ, J., 2018. Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí. *Demografie*. 60(3), 248-265. ISSN 0011-8265.

33. ŠTYGLEROVÁ, T., NĚMEČKOVÁ, M., ŠIMEK, M., 2014. *Stárnutí se nevyhneme*. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>
34. TANSKANEN, A. O., KALLIO, J., DANIELSBACKA, M. 2019. Should the family or the state provide support for the elderly people? Findings from a two-generational Finnish study. *The International Journal of Sociology and Social Policy*. 40(1), 138-155, ISSN 0144-333X.
35. TOUŠEK, L., 2012. Vybrané aspekty metodologie aplikované antropologie. In: HIRT, T. et al. *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Plzeň: Západočeská univerzita, s. 25–109. ISBN 978-80-261-0122-2.
36. URBAN, D. et al., 2018. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, s.r.o. 135 s. ISBN 978-80-7422-637-3.
37. *Vybrané demografické údaje*, 2019. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-2018>
38. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7026. ISSN 1211-1244.
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1270. ISSN 1211-1244.
40. Zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2006 [online]. Fulsoft.cz - Zákony, judikatura a literatura 2020–2021. [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://www-fulsoft.cz/zdroje.vse.cz/33/372-2011-sb-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-ve-zneni-ucinnem-k-24-4-2019>