

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální pedagogiky

# **Ztráta soběstačnosti seniorů a její vliv na rodinu**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Nosková  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Monika Vacková  
Oponent práce: PhDr. Václav Škop, CSc.



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Bc. Petra Nosková

**Studium:** P17K0335

**Studijní program:** N7507 Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** Sociální pedagogika

### **Název diplomové práce: Ztráta soběstačnosti seniorů a její vliv na rodinu**

Název diplomové práce AJ: Loss of self-sufficiency of seniors and their influence on the family

#### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se bude zabývat změnami v rodině v důsledku péče o stárnoucího seniora. V teoretické části bude přiblíženo období stáří člověka a problematika, která se této věkové etapy dotýká a to z pohledu regresivních změn organismu a osobnosti včetně dopadu těchto změn na rodinu jako celek. Budou přiblíženy možnosti pomoci a podpory seniorů v případě ztráty jejich soběstačnosti a dopady řešení těchto situací na rodinu. Dále bude porovnána péče o seniora v moderní a postmoderní době. Bude zdůvodněn význam a úloha sociální pedagogiky při výchově a vzdělávání dětí a mládeže v oblasti rodiny a utváření mezigeneračních vztahů. V praktické části bude proveden kvalitativní výzkum metodou rozhovorů s pečujícími osobami. Cílem práce bude poukázat na problematiku života pečující osoby a dopad této situace na její vlastní život a možnosti podpory a péče ze strany současné společnosti.

Hendl, J. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál

Matoušek, O. 2005.

Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál

Qureshi, H., Henwood, M. 2000. Older people's definition of quality services. York:

Joseph Rowntree foundation YPS Walker, A. 2005. Growing older in Europe.

Maidenhead, Berkshire: Open University Press. Mühlpachr, P. 2004.

Gerontopedagogika. Brno: MU

**Garantující pracoviště:** Katedra sociální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Monika Vacková

**Oponent:** PhDr. Václav Škop, CSc.

**Datum zadání závěrečné práce:** 6. 11. 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Černíkovicích dne 15. 11. 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 15. 11. 2019

Podpis studenta:.....

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Mgr. Monice Vackové za odborné vedení práce, konzultace a podnětné připomínky, kterými provázela psaní této diplomové práce. Velké poděkování patří mé rodině za podporu po celou dobu studia.

## **Anotace**

NOSKOVÁ, Petra. *Ztráta soběstačnosti seniorů a její vliv na rodinu*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2019. 103 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se snaží přiblížit změny v rodině, které vznikají v důsledku péče o nesoběstačného seniora. V teoretické části je charakterizována stárnoucí společnost, proces stárnutí a stáří člověka. Jsou uvedeny formy podpory a péče o nesoběstačného seniora. Je popsán vývoj rodiny a péče v moderní a postmoderní rodině. Práce zdůvodní význam a úlohu sociální pedagogiky při výchově a vzdělávání dětí a mládeže v oblasti rodiny a utváření mezigeneračních vztahů. V empirické části byl zvolen kvalitativní výzkum, který zobrazí životní příběhy pečujících osob, které byly zpracovány pomocí narativní analýzy. Cílem práce je poukázat na problematiku života pečující osoby a dopad této situace na její vlastní život a možnosti podpory a péče ze strany současné společnosti.

Klíčová slova: senior, rodina, soběstačnost, neformální péče, pečující

## **Annotation**

NOSKOVÁ, Petra. *Loss of self-sufficiency of seniors and their influence on the family*. Hradec Králové: Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2019. 103 pp. Diploma Dissertation.

The diploma thesis deals with the changes in families caused by the care of non self-sufficient pensioners. The theoretical part examines the aging society, process of aging and an old age itself, the forms of support and care of nonsufficient senior citizens and the development of family care in modern and postmodern family. The diploma substantiates the significant role of social pedagogics within the framework of education in the family and intergenerational aspects. The empiric part, which is on the form of narrative analysis, contains qualitative research presenting life stories of care providers. The diploma aims to present the care providers issue, its impact on their lives and the ways of possible support provided by the society.

Key words: senior, family, self- sufficiency, informal care, care provider

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1 STÁRNOUCÍ SPOLEČNOST .....</b>	<b>12</b>
1.1 Demografické stárnutí populace .....	12
1.2 Proces stárnutí a stáří .....	14
1.3 Omezení soběstačnosti .....	16
1.4 Formální podpora péče o seniora .....	20
<b>2 RODINA.....</b>	<b>23</b>
2.1 Rodina a rodinný systém.....	23
2.2 Funkce rodiny.....	26
2.3 Moderní rodina.....	29
2.4 Postmoderní rodina .....	31
2.5 Mezigenerační vztahy a mezigenerační solidarita .....	34
<b>3 PÉČE V PŘIROZENÉM PROSTŘEDÍ.....</b>	<b>40</b>
3.1 Péče v průběhu času .....	40
3.2 Neformální péče a její typy .....	42
3.3 Postavení pečujících ve společnosti .....	44
3.4 Podpora pečujících .....	46
3.5 Kvalita života pečujících.....	50
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>53</b>
4.1 Cíl výzkumu .....	53
4.2 Metoda výzkumu.....	53
4.3 Technika výzkumu .....	54
4.4 Výzkumný vzorek .....	56
4.5 Limity výzkumu .....	59
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>60</b>
5.1 Interpretace a analýza rozhovorů .....	60
5.1.1 Respondentka A „Péče s využitím sociální pomoci“ .....	60
5.1.2 Respondentka B „Pro maminku udělám vše“ .....	64
5.1.3 Respondentka C „Příběh silné rodiny“ .....	67
5.1.4 Respondentka D „Zvládnou to sama“ .....	74
5.1.5 Respondentka E „Sebezničující péče“ .....	77
5.1.6 Respondentka F „Péče, nebo rozvod“ .....	80



5.2	Syntéza analyzovaných výstupů .....	87
5.3	Diskuze.....	91
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERARURY .....</b>	<b>96</b>

## ÚVOD

Diplomová práce se bude zabývat tématem péče o nesoběstačného seniora v rámci rodiny. Stárnutí je závěrečnou etapou života a společně s ním přicházejí i změny, které ovlivňují kvalitu života stárnoucího jedince a těmto změnám je nutné přizpůsobit i podmínky pro stárnutí v rámci společnosti. Důležitým faktem je, že se délka lidského života prodlužuje. Demografické prognózy očekávají, že hrozí vysoká obsazenost sociálních zařízení pro seniory a zároveň s tím je nutno podporovat instituty neformální rodinné péče.

Důvodem volby tématu je moje osobní zkušenost, jelikož jsem se péčí o nesoběstačného člena rodiny setkala ve své rodině. Moji rodiče a jejich sourozenci byli v posledních dvaceti letech postaveni před otázkou, jak se s tímto problémem vypořádat. Jednalo se o složité životní situace a rozhodnutí. V rámci rozhodování o způsobu péče o nesoběstačného seniora hrál největší roli vztah k tomuto blízkému seniorovi a dále druh jeho onemocnění. V mé rodině existovala vždy snaha pečovat o blízkého člověka v domácím prostředí, ale rozhodně se nejednalo o jednoduchou záležitost. Domácí péče zasahovala vždy do života celé rodiny, a proto jsem se rozhodla danou problematiku přiblížit.

V současné době existuje síť sociálních služeb, která umožňuje zajistit péči o seniora ve formálním sektoru. V posledním desetiletí se začala obracet pozornost i k péči neformální, neboť stát si začal uvědomovat důležitost neformální péče, která se bude v souvislosti s demografickým stárnutím populace stále rozvíjet. Ve společnosti bude třeba osob, které se budou věnovat nesoběstačnému seniorovi. Je nutné, aby těmto osobám byly vytvořeny odpovídající podmínky pro péči. Snahou je vytvoření vyváženého prostředí, tak aby péče byla zajištěna ke spokojenosti obou stran - osoby opečovávané i osoby pečovatele.

Cílem mé diplomové práce je zjistit dopad péče na rodinu a její členy, kteří pečují o nesoběstačného seniora a přiblížit problematiku péče o tohoto seniora v současné době. Zmíním aktuální sociální nástroje využitelné při formální i neformální péči. Z dostupných materiálů uvedu, jak probíhala péče v rodině moderní a rodině postmoderní. Budu zjišťovat, jaké změny probíhaly v rodinných vztazích. Zaměřím se na možnosti působení sociálního pedagoga na rodiny, které se starají o nesoběstačného seniora. V závěru diplomové práce navrhnou možné formy pomoci.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část je členěna do tří základních kapitol. Obsahem první kapitoly je proces stárnutí, protože se týká nejenom samotných seniorů, ale nás všech. Je zde popsáno demografické stárnutí společnosti a jeho dopady pro společnost. V další části jsou definovány pojmy stárnutí, stáří a jejich důsledky pro jedince. V navazující části je popsáno omezení soběstačnosti a jsou zmapovány možnosti péče o seniora, které nabízí současný sociální a zdravotní systém v České republice.

V druhé kapitole diplomové práci popíši pojem rodina a její vývoj v průběhu času. Rodina má zásadní vliv na to, jak vypadá česká společnost, podílí se na vývoji osobnosti jedince, zároveň ovlivňuje ekonomiku státu, skýtá jedinci pocit, že někam patří a zajišťuje životy generací budoucích. Toto jsou základní funkce rodiny a z tohoto důvodu je třeba rodinu chránit a podporovat její lepší postavení ve společnosti. Součástí kapitoly bude porovnání rodiny v době moderní a v době postmoderní. Závěr kapitoly se věnuje utváření mezigeneračních vztahů. Popisuje roli sociálního pedagoga, jako významného činitele působícího v rámci výchovného procesu na jedince a na rodinu pečující o nesoběstačného seniora.

Třetí kapitola porovná, jak se vyvíjely možnosti péče o seniory za posledních sto let. Přiblíží možnosti, které současný sociální systém skýtá osobám pečujícím, jež se rozhodly pečovat v přirozeném prostředí. Bude poukázáno na možnosti v současnosti dostupné pro pečující osoby a jejich výhody a úskalí, které přináší. Zároveň přiblížím kvalitu života pečujících osob.

V empirické části je nejprve popsán výzkumný problém a stanoveny dílčí výzkumné cíle. Součástí empirické části je popis zvolené výzkumné metody, výzkumného vzorku a techniky sběru dat. Pro přiblížení celé problematiky jsem zvolila kvalitativní výzkum. Ve výzkumné části je pomocí narativní analýzy zpracováno šest příběhů pečujících a jejich rodin.

Význam této práce spočívá v možném přínosu pro osoby, které se dostanou do životní situace vyžadující náhlé řešení péče o svého blízkého. Práce nabídne popis aktuálních možností péče a vzhled do problematiky, se kterou se potýkají rodiny pečujících. Zároveň může upozornit na slabiny systému neformální péče a jejich dopady na rodinné vztahy, v čemž spatřuji prostor pro sociální pedagogy. Úkolem sociálního pedagoga je působit na znevýhodněné sociální skupiny a zde jsou zastoupeny dvě skupiny najednou – senior a pečující.

# 1 STÁRNOUCÍ SPOLEČNOST

V úvodní kapitole se budu zabývat demografickým (populačním) stárnutím společnosti, jelikož má dopady nejen na společnost jako celek, ale i na rodinu. Přiblížím pojmy stárnutí a stáří a jejich vnímání společností, včetně nejběžnějších onemocnění, snižujících kvalitu života seniorů a vedoucích ke ztrátě soběstačnosti. V závěru kapitoly budou uvedeny možnosti podpory a pomoci současného sociálního a zdravotního systému, které umožňují nesoběstačnému seniorovi prožít plnohodnotný život ve svém přirozeném prostředí.

## 1.1 Demografické stárnutí populace

Obecně známým faktem je, že délka lidského života se prodlužuje, zlepšuje se zdravotní stav obyvatelstva a stáří se stává běžně dosahovanou etapou života. Na počátku 20. století se u evropských národů pohybovala střední délka života okolo 40 let, na začátku 21. století překročila u mužů 70 let a u žen se přibližovala 80 letům. Tento jev, charakteristický pro současný populační vývoj, je nazýván demografickým stárnutím populace.

V literatuře i v médiích se velmi často setkáváme s pojmem populační stárnutí. Je spojováno nejenom s Českou republikou, ale i s celosvětovou populací. Jedná se o proces, ve kterém se mění věková struktura obyvatelstva – zvyšuje se podíl osob starších 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let. Populační stárnutí je jev, který se promítá a promítat bude do všech oblastí života, čímž přináší základní proměnu společnosti. (Truhlářová, 2015, s. 29)

Populačnímu stárnutí se věnuje Rabušic, poukazujíc na hodnotovou proměnu společnosti, s tím související snižování porodnosti a současně na prodlužující se život, jež je důsledkem medicínského pokroku a racionalizace lidského života. (2002, s. 22) Údaje Českého statistického úřadu říkají, že v současnosti je v České republice více než 2.380.000 osob starších 60 let, což činí 23% populace. Prognóza předpokládá, že v roce 2045 jejich počet překročí 4.000.000, což bude činit 37% populace. Nejedná se pouze o fakt, že stárne populace, ale stárnou i senioři v ní. V současnosti představují lidé starší 80 let 4% populace, předpokládá se však jejich výrazný nárůst – v roce 2060 bude jejich počet činit celých 14% populace. Česká republika se v minulosti řadila k populačně mladším zemím a zaostávala za západoevropskými zeměmi. Předpokládá se, že po roce 2030 se předpokládá, že bude patřit ke světově nejstarším populacím. Naděje dožití v současnosti představuje v České republice 81 let pro ženy a 75 let pro muže. V roce

2060 je předpokládán postupný nárůst věku a naděje dožití u žen by mohla být 90 let a u mužů 86 let. (Petrová Kafková, 2013, s. 14-15)

Demografické stárnutí je problémem, kterým se zabývají vlády jednotlivých evropských států. V České republice koordinuje politiku přípravy na stárnutí populace Ministerstvo práce a sociálních věcí. „V roce 2015 vzniklo samostatné oddělení politiky stárnutí na základě Usnesení vlády č. 218 ze dne 30. dubna 2015, ve kterém byla Ministerstvu práce a sociálních věcí uložena povinnost vytvořit pět systematizovaných míst k zajištění agendy pro oblast přípravy stárnutí.“ (MPSV [online] 2019) Jedním z jeho hlavních úkolů je tvorba a plnění priorit Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí (pro rok 2013 až 2017), finanční podpora organizací zajišťujících aktivizační akce pro seniory, zajišťování státních financí směrem k plnění výzev politiky stárnutí v krajích, uskutečňování setkání Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a tak dále. (MPSV [online] 2019) Další z oblastí, kterým se Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí (pro období 2013 až 2017) věnuje je, „Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností“. Jeho vizí je široká nabídka provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatелů, která bude reagovat na specifické potřeby nejkřehčích seniorů s omezenou soběstačností. (MPSV [online] 2019)

Na demografické stárnutí je nahlíženo ze dvou úhlů pohledu. První pohled poukazuje na to, že se jedná o jeden z největších úspěchů lidstva. Druhý pohled vnímá populační stárnutí jako negativní jev, který zvyšuje nákladnost penzijních, zdravotních a sociálních systémů. Populace seniorů je populací, která není ekonomicky aktivní, a proto je ekonomicky velmi nákladná. Petrová Kafková uvádí, že z pohledu demografie se hovoří o demografické panice, která spojuje stárnutí s ohrožením prosperity společnosti. Před veřejností je prezentována představa stáří jako velmi nákladné socio-ekonomické služby neúměrně zatěžující státní rozpočet. (2013, s. 16) V názorech sociologů, demografů nebo ekonomů také existují rozpory ohledně prosperity moderní společnosti při prohlubování demografického stárnutí a při pokračování populačního poklesu. (Kocourková, 2006, s. 126)

Vnímání české společnosti je ovlivněno **ageismem**. Haškovcová tento anglický pojem vysvětluje jako projev averze vůči starým lidem a vůči všemu, co stáří připomíná. (2012, s. 48) Domnívám se, že se jedná o ovlivnění společnosti mediálním světem, který ukazuje starší občany jako břímě pro společnost, ale zapomíná na jejich přínos pro budoucí generace.

Petrová Kafková uvádí, že v historii lidstva se úmrtnost prolínala celým obdobím lidského života, v době postmoderní se úmrtnost koncentruje až do věku nejvyššího. V lidských společnostech vždy byli starší lidé, ale nikdy jejich počet nebyl tak vysoký jako v dnešní době. Zvládnutí atributu stárnutí společnosti je výzvou nejenom pro jedince, ale i pro celou společnost. (2013, s. 9)

## 1.2 Proces stárnutí a stáří

OSN definuje **stárnutí jako celoživotní proces**, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí. Jedná se o individuální proces, který se projevuje tím, že každý člověk stárne svým tempem. To je dáno různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem. (Mühlpachr, 2004, s. 18-22)

„**Stáří představuje závěrečnou etapu lidského života** a je výsledkem procesu stárnutí, které je charakteristické určitými znaky a specifiky. Hartl a Hartlová definují stáří jako konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života. Jedná se o etapu konečnou, po níž následuje pouze nevyhnutelná smrt.“ (2000, s. 562)

Souhrnem poznatků o stárnutí a stáří se zabývá multidisciplinární obor **gerontologie**. Gerontologie přinesla několik hypotéz o podstatě základních mechanismů stárnutí, ale žádná z nich nedodala návod na jeho zpomalení. Hlavní zásluha v prodlužování lidského života je připisována pokroku v medicíně a ve zlepšení životních a hygienických podmínek. Stárnutí je nutno vnímat jako součást vývoje organismu, v jehož průběhu dochází ke ztrátě fyzických a psychických schopností prostřednictvím změn ve fungování všech systémů organismu. Se stárnutím je spojeno výrazné riziko onemocnění, smrti a také sociálních problémů. (Javorská, 2005, s. 108)

Osoba, která se nachází v období stáří, byla v době moderní nejčastěji nazývána důchodcem (pobírala důchod). V době postmoderní se setkáme s označením senior. V povědomí veřejnosti existují dva rozdílné obrazy stáří. Na jedné straně je to obraz relativně mladého aktivního seniora, který se podílí ve všech sférách společnosti, na straně druhé je to obraz seniora ve vysokém věku závislého na pomoci druhých s omezenou autonomií a omezenou možností rozhodovat o vlastním životě. Přejít mezi těmito obrazy je dlouhodobým procesem závislým na individuálních zdravotních, psychických a genetických dispozicích jedince a na sociokulturním prostředí. Jedná se vlastně o proces adaptace jedince na stáří. (Petrová Kafková, 2013, s. 33-34)

Sak a Kolesárová uvádějí, že stáří je ohraničeno dvěma časovými body – horní věková hranice je vymezena smrtí, spodní věková hranice není jasně určitelná, ale je definována jevy a procesy (tvořícími stáří), které vstupují do života člověka postupně. Souhrn těchto jevů je označován jako stáří a jedná se o velmi individuální jev, protože stejné jevy a procesy nastupují u každého člověka v jiném věku. Diferenciace nástupu stáří bývá nejvíce ovlivněna genetickými zvláštnostmi jedince, jeho životní historií a také kulturními a společenskými faktory, jako jsou životní styl, kvalita životního prostředí, zdravotní a sociální systém, charakter práce, ale i jeho hodnotový systém. (2012, s. 14)

Nejčastěji se u vymezení pojmu stáří setkáváme s věkovým vymezením, které nazýváme **kalendářní stáří**, nebo také chronologický věk. Jedná se o stanovení věku, od něhož se začínají projevovat involuční změny. V posledních desetiletích se nejčastěji využívá členění seniorského období na 3 etapy: *mladí senioři*, ve věku 65 – 74 let (dominuje problematika adaptace na penzionování, seberealizace), *staří senioři*, ve věku 75 – 84 let (projevuje se změna funkční zdatnosti, řeší se specifická medicínská problematika a atypický průběh nemocí), *velmi staří senioři*, ve věku 85 let a více (nejvýznamnější oblastí sledování soběstačnosti a zabezpečení). Speciální kategorii tvoří tzv. dlouhověcí, což je kategorie označovaná většinou u osob nad 90 let. Jedná se o malý vzorek populace, jejichž počet však stále stoupá. (Mühlpachr, 2004, s. 21) Kalendářní stáří má výhodu ve své jednoznačnosti a jednoduchosti. **Biologické stáří** označuje involuční změny, spojené se změnami způsobenými chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí ve vyšším věku. Určení biologického stáří se dosud nezdařilo, z tohoto důvodu se biologické stáří neurčuje a využívá se kalendářní věk. Vědcům se stále nepodařilo objasnit skutečnosti, proč se lidé stejného kalendářního věku významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti. (Mühlpachr, 2004, s. 19) **Sociologické stáří** je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Bývá nejčastěji spojováno s věkem, ve kterém vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. (Mühlpachr, 2004, s. 20) Žumárová uvádí, že se jedná o období, které je díky uvedeným změnám ovlivněno ekonomickým zajištěním. Může být spojeno i s úmrtím jednoho z manželů, čímž může docházet k sociální izolaci a pocitu osamocení. Velkou důležitostí představuje v sociálním stárnutí proces adaptace (přípravy) na stáří, což může být jednou z důležitých oblastí působení sociálních pedagogů. (2012, s. 44) Z výše uvedeného vyplývá, že není důležitý konkrétní rok narození, aby byl jedinec považován za seniora. Důležité je to, jak se člověk cítí, v jaké

je kondici, jaké jsou jeho kognitivní možnosti a jeho aktuální psychická a sociální pohoda.

Projevy stárnutí a stáří mohou u každého jedince vypadat různě, znaky jsou individuální a velmi různorodé. Mezi seniory najdeme jedince, kterých se výše uvedené znaky dotkli jen minimálně, jsou vitální a užívají si seniorský věk tím, že rozvíjejí svou osobnost, své schopnosti a poznávají nové věci. Na druhé straně je možné, že seniora postihnou těžké životní situace (ekonomické, sociální, rodinné) díky nimž může dojít ke zhoršení zdravotního stavu a ten je odkázán na pomoc druhých. Průběh stárnutí a stáří může být různý, ale nelze se mu vyhnout a vždy když přijde, bude se jednat o změnu v mnoha oblastech života.

### 1.3 Omezení soběstačnosti

Člověk je považován za soběstačného, pokud nejsou nijak omezeny jeho tělesné nebo duševní schopnosti a je schopen bez asistence nebo pomoci existovat v domácím prostředí tak, že je schopen postarat se sám o sebe. V situaci, kdy jedinec tyto činnosti nezvládá a je potřebná podpora či pomoc od druhé osoby, mluvíme o závislosti. (Topinková, 2005, s. 7) Definicí soběstačnosti se zabývalo mnoho autorů. Matýsková definovala **soběstačnost** jako schopnost činit rozhodnutí sám za sebe a nést za ně odpovědnost. Doplňuje ještě schopnost být soběstačný, přiměřeně se zabezpečit a nezneužívat druhé v situacích, kdy se člověk není schopen postarat se o sebe sám. (2004, s. 47)

Jako zásadní vnímám z pohledu seniorů možnost i nadále uspokojovat své vlastní potřeby, což se kvůli změnám funkčního potenciálu, ale také kvůli změnám sociálního statusu zhoršuje. Souvisí to s tím, že dochází k odlišnému vnímání subjektivní důležitosti vlastních potřeb. Pichaud a Thureauová sestavili **Maslowovu teorii potřeb odpovídající potřebám seniorů:**

**Fyziologické potřeby** patří mezi základní a důležité potřeby sloužící k udržení života. Řadí se sem např.: potrava, voda, vzduch, vylučování, dýchání, odpočinek, ticho, pohyb, zdraví, smích, pláč. Pokud není některá z potřeb uspokojena, může se tato skutečnost odrazit na celkovém zdravotním stavu člověka. (1998, s. 36-37)

**Potřeba bezpečí** má u starých lidí vzrůstající tendenci a je přímo spojena s úbytkem sil a přítomností nemoci. Staří lidé cítí ohrožení v situacích, které s sebou přináší i určitý druh závislosti na druhých. Může se jednat o několik druhů nebezpečí: ekonomické



(finanční zajištění), fyzické (ochrana před pádem, zraněním) psychické (pocit jistoty v podobě určitého naplnění apod.). (1998, s. 36-37)

**Sociální potřeby** slouží k tomu, aby starý člověk neměl pocit, že je sám. Měly by být naplněny komunikací, sociálními kontakty a sounáležitostí. Staří lidé preferují kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli, ale tuto potřebu mohou pomoci naplnit i sociální pracovníci, zdravotnický personál nebo pečovatelé. (1998, s. 37-38)

**Potřeba autonomie** znamená pro seniory schopnost zvládat každodenní činnosti. Autonomie seniorů znamená mít možnost rozhodovat o svém životě a mít svobodu, ale také se jedná o potřebu uznání a užitečnosti. Fyzická závislost by neměla být důvodem ztráty psychické autonomie seniora. (1998, s. 37-38)

**Potřeba seberealizace** je na vrcholku pyramidy seniorských potřeb a spočívá v rozvoji činností a v nalezení smyslu života. Velmi důležitým faktorem je aktivita seniorů, dle jejich aktuálních sil. (1998, s. 38-39)

Žumárová se ztotožňuje s tím, že základem nezávislosti (autonomie) seniora je fyzická soběstačnost. Nejdůležitějším faktorem fyzické soběstačnosti je zdraví. Zdraví má pro seniory zásadní význam a je podmínkou jejich ekonomické soběstačnosti, samostatnosti rozhodování i plánování životních cílů. Z uvedeného vyplývá, že existuje vztah mezi zhoršením subjektivního zdraví – snížením pocitu soběstačnosti – oslabením pocitu nezávislosti. Na druhém místě uvádí Žumárová soběstačnost finanční, kterou lze spojit s potřebou bezpečí, takže se shoduje s Maslowovou pyramidou potřeb pro seniory. Finanční soběstačnost je velmi důležitý faktor dávající seniorům pocit, že nikoho neobtěžují, nejsou na nikom závislí a necítí se nikomu zavázáni, což sami senioři chápou jako zdroj sebevědomí a sebeúcty. (2009, s. 17) Zavázalová zdůrazňuje navíc ještě sociální soběstačnost, do které zahrnuje úroveň integrace s rodinnými příslušníky a s celou společností. Dále uvádí, že gerontologická prevence usiluje o předcházení vzniku závislostí, zachování soběstačnosti seniora a cílem je její udržení po co nejdelší možnou dobu v přirozeném domácím prostředí. Strategií gerontologické prevence je posilování kvality života seniora prodlužováním zdravého, aktivního a soběstačného života za předpokladu oddalování případné závislosti směrem k nejvyšším věkovým skupinám. (2001, s. 26)

Zavázalová uvádí nejčastější faktory, které se podílejí na změně soběstačnosti:

- chronická onemocnění a vady, nejčastěji se jedná o pohybové ústrojí, smyslové orgány, nebo onemocnění psychická, neurologická a kardiovaskulární

- onemocnění náročná na používání kompenzačních pomůcek, na úpravu životosprávy, nebo se zvýšenými potřebami ošetrovatelské péče
- rizikové gerontologické faktory např. vysoký věk, polymorbidita, osamělost, nízké finanční příjmy
- snížená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- neochota, nebo nemožnost poskytování péče rodinou
- nevyhovující bytové podmínky – špatná vybavenost bytu např. vyšší patra bez výtahu, bez telefonické přípojky, nebo zanedbanost bytu po hygienické stránce (2001, s. 31-32)

V postmoderní době se mezi nejčastější civilizační onemocnění řadí demence, nejznámější je Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, či vaskulární demence. Demence vedou ke ztrátě mnoha důležitých lidských vlastností. Senior ztrácí autonomii, identitu, popř. sociální vztahovost. Počet osob postižených demencí narůstá a ohrožuje tak důstojný život ve vysokém stáří. (Petrová Kafková, 2013, s. 32-34) Baltes upozorňuje na fakt, že demencí je ohroženo až 50% devadesátiletých a starších seniorů, v populaci sedmdesátníků je to přibližně 5%. (2009, s. 20) Kalvach upozorňuje na 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů. (1997, s. 53) Patří sem **ateroskleróza** zahrnující **Ischemickou chorobu srdeční** (např. infarkt myokardu, ale i chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti), **postižení mozkových tepen** (smrtící mozkové cévní příhody mozkové mrtvice nebo multiinfarktová demence známá jako mozková skleróza), **postižení tepen dolních končetin**. Hlavními rizikovými faktory zmíněných chorob jsou kromě věku poruchy metabolismu tuků (vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, obezita, nedostatek tělesného pohybu. Ke zbývajícím okruhům patří **obstrukční choroba bronchopulmonální** (laicky rozedma plicní), **osteoartróza** (degenerativní postižení kloubní chrupavky), **osteoporóza** (vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti) a již zmiňovaná **Alzheimerova nemoc**. Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence (50-60% všech demencí je právě Alzheimerova choroba), má podobné symptomy a je čtvrtým nejčastějším důvodem úmrtí. (Mühlpachr, 2004, s. 36)

Důležitý faktor, který uvádí Truhlářová a který negativně ovlivňuje soběstačnost seniora, jsou opakované hospitalizace přinášející rizika v podobě **imobilizačního syndromu** (omezení pohyblivosti seniora z důvodů vyšší nemocnosti a upoutání

na lůžko) a **inaktivizačního syndromu** (omezení aktivity seniora z důvodů opakované hospitalizace). (Truhlářová, 2007, s. 58)

Z informací výše vyplývá, že stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky a generačně zlepšuje. Je účelné smysluplné aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti. (Mühlpachr, 2004, s. 16) Závislým na péči druhých se do osmdesáti let stane každý čtvrtý člověk. Přáním dvou třetin nesoběstačných seniorů je zůstat v domácí péči. (PÉČE [online] 2019)

V této souvislosti přinesl Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách formu pomoci v podobě příspěvku na péči, který rozlišuje **4 stupně závislosti** podle schopnosti zvládat deset základních životních potřeb (mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity, péči o domácnost). (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách § 9)

„Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“ (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách § 8)

Ačkoliv si 8 z 10 lidí připouští, že by ve stáří mohli zůstat nesoběstační, jen čtyři z nich se na situaci připravují. (Žumárová, 2012, s. 56) Zde se opět dostáváme k aktivní přípravě na stáří a k úloze sociálního pedagoga, který v této oblasti může zastávat velmi důležitou roli.

## 1.4 Formální podpora péče o seniora

Ukazatelem vyspělosti každé společnosti je skutečnost, jak se dokáže postarat o své handicapované, duševně nemocné a staré jedince. (Žumárová, 2012, s. 49) Důsledkem demografického stárnutí populace se mění celková struktura obyvatelstva, s čímž souvisí i zvyšování nároků na zdravotní a sociální péči, což je pro stát zatěžující. Stát na rostoucí výdaje reaguje tím, že vyzývá jedince, aby se na stáří a částečné zaopatření připravovali. Snaží se tím přesunout institucionalizovanou péči do domácího prostředí seniora. „**Formální (institucionalizovaná) péče** zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytované pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály.“ (Kotrusová, Hošťálková, Dobiášová 2013, s. 10)

Formální služby popíší stručně, protože jsou součástí péče o seniora. Díky těmto službám je možné zajistit naplnění potřeb jak pro potřebného seniora, tak pro jeho pečujícího. Základními institucemi, které jsou nápomocné při péči o nesoběstačného seniora, jsou zdravotnická a sociální zařízení, jejichž škála je široká a orientace v nabídce není jednoduchá.

Pro **zdravotnická zařízení** jsou senioři nejvýznamnější částí nemocniční klientely, která stále roste a spotřebovává velký podíl nemocničních služeb. Nejčastějším poskytovatelem primární zdravotní péče je **praktický lékař**, který spolupracuje s dalšími instituty poskytujícími pomoc při péči o seniory. Domácí **ošetřovatelská péče** (zvaná home care) je prováděna kvalifikovaným personálem v přirozeném prostředí seniora a je hrazena pojišťovnou. Doporučení k využívání této služby dává praktický lékař, který rozhoduje o jejím obsahu a frekvenci. Služba bývá kombinována s laickou péčí (home help) a hlavní význam spočívá v náhradě hospitalizace na lůžkovém oddělení, ale také v oddálení samotné hospitalizace. (Žumárová, 2012, s. 53-54) Další formou zdravotní péče, která již probíhá v ústavním zařízení, je **nemocniční geriatrická péče** dělicí se do tří oddělení. **Geriatrické oddělení** se specializuje na léčení akutních stavů ve vyšším věku a je nemocničním oddělením. **Ošetřovatelské oddělení** slouží pacientům, jejichž potřeby přesahují možnosti domácí ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská oddělení zahrnují péči v oblastech zvládnutí hygienického režimu, výživy, vertikalizace, nácvičky chůze, převazů, v oblasti sledování základních životních funkcí, podávání léků, nebo v oblasti vyměšování. K léčbě dlouhodobě nemocných lidí slouží specializovaná lůžková oddělení nazývaná **léčebny pro dlouhodobě nemocné**

(LDN). V léčebnách je poskytována komplexní péče zahrnující diagnostiku, ošetrovatelskou péči, nácvik denních dovedností, rehabilitační péči, dietoterapii, ergoterapii. Léčebny slouží k léčbě lidí vysokého věku, u nichž může být sociální problematika významnějším problémem než zdravotní. K úhradě pobytu je využíván tzv. institut sociální hospitalizace, tzn. úhrada je poskytována jako paušální dávka z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí. **Psychiatrické léčebny** mají gerontopsychiatrická oddělení určená pro staré lidi, kteří trpí demencí nebo psychickou poruchou. O přijmutí pacienta rozhoduje soudní psychiatr. Pobyt v tomto zařízení je hrazen zdravotní pojišťovnou. **Hospicová péče** je komplexní paliativní péči (nejen u seniorů). V hospicích je poskytována péče nemocným v koncovém stádiu různých nemocí, proto je zde kladen důraz na léčbu bolesti, úzkosti a na kvalitu závěrečné části života. Umění doprovázet a naslouchat, to je úkolem hospicové péče. Hospice v České republice jsou nestátními zdravotnickými zařízeními. (Žumárová, 2012, s. 54-55)

V roce 2006 vstoupil v platnost Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, který rozlišil jednotlivé kategorie sociální pomoci na **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**. V oblasti sociální péče rozlišil služby podle způsobu jejich poskytování na služby pobytové, ambulantní a terénní. V domácím prostředí jsou poskytovány terénní služby, za ambulantními službami klient dochází a ústavní služby jsou poskytovány v pobytovém zařízení. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Mezi nejfrekventovanější pobytová zařízení patří **domovy pro seniory**, které podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytují ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační programy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání ostatních záležitostí. Pro některé seniory je ze sociálních i ekonomických důvodů výhodnější využívat ambulantní služby. Jedná se především o **denní stacionáře**, kam senior dochází sám, nebo v doprovodu blízké osoby. Stacionáře seniorům i jejich rodinám poskytují jistotu, že o seniora je během dne dobře postaráno (největší oblibě se těší domovinky). Zajišťují stravování, rehabilitační a zájmovou činnost. Díky využívání stacionářů se mohou rodinní příslušníci soustředit na svou práci a senioři vědí, že se denně budou vracet ke svým blízkým. **Geriatrický stacionář** je formou poloinstitucionální péče, která zajišťuje léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči u osob nevyžadujících plnou hospitalizaci. Zdravotní péče je poskytována v rozsahu 6 - 12 hodin denně. (Žumárová, 2012, s. 54)

K nejvyužívanějším a nejznámějším terénním službám patří **pečovatelská služba**, která pomáhá seniorům v zajištění běžných denních potřeb, např. stravování, rozvoz obědů, nakupování, zajištění hygieny nebo úklidu. Tyto služby umožňují seniorům zůstat v domácím prostředí, na druhé straně jejich kapacita většinou nedostačuje poptávce a zpravidla chybí poskytování služeb o víkendech. O užívání pečovatelských služeb si občan musí zažádat, o způsobu úhrady služeb rozhoduje sociální odbor, který posoudí sociální situaci žadatele. (Truhlářová, 2015, s. 47)

Osoby se sníženou soběstačností mohou využívat **osobní asistenci**. Tato služba poskytuje pomoc jiné fyzické osoby (formou osobní asistence) při zvládnutí péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, při zajišťování stravy, při zajištění chodu domácnosti, nebo při zajišťování kontaktu s okolním světem, popř. při vyřizování osobních záležitostí. (Truhlářová, 2015, s. 48)

**Telefonická krizová intervence** je také službou, která je určena k podpoře osob se sníženou soběstačností a využívá se v zátěžových, nebo ohrožujících situacích, které pečovaná osoba prožívá. Využívá se zde soubor metod a technik ke zmírnění zátěžové situace pro klienta. Nejedná se však o tíšňovou péči, kterou si klient volá, když potřebuje nouzově přivolat pomoc. (Truhlářová, 2015, s. 48)

V současné době není v České republice vyřešena situace, kdy senior potřebuje současně pečovatelskou službu a domácí ošetrovatelskou péči, protože nabídka služeb není dostatečná. Velký rozvoj zaznamenaly nové formy sociálních služeb: sociální poradenství, osobní asistence, sociální rehabilitace, nebo novinky jako jsou průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba. (Haškovcová, 2010, s. 235-239)

Všechny uvedené instituce slouží, pokud možno, k zajištění nezávislosti a sebeovládání. Věřím, že snahou všech uvedených nástrojů sociální a zdravotní péče je zabezpečit co nejvyšší standard a kvalitu života pro samotného seniora a tím i jeho blízké rodiny.

## 2 RODINA

Ve druhé kapitole se budu věnovat rodině, vymezení pojmu a základním funkcím rodiny. Naplňování jednotlivých funkcí je základem pro socializaci a důležitým stavebním kamenem hodnotového systému jedince. Popíši vývoj rodiny moderní a postmoderní, jejich základní charakteristiky. V závěru kapitoly se zaměřím na důležitost mezigeneračních vazeb, jejich utváření a důležitost při péči a popíši možnosti působení sociální pedagogiky v rámci výchovného procesu na jedince a celou rodinu.

### 2.1 Rodina a rodinný systém

Na začátku je potřeba si přiblížit co je rodina, její vývoj, rodinnou hierarchii, rodinné vztahy a s tím související péči o jednotlivé rodinné příslušníky. Zjistila jsem, že charakterizovat rodinu je složité a na pojem rodina lze nahlížet z několika úhlů pohledu. Četnost různých výkladů pojmu „rodina“ mě překvapila. Svou představu o rodině má každý z nás, každý jsme odborníkem na rodinu a rodinné vztahy, média píší o rodině neustále, naše konverzace se každodenně točí kolem rodiny.

Sociální pedagogika vnímá rodinu jako sociální útvar, který se vyvíjí v souladu se společensko-politickými a kulturními změnami. Rodina odráží stav společnosti včetně podmínek, které pro ni společnost vytváří. Rodina, přes všechny problémy, kterými si prochází, zůstává nepostradatelnou a těžko nahraditelnou institucí pro dospělé i pro děti a je základní institucí, ze které si přinášíme základní vzorce pro naše jednání. (Kraus, 2015, s. 18-19)

Matoušek a Pazlarová charakterizují rodinu jako základní společenskou instituci, která funguje ve všech lidských společenstvích a její fungování je závislé na struktuře společnosti. (2014, s. 17) Rodina je považována za základní prvek společnosti, přesto byl v minulosti centrem pozornosti a výzkumu jedinec, ne rodina. Situace se začala měnit až v druhé polovině 20. století, kdy začalo být pohlíženo na rodinu, jako na prvek, který je nutno blíže definovat a zkoumat. Studium rodiny bylo nejprve okrajové a multidisciplinární, ovlivněno sociologií, psychologii, sociální prací i výzkumem komunikace. (Sobotková, 2001, s. 12) Názory na definici rodiny se různí, stejně jako se prolínají vědecké a laické názory na rodinu, což považuji za vítané, protože nám to dává možnost pohlížet na rodinu z několika perspektiv.

Z pohledu sociologa Iva Možného je rodina definována jako institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní ve společnosti. (1999, s. 14) Klapilová vymezuje rodinu

jako malou primární neformální sociální skupinu, která je tvořena jedinci, jež jsou spojeni pokrevními, manželskými a adoptivními vztahy. (1996, s. 26)

Psycholog Kramer definuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové rodiny jsou často vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí, nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby může být užíván pojem rodina, i když jde např. o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“ (1980)

V ekonomickém ohledu je rodina charakterizována jako instituce zprostředkovávající tvorbu a předávání kapitálu. Hlavními výhodami rodiny, dle Pollacka, (před jinými institucemi) jsou efektivní hospodaření s prostředky, kontrola chování, volná výměna informací, loajalita a altruismus. (Sociologická encyklopedie [online] 2017)

Je pochopitelné, že každá vědní disciplína pohlíží na rodinu z jiné perspektivy. Společným ukazatelem je, že se jedná o instituci, která je úzce spjata s časem, místem, osobami a může mít různou vnitřní strukturu, velikost a různé vazby ke společnosti. Z uvedených charakteristik rodiny vyplývá, že definovat rodinu jednotnou definicí je vlastně nemožné. Z mého úhlu pohledu se ztotožňuji s definicí Milana Přádky: „Jedná se o instituci, jejímiž převažujícími znaky jsou bezprostřední a důvěrné kontakty, plánování budoucnosti, společné zájmy, vzájemná spolupráce a pomoc.“ (1998, s. 26)

Stejně jako se měnili společenské poměry v průběhu staletí, stejně se měnila a přizpůsobovala rodina. Provázanost rodiny na časová pásma naší historie ukazuje její proměnlivost týkající se struktury rodiny, jednotlivých rolí, funkcí rodiny, autority i mezigeneračního přenosu. Proměnlivost vystihl dobře Ivo Možný: „Povaha moci, povaha osídlení, povaha práce – to všechno a mnohé další procházelo v průběhu času revolučními změnami a lze očekávat, že se bude měnit i nadále. Předpokladem bylo, že rodina bude nadále působit, jako nenápadný, ale velmi významný stabilizující prvek, který zaručí společnosti koherenci v proudu radikálních změn. Tatínek, maminka a děti – to je stabilizující prvek ve společnosti, ale i ten prochází změnami.“ (2006, s. 15) Stejně jako se vyvíjela a měnila rodina, tak se vyvíjela i péče o jednotlivé členy rodiny. Z dějinných etap přiblížím období rodiny moderní a rodiny postmoderní. Pro správné pochopení fungování rodiny je dobré si jí přiblížit jako systém, nebo také jako soubor částí a vztahů mezi nimi. **Rodinný systém** propojuje prvky veřejné, sociologické, čistě



soukromé i psychologické a rozkládá se v prostoru a času, v biologickém a sociálně-historickém kontextu. (Sobotková, 2001, s. 22)

Definici **rodinného fungování** dobře vymezil Richard Sauber s kolegy, který uvádí, že se jedná o schopnosti rodiny fungovat ve čtyřech zásadních oblastech – v oblasti **osobní, partnerské, rodičovské a socioekonomické**. Osobní fungování poukazuje na důležitost spokojenosti jednotlivých členů rodinného systému se svojí pozicí a rolí. Partnerské fungování zdůrazňuje význam vzájemného souladu partnerů a spokojenost v sexuálním životě. V rodičovském fungování je důležité převzetí odpovědnosti za výchovu dětí a vnímání pocitu obohacení z role rodiče. Socioekonomické fungování se vztahuje k sociálnímu začlenění, k budování sociální podpůrné sítě a k ekonomické úrovni rodiny. Z vlastní zkušenosti soudím, že vymezení rodinného fungování, dle Saubera, velmi dobře vystihuje všechny oblasti, jejichž propojení v jeden celek je velmi žádoucí pro harmonický rodinný život, nicméně se jedná o nejednoduchý úkol. (1993, s. 173)

Ve fungování rodinného systému se odráží několik faktorů – mezi hlavní se řadí koheze, adaptabilita a komunikace. **Koheze**, nebo také soudržnost, představující síly, které drží vztah pohromadě. Zdravá soudržnost vyvážená osobní autonomií členů rodiny je základem funkční rodiny. (Sobotková, 2001, s. 36) **Adaptabilita**, označována v češtině jako přizpůsobivost, znamená schopnost přizpůsobovat se měnícím se požadavkům a nárokům života. Adaptabilita pracuje s rozsahem flexibility a schopností rodinného systému měnit role, pravidla vztahů a strukturu moci v souvislosti s mírou vývojového a situačního stresu. Vývojovým stresem označujeme situace, které lze předpokládat, např. narození dítěte, nebo vstup do školy. Situační stres nastává při neočekávané zátěži, např. v okamžiku onemocnění člena rodiny. Na adaptabilitu je třeba pohlížet ve spojitosti s hierarchickým uspořádáním rodiny, které dodává rodině organizovanost a pravidelnost, což zvyšuje pocit bezpečí členů rodinného systému. Pro zvládnutí neočekávaných zátěží je nutná rovnováha mezi adaptabilitou a organizovaností. (Sobotková, 2001, s. 31) **Komunikace** v rodinném systému by měla být jasná, otevřená a měla by obsahovat přímé a adresné sdělení. Snadnost komunikace ukazuje otevřenost vztahů a správně fungující rodinný systém. (Sobotková, 2001, s. 41) Kalibová uvádí, že komunikace je základním stavebním kamenem sociálního života. U mladé generace zaznamenáváme odklon od komunikace tváří v tvář, nahrazuje ji komunikace elektronická, nebo přes sociální sítě. Neformální komunikace a předávání zásadních informací stále ještě probíhá v dnešní době tváří v tvář, ale pokud klesá

význam obsahu sdělení, mění se komunikace na formálnější a probíhá spíše prostřednictvím médií. (2014, s. 51-52)

**Psychologie** nahlíží na typologii rodiny jako na uzavřený, otevřený nebo nepravidelný systém. Uzavřený rodinný systém je typický pevnou strukturou, charakterizovanou pravidelným časem, stálou energií a rigidním prostorem jako vztažnými body pro řád a změnu. Otevřený rodinný systém charakterizuje pohyblivý čas, pružná energie a pohyblivý prostor, kde řád a změna vychází z interakce pevných, ale vyvíjejících se rodinných struktur. Nepravidelnému rodinnému systému schází stabilita, vše se odehrává v nepravidelném čase, energie je fluktuující a prostor je rozptýlený. (Sobotková, 2001, s. 51)

Fungování každé rodiny je ovlivňováno velkým množstvím faktorů, ale není cílem této práce je zde vypsat, záměrně se věnuji pouze faktorům, se kterými budu v průběhu výzkumného šetření pracovat. Fungování jednotlivých rodin je těžké postihnout a zařadit do jednoduchých kategorií, protože každá rodina je originálním prvkem, ale společné prvky lze vždy nalézt. Vymezení fungování rodiny je velmi důležité pro vývoj jedince od dětství až do stáří a z tohoto faktu vyplývá i úloha sociální pedagogiky, která může působit na jednotlivé výchovné a vzdělávací složky společnosti. Rodina je nejvýraznějším ovlivňovatelem společnosti a naopak společnost ovlivňuje rodinu a tím se vyvíjí směr rodinné politiky.

## 2.2 Funkce rodiny

Definice rodiny není jednoznačná. Mnoho autorů se zabývalo i funkcí rodiny. „Funkce rodiny jsou chápány jako úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě samé, jednak vůči společnosti.“ (Střelec, 1992) Úkoly, které rodina plní se v průběhu času se přizpůsobují měnící se společnosti. Po staletí neměnné stálice ve funkcích rodiny jsou funkce **reprodukční** a **socializační**. Funkce **ekonomická**, **výchovná** a **emocionální** se v průběhu dějin měnily a měly různé důležitosti. Pro bližší přiblížení funkcí rodiny jsem si vybrala jejich členění dle Krause, který rozlišuje šest vzájemně se prolínajících funkcí rodiny.

**Funkce biologicko-reprodukční**, jejíž význam spočívá v plození dětí, je funkcí důležitou pro rodinu i pro společnost, protože společnost potřebuje stabilní reprodukční základnu. (Kraus, 2008, s. 81) Tato funkce je po staletí neměnná, nicméně její naplňování se v postmoderní době se snižuje, díky klesající porodnosti. Česká republika patří v posledních letech k zemím s nejnižší porodností v Evropě. V roce 1975 se

narodilo 192 tisíc dětí, v roce 2000 to bylo 90 tisíc dětí. (Možný, 2002, s. 26) V roce 2018 se narodilo 114 tisíc dětí, což je přibližně stejné číslo jako v roce 2017. (ČSÚ [online] 2019) Společnost se díky individualismu výrazně rozděluje na rodiny bezdětné, které se rozhodly děti nemít, a na druhé straně na rodiny, které se rozhodly využívat možností asistované reprodukce při početí dítěte.

**Funkce emocionální** je propojena se všemi výše uvedenými funkcemi a má nezastupitelnou roli při správném vývoji jedince. Emocionální funkce rodiny pomáhá k vytvoření potřebného citového zázemí, pocitu lásky, bezpečí a jistoty, vzájemné důvěry, podpory, pomoci a je důležitá pro všechny členy rodiny. V postmoderní době bývá často emocionální funkce oslabena, což může vést k psychickým poruchám nebo i k rizikovým projevům v chování. (Kraus, 2015, s. 44). Starší generace byly, jsou a budou ve všech historických etapách kritiky mládeže, protože se jim jejich projev jeví hrubý a necitelný. Neuvědomují si, že viníkem tohoto problému bývá emocionální prázdnota a citová chudoba, která se mohla projevit v jejich výchově k vlastním dětem.

**Funkce socializačně-výchovná** má za úkol připravit dítě na vstup do praktického života. Rodina je první sociální skupinou, proto je důležité, aby dítěti pomohla se základními návyky a způsoby chování ve společnosti. (Kraus, 2008, s. 82) Dítě je od narození příjemcem velkého množství informací, které zpracovává svými přirozenými vlohami, biologickými a psychickými potřebami, svými zkušenostmi a hodnotovou orientací a vzory, jímž jsou pro dítě rodiče a starší sourozenci. Dítě naopak v procesu socializace svou aktivitou ovlivňuje ostatní členy rodiny díky své vůli, zájmům a přáním. Mezigenerační propojení je důležité v socializačním procesu nejenom pro děti, ale také pro starší členy rodiny, kde nabývá ještě většího významu. Výchovná funkce je sdílena mezi působením rodiny a školy a je žádoucí, aby mezi oběma subjekty fungovala vzájemná spolupráce vedoucí k respektování vzájemných výchovných postupů. (Kraus, 2015, s. 42-43) S příchodem individualismu došlo ke změnám v chápání výchovné funkce. Ty se projeví jak v přístupu k výchově dětí, tak v přístupu k seniorům. Výchova významně ovlivňuje vztahy v rodině, správná výchova vede k utváření lepších charakterových vlastností jedinců a k celkové větší spokojenosti jedince v životě. Nesprávně zvládnutá výchovná funkce může vést k neschopnosti ve zvládnání těžkých životních situací. (Kraus, 2008, s. 82-83) Pedagogika je v postmodernismu kritizována, protože pojímá výchovu jako techniku, nebo prostředek k předem stanovenému cíli. Úkolem výchovy je vytvoření sociálního prostředí, které bude podporovat rozvoj učení subjektu, tzn. jedinec se bude učit to,

pro co se sám rozhodne a co bude určující pro jeho život. Toto bývá v rozporu s představami pedagogů i rodičů. (Semrád, Juráčková, Šíma, 2007, s. 54)

**Funkce rekreační, relaxační** nebo také zábavná je, dle mého názoru, významná pro všechny členy rodiny – rodiče, děti i prarodiče. Dítě i rodiče tak získávají možnost trávit volný čas společně a obohacovat se o nové zážitky. Důležitým faktorem je stále rostoucí životní úroveň občanů, což vytváří prostor pro další rozvoj členů rodiny. Díky rozvoji moderních technologií se snižuje čas trávený domácími pracemi a zvyšuje podíl času věnovaného osobním aktivitám, nebo aktivitám věnovaným rodině. (Cibulec, 1980, s. 58) Naproti tomu se, bohužel, setkáváme s faktem, že rekreační funkce se stává i funkcí finančně náročnou, tudíž obtížněji dostupnou pro rodiny s nižšími příjmy. (Kraus, 2008, s. 83) Domnívám se, že je nutné, aby si rodina dokázala najít čas na hru, která je důležitou činností, není finančně nákladná a dokáže členy rodiny spojovat, smát se a zároveň se učit. Neméně důležité je, aby rodina volný čas využila k tomu, aby vštěpovala dětem základní kulturní a morální hodnoty, což je při trávení volného času možné nenásilnou formou.

**Funkce pečovatelská**, nazývaná také funkcí zaopatřovací, nebo ochrannou spočívá v zajištění všech základních biologických potřeb jednotlivých členů rodiny, nejenom dětí. Jedná se o potřeby biologické, hygienické a zdravotní. Cílem funkce je, aby rodina byla schopná zabezpečit potřeby vlastními silami, nebo se na ní většina podílela spoluúčastí. V období moderní společnosti přebíral částečně tuto funkci stát. (Kraus, 2015, s. 42) Žádoucím jevem v postmoderní době je, aby rodina dokázala pečovatelskou funkci zvládat sama, což znamená zvládnout péči o běžně nemocného člena rodiny, ale i o dlouhodobě nemocného seniora. Z výzkumu Romany Benešové je patrné, že zvládnutí této funkce dává předpoklad, že si děti budou vytvářet stejný model péče o své rodiče. Ukazuje se, že existuje přímá souvislost mezi citovou podporou v dětství a podporou a péčí o vlastní rodiče. Pomoc poskytovaná napříč generacemi je vzorem pomoci, kterou dnešním pečujícím poskytli jejich rodiče. (Benešová, 2010, s. 444-445)

**Funkce ekonomická** představuje rodinu jako základní ekonomický prvek společnosti. Rodina je malým, ale významným spotřebitelem, na kterém je závislý trh. (Kraus, 2015, s. 41) V období ekonomického růstu žijí rodiny v dostatku, nezaměstnanost klesá a rodiny v konzumní době jsou důležitým přispěvatelem k růstu HDP. V dobře fungující rodině se děti, díky sociálně-ekonomické funkci učí, že je nutné zapojovat se v pracovním procesu a získávají základní pracovní návyky, které jsou nezbytné pro jejich další uplatnění. Sociálně-ekonomická funkce provází rodinu také

po staletí, ale projevuje se velmi odlišně podle období dostatku či období nedostatku. Staří lidé v tradiční zemědělské rodině přizpůsobovali svou účast na ekonomickém zajištění svým aktuálním možnostem, dle svých fyzických sil přizpůsobovali i pracovní roli, kterou v domácnosti zaujímal. V moderní rodině se staří lidé na venkově ocitli na okraji zájmu, zůstávali bez rodiny, opuštěni. Stárnoucím lidem ve městech se nemohla věnovat zaměstnaná střední generace a ani zaměstnavatelé o ně neprojevovali zájem. V postmoderní rodině je pro starší lidi mezníkem odchod do důchodu. Někteří se rozhodnout jej nevyužít a zůstávají i nadále ekonomicky aktivními, většina se rozhodne užít si zaslouženého odpočinku. Český statistický úřad uveřejnil, že v roce 2018 pracovalo v České republice více než 342 tisíc důchodců. Důvodem ekonomické aktivity důchodců je stále velká poptávka na trhu práce a snaha důchodců udržet si životní standard. (ČT 24 [online] 2019)

Podle způsobu, jak se rodině daří naplňovat její jednotlivé funkce, rozlišujeme rodiny funkční, afunkční a dysfunkční. Rodina **funkční** zvládá propojení všech funkcí a daří se jí je naplňovat a její členové mají optimální podmínky pro svůj vývoj. Rodina **afunkční** zaostává občas v plnění některé své funkce, ale život jednotlivých členů rodiny není narušen, vývoj dětí není negativně ovlivněn. Rodina **dysfunkční** má vážný problém v několika funkcích najednou, proto u ní dochází k vážným poruchám a vývoj jedince a jeho socializace jsou vážně ohroženy. (Kraus, Poláčková, 2001, s. 79)

Pomocí správného fungování jednotlivých funkcí v rodině je ovlivňováno i utváření hodnotového systému, což má zásadní vliv na vývoj společnosti. Úcta k vytvořeným hodnotám a k člověku se odráží v myšlení lidí a přenáší se do vztahu mezi nimi. (Kraus, 2014, s. 53)

### 2.3 Moderní rodina

Naplňování jednotlivých funkcí probíhalo v rodině od nepaměti, pouze se v jednotlivých obdobích měnila jejich důležitost. Moderní společnost je v západoevropských zemích spojována s procesem modernizace, který je znám pod pojmem průmyslová revoluce. Počátek procesu modernizace je spatřován v Anglii po roce 1750, kdy došlo k významným změnám v technologii a organizaci výroby. Později se průmyslová revoluce posunula do kontinentální Evropy a tradiční stavovská společnost se začala měnit na moderní občanskou společnost. Jednalo se o příchod byrokratického státu a kapitalistické ekonomiky. Přejít od starého demografického režimu k režimu novému přinesl zhroucení tradičních systémů sociální kontroly.

(Horský, Pražáková, Selingerová, 1997, s. 13) Zásadní změnou byl nový způsob organizace práce a osídlení, ale také změny v rodinném uspořádání. Důležitou součástí modernizace byl přechod od hospodářství založeného na zemědělství na hospodářství průmyslové, čímž se oddělilo pracoviště od domova a došlo ke snížení rozsahu příbuzenských vztahů.

Domácnost přestala být místem zaměstnání a její obranu přebrala obec a stát. Objevila se nukleární rodina, v jejímž čele stál muž, který rodinu sociálně a ekonomicky zajišťoval a vedle něho byla žena, která se starala o domácnost. Upadala patriarchální moc hlavy domácnosti. Na místo rodiči sjednaných manželství nastoupil individualizovaný sňatkový trh. (Možný, 2006, s. 18) Soužití muže a ženy nadále výrazně ovlivňovalo křesťanství. Díky křesťanství panovala přísná monogamie a univerzální zákaz sexu mimo manželství, též byly výrazně odlišné role muže a ženy. (Možný, 2002, s. 25)

Představu o velké tradiční rodině a jejím rozpadu v souvislosti s průmyslovou revolucí podporoval francouzský ekonom a sociolog Frédéric le Play. Le Play vyjadřoval názor, že vlivem individualismu a industrializace se „rozvětvená rodina“ změnila v „rodinu nestabilní“, kterou tvořil manželský pár s dětmi, které se postupně provdaly, opustily původní rodinu a založily svou vlastní. Rodina je charakterizována jako nestabilní, protože rodiče nakonec umírali v osamění a původní rodina se rozpadla. Charakteristika moderní rodiny podle Iva Možného je: „Hlavou rodiny už není pouze otec, ale oba rodiče a rozdělena je zároveň i autorita obou rodičů.“ (Možný, 2006, s. 37)

V období první republiky v Československu docházelo k oslabení vlivu církve a náboženství na občany. Pro vstup do manželství byl charakteristický pozdější věk, u žen okolo 25 let, u mužů kolem 30 let. Modernizace ve 30. letech s sebou přinášela vzestup rozvodovosti a pokles porodnosti (Možný, 2002, s. 23) Běžným faktem bylo, že matky s dětmi a vdané ženy zůstávaly v domácnosti. Se vznikem samostatného československého státu nastal obrat k lepší sociální péči. Významným faktorem bylo zavedení sociálního a nemocenského pojištění.

V době protektorátu došlo k významné změně a zaměstnanost se u žen stala téměř pracovní povinností (pracovní nasazení pro Říši bylo povinností). Výjimku měly pouze ženy, které byly těhotné, nebo se staraly o malé děti, což mělo za následek vzestup porodnosti. Během válečného i poválečného období se ekonomická aktivita žen stala samozřejmostí a Česká republika patřila k zemím s největší zaměstnaností žen, což významně ovlivnilo fungování rodiny. (Kraus, 2015, s. 7)

V době socialistické normalizace byl vývoj české společnosti charakterizován vysokou sňatečností a vysokou porodností. Do sňatku vstupovaly ženy ve věku 21 – 22 let, muži ve věku 23 – 24 let. Rodiny byly motivovány finančními pobídkami od státu a docházelo k výraznému nárůstu porodnosti. Rodina byla vnímána jako hlavní oblast seberealizace, lidé se uzavírali do rodin, protože měli možnost ve svých domovech žít svobodněji. Zaměstnanost žen zůstala stále na vysoké úrovni, navíc vzrůstala ženská emancipace a díky dalším faktorům rostla i rozvodovost. (Kraus, 2015, s. 9) Celkově docházelo ve 2. pol. 20. století v bohatých průmyslových společnostech k diverzifikaci způsobů párování a byla velká různorodost rodinných forem. Ve společnosti byly aktuální tendence k rovnoprávné pozici ženy a muže při vyjednávání o vztahu a rodině. Vzrostla rozvodovost, opakovaná manželství, zaměstnanost žen a změnily se mužské a ženské sociální role. Objevili se *singles* jako významná sociální skupina a stav. (Možný, 2006, s. 17)

## 2.4 Postmoderní rodina

Postmodernismus je věkem, do kterého se dostalo světové společenství na konci 20. století. Hlavními charakteristikami jsou: silně rozvinutá ekonomika, konzumně orientovaná společnost, vysoká úroveň technologií a informačních procesů. Uvedené charakteristiky s sebou přinášejí velkou řadu výhod pro společnost, ale také problémy jako je znečišťování životního prostředí, devalvace mravních hodnot, náboženská, politická a rasová nesnášenlivost, nebo obrovské rozdíly v životní úrovni států. Jedná se o problémy, které společnost neumí řešit dosavadními přístupy a prostředky a hledá způsoby, jak se s nimi vypořádat. (Semrád, 2007, s. 23) Vavřík charakterizuje postmoderní společnost jako společnost, která vznikla rozkladem institucí společnosti moderní. Životní podmínky se vyznačují v míře závislé na místě a čase, k základním znakům patří globalizace, deterritorializace moci, pluralizace, postfordismus, privatizace. (2012, s. 13)

Rodina se vzdálila modelu, platnému v Evropě po několik tisíciletí. Postmoderní společnost je charakteristická významným poklesem porodnosti a sňatečností a na druhé straně narůstá věk svobodných snoubenců i věk prvorodiček, zvyšuje se rozvodovost, roste podíl bezdětných osob, stejně jako se zvyšuje počet osob žijících v nesezdaných soužitích nebo v jinak uspořádaných individuálních formách domácností. (Hašková, Uhde, 2014, s. 17)

Nejdůležitější a nejvýznamnější změnou, která provází přechod od moderní společnosti ke společnosti postmoderní, je změna postavení žen ve společnosti a s ní související změna genderových vzorců. Ženám se otevírá cesta ze soukromého světa rodiny do světa veřejného (společenského), což se promítá do úpadku rodinného života a do poklesu porodnosti. Ochrana domácností není závislá na síle mužů v rodině, ale je převzata profesionální policií a vynutitelným právním řádem. Ekonomická síla společnosti se opírá o vlastnosti, kterými jsou muži a ženy vybaveni stejně – rozhodující vliv mají povolání, ve kterých má navrch intelektuální zdatnost a schopnost jednat s lidmi. (Možný, 2002, s. 24)

Pro postmoderní společnost je charakteristické, že je rodina malá a proměnlivá. Hlavními faktory ve společnosti jsou individualismus a orientace na pracovní úspěšnost, proto se péče o rodinu a zaměstnání stávají hlavními konkurenty v životě žen i mužů. Hlavním poutem v postmoderní rodině je emocionální bilance dospělých neboli spokojenost s tím co jedinec partnerovi dává a co od něho dostává. (Matoušek, 2014, s. 17) Individualismus je pojmem, který je často spojován s postmoderní dobou. „Sociální morálkou individualistů je tolerance vůči druhým a hledání vlastní nezávislosti. Jde o životní zásadu: nezatěžovat bližního, nezáviset na bližním, neodcizit se sám sobě, nenechat se chytit do pasti, pracovat na sobě, vydobýt si autonomii: zákon pro sebe a sebe za zákon.“ (Sullerotová, 1998, s. 39) Samotný tento popis vysvětluje fakt, že rodiny se stále zužují a individualismus je významným defamilizujícím prvkem. Základní buňkou v postmoderní společnosti již není rodina, ale jednotlivec. V postmoderní době se zásadně změnilo postavení otce v rodině, který již není hlavou rodiny a jediným výdělečně činným členem rodiny. Postavení ženy nabývá po stoletích opět na významu a upevnilo se. Autorita je dělena mezi obě pohlaví. Změnily se také vztahy mezi rodiči a dětmi. (Cibulec, 1980, s. 58)

Párové soužití v současné době zaznamenalo rozmanitost různých forem soužití. Běžnou formou jsou nesezdaná soužití (s dětmi, nebo bez nich), nebo programované bezdětné partnerské soužití. V devadesátých letech je zaznamenán pokles počtu sňatků téměř o polovinu ve srovnání se sedmdesátými lety 20. století. Je to dáno tím, že manželství je odkládáno na pozdější dobu. Vstup do manželství je u obou pohlaví realizován v pozdějším věku než v dřívějších časech, u žen je typické vstupovat do prvního manželství v 27 letech, u mužů v 29 letech. (Možný, 2002, s. 41) Rodina v postmoderní době zůstává stále monogamní, ale jedná se tzv. sériovou monogamii, protože jedinec vystřídá za život několik partnerů. Závazek rodiny již není závazkem,



který by měl trvat po celý život. Svazek manželský má více charakter partnerský než manželský. (Kraus, 2015, s. 13) Stejně o soužití dvou osob v současnosti píše i Ivo Možný - pro život v páru již není nutné uzavírat právoplatně uzavřený sňatek, lidé spolu sexuálně žijí, společně hospodaří a vychovávají děti a necítí potřebu „brát se“. Přes všechna uvedená fakta dále uvádí, že čtyři z pěti Čechů považují založení šťastné rodiny za to hlavní ve svém životě, podaří se to třem ze čtyř (u některých to není na první pokus). Tento fakt ukazuje, že většina lidí považuje šťastný rodinný život za základ kvality života. (Možný, 2002, s. 42)

V souvislosti se současnou českou rodinou je často zmiňován i její **životní styl**. Definicí životního stylu se zabývali autoři z různých odvětví, pro ukotvení pojmu jsem vybrala dvě definice, které dle mého názoru nejpřesněji a nejsrozumitelněji životní styl přibližují. Slepíčková uvádí: „Životní styl lze charakterizovat jako paletu prakticky všech lidských aktivit od myšlení, přes chování až po jednání a to takových, které zaujmají v životě trvalejší místo, většinou se opakují, jsou typické a předvídatelné. Nejčastěji se posuzuje podle názorů, postojů a chování.“ (2005, s. 12) Kraus definuje životní styl jako „široký komplex činností a s nimi spjatých postojů, norem, hodnot, návyků, které mají trvalý ráz a jsou pro každého individuálně specifické – vystihují osobitost jeho jednání“. (2008, s. 166)

Vysvětlení pojmu životní styl je vnímáno různými věkovými skupinami odlišně. Jinak budou na životní styl nahlížet senioři a jiný pohled budou mít mladí dospělí. Zjednodušeně by se dalo říci, že se jedná o způsob života, který si jedinec zvolí. Volba životního stylu vychází z myšlenek, z pocitů a plánů jedince, které přetváří do svého chování, aktivit a činností.

V posuzování životního stylu se jedná o fungování rodiny, její zvyklosti, rozdělení činností, způsob trávení volného času, ale i utváření životních postojů, hodnot a norem u každého člena rodiny. Každý jedinec si volí vlastní životní styl, který přenáší do životního stylu rodiny, ve které žije. V praxi to znamená, že zvolený životní styl rodičů se přenáší na děti. Rodiče děti učí, co je správné a co je špatné, tak jako je to učili jejich rodiči a tím dochází k předávání vlastního pojetí životního stylu.

Ke změnám v hodnotách prosazovaných systémem, ale i v hodnotové orientaci jedinců došlo po roce 1990. Společně se změnami se rozšířil prostor pro svobodnou volbu v mnoha oblastech života jedince i rodiny. Tento prostor zároveň umožnil, že se prohloubila diferenciace ve způsobu života jedince i rodiny. Na diferenciaci se nejvýznamněji podílela ekonomická a sociálně-ekonomická kritéria. Významný vliv

na uspořádání rodinného života v postmoderní době a na utváření životního stylu mají: vzdělání jedince, typ práce a pozice žen a mužů na trhu práce. Změny na trhu práce se promítají do partnerského a rodinného života. Z vlastní zkušenosti vnímám velký tlak na flexibilitu, mobilitu a velkou časovou náročnost ve svém profesním životě, což způsobuje napětí, které se odráží v prožívání mého rodinného života. V pozdně moderní společnosti dochází k růstu vnitřní rozporuplnosti, jejíž příčinou je vzrůstajícímu napětí ve vztazích mužů a žen. Tím se zvyšuje nestabilita v partnerských vztazích. Rozporuplnost způsobuje stále rostoucí individualizace mužů a žen, se kterou je spojen společenský tlak na pracovní seberealizaci v tržní společnosti. Takto je vytvářen hodnotový rámec preferující jedince, kteří jsou mobilní, svobodní, bez závazků a připraveni reagovat na měnící se požadavky pracovního trhu. (Hašková, Uhde, 2014, s. 19)

Kraus také upozorňuje na vzrůstající nárůst individualismus ve vývoji společnosti a rodiny, které ubývají společné ideály. Základní hodnotou se stává úspěch a myšlení jednotlivců funguje v systému žití „ze dne na den“. Z žebříčku hodnot se vytrácejí hodnoty jako ochota pomáhat, disciplína, poslušnost, akceptace povinností a schopnost podřídit se. (Kraus, 2014, s. 53) Posun v hodnotové orientaci je dán převahou věcí materiálních, nad věcmi duchovními.

Životní styl každé rodiny je jiný, liší se podle jedinců žijících v rodině a dle míry individualismu, který v rodině uplatňují. V každém z nás se individualismus projevuje, ale je důležité jakou formou jej uplatňujeme (realizujeme).

*„Člověk prý vynalezl rodinu, když zjistil, že nikomu se nedá věřit. Je to už velmi dávno, ale od té doby nikdo nic lepšího nevymyslel – ani postmoderní doba ne. Rodina je poslední krabičkou záchrany, když přijdou těžké časy.“* (Možný, I., 2002, s. 25)

## **2.5 Mezigenerační vztahy a mezigenerační solidarita**

V rámci tématu diplomové práce je nutné zabývat se utvářením vztahů mezi jednotlivými generacemi. Jedním z bodů obsažených v mezinárodním akčním plánu k problematice stárnutí Světovým shromážděním OSN z roku 1982 je, že člověk jako biologický druh je charakterizován dlouhým dětstvím a dlouhým stářím. Tato skutečnost ve všech lidských etapách umožňovala starším lidem vzdělávat mládež a předávat jí své hodnoty, což lidstvu umožňovalo přežívání a pokrok. Staří lidé jsou v rodinách, v sousedském okolí a v dalších formách společenského života nenahraditelnou výukou humanity a učí nás nejen svým životem, ale i svou smrtí.

(Mühlpachr, 2004, s. 18) Domnívám se, že popis přenosu mezi jednotlivými generacemi je takto popsán velmi výstižně, ukazuje přínos pro obě strany a nemusí se vždy jednat o příbuzenskou síť, ve které probíhá.

V každém období lidského života na nás působí mnoho vlivů usměrňujících náš život. Nejvýrazněji jsme ovlivňováni v období dětství. Zpočátku na nás nejsilněji působí rodiče, ale postupně se přidávají další členové rodiny – sourozenci, prarodiče. Z osobní zkušenosti vnímám, že pro utváření mé osobnosti byla důležitá jak úzká rodina, tak rodina rozšířená. Měla jsem velké štěstí, protože jsem poznala všechny prarodiče a mohla s nimi trávit své dětství. Trávila jsem s nimi víkendy, pomáhala s domácími pracemi, s hospodářstvím, brávali mě s sebou na výlety. Je to období, na které ráda vzpomínám a jsem ráda, že jsem ho mohla prožít. Žumárová píše o důležitosti vztahu vnoučat a prarodičů, který má velký význam pro obě strany, obě strany musí do vztahu něco vložit a něco získávají. Prarodiče díky vnoučatům získávají pocit, že jsou užiteční, protože mohou pomáhat. Tento pocit je pro ně důležitý, protože si jsou vědomi úbytku fyzických sil a někdy i počínajících zdravotních obtíží. Vnoučatům přináší vzájemný vztah osobou blízkou, které se mohou svěřit. (2009, s. 81)

V tradiční evropské rodině, kde její členové žili a pracovali společně, aby se uživili, fungovala výměnná služba mezi generacemi spolehlivě. Děti a senioři v rodinách byli tolerováni a pomáhali dle svých možností. U dětí se očekávalo, že se stanou ekonomicky aktivními a u seniorů se splácel dluh za výživu a výchovu, která již byla odvedena. (Možný, 2006, s. 45) Role prarodičů se v posledních desetiletích změnila, stejně jako se změnil vztahy mezi generacemi. Za změnami stojí především změna práv a povinností dědečků a babiček v rodině. Zásluhou prodlužujícího se věku se mění i životní náplň a očekávání seniorů, chtějí mít prostor pro plné a hodnotné vyžití, a proto jim nezbývá čas na plnění rolí dědečka a babičky, jako tomu bylo v dobách socialismu. Prarodiče již nemívají tak velkou snahu angažovat se v otázkách výchovy a opatrování svých vnuků, ale chtějí se věnovat svým zájmům a smysluplnému trávení svého času. To však oslabuje jejich autoritu v rodině, s čímž se starší generace stále neumí vyrovnat. Pro zdravé vztahy mezi generacemi v rodině je cennější fungování v rovině partnerství a spolupráce. Prarodiče by měli být v roli poradců, kteří svými životními zkušenostmi a životní filosofií prostoupenou moudrostí, pomáhají upevňovat rodinné vztahy a přispívají ke zlepšení rodinné atmosféry. (Cibulec, 1980, s. 53)

Vztahy mezi generacemi a funkce rodiny jsou ovlivněny, mimo jiné, také normami a hodnotami ve společnosti. Cibulec konstatuje, že pro každou generaci je typické, že si vytváří vlastní normy (a také sankce, pokud normy nejsou plněny), což má významný vliv na soužití generací. Čím větší je vzdálenost mezi normami jednotlivých generací, tím obtížnějším se stává soužití. Normy a sankce jsou spjaté s celkovou atmosférou v rodině, s úrovní komunikace mezi členy rodiny a s celkovou stabilitou rodiny. Kromě norem je významným ukazatelem kvality rodiny i komunikace, která zvýrazňuje pozitivní i negativní prvky zakotvené v rodině. K vytvoření harmonického vztahu je také potřebná úcta k vytvořeným hodnotám a k člověku. (1980, s. 58)

Rodina historicky plnila a dodnes plní funkci pečovatelskou a dle svých možností přejímá odpovědnost za nesoběstačné členy. Pohnutky nebo motivy, které vedou členy rodiny k tomu, aby se postarali o nesoběstačné členy, jsou různé. Sociologové rozlišují tři základní principy vedoucí k rodinné solidaritě. První princip je nazýván **Reciproční teorie** a funguje na principu „dám – dostanu“, což znamená, že poskytování a získávání pomoci mezi jednotlivými členy funguje recipročně. Fungování reciprocity ukazuje na rodinnou soudržnost, naopak porušení reciprocity může vést ke konfliktům a přetrhání rodinných vztahů. Druhým principem je **Teorie závazku** vycházející z předpokladu existence kulturních a morálních norem, které v členech rodiny vzbuzují odpovědnost postarat se o členy rodiny potřebující pomoc. Nejedná se však o reciprocitu jako v první teorii, ale o „splacení dluhu“ (např. vůči rodičům) na základě pocitu odpovědnosti vůči členům rodiny. Tato teorie vychází nejvíce z norem a z kultury společnosti, bývá také vnímána jako mravní povinnost, která je často motivována rodinnou zkušeností. **Vztahová teorie** je třetím principem solidarity uvnitř rodiny. Již z názvu teorie je patrné, že je založena na silných emotivních poutech mezi členy rodiny a na faktu, že člověk má silnou tendenci pomáhat těm osobám, se kterými ho pojí emotivní pouto. (Dudová, 2015, s. 20) Výzkumem na toto téma se zabývala Romana Benešová a zjistila, že teorie závazku je nejvýznamnějším motivem rodinné péče o nesoběstačného seniora. Jedná se vlastně o vzor pomoci, která byla rodiči poskytnuta dnešním pečujícím, což znamená, že dřívější pomoc nejstarší generace se přenáší do pocitu odpovědnosti k rodině jako celku a k jejím jednotlivým členům. (Benešová, 2010, s. 444-445) Mezigenerační rodinnou solidaritu považují za základní motiv v péči o nesoběstačného seniora. Zkoumání motivů, které vedou pečující o osoby k péči, bude součástí praktické části diplomové práce.

Faktorem, který ovlivňuje mezigenerační solidaritu, jsou média, která v posledních letech šíří paniku, protože přinášejí informace o narůstajícím počtu starších osob a upozorňují na možnost mezigeneračního konfliktu v souvislosti s narůstajícími nároky pro stárnoucí osoby. Data, která jsou médiem přenášena, se ve většině případů týkají populačního stárnutí a jeho negativního dopadu do státního rozpočtu. Petrová Kafková uvádí, že negativní vnímání populačního stárnutí může představovat hrozbu pro mezigenerační solidaritu. (2013, s. 16) Domnívám se, že k péči o nesoběstačného seniora musí být zabezpečeny dva základní faktory, rodina musí především chtít pečovat a musí mít možnost pečovat. Základem pro tyto dva faktory jsou kvalitní mezigenerační vztahy, které vytvářejí dobré rodinné zázemí pro seniory i pro děti.

Z výše uvedeného vyplývá, že základem pro vytváření mezilidských vztahů a budování mezigenerační solidarity je důležitá oblast výchovného působení na jedince, budování hodnotového systému, celková stabilita rodiny a úroveň komunikace v rodině. Je patrné, že právě **sociální pedagogika** je oborem, který může zásadně přispět svým vlivem na jedince ve složité životní situaci. Tou může být péče, nebo pomoc slabšímu jedinci v rámci rodiny. Hroncová, Hudecová, Matulayová uvádějí, že předmětem sociální pedagogiky jsou sociální aspekty výchovy a vývoje osobnosti, které cílí k výchově ke svépomoci, obnovení normality člověka a snaha o zlepšení společenských podmínek, ve kterých žije. (2001, s. 36) Klíma charakterizuje sociální pedagogiku jako obor, který je soustředěn na pomoc při utváření optimálního životního způsobu jedinců, na usnadňování procesu enkulturace, socializace a řešení, formy a zdroje konfliktních interakcí mezi jedincem (skupinou) a společností. Možné formy působení vidí především prostřednictvím procesů výchovy, vzdělávání, organizování prostředí, řízení různých činností. (2009, s. 39) Pro přiblížení možné působnosti sociální pedagogiky v rámci rodiny, která pečuje o nesoběstačného seniora, je nutné přiblížit si možnosti působení sociálních pedagogů.

Pole působnosti **sociálního pedagoga** dle věkových skupin, je široké a týká se celé populace (od dětí a mládeže, přes dospělé až ke starým lidem). Kraus v obecné rovině charakterizuje sociálního pedagoga jako „profesionálního pracovníka, který řídí a organizuje na profesionální úrovni výchovný proces a působí na jiné ve směru jejich žádoucího optimálního osobnostního rozvoje a jednak ve směru integrace, což se specificky týká osob, jež se nacházejí v krizové situaci a potřebují odbornou pomoc.“ (Kraus, Poláčková, 2001, s. 34)

Sociální pedagogika se zabývá výchovným procesem a jeho působením na jedince. Proces výchovy probíhá zároveň s procesem socializace jedince a oba jsou velmi důležité ve vývoji jedince. Jedná se o dva procesy, které jsou často zaměňovány, přestože mají rozdílný charakter. **Socializace** je proces, který probíhá nezáměrně, nahodile a celoživotně. Konkrétně se jedná o každodenní vliv okolí, ve kterém se jedinec formou nápodoby a interakce s okolním prostředím začleňuje do společnosti. V procesu socializace dochází k tzv. sociálnímu učení, kde jedinec získává osobní zkušenosti, které jsou výsledkem poznatků o vlastním jednání a chování. **Výchova** je proces záměrný a cílevědomý, který probíhá současně se socializací, takže je nutné počítat s vlivy všech působících faktorů a s genetickými dispozicemi vychovávaného. Výchovu lze označit jako regulátor, řídící proces, kterým můžeme proces socializace částečně usměrnit, tak aby byl v souladu s výchovnými cíli. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 18-19)

Je známým faktem, že rodina je primárním výchovným činitelem v životě jedince a **rodinná výchova** je nenahraditelná v oblasti emocionálního vývoje dítěte a tím, že vytváří citové zázemí a útočiště. Psychologové uvádějí, že první tři roky života jsou rozhodující pro **utváření charakteru**. Odpovědnost rodiny za budoucí podobu charakteru jedince je naprosto zřejmá. Vliv rodinné výchovy začíná slábnout s nástupem školní docházky a znovu získává na významu při rozhodování o profesní dráze. Dalším důležitým mezníkem je založení vlastní rodiny, s čímž je spojená i příprava na tuto roli. Jedinec si důležité vzory a návyky do vlastní rodiny přináší ze své rodiny orientační. Bylo prokázáno, že výchova v orientační rodině ovlivňuje celkový životní styl jedince. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 58)

S formováním charakteru úzce souvisí **mravní výchova**. Mravní výchova je definována jako záměrná činnost vychovatele, která směřuje k vytvoření určitých lidských vlastností, představ, názorů, postojů dovedností, citů, návyků a chování. Mravní výchova je jednou z nejdůležitějších a zároveň nejsložitějších složek výchovy, protože zabezpečuje významnou součást rozvoje osobnosti. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 61) Domnívám se, že mravní výchova je úzce spojena s výchovou osobnostní a sociální, která se zaměřuje, jak je patrné z názvu, na rozvoj osobnosti jedince a na jeho rozvoj sociální a morální. **Osobnostní a sociální výchova** je nezbytnou součástí výchovy a vzdělávání – jejím úkolem je pomoci jedinci, aby porozuměl sobě samému a vytvořil si pevné základy sebeúcty, které jsou předpokladem úcty k ostatním lidem. Osobnostní a sociální výchova je součástí každodenního života a pomáhá jedinci s rozvojem jeho

kompetencí v sociální oblasti. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 79) S vývojem společnosti se průběžně mění pojetí výchovy a vzdělávání, čímž se mění i pojetí osobností a sociální výchovy, kterou považují společně s morální výchovou za důležité oblasti rozvoje jedince.

Ve zmíněných oblastech spatřuji významný prostor pro sociální pedagogy, aby dokázali působit na jedince nejenom v dětském věku, ale i v letech pozdějšího vývoje člověka a směřovali jej k rozvoji a naplňování jeho sociálních kompetencí. Sociální pedagogika upřednostňuje takové výchovné postupy a cesty, které nenesou zřejmý charakter organizovanosti a přímého působení, ale hledají působení přirozené a nedirektivní. (Kraus, Sýkora, 2009, s. 19)

## 3 PÉČE V PŘIROZENÉM PROSTŘEDÍ

Třetí kapitola je zaměřena na péči, která probíhá v přirozeném prostředí seniora. Nejprve přiblíží péči jak se vyvíjela v době moderní a jak vývoj pokračoval do doby postmoderní. V další části bude definován pojem neformální péče a budou popsána úskalí, která péče o nesoběstačného seniora přináší pečujícím osobám. Kapitola uvede možnosti podpory, které přináší sociální systém a bude se věnovat kvalitě života pečujících.

### 3.1 Péče v průběhu času

**Péče v období moderní rodiny** byla významně ovlivněna přičiněním Josefa II.. V roce 1787 vydal „direktivní nařízení správy zemské“ ve kterém nařizoval, aby osoby práce neschopné byly umístěovány do starobinců a chudobinců. Jednalo se tak o začátek sociální péče, péče byla poskytována přes působení obcí na venkově v pastouškách, ve městech byly zřizovány chudobince, které byly částečně financovány ze sbírek a darů. Péče v obou případech však byla na nízké úrovni, nicméně skýtala starým a nemocným minimální zajištění základní stravy a ubytování. (Haškovcová, 2010, s. 185-187)

V období první republiky péče o staré vykazovala značné rozdíly - velká část starých osob nadále zůstávala v péči rodin, nebo v chudobincích, ale začala se rozvíjet ústavní péče na kvalitativně vyšší úrovni. V roce 1931 byla poskytována péče 40.494 chovancům ve všech typech ústavů, tj. ve starobincích, chudobincích, ale také v chorobincích. (Haškovcová, 2010, s. 191-200)

Po 2. světové válce došlo k velkému rozvoji sociálních jistot starých lidí a zdravotní péče. Zásadní bylo převedení důchodového a nemocenského pojištění do státního rozpočtu, což znamenalo, že stát převzal plnou odpovědnost za sociální zabezpečení starých občanů.

V období socialismu byl budován systém jednotného zdravotnictví, jehož cílem bylo právo každého občana na nejúčinnější péči preventivní a léčebnou. V 60. letech vznikala zařízení pro nemocné občany, jimiž byly léčebny pro dlouhodobě nemocné, které měly charakter azylové ústavní péče, stejně jako kdysi chudobince a chorobince. Sociální instituce pro staré občany byly přejmenovány na domovy důchodců. V roce 1959 bylo na území Československé socialistické republiky 296 domovů důchodců s celkovou kapacitou 27.302 míst. Pro poválečné seniory bylo strávení podzimu života v domově důchodců většinou za odměnu, protože si pamatovali vyprávění svých rodičů



o hmotně nezajištěných starých lidech. Pozdějšími seniory (v osmdesátých letech) byly domovy důchodců vnímány jako „poslední štace“ a byla kritizována kvalita služeb, ztráta soukromí a ztráta sociálních vazeb (domovy bývaly umístěny na okrajích měst, v lesích). (Haškovcová, 2010, s. 209-212) Péče o seniory v období socialismu zaznamenala nejvýznamnější posun v lidské historii. Staří lidé stále mohli využívat pomoci svých blízkých, což činili. V případech, kdy rodina pomoci nemohla, věděli, že o ně bude postaráno díky dostupné státní péči pro všechny občany. Dostupnost péče byla však částečně limitována vysokou zaměstnaností žen, vzdáleným místem bydliště a dalšími faktory. Souhrnně lze konstatovat, že v moderní rodině se projeví dva rozličné modely péče. V období první republiky až do druhé světové války byla péče primárně záležitostí rodin. Mizivě se jednalo o péči institucionální, která byla okrajová, ale postupně její kvalita rostla. Období po druhé světové válce bylo obdobím, kdy péči převzal stát a nastal tak největší posun v péči o seniory. Pohledem dnešního seniora by pravděpodobně nebyla péče dobře hodnocena, ale ve své době se jednalo o velký krok vpřed. Péče v domácím prostředí probíhala i nadále, ale v menším rozsahu.

**Péče v období postmoderní rodiny** zaznamenala velké změny, stejně jako oblast zdravotnictví. Do praxe byly uvedeny nové diagnostické a léčebné metody a nabídka léčiv se nebyvale rozšířila, což způsobilo také obrovský nárůst nákladů na péči. Finanční náročnost způsobila, že si již všichni nemohli dovolit stejnou kvalitu péče, nicméně základní kvalita péče byla dostupná pro všechny. Sociální služby již neposkytoval stát, ale především kraje a obce, nestátní neziskové organizace, církve a právnické osoby. Nabídka péče o seniory se rozšířila tak, že ji senioři mohli využívat a přitom žít ve svých domovech. Vznikla pečovatelská služba, sociální poradenství, osobní asistence, nebo sociální rehabilitace. Domovy důchodců se přejmenovaly na domovy pro seniory. Jejich klienty se v dnešní době stávají pouhá 3-4% seniorů starších 70 let. Domovy důchodců (nyní domovy pro seniory) se od dob socialismu výrazně změnilly a daly se charakterizovat jako skutečné domovy, nikoliv kasárenský typ ubytování jako v minulosti. Kvalita služeb v jednotlivých typech domovů se liší, levnější jsou státní a městské domovy, dražší jsou soukromé domovy, nebo penziony. V roce 2009 bylo v České republice 421 domovů pro seniory s kapacitou 38 489 míst, což pokrývalo místa pro 2,25% populace starší 65 let. Navíc je možno počítat ještě s domovy se zvláštním režimem, kterých bylo ve stejném roce 45. Lůžková kapacita stačila pro 5 968 osob, což pokrývalo 1% populace starší 65 let. (Haškovcová, 2010, s. 235-241)

Po roce 1989 se péče o seniory odvrátila od institucionalizovaného modelu a začala se vracet zpět do rodin. Změna byla možná díky úpravám v sociální a zdravotní oblasti a převedení pravomocí na kraje, obce a neziskové organizace. Stát se snažil vytvořit podmínky umožňující seniorovi, aby mohl zůstat ve svém domově. V případě ztráty soběstačnosti je cílem státu zabezpečit takové podmínky pro pečující, aby se mohla postarat rodina. V této oblasti došlo v posledních letech k výraznému posunu. Zda je tento posun dostatečný, či jaké úpravy by potřeboval, to bude součástí výzkumné části práce.

### 3.2 Neformální péče a její typy

V předchozích dobách byla tradiční péče o staré lidi především záležitostí rodiny, v dobách socialismu se péče institucionalizovala. V době postmoderní se setkáváme s pojmem **deinstitutionalizace péče**, což znamená, že snahou je vrátit péči z prostředí ústavního do prostředí rodinného. Rodina by měla být zodpovědná nejen za výchovu svých dětí, ale i za péči o stárnoucí rodiče, nebo prarodiče, kteří ztrácejí schopnost tak činit samostatně. Rodina je hlavní subjektem, který může starému člověku (a nejenom jemu) poskytnout zázemí a pocit sounáležitosti.

V České republice neexistuje uznané vymezení pojmu **neformální péče**, pojem není definován v žádném legislativním dokumentu. Stránská definuje neformální péči jako péči, která je vykonávána laickým pečovatelem a bývá zmiňována jako neplacená péče, kterou vykonávají členové rodiny, příbuzní, sousedé, nebo přátelé v domácím prostředí. (Stránská, Samková, Truhlářová, Vosečková, 2016, s. 208) Obdobně je péče vnímána v Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 - 2025, který o neformální péči pojednává jako o důležité součásti systému dlouhodobé péče a vymezuje jí jako „péči poskytovanou osobě závislé na podpoře, pomoci a péči jejím blízkými rodinnými příslušníky, příbuznými a známými.“ (MPSV [online] 2019) Neformální péče bývá také označována jako domácí péče, nebo rodinná péče. Jeřábek uvádí definici, že se jedná o „opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo službu vykonávanou pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat.“ (2005, s. 10) Hlavním cílem neformální péče je zachovat seniora v jeho přirozeném prostředí.

Jak jsem již uvedla, na začátku péče o nesoběstačného seniora je vždy rozhodnutí, zda se péče ujmout, nebo seniora umístit do zařízení sociální péče. Rozhodovací proces závisí na mnoha faktorech – podléhá nejenom úsudku potencionálního pečovatele,

ale i rozhodnutí samotného seniora. V rozhodování seniorů jsou zásadní dva faktory: jedni nechtějí být na obtíž svým blízkým, jiní chtějí setrvat ve svém domácím prostředí. Pro pečovatele je přijetí rozhodnutí o péči buď samozřejmostí, ale často je také dáno nedostupností sociálního zařízení v blízkosti bydliště. (Stránská, Samková, Truhlářová, Vosečková, 2016, s. 208) Při rozhodování neformálních pečovatelů, je dle Pacovského (1990, s. 54), důležité splnění tři základních podmínek:

- **rodina musí chtít pečovat** – rodina poskytuje pečovateli zázemí psychické, ale je mu i citovou oporou a pomocí, proto by pečovatel měl mít podporu celé rodiny, jelikož zátěž péče se sekundárně přenáší na další osoby v rodině pečovatele. Důležitým faktorem při rozhodování o péči je postoj životního partnera k omezením, která péče přináší, dále pak ochota ostatních členů rodiny se na péči podílet a také pohlaví, protože ženy se stávají pečujícími častěji. V případě negativního postoje rodiny k péči je vyvíjen nepřiměřený tlak na osobu pečovatele.
- **musí mít podmínky pro péči** – jedná se především o fyzické a psychické zdravotní předpoklady pečovatele, které jsou nezbytně nutné pro vykonávání péče. Dalšími předpoklady je zajištění bytových a finančních podmínek podle potřeb nemocného, obvykle sebou přináší nutnost stavebních úprav.
- **musí umět pečovat** – péče o nesoběstačného seniora vyžaduje již určitou míru znalostí a na pečovatele jsou kladeny vysoké nároky týkající se praktických dovedností, ale i teoretických znalostí týkajících se daného onemocnění, ale i změn v rámci péče samotné. Nedostatek informací a nedostatek praktických kompetencí může vést k psychickému přetížení pečovatelů. (Truhlářová, 2015, s. 34)

Sýkorová upozorňuje na fakt, že existují bariéry v péči, kterými jsou: geografická vzdálenost, povinnost k ostatním členům vlastní rodiny, bydliště, nedostatečná kompetence péči poskytovat, nebo nekvalitní interpersonální vztahy rodičů a dospělých dětí. Pokud není možné tyto bariéry překonat, tak je nutné využít pomoc státních, nebo soukromých institucí k zajištění péče. (2007, s. 80)

Při poskytování neformální (domácí) péče existují zásadní rozdíly podle toho, zda se jedná o pomoc při poskytování některých úkonů, nebo se jedná o osobu, která je plně závislá na péči blízkého člověka. V obou případech se jedná o velký závazek, který na sebe rodina přebírá. Rodinnou péči podle Jeřábka (2005, s. 31) z pohledu zajištění potřeb pečovaného rozlišujeme na 3 typy:

- **Podpůrná péče** – jedná se o péči, která je méně náročná. Jedná se spíše o podporu, která nevyžaduje společné bydlení. Smyslem podpůrné péče je umožnit vysokou soběstačnost, samostatnost a kontakt s běžným sociálním prostředím pečovaného. Péče je zaměřená na podporu verbální tzn. na emocionální podporu, slovní radu, ale i na finanční a materiální podporu, nebo dohled při každodenních činnostech. Tato péče umožňuje pečovanému vést plnohodnotný život i přes jeho handicap.
- **Neosobní péče** – je péče, která je již náročnější než podpůrná péče, protože je pravidelná a pro pečovaného nepostradatelná. Spočívá v každodenní péči o domácnost a zahrnuje materiální i emocionální složku. Běžnou praxí při této péči bývá kombinace neformální rodinné péče v osobě pečovatele (nebo pečovatelů), které jsou doplněné využíváním terénních sociálních služeb, jako jsou pečovatelská služba, nebo tísňová péče.
- **Osobní péče** – je nejnáročnějším typem péče, jelikož vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby, což klade velké nároky na pečovatele – psychicky i fyzicky a má největší dopad i v sociální oblasti. Osobní péče je nejnáročnější také z pohledu profesionality pečovatele.

Poskytování péče se liší podle toho, zda je prováděno v domácím prostředí pečovaného, nebo zda se odehrává přímo v rodině neformálního pečovatele. Dalším faktorem je druh nemoci, nebo handicapu u pečovaného, který ovlivňuje náročnost péče. V každém případě mají všechny uvedené faktory dopad na život rodiny i na osobní život pečovatele. (Truhlářová, 2015, s. 32)

### 3.3 Postavení pečujících ve společnosti

Neformální péče je nejvýhodnější formou péče pro seniora, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách. Pro osobu pečující jsou s péčí spojena možná rizika a negativní dopady. „Péče sebou nese závažné sociální, ekonomické a psychologické dopady.“ (Klímová-Chaloupková, Hamplová, 2014, s. 103)

Počet neformálních pečovatelů v České republice se odhaduje na 250 tisíc. Polovinu osob pečujících tvoří osoba blízká, z čehož dvě třetiny tvoří ženy ve středním nebo raném důchodovém věku, mezi 35 a 64 rokem. Tato forma bezplatné péče je mimořádně důležitou součástí systému dlouhodobé péče, podle kvalifikovaných odhadů 70–90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytováno rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími. (Sociální politika EU [online] 2017)

Neformální péče bývá ve většině případů dlouhodobou záležitostí. Pečující je nucen zpravidla v průběhu času omezit zaměstnání, nebo z něho úplně odejít, případně přijmout místo méně náročné, které bývá méně atraktivní a také se jedná většinou o hůře placené místo, což má negativní **ekonomický dopad** na pečujícího a jeho rodinu. Pečující osoby jsou v některých případech vystaveny zvýšenému riziku chudoby z důvodu omezení příjmu v období péče. S narůstající dobou ošetřování klesá šance pečovateli znovu uspět na pracovním trhu. Uvedenými kroky se zvyšuje riziko chudoby v důsledku nízké mzdy a přerušování pracovní kariéry, což představuje významné dopady pro celou rodinu. Náklady sociálního systému při péči o nesoběstačnou osobu jsou u neformální péče výrazně nižší, než náklady formální péče. Jedná se o oblast, kde zátěž sociálního systému klesá, ale je vytvářena obrovská zátěž pro jednotlivce i celé rodiny, na které má významné negativní ekonomické dopady. (Truhlářová, 2015, s. 41-46)

**Psychologicko–sociální dopady** jsou dalším hlediskem při péči o nesoběstačného seniora, které je nutno zvážit před začátkem péče. Neformální péče je pro pečující osoby výrazným stresovým faktorem. Promítá se do postavení pečující osoby na trhu práce, ovlivňuje pozici a fungování v rodině, a zároveň působí na duševní pohodu a tím i na zdraví pečujícího. Opačným úhlem chápání neformální péče je, že se jedná o činnost, která pečujícího uspokojuje a dává mu pocit dobře odvedené práce a zároveň pocit, že pečující vrací svému rodiči péči a starostlivost, kterou sám obdržel v dětství. (Truhlářová, 2015, s. 35)

Neformální péče, která je prováděna dlouhodobě se odráží na psychice pečující osoby, ale i na jeho fyzickém zdraví. Pečující, který věnuje svůj veškerý čas péči, takto činí většinou na úkor času společných činností s vlastní rodinou a na úkor sebe sama. Péče o nesoběstačného seniora, která je poskytována rodinou, je zatěžující, protože jí jsou negativně ovlivňovány partnerské vztahy v rodině. Negativními faktory, které působí na rodinu, jsou zejména ztráta soukromí rodiny, pečované osoby, narušení běžného chodu domácnosti a především časová náročnost péče. Mohou nastat situace, kdy vlastní život pečujícího přestane vlivem péče existovat. V rodině jsou ovlivňovány jednotlivé funkce – rekreační, protože rodina chybí prostor k trávení volného času, ekonomická – v rodině zpravidla dochází ke snížení příjmu z důvodu péče a zároveň vzrůstají náklady na péči, socializační - u primárních pečovateli, ale i u ostatních pečujících může docházet k sociální izolaci, která se může projevat ke vztahu k pečovanému, k okolí a může ovlivňovat i kvalitu péče. (Truhlářová, 2015, s. 35)

Jeřábek uvádí, že nejčastějšími rodinnými pečovateli jsou ženy, zejména manželky (partnerky) a dcery, popřípadě snachy v pozdně středním, nebo raně důchodovém věku. (2005, s. 36) Důvody vyššího zapojení žen jsou vysvětlovány rozdílnou strukturou příležitostí mužů a žen např. ve výši příjmů, ale také rozdílnými sociálními normami a kulturními očekáváními, které jsou vztažené na role mužů a žen v rodině. (Saraceno, 2010) Jeřábek uvádí, že role ženy je kulturně více spojována s péčí o osoby starší, nemocné a nemožící. Ženy jsou dlouhodobě považovány za kompetentnější pečovatele než muži. Muži se do péče o potřebné seniory také zapojují, nejsou většinou hlavní pečující osobou a vykonávají spíše podpůrnou péči. Ženy poskytují především přímou péči a emocionální oporu. (2005, s. 44)

Rodina hraje v zajištění dlouhodobé péče o seniory se sníženou soběstačností důležitou roli, protože cca 80% poskytovatelů dlouhodobé péče tvoří neformální pečovatelé. (Truhlářová, 2015, s. 28) Z výzkumu Share, který uvádí Dudová, vyplývá, že Česká republika je zemí s nejvyšším podílem neformální péče v rodině. Péče se odehrává uvnitř rodiny, je neplacená a jejími častějšími vykonavateli jsou ženy. (Dudová, 2015, s. 33) Z výzkumu Truhlářové, který byl realizován v r. 2013, vyplynulo, že z 844 neformálních pečovatelů bylo 86% žen a 14% mužů. Nejsilnější skupinou pečovatelů byly děti rodičů (dcera, syn) a průměrný věk pečovatelů v šetření byl 43 let (nejmladší respondentovi bylo 18 let, nejstaršímu 85let). (2015, s. 28)

Všechna uvedená fakta ukazují na důležitost rodiny při zajištění dlouhodobé péče o osoby se sníženou soběstačností. Je zde předpoklad, že díky demografickému stárnutí populace bude potřeba neformální péče do budoucna narůstat.

### **3.4 Podpora pečujících**

Jak již bylo uvedeno výše, je nutné reagovat nejenom na demografické stárnutí obyvatelstva, ale i na pomoc osobám, které potřebují pomoc a které pomoc poskytují. Stát je tvůrcem nástrojů sociální politiky pro péči o závislé osoby, které dělíme na ty, které jsou určeny pečované osobě a na ty, které jsou určeny pečující osobě.

Jedním z aspektů Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí (pro období 2013 až 2017) je podpora rodiny a rodinných příslušníků v péči o seniory. „Vzdělávání a podpora neformálních pečujících je jednou z nejefektivnějších investic v rámci dlouhodobé péče. Zvýší se produktivita této skupiny poskytovatelů, což povede k lepším výsledkům péče, nižším nákladům na zdravotní a sociální systém, ale také ke snížení zdravotních komplikací. Rodinní příslušníci pečující o seniory proto musí

dostat maximální podporu ve formě vzdělávání, psychologického poradenství a dostupné nabídky služeb.“ (MPSV [online] 2019)

V rámci pochopení celé problematiky jsem na základě uveřejněné reportáže v České televizi, navštívila **Centrum neformálních služeb**, které sídlí v Praze 4 a je jedním z několika podobných center v České republice, které začaly být v posledních letech zřizovány. Centrum je umístěno v budově Ústavu sociálních služeb a poskytuje neformálním pečujícím bezplatné **sociální poradenství, individuální i skupinové psychoterapie, poradenství finančního zdraví, pracovně-právní konzultace a také poradenství v oblasti paliativní péče**. Výjimečnost zařízení tkví v tom, že je osobám pečujícím poskytnuto komplexní poradenství od psychologa, sociologa, nebo právníka. Poskytování služeb Centra neformálních služeb je navázáno na poskytnutí, kterékoliv formální služby (např. pečovatelské služby, denního stacionáře, nebo odlehčovací služby) a na stejném místě si může klient zařídit žádost o příspěvek na péči, nebo se přihlásit na odborný kurz „Základy péče o starší lidi a dlouhodobě nemocné“. V rámci České republiky jsou 4 podobná centra.

Sociální služby, které jsou podporou neformálních pečovatелů, jsou nazývány **odlehčovací služby**. Cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Jedná se o ambulantní a pobytové služby poskytované osobám, o které pečuje osoba blízká v domácnosti. Konkrétní sociální službou podporující neformální péči jsou **centra denních služeb, denní nebo týdenní stacionáře** poskytují služby ve specializovaném zařízení seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Využití této služby umožňuje pečovateli vykonávat zaměstnání a pečujícímu zprostředkovává kontakt se sociálním okolím. Pro neformální pečovatele mohou být významnou emocionální a praktickou oporou podpůrné a **svépomocné skupiny**, které umožňují sdílení informací a zároveň poskytují oporu a útěchu. (Truhlářová, 2015, s. 49–50)

Jednou z velmi důležitých oblastí je i **vzdělávání pečujících osob**. Pečující si musí osvojit nové znalosti a dovednosti, aby dokázali zvládnout nutné pečovatelské úkony, ale zároveň, aby dokázali péči nastavit tak, aby byla zvládnutelná i pro ostatní členy rodiny. Sociální pracovník obce by měl pečujícímu poskytnout přehled kurzů pro pečující v daném regionu. Vzdělávací kurzy jsou zaměřené na sociálně-právní aspekty péče (tj. zaměření na práva pacientů, práva pečujících, nebo nárok na dávky při péči), praktický nácvik ošetrovatelských úkonů (popř. pečování o osobu s určitou diagnózou např. demence), dále kurzy zvládnání obtížných situací při péči

(např. psychohygienu pečujících, komunikace v rodině, nebo zvládnání stresu. Pořádáním kurzů se většinou zabývají neziskové organizace, nebo kraje a obce. (Jak na péči?, s. 29) V praxi je důležité zvládnutí nutných pečovatelských úkonů, kde se pečující osoby mohou obrátit na ošetřujícího lékaře, pracovníka rehabilitační péče, nebo pracovníka domácí péče, kteří pomohou se zaškolením a základním nácvikem ošetrovatelských úkonů.

Snahou sociální politiky každého státu je zmírňovat ekonomické dopady péče a vyvinout **finanční nástroje** k podpoře neformální péče. Truhlářová uvádí, že v České republice se setkáváme se dvěma typy finančních nástrojů soc. politiky: zaměřené na osobu pečovaného a zaměřené přímo na osobu pečovatele. (2015, s. 41-46) **Příspěvek na péči** je dávkou, která je vyplácena osobě, která je závislá na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Výše příspěvku závisí na stupni závislosti na pomoci jiné osoby a je regulováno Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §7-30. V současnosti jsou rozlišovány čtyři stupně závislosti, které vypovídají o tom, jak je osoba schopná zvládat, vlivem svého zdravotního stavu, péči o vlastní osobu a soběstačnost. Dávka je vyplácena měsíčně a její výše se v průběhu let upravovala. Příspěvek na péči u osob starším 18 let v I. stupni (lehká závislost) činí 880 Kč, ve II. stupni (středně těžká závislost) je přiznána částka 4.400 Kč. K poslednímu zvýšení došlo od 1. 4. 2019 a týkalo se III. a IV. stupně závislosti, kde je ve III. stupni vyplácena částka 12.800 Kč a ve IV. stupni je to částka 19.200 Kč. (MPSV [online] 2019) Žádost o příspěvek na péči se podává na Úřadu práce ČR v místě bydliště blízké osoby. Posuzování zdravotního stavu žadatelů je v kompetenci lékařské posudkové služby, která rozhoduje o posouzení nároku a stupně závislosti. (Jak na péči?, s. 12) V případě nepříznivé ekonomické situace pečujícího, nebo celé rodiny je možné příspěvek na péči kombinovat s dalšími dávkami státní sociální podpory, zejména s příspěvkem na bydlení, nebo s dávkami hmotné nouze jako jsou: příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. (Truhlářová, 2015, s. 43)

V souvislosti s přiznáním příspěvku na péči vzniká pečující osobě nárok na úhradu zdravotního a sociálního pojištění. **Zdravotní pojištění** je po dobu péče hrazeno státem za osobu, o kterou je pečováno i za pečující osobu pečující, pokud pečuje o osobu ve II., III., nebo IV. stupni závislosti. Nutností je, aby pečující osoba měla přiznaný příspěvek na péči a také vystavení potvrzení o péči od úřadu práce. **Sociální pojištění** je po dobu péče také hrazeno státem a doba péče je započítána jako



tzv. náhradní doba pojištění (tj. doba péče o osobu závislou na péči jiného). Pro splnění podmínek platí stejná klasifikace – pečující musí pečovat o osobu ve II., III., nebo IV. stupni závislosti. Okresní správa sociální zabezpečení vydává rozhodnutí o době a rozsahu péče, které je potřebné při žádosti o **starobní důchod**. Náhradní doba pojištění není započítávána pro výpočet starobního důchodu u osob, které při péči nepracovali, proto aby neměla negativní dopad na výši důchodu. Pečující, kteří kombinovali péči s prací (a pečovali méně než 15 let) se mohou rozhodnout, zda dobu péče chtějí započítávat. U osob, které pečovali více jak 15 let a zároveň i pracovali je pro výpočet důchodu započítáván jejich příjem i příspěvek na péči. (Jak na péči?, s. 30) Náhradní doba se započítává také pro **přiznání podpory v nezaměstnanosti**. Pečující osoba opět musí pečovat o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve II., III., nebo IV. stupni závislosti. Pro započítání dávky je nutné splnit podmínku, že pečující osoba žije se závislou osobou ve společné domácnosti, vyjma osoby, která se považuje za osobu blízkou. (Truhlářová, 2015, s. 42) Dalším zvýhodněním pro pečující osoby je, že příjem pečující osoby získaný z důvodu péče, až do výše příspěvku na péči pro závislou osobu je **osvobozen od daně z příjmu**. Toto zvýhodnění se týká pouze osoby blízké. Od daně z příjmu je osvobozena částka týkající se IV. stupně závislosti.

Z výčtu výše uvedených nástrojů je patrné, že se jedná pouze o podpůrné a doplňující kroky, které jen částečně kompenzují pečovateli běžný ekonomický standart osoby, která o nikoho nepečuje a je ekonomicky aktivní. Domnívám se, že by se systém měl upravit tak, aby více diferencoval mezi stupni jednotlivými závislostí, popř. reagoval na to, že se pečující musel vzdát výdělečné činnosti na úkor péče o nesoběstačného seniora.

Jedním z nejnovějších opatření, které v České republice bylo zavedeno od 1. června 2018, je **dlouhodobé ošetřovné**. Dlouhodobé ošetřovné pomáhá pracujícím osobám, které se rozhodnou pečovat o svého blízkého v domácím prostředí tím, že jim chrání pracovní místo a poskytuje jim dávku, která je částečnou kompenzací jejich příjmu. Dávka umožňuje pečujícím osobám čerpat až 90 kalendářních dnů pracovního volna. V průběhu této doby je pečujícímu vypláceno 60% denního vyměřovacího základu tzn. stejná částka jako běžné ošetřovné. Nárok na dlouhodobé ošetřovné vzniká všem plátcům zdravotního pojištění (zaměstnanci i osoby samostatně výdělečně činné). Z ustanovení Zákoníku práce vyplývá, že zaměstnavatel má povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance po dobu poskytování dlouhodobé péče (zamítnout lze jen ze závažných provozních důvodů). Zaměstnanec má právo po ukončení péče

na zařazení na původní práci a původní pracoviště a během poskytování dlouhodobé péče mu nesmí být dána výpověď. Dlouhodobé ošetrovné mohou čerpat nejenom osoby žijící ve společné domácnosti, ale i širší okruh příbuzných. O dlouhodobém ošetrovném rozhoduje ošetřující lékař. (Jak na péči?, s. 18) Zavedení dlouhodobého ošetrovného je vítaným prvkem v péči o osobu blízkou. Předmětem diskuze by měli být nastavené vstupní podmínky. U pečovaného je vstupní podmínkou 7denní hospitalizace a současně jeho stav vyžaduje péči min. 30 dní.

### 3.5 Kvalita života pečujících

Pojem kvalita života je dnes populární v mnoha odvětvích (medicína, psychologie). Kvalita života je však i běžně užívaným termín, nejenom vědeckým. Jedinec považuje kvalitu života za důležitou hodnotu, která slouží jako zdroj motivace. (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 25) Hodnocení kvality života jedinců, nebo skupin je často spojováno s anglickým pojmem well-being, který pojmenovává dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost s životem jedince. V české terminologii lze nahradit pojmem osobní pohoda, která je založena na duševní, tělesné a sociální dimenzi, která se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. (Šolcová, 2004, s. 21)

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života takto: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Šolcová, 2004, s. 21) Kvalita života je však i běžně užívaným termín, nejenom vědeckým. Jedinec považuje kvalitu života za důležitou hodnotu, která slouží jako zdroj motivace. (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 25)

V souvislosti s kvalitou života pečujících osob provedla výzkum Robin Cohen a na základě dotazníkového šetření definovala nejdůležitější oblasti, které ovlivňují kvalitu života pečujících. Odpovědi seřadila do sedmi základních kategorií, které jsou pro pečující osoby klíčové.

- **Stav osoby, které je poskytována péče** – zde se nejedná pouze o aktuální stav pečovaného a jeho případné změny (zhoršení), na které se musí pečující osoba adaptovat. Zhoršování zdravotního stavu má na pečující osoby výrazný dopad, protože se mění role v rodině, rodinné zvyklosti a tyto změny umocňují prožívání pečujících.

- **Stav pečujícího** – u pečujícího je třeba vycházet z jeho subjektivního vnímání vlastní kvality života. Cohen popsala, že pečující je vystaven celkové zátěži, na kterou není možné se připravit předem. Na pečující působí dlouhotrvající distress a je vystaven fyzické zátěži, což negativně působí na jeho zdraví a pečující se stávají náchylnější k infekčním, ale i k chronickým onemocněním. Navíc se u pečujících dvakrát častěji objevují depresivní syndromy.
- **Vztahy s lidmi** – rozsah péče může být natolik náročný a pečující mu může věnovat tolik energie, že přestane mít dostatek kontaktů s okolním světem a hrozí mu sociální vyloučení. Budování a udržování sociálních vztahů výrazně ovlivňuje život jedince a jejich omezení má negativní dopad na psychiku jedince.
- **Finanční situace pečujícího** – je považována za klíčovou u osob, které jsou nuceny kvůli péči opustit své zaměstnání. Pečující, kteří jsou v produktivním věku a na jejich příjmu je závislá i rodina, zároveň u nich panovala z opětovného návratu do zaměstnání po skončení péče. Finanční situace pečujících, kteří jsou příjemci starobního důchodu, nehrála důležitou roli, protože pečující byli finančně zajištěni.
- **Náhled pečujícího na svůj život a jeho smysl** – v procesu rozhodování pečujících osob hraje významnou roli, dobrovolnost přijetí rozhodnutí. Motivy pro přijetí péče lze nalézt v kvalitě vytvářených mezigeneračních vztahů. Jeřábek konstatuje, že vykonávání role pečujícího je spojeno s odpovědností, obětavostí a vytrvalostí. (2005, s. 12) Tošnerová uvádí, že pečující je obdařen vnitřní silou, o které nevěděl, že ji má. „Je to statečnost pokračovat nehledě na bolest. Je to studnice naděje. Je to vědomí, že jsou zkoušeni ohněm a přežili.“ (2001, s. 15)
- **Kvalita přijímané péče** – se zabývá kvalitou poskytovaných služeb seniorovi a zároveň péči poskytovanou pečující osobě. V této oblasti mohou být nápomocny Centra neformální péče, které mohou pomoci s poradenstvím, edukací.
- **Prostředí** – mnoho vědních oborů zkoumá vliv prostředí jedince a je známým faktem, že prostředí působí na lidské zdraví a na proces uzdravování. U pečujících osob se jedná o prostředí, ve kterém sami pobývají, ale jejich kvalitu života ovlivňuje i spokojenost s prostředím, ve kterém žije senior, o kterého pečují. Často se jedná o stejné místo pobytu, proto je nutné zabývat se otázkou zajištění soukromí pro obě strany. Pokud jsou místa pobytu rozdílná, pečující si klade otázku, zda je místo pro pečovaného vybráno správně z pohledu dobré péče a z pohledu spokojenosti samotného seniora. (Votoček, 2009, s. 37-43)

Znalost výše uvedených kategorií, které jsou klíčové pro hodnocení kvality života pečujících osob, mohou pomoci porozumět pečujícím osobám a zároveň mohou být využity k podpoře aktivit, které budou na pečující osoby zaměřené.

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměřím na hlavní cíl výzkumu a stanovení výzkumných okruhů. Uvedu metodu výzkumu a použité techniky sběru dat. V následující části bude popsán výzkumný vzorek včetně podrobnějšího popisu respondentů. Závěr kapitoly je zaměřen na limity výzkumu.

### 4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je poukázat na problematiku pečující osoby a dopady péče o nesoběstačného seniora na vlastní život pečujícího a jeho nejbližší rodiny. Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem si stanovila dílčí okruhy, které mi pomohou najít odpověď. Dílčí výzkumné okruhy jsou stanoveny tak, aby dokázaly objasnit motivy péče, změny v životě osoby pečující o nesoběstačného seniora, změny ve fungování rodinného soužití a podporu ze strany sociálního systému. Součástí výzkumu bude ověření možností nabízených českým sociálním systémem pro pečující osobu.

### 4.2 Metoda výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumného cíle byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat. Kvalitativní přístup byl zvolen, protože bylo důležité, formou rozhovorů s pečujícími, získat jejich subjektivní názory na zjišťovanou problematiku, popis vnímání a prožívání dotazovaných, doplněný jejich vlastními zkušenostmi a názory. Vnímala jsem, že předmětem výzkumu je téma, ve kterém je důležitý individuální přístup. Hendl přirovnává práci kvalitativního výzkumníka k činnosti detektiva a o kvalitativním výzkumu uvádí, že se jedná o „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník utváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textu, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (2005, s. 50)

Pro porozumění problematice péče o nesoběstačného seniora a jeho dopadu na pečující osobu a jeho rodinu jsem zvolila narativní přístup, jehož cílem není vypracování závěrů založených na potvrzení nebo vyvrácení hypotézy, ale klade si za cíl pochopení vnitřního světa zkoumaného jedince na základě jeho životního příběhu.

Předmětem i nástrojem narativní analýzy je příběh, který je nedílnou součástí života a zároveň i jedním ze způsobů lidské komunikace. Každý příběh je ovlivněn

kontextem, ve kterém je vyprávěn. Příběh jedince se vyvíjí a mění v průběhu času, stejně jako se mění podmínky okolo něj. V narativním výzkumu je snahou zafixovat něco, co se stále mění a vyvíjí, aby to mohlo být podrobena vědeckému zkoumání. (Miovský, 2006, s. 242) „Právě fakt, že každý životní příběh je jedinečný, činí z jeho popisu, z vyprávění, individuální proces, který často sklouzává k nemožnosti ověření faktů, na nichž je příběh založen.“ (Gulová, Šíp, 2013, s. 129)

Narativně orientovaný přístup vychází z osobních zkušeností vypravěčů, kteří na základě své prožité zkušenosti vytváří příběh. Narativní analýza je interdisciplinární povahy, protože kombinuje informace z několika sociálně vědních oborů. Důraz je kladen na vlastní vnímání reality zkoumaných jedinců, jejich vlastní popis a chápání jednotlivých událostí jedné životní etapy. (Sedláková, 2014, s. 369)

V narativní analýze existují čtyři základní modely interpretace příběhů. Pro účely diplomové práce jsem zvolila modus holisticko-obsahový. V rámci holisticko-obsahového modu je pozornost zaměřená na životní příběh jako na celek a v popředí je obsah příběhu. Jednotlivé fáze vyprávění se analyzují v rámci celého obsahu. (Čermák, 2006, s. 6)

### **4.3 Technika výzkumu**

Jako techniku výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který jsem vybrala s vědomím výhody, že znění otázek popř. jejich pořadí, lze přizpůsobit dynamice konkrétního rozhovoru a individuálním charakteristikám dotazovaného pečujícího. Tato technika zároveň při sběru dat umožňuje hlubší poznání zkoumaných osob. Výhodou tohoto typu rozhovoru je, že předem definovány základy rozhovoru, ale je zde dostatečný prostor pokládat doplňující otázky a upřesnit si výpovědi respondenta. Předností polostrukturovaného rozhovoru je možnost ověřit si, zda dotazovaný otázkám správně rozumí a odpovídá relevantně vzhledem k výzkumnému problému (Hendl, 2005, s. 173). V průběhu realizace výzkumného šetření byly dodržovány základní etické zásady, kterými jsou informovaný souhlas s účastí na výzkumu, ochrana osobních údajů, anonymita, soukromí a svoboda odmítnutí účasti na výzkumu. (Hendl, 2005, s. 155)

Rozhovory se uskutečnily v průběhu srpna a září 2019. Při domlouvání termínu rozhovoru byli pečující požádáni o rozhovor v prostředí, kde nebudeme rušeni a byli obeznámeni s časovou náročností rozhovoru 45 – 60 minut. Oslovení pečující si sami zvolili prostředí pro rozhovor, ve všech případech se jednalo o domácí prostředí

respondentů. Před začátkem samotného rozhovoru byl s aktéry podepsán informovaný souhlas s účastí na výzkumu a souhlas se záznamem na diktafon.

Na základě výzkumného cíle a zvolené výzkumné strategie byly vytvořeny otázky pro předem stanovené výzkumné okruhy.

#### Okruh č. 1: Motivy pro péči

Proč jste se rozhodla pečovat?

Jak se k problematice péče postavila rodina?

#### Okruh č. 2: Změny v životě pečující osoby

Jak jste trávila volný čas před začátkem péče?

Jaká je (byla) časová náročnost péče?

Jak jste v průběhu péče odpočívala?

Čím vás péče obohatila? Co vám péče vzala?

#### Okruh č. 3: Změny ve fungování rodiny

Jak jste trávili s rodinou volný čas před začátkem péče?

Jaké změny jste v životě rodiny vnímala jako nejzásadnější?

Jaký měla péče ekonomický dopad na rodinu?

Co přinesla/vzala péče rodině?

#### Okruh č. 4: Pomoc sociálního systému

Jaké formy sociální pomoci jste využila?

Jak jste byla informována o formách sociální pomoci?

Jaká forma sociální pomoci by vám pomohla?

V úvodu rozhovoru jsem každého respondenta seznámila s tématem diplomové práce. Ujistila jsem respondenty, že informace z rozhovorů budou využity pouze pro výzkum v diplomové práci a budou zpracovány anonymně. Na začátku rozhovorů byly zodpovězeny otázky týkající se demografických údajů tj. věk, místo bydliště, vztah mezi pečovaným a pečujícím, počet členů v rodině pečujícího apod. V druhé části rozhovoru byl respondent vyzván, aby vyprávěl o péči, kterou prožívá, snažila jsem se do vyprávění nezasahovat a pouze jsem naslouchala. Následně jsem respondentům kladla doplňující otevřené otázky, které se týkaly zkoumané problematiky. Mou snahou bylo, aby byl rozhovor veden v uvolněném nesugestivním duchu, s důrazem na to, abych vlastním názorem neovlivňovala dotazované pečující. Délka rozhovorů ve většině případů překročila původně avizovanou časovou dotaci a pohybovala se od 55 do 120 minut. Od všech respondentů jsem získala souhlas s nahráváním rozhovorů na diktafon.

#### 4.4 Výzkumný vzorek

Pro účely této práce byl zvolen záměrný výběr respondentů. Miovský uvádí, že je specifický tým, že respondenti jsou vybíráni mezi potenciálními účastníky bez dalších specifických metod a strategií. (2006, s. 129)

Ve výzkumném šetření byly osloveny osoby, které aktuálně pečují, nebo v posledním roce (před uskutečněním výzkumu) pečovali o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Další podmínkou byla doba trvání péče minimálně 6 měsíců. Podmínku jsem stanovila, aby u respondenta byla zajištěna zkušenost s dlouhodobější péčí. Pro účast na výzkumu jsem oslovila jedince, o kterých vím, že pečovali o svého blízkého. Dva respondenty jsem znala ze svého okolí, bylo jednodušší se s nimi domluvit a byly ochotni mi doporučit své známé, kteří také pečují. Zároveň se mi podařilo oslovit klienty, kteří využívali půjčovnu zdravotních pomůcek, zda by byli ochotni se zúčastnit se výzkumu. Setkala jsem se s kladnými i zápornými reakcemi. Důležitým faktorem bylo, aby senior pobíral příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti. K účasti ve výzkumu jsem oslovila 10 pečujících, 9 žen a 1 muže. Z celkového počtu oslovených bylo ochotno ke spolupráci 6 osob. Výzkumu se zúčastnilo 6 pečujících žen z Královehradeckého kraje. Výzkum jsem realizovala od srpna do září 2019.

Výzkumný vzorek se skládal ze 6 respondentek. Složení výzkumného vzorku potvrdilo fakta uvedená v teoretické části, že častějšími poskytovateli péče jsou ženy. Pro přehlednost jsem uvedla základní údaje o respondentkách v tabulce.

Tab. 1 Charakteristika výzkumného vzorku

OZNAČENÍ	EKONOMICKÝ STATUS	VĚK PEČUJÍCÍHO	VZTAH MEZI PEČOVANÝM A PEČUJÍCÍM	DOBA PÉČE	STAV PÉČE
<b>Respondentka A</b>	zaměstnaná	58	otec - dcera	2 roky	aktivní
<b>Respondentka B</b>	zaměstnaná	43	matka - dcera	10 měsíců	ukončená
<b>Respondentka C</b>	zaměstnaná	50	otec - dcera	6 let	ukončená
<b>Respondentka D</b>	důchodce	72	manžel - manželka	4 roky	ukončená
<b>Respondentka E</b>	důchodce	70	matka - dcera	10 let	ukončená
<b>Respondentka F</b>	důchodce	63	matka - dcera	3 roky	aktivní



Níže popíši základní charakteristiky respondentů.

### **Respondentka A**

Respondentce A je 58 let a pracuje jako laborantka v Hradci Králové. Své dětství a mládí strávila v Poděbradech. Po základní škole odešla studovat střední školu do Prahy. Respondentka je jedináček. Se svými rodiči měla vždy dobrý vztah, bližší vztah měla s tatínkem, protože se jí více věnoval, byl jejím rádcem. Ve 25 letech se respondentka vdala a odstěhovala s manželem do Hradce Králové. Nejprve žili v bytě v centru Hradce Králové, ale později si pořídili vlastní rodinný domek ve vesnici nedaleko města. Manželé spolu vychovali dvě děti – dceru a syna, kteří dnes již žijí samostatně. Respondentka pečuje o svého tatínka společně se svým manželem. Tatínkovi je nyní 89 let.

Souhlas s účastí na výzkumu jsem měla s respondentkou domluvený delší dobu. V srpnu jsme se domluvili na konkrétním termínu a realizovali rozhovor, který se uskutečnil v domácnosti respondentky. Rozhovoru byl účasten i manžel respondentky, který do rozhovoru nevstupoval. Rozhovor byl velmi příjemný a obohacující.

### **Respondentka B**

Respondentce B je 43 let a pracuje jako pracovnice obchodního oddělení. Respondentka strávila své dětství na venkově. Vzpomíná na dětství velmi ráda a nejvíce hovořila o návštěvách, blízkých lidech a lotrovinách, které prováděli jako děti. Respondentka je nejstarší ze tří sester. Respondentka vystudovala obchodní školu v Pardubicích. Důležitým bodem v jejím životě bylo seznámení s manželem, se kterým si postavili rodinný dům a společně vychovávají tři děti. Manželství charakterizuje jako spokojené. Respondentka je velmi aktivní a příjemná paní, která se rozhodla pečovat o svou maminku po diagnostikování závažné choroby.

Respondentku osobně znám a byla jsem s ní v kontaktu několik měsíců. Rozhovor se uskutečnil v srpnu a proběhl v domácnosti respondentky. Atmosféra u rozhovoru byla uvolněná, jednalo se o vyprávění, které mi poskytlo cenné informace.

### **Respondentka C**

Respondentce C je 50 let a pracuje jako administrativní pracovnice ve zdravotnictví. Své dětství prožila ve společnosti svých dvou sourozenců. Později vystudovala obchodní akademii a pracovala jako administrativní pracovnice v různých odvětvích. Respondentka je vdaná a společně s manželem vychovávají tři děti (2 děti jsou již dospělé, 1 dítě navštěvuje základní školu). Celý život prožila v domě svých

rodičů, a proto když zemřela maminka, tak se naprosto samozřejmě začala starat o tatínka.

Kontakt na klientku jsem získala od své známé. Požádala jsem respondentku o rozhovor během července a ona s ním souhlasila. Samotné setkání a uskutečnění rozhovoru proběhlo na konci srpna. Rozhovor byl nejprve nesmělý, respondentka se obávala, že neodpovídá na otázky správně, ale podařilo se mi její obavy rozptýlit a nakonec se jednalo o velmi cenné vyprávění. Rozhovoru byl přítomen manžel respondentky, který rozhovor komentoval převážně humornými historkami.

### **Respondentka D**

Respondentka je 72 letá důchodkyně. Respondentka vyrostla na venkově ve společnosti svých tří sourozenců. Rodiče jim brzo umřeli a tak se o sebe museli postarat. Ve 20 letech se vdala za svého manžela, přestěhovala se a společně vychovali dva syny. Manžel byl o 10 let starší. Respondentka celý život pracovala v zemědělství a po operaci páteře začala pracovat v místním slévárenském podniku. Celý život se společně s manželem věnovali malému hospodářství. Pečovat o manžela bylo pro respondentku naprosto samozřejmou záležitostí.

Respondentku jsem oslovila v půjčovně zdravotních pomůcek. Nejprve byla nedůvěřivá, ale po vysvětlení tématu výzkumu souhlasila. Rozhovor jsme realizovali v průběhu září v domácnosti respondentky. Překvapila mě otevřenost v odpovědích, byly jednoduché, stručné a výstižné.

### **Respondentka E**

Respondentka E je dnes 70 letá důchodkyně, která se péčí o svou maminku věnovala více jak 10 let. Respondentku péče o blízkého provází celý život – když byla ekonomicky aktivní, tak pracovala v Ústavu sociálních služeb, kde se starala o pacienty s mentálním postižením. Respondentka o svém dětství nemluvila, začala vyprávění až narozením synů, o které se starala sama, protože se s manželem rozvedli. Před 20 lety si respondentka k sobě nastěhovala maminku, která měla zdravotní problémy, které se časem upravili, ale soužití zůstalo. Když se později objevily další zdravotní problémy, bylo pro respondentku samozřejmostí ujmout se péče. Péče trvala více, jak 10 let. Respondentka žije v domácnosti s nejstarším synem.

Respondentku mi doporučila moje známá a ona ochotně souhlasila s rozhovorem. Rozhovor s respondentkou proběhl v srpnovém podvečeru. Respondentka byla velmi komunikativní a hodně hovořila o své mamince. Rozhovor provázely i slzy, protože bylo zřejmé, že se jí po mamince stýská.

## **Respondentka F**

Respondentka F je dnes 63 letá důchodkyně. Celý svůj život prožila se svou maminkou, nejprve v domě rodičů a později se maminka přestěhovala do její domácnosti. Respondentka má dvě starší sestry, se kterými má celý život dobrý vztah. Respondentka pracovala v průběhu svého profesního života většinou jako administrativní pracovnice v několika firmách. S manželem vychovali dvě dcery, které žijí dnes samostatně. Péče o maminku přicházela do života respondentky postupně.

Rozhovor jsem si s respondentkou domluvila v půjčovně zdravotních pomůcek, kde ochotně souhlasila, že se výzkumu ráda zúčastní. Respondentka byla v průběhu rozhovoru velmi milá a sdílná, rozhovor byl emotivní a neobešel se bez slz. Po skončení rozhovoru mi přišla od respondentky zpráva, že se jí se mnou moc hezky povídalo.

## **4.5 Limity výzkumu**

Vzhledem k nízkému počtu respondentek ve výzkumném vzorku není dosažený výsledek výzkumu použitelný pro celou populaci neformálních pečujících. Výsledky souvisí pouze s respondentkami, se kterými jsem dělala polostrukturovaný rozhovor.

V realizovaném výzkumu shledávám důležitou a zároveň limitující roli výzkumníka, který svými zkušenostmi ovlivňuje celý výzkum. Je pravděpodobné, že zkoumání stejného tématu dvěma různými výzkumníky, by mohlo přinést odlišné výsledky. V mém případě se jednalo o druhou zkušenost s polostrukturovaným rozhovorem a první zkušenost s narativní analýzou.

Za limit mého výzkumu považuji, že byly sloučeny dvě skupiny pečujících osob. U dvou respondentek je péče stále aktuálním tématem, u čtyř respondentek se jedná o ukončenou péči. Byl kladen důraz na to, aby zkušenosti respondentek nebyly starší než 12 měsíců.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V závěrečné kapitole provedu interpretaci a analýzu rozhovorů, které přiblížím formou příběhů. Následuje syntéza analyzovaných výstupů a zhodnocení výzkumných okruhů v závěrečné diskuzi.

### 5.1 Interpretace a analýza rozhovorů

Výzkumné šetření je založeno na analýze dat. Data jsem získala z rozhovorů s respondentkami, které pečovaly nebo stále pečují o nesoběstačného seniora. Předmětem mého zájmu bylo získat odpovědi na výzkumné okruhy a zodpovědět cíl práce. V jednotlivých podkapitolách jsou uvedeny příběhy pečujících osob. Pro lepší přehlednost i pro následné vyhodnocování rozhovorů jsem se rozhodla pro rozdělení respondentek na dvě skupiny – osoby, které péči zvládali při zaměstnání a osoby, které pečovali ve starobním důchodu.

Nejprve uvedu tři příběhy respondentek, které pečovaly a zároveň byly ekonomicky aktivní. Na konci každého příběhu je uvedeno shrnutí. Za příběhy je zařazeno celkové shrnutí odpovědí respondentek, které jsou zasazeny do výzkumných okruhů. Následují tři příběhy respondentek, které pečovaly ve starobním důchodu. Struktura a vyhodnocování příběhů je stejné jako u zaměstnaných respondentek.

#### PEČUJÍCÍ PŘI ZAMĚSTNÁNÍ

##### 5.1.1 Respondentka A „Péče s využitím sociální pomoci“

První příběh nás zavede zároveň do prostředí města i do prostředí vesnice a ukáže možnost, jak zabezpečit péči o seniora i když neprobíhá ve stejné domácnosti. Hlavní aktérkou je 58 letá žena starající se o tatínka, který stále více potřebuje její péči. Tatínkovi je 89 let a žije ve svém přirozeném prostředí, kterým je byt v Poděbradech. Respondentka žije ve vesnici nedaleko Hradce Králové, dělí je vzdálenost asi 70 km. Děti respondentky se osamostatnily, respondentka žije v rodinném domě pouze s manželem. Péči o tatínka předcházela péče o maminku respondentky, která trpěla Alzheimerovou chorobou, takže respondentka již má s péčí zkušenosti. *„Vlastně si ani nepamatuji, jaké to je nestarat se.... Jedna péče skončila a bylo potřeba se začít starat znovu. Už to trvá 20 let.“*

Tatínek byl po smrti své manželky soběstačný, proto péče nebyla náročná, projevovaly se běžné projevy stáří. Stav tatínka se začal zhoršovat před dvěma roky.

Zprvu to vypadalo, jako běžné zapomínání, ale projevy se zhoršovaly a tatínkovi byla diagnostikována demence. Snahou respondentky bylo, aby tatínek mohl zůstat žít v přirozeném prostředí co nejdéle a zároveň setrvání ve známém prostředí bylo doporučeno lékařem. Respondentka vycházela z toho, že tatínek je ve svém prostředí zvyklý a může chodit na místa, která má rád. Respondentka při péči využila zkušenosti, které měla díky předchozí péči o maminku. *„Když jsem se starala o maminku, tak jsem žádné informace neměla. Náhodou jsem potkala známou, která mi řekla o příspěvku a všech dalších možnostech.“* Respondentce se podařilo pro tatínka zajistit využívání denního stacionáře, kam chodil od pondělí do pátku a byl velmi spokojený. Další službou, kterou zajistila, byla dovážka obědů, které tatínek jedl k večeři. Každý den probíhal telefonický kontakt mezi respondentkou a jejím tatínkem *„volám mu už deset let, každý večer v sedm hodin... tím tatínka kontroluji a vím, že je všechno v pořádku“*. Telefonáty dodávaly respondentce pocit pohody a klidu. Věděla, že je tatínek v pořádku i přesto, že je dělila velká vzdálenost. Tatínek zprvu jezdil k respondentce každý druhý víkend. Respondentka uvedla, že s tatínkem měla vždy blízký vztah. *„S tatínkem to bylo jiné, on se mi věnoval a vždycky jsme k sobě měli blíž, než s mamkou. Záleží mi na tom, aby se měl dobře.“*

Průběh demence se postupně zhoršoval a tomu bylo nutné upravit využívání sociálních služeb, ale také frekvenci pobytů u respondentky. V současnosti respondentka pečuje o tatínka každý víkend. Respondentka poukazuje na fakt, že když otec tráví čas v její domácnosti, tak vyžaduje, aby o něho bylo pečováno, a sám nevyvíjí vůbec žádnou aktivitu. *„On u nás vypne, nejrádši by si nechal i zavazovat boty. On má od nás vždy od čtvrtka do neděle 100% servis.“* Snahou respondentky je udržovat otce aktivního – vymýšlí mu činnosti *„chci, aby zapojoval hlavu, nebo ho ženu ho na zahradu...“* Respondentka poukazuje na časovou náročnost péče ve dnech, kdy je u ní *„je to celý den, nemůžu si dovolit odejít třeba k sousedům, ani na 5 minut.... on mě stále hledá, pořád mě chce vidět.“* Respondentka nevnímá jako problém základní činnosti týkající se péče, ale poukazuje na psychické vypětí ve dnech, kdy se o tatínka stará. *„Nevadí mi, že ho vykoupu, napeču mu, navařím, ale totálně to zasahuje do života.... je to strašný na psychiku.... Na tatínka se hrozně těším, když má přijet.... když je u nás, tak jsem taková nesvá... Stává se, že je tatínek dezorientovaný. Budí se v noci, neví, kde je. Když je u nás, tak se nevyspím, reaguji na každý hluk.“* Se zhoršujícím se zdravotním stavem tatínka bylo nutné upravit i formy sociální pomoci, protože stávající nedostačovaly. *„Zajistili jsme tatínkovi poměrně vysoký*

*komfort – ráno ho z pečovatelské služby chodí připravit na to, aby mohl odjet do stacionáře, zajistí i jeho odvoz do stacionáře, kde je celý den, po čtvrté hodině ho odvezou domů. V šest hodin k němu přijde pečovatelka, která mu udělá večeři a je s ním, dokud ho nedá do pyžama a neuloží ho, což je okolo půl osmé.“* Respondentka v průběhu rozhovoru často mluvila v množném čísle, protože všechny záležitosti, týkající se péče, řeší s manželem, ve kterém má velkou oporu. Děti žijí vlastní životy a péče se neúčastní. *„Manžel mi ve všem pomáhá, nebo mě i zastoupí, když je potřeba.“* Velký problém respondentka spatřuje v tom, že jsou s manželem oba jedináčci *„Nemáme nikoho, kdo by nás aspoň na chvíli zastoupil, jsme v tom totálně sami.“*

Respondentka využívá možnost zkráceného úvazku, aby se otci mohla věnovat (využila již při péči o maminku). Zkrácený úvazek spočívá v tom, že má volné pátky, takže tatínka si vyzvedne vždy ve čtvrtek ve stacionáři a v neděli odveze zpět do Poděbrad. Tatínkovi byl přiznán příspěvek na péči III. stupně, který pokrývá stále se zvyšující náklady na péči. Respondentka velmi kladně hodnotí pečovatelskou službu, několikrát v průběhu rozhovoru ocenila její význam a ochotu pracovníků. *„Ředitelka v sociálním centru je skvělá, vždy vymyslí, jakou službu přidá, aby mi vyšla vstříc. Pečovatelky jsou taky dobré, už se s nimi nějakou dobu znám, tak se s nimi můžu domluvit a spolehnout se na ně.“* Výhodu spatřuje v tom, že se jedná o jednu organizaci, která vnímá nejenom potřeby seniorů, ale i jejich rodin a hledají společné řešení situace. Ředitelka hledá možnosti, jak přidat další služby, aby dokázala naplnit očekávání pečujících.

Zhoršování zdravotního stavu stále pokračuje: *„Řekla bych, že je to týden od týdne horší. Myslím si, že starat se o psychicky nemocného člověka je daleko horší, než o tělesně nemocného.“* Tatínek nepoznává lidem kolem sebe a problémem je v posledních měsících zvýšená agresivita. *„Pokud se mu něco nedaří, tak je agresivní. Nešli mu otevřít dveře, tak je úplně zlikvidoval, vyvrátil je. Když ztratil klíče od dveří, tak vypáčil nějakým způsobem futra... ocelový futra.... Byt za poslední 2 roky je už dost zdevastovaný. Barikáduje se v bytě, pečovatelky se nemůžou do bytu dostat. Poslední dobou zaznamenávám, že on se v bytě začíná bát.“* Oba popsané symptomy jsou specifické pro osoby s demencí. Pro respondentku je zjištění, že tatínek se v bytě bojí šokující, protože její snahou bylo zachovat mu domácí prostředí.

Velmi vděčná je respondentka za svou práci, má jí ráda a představuje pro ni pevným bodem, kterého by se nerada vzdala. Pracuje jako laborantka ve výzkumném ústavu a oceňuje, že jí zaměstnavatel umožnil zkrátit pracovní úvazek a ona může své

pracovní povinnosti kombinovat s péčí o tatínka. „*Není možné, abych si ho vzala k nám, protože nemůže být celý den sám doma.*“ Respondentka vnímá, že zhoršující zdravotní stav tatínka snáší velmi špatně. Při předchozí péči o maminku nepociťovala tak výrazné psychické vypětí. U respondentky se objevily zdravotní obtíže „*už 3 měsíce mám kašel a nemůžu se ho zbavit.*“. Praktický lékař jí vyšetřil a sdělil, že je kašel psychosomatického původu. „*Je to o tom, že člověk je stále v pozoru, tatínkovi denně volám. V poslední době když mu volám, tak je to psychicky náročné, už z toho mám strach. Stává se, že mu volám a on mi telefon nebere, volám 30x.*“ Respondentka připouští, že s tatínkem měla bližší vztah než s maminkou, proto je pro ni zajištění péče pro tatínka důležité. Respondentka žije stále ve stresu. V době, kdy je tatínek v Poděbradech se o něho obává, sužují ji pocity nejistoty a strachu. V době, kdy pobývá tatínek u respondentky je pod tlakem, protože se snaží zabezpečit tatínkovi péči a dozor, který je potřebný. Dalším stresovým faktorem je obava z budoucnosti.

Respondentka vzhlíží k tomu, aby se uvolnilo místo v domově pro seniory, aby věděla, že tatínek bude mít zajištěnou 24hodinovou péči. „*Máme zažádáno už více, jak osm měsíců ve dvou zařízeních. Dříve jsme si neuměla představit, že bychom rodiče někam dali. Dokonce jsem i odsuzovala lidi, kteří to udělali, ale dneska to chápu. Neuměla jsem si představit tu šílenost působení na tebe.... dnes vím, že jsou mezi nimi lidi, kteří to objektivně nezvládají, stejně jako já.... Pokud nechci zlikvidovat sebe sama, tak vím, že ho tam musím dát.*“ Respondentka si uvědomuje, že svůj vliv na její rozhodnutí má i dnešní doba, která neumožňuje pečovat, tak jak to bývalo běžné dříve. Konkrétně mluví o hektičnosti a srovnává současný stav s možnostmi jít do důchodu v letech, jako to měly předchozí generace. Na respondentce je patrná únava, sama vnímá přibývajících roky a to, že už je mnoho let péčí omezená. Respondentka si uvědomuje, že péče jí zabírá volný čas a rádi by si s manželem život i užili, což se stávající péčí není možné. „*Rádi bychom jeli na dovolenou, dřív jsme jezdili 4-5x ročně. Dneska jsme rádi, když se to podaří 2x za rok. Když chceme dneska někam jet tak musíme počkat na místo ve staciku a to skloubit s volnem v práci a s vybranou dovolenou. Je to mazec.*“

Respondentka hodnotí období péče o tatínka jako velmi náročné. Jedná se primárně o náročnost psychickou, kterou špatně zvládá. Péče je pro respondentku vysilující, stojí jí spoustu energie. Celkově připouští, že se snaží dělat maximum, co jí její situace dovoluje a má z toho dobrý pocit. „*Doufám, že je péče o tatínka dobrým příkladem pro děti a že ony se jednou také postarají.*“ Pro vyřešení aktuální situace

by respondentce pomohlo umístění tatínka do domova pro seniory se zvláštním režimem. Domov pro seniory je blízko bydliště respondentky a respondentka si od tohoto slibuje uklidnění celé situace kolem péče. *„Věděla bych, že je o něho dobře postaráno, že se mu nic nestane a mohla bych za ním chodit na návštěvy.“*

**Shrnutí:** Respondentka zvládá péči o tatínka velmi dobře i přesto, že probíhá ve dvou domácnostech. Podařilo se jí zkombinovat vlastní péči s možnostmi, které nabízejí sociální služby. Respondentka využila úpravu pracovní doby, aby mohla tatínkovi zajistit péči u sebe doma. Velkou podporou pro ni je manžel, děti se péče neúčastní a širší rodina neexistuje. Respondentka upozorňuje na velkou psychickou náročnost péče. Důležitým faktem je zhoršující se stav tatínka, který se respondentka rozhodla řešit umístěním do domova pro seniory. Komplikací jsou dlouhé čekací doby v domovech a rychlý postup nemoci.

### **5.1.2 Respondentka B „Pro maminku udělám vše“**

Tento příběh je příběhem péče, která trvala necelý rok. Hlavní aktérkou je 43 letá žena, která se rozhodla starat o svou nemocnou maminku. Na začátku příběhu žila respondentka se svou rodinou v rodinném domě ve městě a její maminka také žila ve své vlastní domácnosti na vesnici. Respondentka byla nejstarší ze tří dcer a měla s maminkou vždy velmi blízký vztah. Změna v životě obou žen nastala, když mamince respondentky byla oznámena její diagnóza. Jednalo se o vážné onkologické onemocnění s prognózou jen několik týdnů života.

Maminka respondentky se rozhodla, že nepodstoupí standardní léčbu a nestráví své zbývající dny v nemocnici docházením na chemoterapii. Rozhodla se pro alternativní způsob léčby. Zvolený způsob léčby se neseskal s pochopením u manžela maminky a u nejmladší dcery, se kterými žila ve společné domácnosti. Maminka trvala na svém rozhodnutí a využila možnost přestěhovat se k nejstarší dceři. *„Vyplýnulo to samo o sobě, měla jsem jí ráda a chtěla jsem, aby byla zdravá. Začala jsem se starat, protože jsem mamince chtěla pomoci. Podporovala jsem jí ve způsobu léčby, pro který se sama rozhodla. Proto jsem si maminku přestěhovala k sobě, aby měla klid a nemusela pracovat, což by se u ní doma nestalo.“*

Po přestěhování k nejstarší dceři se maminka i respondentka soustředily na léčbu nemoci, což bylo náročné na dodržování denního režimu a také na dojíždění k léčiteli. Stav maminky byl několik měsíců stabilní a neměnil se. *„Maminka byla soběstačná. Ze začátku nebylo potřeba, aby s ní někdo pořád byl. Bylo to slučitelné s mojí prací.“*



*Za maminkou jezdili na návštěvy její známí a to jí hodně pomáhalo. Mamince bylo v domácím prostředí dobře, mohla si užívat vnoučata, to jí pomáhalo. Poprvé v životě se mohla věnovat sama sobě.“*

Respondentka uvádí, že ji nejvíce trápilo, že existovaly rozpory v rodině kvůli péči. Věděla, že jí samotné i mamince podpora celé rodiny chyběla. Respondentka byla vystavena velkému tlaku, protože zastávala rozličný názor a podporovala maminku ve způsobu léčby, který si vybrala. Respondentka se snažila být oporou pro maminku, to byl hlavní úkol, který si vytyčila a snažila se ho plnit. (širší rodinou byl myšlen hlavně manžel maminky a její další 2 sestry) *„Bylo to hodně náročné psychicky, protože tatka se sestrami chtěli, aby šla na chemoterapie. Byla to přímá zkušenost s péčí a velká zodpovědnost, ona potřebovala velkou oporu, protože musela zvládat čelit názorům tolika blízkých lidí, kteří jí přesvědčovali, že nejedná správně.“* Sestry respondentky přesto, že měly rozdílný názor, tak se péče účastnily a rodinu respondentky navštěvovaly a pomáhaly. *„Když to šlo, tak jsme chodili na procházky, později, když se její stav zhoršil, tak jsem jí četla, nebo jsem jí pouštěla muziku, abych s ní byla co nejvíc.“*

Stav maminky se začal po 4 měsících zhoršovat, respondentka byla částečně soběstačná, ale potřebovala s některými úkony pomoci. *„Zvládala dojít si na záchod, musela mít připravené jídlo, bylo třeba pomoci s oblékáním.“* Respondentka při péči pracovala na plný úvazek, což v počátcích péče zvládala. Později si na péči o maminku vybírala dovolenou nebo náhradní volno. *„Řešila jsem to, jak se dalo...jezdila jsem třeba každý den domů v polední pauze, abych jí nakrmila.“* V dalších měsících, když se zdravotní stav maminky zhoršoval a respondentka vyčerpala všechny možnosti, tak po domluvě s lékařem zůstala doma v pracovní neschopnosti. *„Náročnost péče už byla 24 hodin, ale nebyla jsem na to sama. Pomáhal mi manžel a taky moje sestry, které dojížděly. Manžel mi pomáhal při koupání. Děti pomohly v rámci daných možností a svého věku, třeba jenom tím, že tady byly. Podaly jí jídlo, nebo pití, abych mohla třeba odejít. Řešilo se to jak, šel čas, jak bylo potřeba.“*

Právě rozhodnutí zůstat doma a starat se o maminku zapříčinilo snížení příjmu v rodině v posledních dvou měsících péče. Ekonomické zatížení pro rodinu bylo akceptovatelné a respondentka byla ráda, že se našel způsob, jak mohla o maminku pečovat. *„Chybějící peníze jsem neřešila, manžel chodil do práce, tak jsme na tom zas tak špatně nebyli.“* Respondentka by ráda využila možnost čerpání volna na péči, aby nemusela volit mezi péčí a prací. Využití této možnosti bránilo to, že chyběla

7denní hospitalizace maminky a tím nebyly splněny podmínky na přiznání nároku na volno na péči.

Největší změna se projevila na plánování a organizování rodinných činností. Před začátkem péče trávila volný čas aktivně. *„Jezdili jsme na výlety, na návštěvy k příbuzným, starali jsme se o domácnost, o zahradu.“* Respondentka před začátkem péče ráda trávila volný čas čtením, cvičením jógy, chodila plavat, nebo s manželem jezdili na kole. Společně s manželem se hodně věnovali koníčkům svých dětí, což zabíralo hodně času. *„Měla jsem mnohem méně času zapojovat se do běžných činností v domácnosti, nestíhala jsem to. Museli se zapojit ostatní - za mě převzali povinnosti manžel a děti. Na koníčky nebyl čas, byla jsem ráda, že jsem se mohla mamince věnovat a trávit čas s ní.“* Respondentka nadále vzpomíná *„Utížilo to celou rodinu, sice se omezili aktivity každého v rodině a soustředilo se to na zvládnutí péče.“*

V této rodině nebyly využity žádné podpurné prvky sociální pomoci. Informace o formách sociální pomoci respondentka neměla, ale ani je aktivně nevyhledávala. *„Dělala jsem věci přirozeně, jak jsem je cítila.“* Respondentka pobírala příspěvek na péči v posledních třech měsících péče, jednalo se o III. stupeň závislosti na péči. *„O příspěvku mi řekla doktorka a poradila, jak to vyřídit.“* Respondentka do péče o maminku v posledních týdnech zapojila zdravotní sestru, která byla v důchodu a byla rodinnou přítelkyní. Přítelkyně pomáhala respondentce s aplikací injekcí. Respondentka uvádí, že v posledních týdnech byla péče náročná fyzicky i psychicky. *„Měla jsem problémy se zády. Psychická náročnost byla velká, to bylo hodně zlý období. S tím, že se zdravotní stav maminky zhoršoval, jsem se těžko smířovala.“* Maminka respondentky zemřela po 10 měsících od oznámení diagnózy v domácím prostředí a byla obklopená svou rodinou. Respondentka se slzami v očích konstatuje: *„Alternativní způsob léčby prodloužil mamince život o 3/4 roku.“*

Respondentka na závěr konstatuje, že v období péče vidí velký přínos pro sebe, ale i pro svou blízkou rodinu. *„Vždy bych to udělala znovu, pokud by si to maminka přála. Dalo mi to velký prožitek lásky k mamce, uvědomění si, že rodina byla semknutá, jak dokázala tu situaci řešit a že nebyla vždycky jednoduchá. Bylo potřeba hodně trpělivosti a pokory, protože nic jiného nezbyvalo. Rodině to dalo snad hodně, viděli, jak se starat o člověka, který to potřebuje. Bylo důležité, že to prožili a viděli, co to obnáší.“*

**Shrnutí:** Příběh péče v rodině respondentky začal náhle a začal velkými změnami v rodinném uspořádání. Onkologické onemocnění maminky přineslo rozpory do širší

rodiny kvůli zvolenému způsobu léčby. Maminka respondentky zvolila alternativní medicínu a přestěhovala se k nejstarší dceři. Respondentka zvládala v počátcích péče plně pracovat. Péče o maminku probíhala za podpory manžela a dětí respondentky. V závěru péče byl využit jediný nástroj sociální podpory (příspěvek na péči). Jedná se o nejkratší průběh péče uvedený v diplomové práci, ale jeho intenzita a prožitek pro respondentku byly velmi silné.

### 5.1.3 Respondentka C „Příběh silné rodiny“

Hlavní postavou příběhu je 50 letá respondentka, která pracuje jako administrativní pracovnice ve zdravotnictví. Respondentka žije v domě, který postavili její rodiče. Žije zde od svého dětství, a protože byla nejmladší z dětí, tak zde žít i zůstala. Dům je dvougenerační, v přízemí žili rodiče respondentky a první patro obývá ona se svou vlastní rodinou. Rodinu respondentky tvoří manžel a tři děti – nejstarší syn 29 let, prostřední dcera 27 let, nejmladší dcera 12 let.

Po smrti maminky bylo běžné, že se respondentka o tatínka starala. *„Byl soběstačný a tak stačilo pouhé popovídání, společný oběd, nebo večere, úklid, prala jsem mu. Pomáhal mi tím, že mi pohlídal děti, když byly ještě malé, nebo stačilo, že byl doma, když se vracely ze školy.“* Tatínek respondentky měl po úraze, který se mu stal před třiceti lety, nepohyblivou levou ruku. S tímto omezením se naučil žít a zvládal veškeré pracovní činnosti i sebeobsluhu.

Změna nastala, když se tatínkovi začal horšit zrak, což bylo asi před šesti lety. *„Mysleli jsme si nejdřív, že si jenom vyžaduje pozornost. Chtěl třeba, abychom mu chodili přepínat televizi. Faktem je, že on byl vždycky dost pohodlný, nikdy si po sobě neuklidil... ani jeden hrneček, všude po sobě nechával drobečky – bylo to s ním pro ostudu. Ze začátku když mu vozili obědy, tak si je ještě dal na talíř, později už to jedl z toho nádobí, co mu to v tom přivezli, ani si to nedal ohřát.“* Zhoršení zraku nepřišlo naráz, tatínek ztrácel zrak postupně a to přinášelo úpravy v domácnosti. Tatínek se vždy zajímal o dění kolem sebe, sledoval aktuální dění v politice, byl fanouškem fotbalu, každý den četl noviny *„bral to vždy od začátku až do konce.“* Rodina našla řešení a zajistila pomůcky, které pomohly kompenzovat ztrátu zraku. *„Pořídili jsme monitor na čtení, mobilní telefon určený pro osoby se zrakovým omezením, mluvící hodinky“.* Pomůcky ze začátku pomáhaly a tatínek se snažil je využívat. Život rodiny šel dál v zaběhnutém tempu. *„Chodili jsme s manželem do práce, syn už v té době taky pracoval, starší dcera studovala vysokou školu a nejmladší začala chodit na základní*

školu.“ V této fázi bylo běžné, že tatínek jezdil s rodinou na návštěvy k příbuzným, na výlety. Tatínek se zvládal o sebe postarat, když měl připravené léky, jídlo a oblečení. Pečovaný trávil dopoledne většinou sám – chodil ven, sledoval televizi, četl noviny, občas za ním přišly na návštěvu sousedky.

Vlivem postupného ztrácení zraku, začínal být tatínek nejistý, proto nevycházel nikam mimo dům a zahradu a začala se u něj projevovat sociální izolovanost a nárokoval si odpolední čas členů rodiny. *„Každý den, když jsme s manželem přišli z práce, tak už byl u nás.... Neměli jsme možnost si s manželem popovídat, ne všechno šlo před tatínkou říct. Mladší dcera se učila číst, tak chodila k němu a četla mu – to byl rád. A ještě byl spokojený, že se u něho vždycky stavil manžel, když přišel z práce – to byl právě pro něj ten signál a hned jsme ho měli u nás, povídali jsme si, co se za ten den událo.... byl u nás až do té doby než šel dolů spát.“* Později se k nemocným očím přidaly ještě problémy se srdeční arytmií. Tatínek podstoupil chirurgický zákrok a byl pod pravidelným lékařským dozorem. Respondentka mi sdělila, že v této fázi byly role v rodině rozděleny, tak že ona se starala o zajištění stravování, úklid a praní. *„Manžel mi pomáhal tím, že bral tatínka na procházky, pomáhal mi s jeho koupáním a syn nám pomáhal jako řidič – pomohl ho naložit a dovezl ho, kam bylo potřeba.“* Péče v tomto období přešla z II. stupně, na III. stupeň, ale byla, díky čtyřem dospělým lidem v domácnosti, zvladatelná. Občas s péčí pomohly i sestry respondentky, které si tatínka vzaly na víkend, nebo vykryly časové úseky, kdy rodina nemohla. Respondentka vnímala sociální izolovanost svého otce, a proto zkusila, na radu svých známých, využít denní stacionář. *„Jednou jsme se domluvili se sestrami a vzali ho do denního stacionáře, ale byl z toho celý špatný. Všem říkal: Viš, co mi udělali? Chtěli mě odložit.“* Po této zkušenosti již respondentka tuto možnost znovu nevyužila. Rodina v tomto období musela upravit koupelnu a největším výdajem byla změna vytápění, protože tatínek už nemohl vytápění v domě zajišťovat, existovalo zde velké riziko, že by se mohl zranit.

Změna zdravotního stavu u respondentčina tatínka přišla před rokem a půl (tatínkovi bylo 78 let), tatínkova hybnost se zhoršila, jednalo se zejména o hybnost dolních končetin. *„Nebyl schopn se sám obléknout, bylo riskantní, aby šel sám na záchod...museli jsme řešit, aby s ním stále někdo byl. Byla výhoda, že nás na to bylo hodně, neumím si představit, že bych na to byla sama... ani ve dvou s manželem, bychom to nezvládli. Hodně pomohly děti.“* Režim rodiny se točil kolem péče. Péče se plánovala podle aktuálního vyčerpání jednotlivých členů rodiny. Využívalo se toho,

že syn pracoval na směny, dcera měla studijní volno apod. Respondentka si uvědomuje, že svým rozhodnutím ujmout se péče ji přenesla na celou rodinu „*vlastně jsem je do toho natlačila, vnutila jim to, ale oni to taky brali tak nějak automaticky... vím, že je to omezovalo a někdy byli naštvaní....*“ Respondentka oceňovala to, že děti zvládaly základní manipulaci s tatínkem „*postaraly se o něj, daly mu najíst, dokázaly ho osprchovat, když to bylo třeba, tak i vyměnit pleny.*“ Uvědomila si, že je to omezilo v jejich soukromém životě, ale byla za jejich pomoc ráda. Pomocí pro rodinu bylo, že respondentka pracovala ve zdravotnictví (jako administrativní pracovnice) a proto si dokázala zjistit, jak se starat o ležícího člověka, jak ho polohovat, zvedat a jak zvládat hygienu.

Ranní zabezpečení péče bylo na manželovi „*taťku ráno oblékl, připravil mu snídani, uvařil čaj, došel s ním na záchod*“. Dopoledne fungovaly děti, nebo sestry respondentky. „*Já jsem přicházela domů po druhé a celé odpoledne byla s ním... povídali jsme si, dala jsem mu svačinku a šla připravit večeři. Následovalo koupání a uložení.*“ Péče byla velmi náročná a zabírala stále více času. Volný čas respondentky neexistoval. V minulosti byla zvyklá dojit si na procházku, ráda chodila na koncerty, k jejím zálibám patřilo zahrádkaření, s rodinou rádi jezdili na výlety. Nic z toho nebylo možné. „*Nejvíce mě mrzí, že jsem neměla čas na nejmladší dceru, byla na základní škole... ta mi nějak proplula... nebyl čas. Dostala jsem se nahoru až večer a to ona šla spát.*“ Respondentka byla pod psychickým tlakem, chyběl čas na odpočinek a začaly se projevovat i zdravotní potíže spojené s fyzicky namáhavou péčí. „*Potřebovala jsem na gynekologickou operaci a měla jsem problémy se zády.*“ Respondentka vzpomínala na situaci: „*Zůstala jsem s tatínkem doma sama a tatínek v noci spadnul. Trvalo mi celé dvě hodiny, než jsem ho dokázala zvednout. To bylo hrozné, neměla jsem se na koho obrátit a nemohla jsem ho tam nechat.*“ K psychickému vypětí přispěla i sestra respondentky, které měla kritický postoj k péči rodiny, ale zároveň se sama péčí o tatínka občas vyhýbala. Respondentka plánovala v létě využití týdenního stacionáře, protože plánovali odjet na rodinnou dovolenou. Tuto možnost již nevyužili.

Poslední půl rok tatínek už jen ležel, hybnost nohou byla výrazně omezená a tatínkovi byl přiznán IV. stupeň závislosti. „*Hlava tatínkovi fungovala až do konce.... Ještě během posledních měsíců jsme spolu tvořili strom života naší rodiny.*“ V posledních měsících respondentka zvažovala možnost přerušování zaměstnání, aby se mohla plně věnovat péči o tatínka. U tatínka došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu, které bylo diagnostikováno, jako selhávání orgánů a musel být hospitalizován.

*„Mrzí mě, že poslední dva dny života strávil v nemocnici, chtěla jsem mu posloužit až do konce....“* Tatínek respondentky po dvou dnech v nemocnici zemřel.

Zpětně hodnotí respondentka celé období péče jako období, které bylo velmi náročné psychicky i fyzicky. Uvádí, že jí vzalo osobní svobodu a soukromý život, ale neměnila by. *„Chtěla jsem tatínkovi dopřát, aby mohl doma dožít až do konce. Otec v našem domě vyrůstal a mě přišlo samozřejmě se o něj starat. Nikdy bych ho nikam nedala.“* Přínos péče o člena rodiny spatřuje respondentka v prohloubení rodinných vztahů, v pozitivním výchovném působení na děti a v budování úcty ke starým lidem. *„Prožili to, tak to na nich nechalo stopu. Doufám, že se o nás taky jednou postarají.“*

**Shrnutí:** Respondentka žila s otcem celý svůj život, měli spolu dobrý vztah, proto pro ni byla péče naprostou samozřejmostí. Péče pronikala do života respondentky postupně, nejvyšší intenzitu zaznamenala v posledním půlroce. Péči označila jako psychicky a fyzicky náročnou, přesto by jí podstoupila znovu. Nejvýznamnější podporou pro respondentku byla blízká rodina, což podpořilo vnímání rodinné soudržnosti u všech jejích členů.

### **Shrnutí odpovědí u osob pečujících při zaměstnání**

Odpovědi respondentek z rozhovorů jsem dosadila do předem stanovených okruhů.

#### **Okruh č. 1 - Motivy pro péči**

##### **Respondentka A**

*„S tatškou to bylo jiný, on se mi věnoval a vždycky jsme k sobě měli blíž, než s mamkou. Záleží mi na tom, aby se měl dobře.“*

##### **Respondentka B**

*„Vyplývalo to samo o sobě, měla jsem jí ráda a chtěla jsem, aby byla zdravá. Začala jsem se starat, protože jsem mamince chtěla pomoci. Podporovala jsem jí ve způsobu léčby, pro který se sama rozhodla. Proto jsem si maminku přestěhovala k sobě, aby měla klid a nemusela pracovat, což by se u ní doma nestalo.“*

*„Vždy bych to udělala znovu, pokud by si to maminka přála.“*

##### **Respondentka C**

*„Chtěla jsem tatínkovi dopřát, aby mohl doma dožít až do konce. Otec v našem domě vyrůstal a mě přišlo samozřejmě se o něj starat. Nikdy bych ho nikam nedala.“*

## **Okruh č. 2 - Změny v životě pečující osoby**

### **Respondentka A**

*„volám mu už deset let, každý večer v sedm hodin... tím tatínka kontroluji a vím, že je všechno v pořádku“*

*„je to celý den, nemůžu si dovolit odejít třeba k sousedům, ani na 5 minut.... on mě stále hledá, pořád mě chce vidět.“*

*„...totálně to zasahuje do života.... je to strašný na psychiku.... Na tatínka se hrozně těším, když má přijet.... když je u nás, tak jsem taková nesvá...“*

*„už 3 měsíce mám kašel a nemůžu se ho zbavit.“*

*„Je to o tom, že člověk je stále v pozoru, tatínkovi denně volám. V poslední době, když mu volám, tak je to psychicky náročné, už z toho mám strach. Stává se, že mu volám a on mi telefon nebere, volám 30x.“*

*„Dříve jsme si neuměla představit, že bychom rodiče někam dali. Dokonce jsem i odsuzovala lidi, kteří to udělali, ale dneska to chápu. Neuměla jsem si představit tu šílenost působení na tebe.... dnes vím, že jsou mezi nimi lidi, kteří to objektivně nezvládají, stejně jako já.... Pokud nechci zlikvidovat sebe sama, tak vím, že ho tam musím dát.“*

### **Respondentka B**

*„Bylo to hodně náročné psychicky, protože tatka se sestrami chtěli, aby šla na chemoterapie. Byla to přímá zkušenost s péčí a velká zodpovědnost, ona potřebovala velkou oporu, protože musela zvládat čelit názorům tolika blízkých lidí, kteří jí přesvědčovali, že nejedná správně.“*

*„Když to šlo, tak jsme chodili na procházky, později, když se její stav zhoršil, tak jsem jí četla, nebo jsem jí pouštěla muziku, abych s ní byla, co nejvíc.“*

*„Dalo mi to velký prožitek lásky k mamce, uvědomění si, že rodina byla semknutá, jak dokázala tu situaci řešit a že nebyla vždycky jednoduchá. Bylo potřeba hodně trpělivosti a pokory, protože nic jiného nezbývalo.“*

*„Řešila jsem to, jak se dalo...jezdila jsem třeba každý den domů v polední pauze, abych jí nakrmila.“*

*„Měla jsem mnohem méně času zapojovat se do běžných činností v domácnosti, nestíhala jsem to. Na koničky nebyl čas, byla jsem ráda, že jsem se mohla mamince věnovat a trávit čas s ní.“*

*„Dělala jsem věci přirozeně, jak jsem je cítila.“*

*„Měla jsem problémy se zády. Psychická náročnost byla velká, to bylo hodně zlý období. S tím, že se zdravotní stav maminky zhoršoval, jsem se těžko smiřovala.“*

### **Respondentka C**

*„Já jsem přicházela domů po druhé a celé odpoledne byla s ním... povídali jsme si, dala jsem mu svačtinu a šla připravit večeři. Následovalo koupání a uložení.“*

*„Nejvíce mě mrzí, že jsem neměla čas na nejmladší dceru, byla na základní škole... ta mi nějak proplula... nebyl čas. Dostala jsem se nahoru až večer a to ona šla spát.“*

*„Potřebovala jsem na gynekologickou operaci a měla jsem problémy se zády.“*

*„Zůstala jsem s tatínkem doma sama a tatínek v noci spadnul. Trvalo mi celé dvě hodiny, než jsem ho dokázala zvednout. To bylo hrozné, neměla jsem se na koho obrátit a nemohla jsem ho tam nechat.“*

*„Mrzí mě, že poslední dva dny života strávil v nemocnici, chtěla jsem mu posloužit až do konce....“*

## **Okruh č. 3 - Změny ve fungování rodiny**

### **Respondentka A**

*„Manžel mi ve všem pomáhá, nebo mě i zastoupí, když je potřeba.“*

*„Nemáme nikoho, kdo by nás aspoň na chvíli zastoupil, jsme v tom totálně sami.“*

*„Není možné, abych si ho vzala k nám, protože nemůže být celý den sám doma.“*

*„Rádi bychom jeli na dovolenou, dřív jsme jezdili 4-5x ročně. Dneska jsme rádi, když se to podaří 2x za rok. Když chceme dneska někam jet tak musíme počkat na místo ve staci a to skloubit s volnem v práci a s vybranou dovolenou. Je to mazec.“*

*„Doufám, že je péče o tatínka dobrým příkladem pro děti a že ony se jednou také postarají.“*

### **Respondentka B**

*„Náročnost péče už byla 24 hodin, ale nebyla jsem na to sama. Pomáhal mi manžel a taky moje sestry, které dojížděly. Manžel mi pomáhal při koupání. Děti pomohly v rámci daných možností a svého věku, třeba jenom tím, že tady byly. Podaly jí jídlo, nebo pití, abych mohla třeba odejít. Řešilo se to jak, šel čas, jak bylo potřeba.“*

*„Chybějící peníze jsem neřešila, manžel chodil do práce, tak jsme na tom zas tak špatně nebyli.“*

*„Museli se zapojit ostatní - za mě převzali povinnosti manžel a děti.“*



*„Utížilo to celou rodinu, sice se omezili aktivity každého v rodině a soustředilo se to na zvládnutí péče.“*

*„Rodině to dalo snad hodně, viděli, jak se starat o člověka, který to potřebuje. Bylo důležité, že to prožili a viděli, co to obnáší.“*

### **Respondentka C**

*„Každý den, když jsme s manželem přišli z práce, tak už byl u nás.... Neměli jsme možnost si s manželem popovídat, ne všechno šlo před tatškou říct.“*

*„Manžel mi pomáhal tím, že bral tatínka na procházky, pomáhal mi s jeho koupáním a syn nám nejdřív pomáhal jako řidič – pomohl ho naložit a dovezl ho, kam bylo potřeba.“*

*„...museli jsme řešit, aby s ním stále někdo byl. Byla výhoda, že nás na to bylo hodně, neumím si představit, že bych na to byla sama... ani ve dvou s manželem, bychom to nezvládli. Hodně pomohly děti.“*

*„vlastně jsem je do toho natlačila, vnutila jim to, ale oni to taky brali tak nějak automaticky... vím, že je to omezovalo a někdy byly naštvány....“*

*„...postarali se o něj, dali mu najíst, dokázali ho osprchovat, když to bylo třeba, tak i vyměnit pleny.“*

*„Prožili to, tak to na nich nechalo stopu. Doufám, že se o nás taky jednou postarají.“*

## **Okruh č. 4 - Pomoc sociálního systému**

### **Respondentka A**

*„Když jsem se starala o maminku, tak jsem žádné informace neměla. Náhodou jsem potkala známou, která mi řekla o příspěvku a všech dalších možnostech.“*

*„Zajistili jsme tatínkovi poměrně vysoký komfort – ráno ho z pečovatelské služby chodí připravit na to, aby mohl odjet do stacionáře, zajistí i jeho odvoz do stacionáře, kde je celý den, po čtvrté hodině ho odvezou domů. V šest hodin k němu přijde pečovatelka, která mu udělá večeři a je s ním, dokud ho nedá do pyžama a neuloží ho, což je okolo půl osmé.“*

*„Ředitelka v sociálním centru je skvělá, vždy vymyslí, jakou službu přidá, aby mi vyšla vstříc. Pečovatelky jsou taky dobré, už se s nimi nějakou dobu znám, tak se s nimi můžu domluvit a spolehnout se na ně.“*

*„Máme zažádáno už více, jak 8 měsíců ve 2 zařízeních.“*

## **Respondentka B**

*„O příspěvku mi řekla doktorka a poradila, jak to vyřídit.“*

## **Respondentka C**

*„Pořídili jsme monitor na čtení, mobilní telefon určený pro osoby se zrakovým omezením, mluvicí hodinky“*

*„Jednou jsme se domluvili se sestrami a vzali ho do denního stacionáře, ale byl z toho celý špatný. Všem říkal: Viš, co mi udělali? Chtěli mě odložit.“*

## **PEČUJÍCÍ VE STAROBNÍM DŮCHODU**

### **5.1.4 Respondentka D „Zvládnou to sama“**

Tento příběh představí péči v manželském páru. Respondentkou je 72 letá důchodkyně, která začala pečovat o svého o deset staršího manžela. Oba manželé si užívali důchodu, ve kterém stále aktivně pečovali o rodinné hospodářství. *„Hospodaření bylo manželovou celoživotní náplní a také láskou, bez toho nemohl být.“* Respondentka uvedla, že se manžel vždy staral o polnosti a choval dobytek a tomu byl přizpůsoben i chod celé rodiny. Manžel se snažil vždy svou zálibu předávat i na své dva syny. Manželský pár žil na venkově ve vícegeneračním domě, který sdílí s rodinou mladšího syna. Respondentka charakterizuje soužití jako spokojené, harmonické.

Ke změně došlo, když manžel respondentky prodělal před 7 lety masivní infarkt myokardu. Jeho stav byl vážný *„Ze začátku byla prognóza hodně špatná, doktoři mu nedávali moc naděje, ale začalo se to lepší.“* Stav manžela vyžadoval dlouhou rekonvalescenci, funkčnost srdce byla omezena. Po propuštění z nemocnice se manžel respondentky několik týdnů šetřil a dodržoval doporučení lékařů. V době kdy nemohl nic dělat tak převzala starost o hospodářství manželka a mladší syn. *„Poznala jsem, že je mu lépe, když pomalu začal chodit do chlíva a sednul si na traktor.“* Manželův stav se během několika měsíců zlepšil natolik, že se mohl vrátit ke svému hospodářství, i když to bylo v omezenější míře než před infarktem. Většinu povinností manžela převzal syn a zredukoval počet kusů chovaného dobytka. *„Já sama bych to nezastala a syn u toho chodil do práce... pomáhal, ale nechtěla jsem, aby se manžel přepínal.“* Snahou respondentky bylo dopřát manželovi i nadále se radovat z věcí, které měl rád, ale nebylo to možné v míře jako onemocněním.

Respondentka si uvědomuje, že návrat k normálnímu stylu života trval jen krátce. V době rekonvalescence začala respondentka pozorovat u manžela poruchy

stability a zhoršenou komunikaci. Infarkt byl spouštěcím mechanismem pro plíživou nemoc, které později lékaři přiřadili diagnózu - Parkinsonův syndrom. Nemoc byla diagnostikována před 6 lety. „*Snažila jsem se, abychom žili jako předtím, nedávala jsem najevo, když se třeba nemohl vymáčkout...*“ Pro manžela respondentky bylo stále těžší komunikovat, omezoval komunikaci jenom na nezbytně nutnou z jeho pohledu. „*Více komunikoval s cizími, než se mnou, věděl, že mu rozumím, i když nic neříká.*“ Dalším příznakem nemoci byla ztráta stability při chůzi a ochabování svalstva, proto se množily pády a s nimi spojené úrazy. Respondentka uvádí, že si často způsobil pohmožděnin na ruku, na nohu i v obličeji. „*Nejdřív chodil s holí, ale to moc nepomáhalo, takže jsme si půjčili chodítka. S ním to bylo mnohem lepší. Chodila jsem s ním na procházky, nutila jsem ho, aby se hýbal. Nejhorší bylo, když jsem třeba vařila a nedávala pozor, tak on mi utekl... pořád si připadal jako Jura... a to většinou dopadlo špatně.*“ Zpočátku pomůcky fungovaly a pomáhaly oběma manželům k tomu, aby mohli společně trávit čas. „*Pořád jsem ho nutila chodit, i když nechtěl*“ Přes veškerou snahu chodit a procvičovat nohy se postupně stav manžela horšil a svalstvo ochabovalo více. Manželovi respondentky byl přiznán III. stupeň příspěvku na péči.

K dalšímu zlomu v péči došlo před dvěma lety, když manžel respondentky spadnul a způsobil si zlomeninu krčku stehenní kosti. Následovala operace a více jak dvouměsíční hospitalizace v nemocnici, nejprve na standardním chirurgickém oddělení a později na oddělení následné péče. Respondentka manžela v nemocnici denně navštěvovala a dohlížela na průběh léčby. Respondentka si zpočátku ani neuvědomovala, že postupně opustila své koníčky, kterými byly výlety, cestování, setkávání s přáteli nebo práce na zahrádce. Ztrátu svého osobního času komentovala: „*Nemohla jsem od něj a vlastně jsem ani nechtěla, nedalo by mi to. Nebyl to už takový pohodlný život jako dřív. Uvědomovala jsem si, že se o něj musím postarat.*“ Časová náročnost péče byla v posledních dvou letech po operačním zákroku nepřetržitá. Stav manžela po návratu z nemocnice se změnil k horšímu, hybnost dolních končetin byla skoro nulová. Respondentka se sama naučila, jak zvládat péči o ležícího manžela. Bylo nutné dovybavit domácnost zdravotními pomůckami. „*Pořídila se hrazda, pojízdná toaleta, invalidní vozík, nová postel*“. Péče si vyžádala vybudování nové bezbariérové koupelny, kterou respondentka uhradila ze společných úspor. K imobilitě a nekomunikativnosti se přidaly problémy s příjmem potravy. Respondentka byla nucena upravit jídelníček, kupovat výživné, ale lehké stravitelné potraviny. „*Největší problém byl ho nakrmit, měl problém s polykáním a někdy se mi při jídle dával....*“

*To bylo hrozný... ale naučila jsem to do něj dostat. V posledních měsících už nebyl nikdo jiný, kdo ho uměl nakrmit – musela jsem jenom já.*“ Manželovi respondentky byl přiznán IV. stupeň příspěvku na péči.

Nejhorší byl poslední rok, kdy už manžel respondentky nebyl schopen chodit a ona musela zvládat péči o bezvládné tělo. Respondentka zvládala péči většinou sama, ale pokud potřebovala, tak jí pomohli synové, ale snažila se je nezatěžovat. *„Uměla jsem rozpoznat jeho pohyby, nemusel na mě mluvit a věděla jsem, co potřebuje. V posledním roce mi synové pomáhali manžela koupat, to jsem sama nezvládala. Střídali se, jednou pomohl jeden, nebo přijel druhý.“* Informace o možnostech sociální podpory zpočátku neměla respondentka žádné. Několik let nečerpala žádný příspěvek, to že se stará brala jako samozřejmost, kterou není nutné kompenzovat penězi. Obvodní lékař jí později doporučil, aby si o příspěvek zažádala, když sledoval vzrůstající náročnost péče. *„Nevěděla jsem o příspěvku, ani mě to nenapadlo, přišlo mi normální se starat. Doktor mi doporučil, abych si zažádala, tak jsem to po čase udělala.“* Pracovnice sociálního odboru následně doporučila půjčovnu zdravotních pomůcek, nebo možnost využití odlehčovacích služeb. O využití stacionáře respondentka nikdy neuvažovala, protože věděla, že má syny, na které se může obrátit a kteří jí pomohou. *„Synové mi vždycky pomohli, stačilo jenom zavolat a vždy přišli. Stavovali se sami, aby dědu viděli.“*

Nejzásadnější komplikací v péči se nakonec ukázala běžná viróza, kterou bylo těžké zvládnout. Lékař nasadil běžnou léčbu, ale ta nezabírala. Po dvou týdnech léčby se přidaly horečky, byl diagnostikován zápal plic a manžel respondentky byl převezen do nemocnice, kde po týdnu zemřel.

V průběhu rozhovoru respondentka několikrát zmínila, že péči brala jako samozřejmou a vlastně ji dělala ráda. Uvedla také, že celé toto období bylo náročné psychicky i fyzicky. *„Vzalo mi to kus zdraví, ale dělala bych to dál. Ta starost mi dala zabrat, to bylo hodně vyčerpávající. Nikomu to nepřēju.... třeba když jsem šla spát, tak mě sebemenší zvuk probudil, musela jsem být stále obezřetná.“* Nepříznivě psychiku respondentky ovlivňoval i fakt, že přes veškerou péči se manželův stav postupně zhoršoval *„vadilo mi dívat se na to, jak manžel schází.... býval to chlap jako hora.“*

Respondentka brala péči jako samozřejmou součást života *„Nevím, jestli to bylo z lásky, nebo z povinnosti, chtěla jsem se o něho starat. Myslím, že kdybych já na tom byla špatně, tak on by se o mě taky postaral.“* Snahou respondentky bylo usnadnit manželovi život, *„vždycky jsem se snažila s ním jednat jako kdyby mu nic nebylo,*

*aby neměl blbý pocit, že je nějaký .... jinej...*“ Respondentka hodnotí odchod manžela nyní již s nadhledem a je ráda, že manžel odešel v klidu ve spánku i přesto, že to nebylo doma. Respondentka pozitivně nahlíží na to, že získala pocit, že se o manžela dokázala postarat až do konce. Kladně hodnotí i pomoc a zájem synů. Kdykoliv se na syny obrátila, tak jí ochotně pomohli a byli pro ni psychickou oporou.

**Shrnutí:** Respondentka se o svého manžela starala více jak sedm let, průběh onemocnění byl zpočátku pomalý. V posledních dvou letech byla péče intenzivní, nejnáročnějším se kvůli imobilitě manžela stal poslední rok. Respondentka péči zvládala převážně sama jen s občasnou výpomocí synů. K péči přistupovala jako k samozřejmé věci a snažila se manželovi co nejvíce pomáhat, aby mohl žít tak, jak býval zvyklý. Respondentka péči zvládala sama bez pomoci sociálních služeb. Nejvíce zatěžující pro respondentku byl stále se horšící stav manžela a nemožnost jej změnit.

### **5.1.5 Respondentka E „Sebezničující péče“**

Příběh respondentky je příběhem dlouhodobé péče. Příběh se začal odehrávat před více než 10 lety. Respondentka si svou maminku nastěhovala domů a žily spolu v rodinném domě na vesnici více než 20 let. Důvodem sestěhování byly psychické potíže maminky, která žila sama, což bylo nebezpečné. Psychické potíže po několika týdnech pobytu v domě dcery zmizely. Soužití s maminkou bylo harmonické. *„Vzala jsem si jí k sobě, když jí bylo 70let“*. Společně s respondentkou žili v domácnosti její 3 synové, které sama vychovávala.

Maminka byla soběstačná a zapojila se do života své dcery, pomáhala jí s výchovou synů, pohlídala je, uvařila, věnovali se společné zálibě – šití. Když bylo mamince 80 let, tak se začala zhoršovat její pohyblivost, což způsobovalo komplikace v běžném denním životě. *„Bolela jí kolena, přesto jsme se s ní snažili chodit.“* Respondentka fakt, že se bude o maminku starat, chápala jako běžnou součást svého života. *„Přišlo mi normální se o ni starat, neměla bych tu povahu ji někam dát, byla tady zvyklá.“* V té době v domácnosti žil pouze nejstarší syn, zbývající synové se osamostatnili a odstěhovali. Respondentka byla zaměstnaná, ale díky pomoci syna se jim dařilo péči o maminku zabezpečit. Postupně se k problémům s pohyblivostí přidaly i problémy s poruchami paměti, což celou situaci začalo výrazně komplikovat. *„Nechala třeba zapnutý sporák... bylo to o strach.“* Respondentka zvažovala odchod do předčasného starobního důchodu, což by jí umožnilo se o maminku postarat. Situace se vyřešila díky synovi, který z důvodu změny pracovního místa zůstal několik měsíců

doma a mohl se o babičku starat. Respondentka mohla odejít do starobního důchodu v řádném termínu. „*Dokázali jsme to zvládnout až do doby než jsem šla do důchodu. V důchodu jsem se o ni starala osm let. Byly jsme spolu pořád, denně od rána do večera.*“

Péči zabezpečovala respondentka primárně sama „*od pondělí do pátku jsem s ní byla sama celý den, večer a o víkendech byl doma syn.*“. Nejstarší syn pomáhal respondentce nejvíce, protože bydlel ve stejné domácnosti. „*Pomohl s hygienou, vstal k ní v noci, udělal úpravy v domácnosti, uzpůsobil jí postel, opravil vozík. Vozil nás s maminkou k doktorovi, Pokud nás nemohl odvézt, tak jsme žádali o sanitu.*“ Respondentka vzpomíná, že jí pomohli i ostatní synové kdykoliv se na ně obrátila (problémem byla vzdálenost, protože oba mladší synové žili v Praze). Synové pomáhali s koupáním či přepravou maminky, kam bylo potřeba. „*Někdy se mi stalo, že mi maminka spadla a syn nebyl doma, tak jsem musela volat sousedy, abymi s ní pomohli.*“ Respondentka má mladšího bratra, který se v péči nijak neangažoval. Maminku párkrát do roka navštívil. Respondentka uvedla, že bydlí nedaleko jejího domu, ale přesto byl kontakt minimální a celá péče zůstávala pouze na ní.

V průběhu let řešila respondentka s maminkou několik dalších zdravotních komplikací - náběh na infarkt, náběh na mrtvici „*v 90 letech byla ještě maminka na operaci se šedým zákalem.*“ Poruchy paměti byly diagnostikovány jako stařecká demence. Respondentka pozorovala největší změny v osobnosti maminky a ve ztrátě paměti v posledních 3 letech. „*Nejhorší ze všeho byla demence... stupňovalo se to časem.... už mě ani nepoznávala, volala na mě a přitom jsem stála u ní. Když jsem jí dávala jídlo, tak říkala: Ta kuchařka je rozumná.*“

Péče v posledních letech byla nepřetržitá. U respondentky došlo k přerušení sociálních kontaktů s kamarády a známými, setkávala se pouze s úzkou rodinou, která jí chodila navštěvovat a se sousedy. „*Nikam jsem poslední dva roky nechodila, musela jsem být pořád s ní, protože jsem s ní byla sama.*“ Snahou respondentky bylo poskytnout mamince maximální komfort při zajištění nejenom základních fyzických i psychických potřeb. „*Babička doma nikdy neležela, každý den jsem jí ustrojila a ona seděla v kuchyni.... byla tam se mnou, pouštěla jsem jí televizi, ale ona už se pak moc nedívala. Jezdily jsme na procházky, brávala jsem jí na zahradu, ještě v 90 letech si přečetla nějaké časopisy.*“ Respondentka v průběhu rozhovoru měnila pojmenování pečované, někdy mluvila o mamince, ale často jí pojmenovávala jako babička.

Péči o maminku respondentka zvládala zpočátku s použitím holí, později byl nutný invalidní vozík. O formách využívání sociální pomoci se respondentka dozvídala náhodně od svých známých. *„Z počátku jsem nevěděla o žádných možnostech, nic jsem nečerpala. Řekli mi to známi po několika letech. Myslím, že by tyhle informace měl říkat obvodník, nebo kdyby aspoň dal nějakou příručku. Kdybych o možnostech, třeba stacionáře, věděla dřív, tak to bych využila, mohla bych jet na návštěvu za syny do Prahy.“* Mamince respondentky byl přiznán nejprve III. stupeň příspěvku na péči a později IV. stupeň příspěvku na péči. Respondentka nevyužila další sociální služby, ale přiznává, že kdyby měla včas dostatek informací, tak by využila denní stacionář. Ten by jí velmi ulevil, protože se sama začala potýkat se zdravotními problémy. Po získání informací si našla zařízení v nedalekém městě, ale jeho služeb nevyužila. Kapacita byla plně obsazena a později došlo ke zdravotním komplikacím maminky, které si vyžádaly hospitalizaci.

V souvislosti s péčí o maminku se začal zhoršovat zdravotní stav respondentky. *„Potřebovala jsem na gynekologickou operaci a nemohla jsem se hýbat, měla jsem problémy se zády, které bylo nutné řešit, ale nevěděla jsem jak. Nezvládala jsem vlastně sebe, protože jsem na sebe neměla čas.“* I okolí respondentky si začalo všimnout dopadů péče na respondentku a radilo jí využít některou ze sociálních služeb. Respondentka sama přiznává *„vzalo mi to psychiku a zdraví“*, přesto respondentka přiznává, že vzdát se péče pro ni bylo složitým rozhodnutím *„Tak jsem si ještě říkala, tak do té 100 jí ještě posloužím. Nikdy mě nenapadlo, že bych jí někam dala, ale ke konci už to bylo opravdu těžké, už jsem s ní nezvládala. Když vidíš tu maminku, tak seš na tom ještě blbě psychicky. Věděla jsem, že už jí nemůžu nijak pomoc... už víš, že se to nezlepší....“*

V posledních měsících péče začala respondentka uvažovat o využívání týdenního stacionáře, našla konkrétní stacionář, který vyhovoval jejím potřebám. Hlavními požadavky bylo, aby poskytoval kvalitní služby a byl blízko jejího bydliště, aby respondentka mohla za maminkou jezdit na návštěvu. Respondentka i nadále plánovala, že by maminka s rodinou trávila víkendy a svátky. K realizaci pobytu ve stacionáři nedošlo, protože maminka byla hospitalizována kvůli zánětu močového měchýře. Po osmi dnech v nemocnici se její stav zlepšil, ale respondentka, v té době, trpěla virózou a nemohla si jí vzít domů, aby jí nenakazila. V nemocnici rozhodli o převozu maminky do léčebny dlouhodobě nemocných, kde po třech dnech zemřela. Mamince bylo 92 let. Respondentka si vyčítá, že mamince nebylo dopřáno umřít doma

kvůli její chřipce. „*Chtěla jsem jí posloužit až do konce.*“ Zde respondentku mrzel i přístup jejího bratra, který se o matku nedokázal postarat, když ona nemohla.

Respondentka po skončení péče zhodnocuje „*Starala jsem se o maminku ráda a mám dobrý pocit z toho, že jsem se o ni zvládla postarat.*“ Negativně hodnotí závěrečné dny péče, kdy nedokázala s maminkou být a trápí jí to. Po ukončení péče se respondentka stále zdržuje v domácím prostředí, nevyhledává kontakt s vrstevníky. Obklopuje se blízkou rodinou a těší se na narození vnoučete. Stále má potřebu s maminkou komunikovat, i když ví, že už tady není. Na závěr našeho rozhovoru respondentka uvedla „*Nechtěla bych, aby se o mě děti staraly, je to strašný.*“

**Shrnutí:** Respondentka se o svou maminku starala více jak 12 let. Průběh péče byl pozvolný, ale postupně se změnil v náročnou celodenní péči. Respondentka pečování obětovala veškerý volný čas a při péči upřednostnila maminku před péčí o vlastní osobu, což negativně ovlivnilo její zdravotní stav. Respondentka v souvislosti s péčí procházela psychickým vypětím a byla sociálně izolovaná, ale stále byla odhodlaná o maminku pečovat. Oporou pro respondentku byla nejbližší rodina, která jí v péči podporovala, zejména nejstarší syn. V závěru péče si respondentka začala uvědomovat, že sama péči nezvládne a hledala možnosti sociální podpory, které již nebyly realizovány.

### 5.1.6 Respondentka F „Péče, nebo rozvod“

Hlavní aktérkou tohoto příběhu je 63 letá důchodkyně, která se rozhodla postarat o svou maminku. Respondentka s maminkou žily celý život spolu, nikdy se od sebe neodloučily. Nejprve probíhalo soužití v domě rodičů, později se respondentka s manželem rozhodla stavět vlastní dům. Domluvili se, že jej přizpůsobí tak, aby s nimi mohla bydlet i maminka respondentky, které v té době bylo 70 let. Respondentka má 2 starší sestry. Respondentka s manželem a s jejich dvěma dcerami žili v přízemí rodinného domu, maminka obývala první patro, kde měla své pokoje.

Soužití rodiny respondentky s její maminky bylo zpočátku bezproblémové a pro obě strany přínosné. „*Mamka mi pomohla, když jsem potřebovala jít po dětech do práce a pohlídala mi děti, než mi je vzali do školky. Měla jsem co vracet. Pomáhala nám, když jsme stavěli dům. Když ještě mohla, tak uvařila.*“ Respondentka měla prostor se s rodinou věnovat společným koníčkům mezi, které patřilo kolo, divadlo, výlety. „*Mohli jsme jezdit na dovolenou – k moři i na hory. Někdy jsme mamku brali sebou,*



*někdy zůstala doma.*“ Ze začátku vše fungovalo dobře, ale s přibývajícím věkem maminky se začaly objevovat problémy s pamětí.

V 90 letech si maminka zlomila ruku a musela podstoupit operační zákrok. Za 3 měsíce přišel další úraz, zlomila si nohu v krčku a opět musela podstoupit operaci. Obě zranění se podařilo dobře zvládnout díky následné nemocniční péči a díky tomu, že si maminka zaplatila pobyt v rehabilitačním ústavu. Maminka začala zase chodit a zvládala základní sebeobsluhu. Respondentka pro maminku vypůjčila chodítka, které jim umožňovalo, aby mohli společně chodit na procházky a zajistila dovoz obědů z pečovatelské služby.

Po fyzické stránce byla maminka, na svůj věk, v dobrém stavu. Problém se začal projevovat u kognitivních funkcí, což bylo pravděpodobně způsobeno narkózami, které následovaly v krátkém časovém období za sebou. Mamince byla diagnostikována stařecká demence. *„Zapomínala, nebo se opakovala, ale stále ještě byla schopná se o sebe postarat, umyla se, najedla se.“* Respondentka poukazuje na fakt, že nejhůře snášela maminčiny nálady a projevy agresivity. *„Maminka byla zlá, říkala, zas jdou ti parchanti... myslela vlastní vnoučata. Nadávala vulgárně i mně. Já vím, že to mohly být projevy nemoci, ale hrozně to bolí. Ona chtěla, abych se jí věnovala plně. Nesnášela, když přišla dcera s dětma.“*

Výrazným problémem v průběhu péče, který byla nucena respondentka řešit, byl vztah mezi jejím manželem a maminkou. *„Ze začátku si rozuměli, ale později na něj byla maminka zlá, útočila na něj, nadávala mu, slovně ho ponižovala. Manželovi zase vadilo, jak se maminka stravovala, třeba že se pobryndala. Maminka nadávala manželovi, ten si stěžoval zase mně, jak se ona chová.“* Respondentka se ocitala v psychicky velmi vypjatých situacích a několik let žila v napjaté atmosféře, kdy na vše zůstávala sama. Manžel se péče neúčastnil, snažil se kontakt s tchýní minimalizovat. Dcery již byly samostatné a žily vlastní životy. Pokud respondentka potřebovala rychlou pomoc, tak se jí nedostávalo. *„Nejhorší bylo, že jsem se měla rozhodovat mezi vlastní rodinou, nebo péčí o maminku.“*

Demence se nadále zhoršovala a respondentka byla nucena situaci vyřešit. *„Odešla jsem z práce, abych se o ni mohla starat. Dostávala jsem příspěvek na péči (8000 Kč) a tu dobu, co jsem se starala, počítali na důchod. Bylo to finančně horší, než kdybych byla v práci, ale rozhodla jsem se, že je lepší, když budu doma s máti. Ten rok se to dalo vydržet a pak jsem dostala důchod.“* Ekonomická situace rodiny se zhoršila, ale díky tomu, že rodina byla zajištěna, tak respondentka mohla péči o maminku

upřednostnit před prací a ekonomický dopad neřešila. Respondentka uvádí, že zpočátku byla ráda, že se rozhodla o maminku pečovat, měli zaběhnutý režim, který oběma vyhovoval. *„Začínalo to snídaní, pak jsme třeba šly ven, když měla na něco chuť, tak jsem jí to uvařila (občas jsem musela vařit něco jiného mužskému). Po obědě si šla lehnout, tak já jsem šla nakoupit, odpoledne jsme třeba hrály karty, nebo se dívala na televizi, do 90 let luštila křížovky.“*

Demence postupovala dál, což bylo patrné hlavně z degenerativních změn v chování maminky, jako dominantní vlastnosti uváděla respondentka zlost, agresivitu, zášť. *„Ze začátku to šlo, ale pak mě maminka slovně napadala.... šlo to rychle... nešlo nechat jí samotnou. V noci se budila. Volala na mě v noci, musela jsem k ní chodit. Byla jsem unavená, nevyspalá. Nemohli jsme nikam jet, když jsem potřebovala k lékaři, tak maminku občas pohlídala dcera.“* Měnící se situace v péči a také změn v chování respondentky si začaly všimnout její sestry a domluvily se, že se v péči navzájem vystřídají. *„Už jsem to nezvládala, jak fyzicky, tak psychicky. Fyzicky to bylo náročně. Pomohly mi sestry. Ségry viděly, že už nemůžu. Já jsem nemohla spát, bylo mi pořád do breku... bylo to hrozné.... doktor mi předepsal Neurol. Já jsem v tom hrozně lítala.“* Střídání péče probíhalo po měsíci, takže si respondentka mohla částečně odpočinout. Pro zabezpečení péče o maminku také jednou využili možnost týdenního stacionáře, protože nikdo z rodiny nemohl respondentku zastoupit a o maminku se postarat. *„Využili jsme stacionář na 3 týdny, protože jsme potřebovali odjet, ale mamince se tam nelíbilo.“*

Největší zátěží bylo pro respondentku psychické vypětí, které zažívala v souvislosti s péčí o maminku, ale zároveň složitý vztah, který měla maminka s jejím manželem. *„Kdybych se o mámu chtěla dál starat, tak bych se musela s manželem rozvést, anebo se někam odstěhovat, prostě ten můj muž mě nepodržel. Nevěděla jsem kudy kam. Vzalo mi to kus života a klidu – bruslila jsem v tom, chtěla jsem vyhovět mamince i manželovi. Snažíš se mamince vrátit péči, ale pak to nezvládáš, protože tě 24hodinová péče vyčerpá. Přemýšlela jsem, že si pronajmu garsonku a s maminkou se odstěhuji. Sestry mě od tohoto řešení zrazovaly, že to není dobré řešení.“*

Situace se střídáním péče vydržela necelý rok. Později se začala stávat, z důvodu zdravotního stavu maminky, neúnosnou. Již v době, kdy si maminka zlomila nohu, podaly sestry, po společné domluvě, žádost o umístění maminky do domova pro seniory. Z domova byly několikrát kontaktovány, ale vždy možnost umístění maminky odmítly. Před dvěma roky se začaly projevovat zdravotní problémy nejen

u respondentky, ale i u jejích sester, a proto se společně domluvily, že další volné místo přijmou. Dnes je maminka v domově pro seniory. Je jí 95 let a je stále částečně pohyblivá, špatně vidí, špatně slyší, demence je, dle lékařů, v nejvyšším stádiu. Sestry se stále nevzdávají a vymýšlejí podpůrné aktivity na trénink mozku (různé hry, psaní). Maminka má denní kontakt s někým z rodiny.

Když respondentka hodnotí sociální služby, tak uvádí možné řešení situace, do které se sama dostala. *„U mladších ročníků, které se starají, by bylo dobré, kdyby jim to platili, aby mohli zůstat doma, tak by to spoustu lidí využilo. Všichni se bojí o práci a proto se rozhodnou nepečovat, aby uživilí rodinu. Celkově si myslím, že se to zlepšilo v posledních letech – je možnost obědů, půjčení zdravotních pomůcek. Myslím si, že by každý člověk měl mít možnost se o rodiče postarat.“* Pro respondentku samotnou se jednalo pouze o dobu jednoho roku, kdy se jí snížil příjem. V té době již žili pouze s manželem a byli zajištěni. Uvedla však, že neví, jak by se rozhodovala, kdyby stejnou situaci musela řešit s malými dětmi. Další doporučení pro oblast sociálních služeb opět vycházelo z vlastních zkušeností respondentky a z nelehké rodinné situace. *„Myslím si, že každý, kdo se stará, by měl mít nárok na psychologa, protože někdy nevíme, jak se máme zachovat.“*

Když se respondentka ohlíží za obdobím, kdy se starala, tak uvádí, že nejvýraznější pro ni byla změna režimu a jeho náplň. *„Nevětší změna byla, že jsem zůstala doma. Snažila jsem se jí pomoci.“* Pro respondentku byla péče samozřejmostí, protože spolu s maminkou žili celý život. *„Měla jsem jí co vrátet. O rodiče se má pečovat a mělo by to být samozřejmostí. Starala jsem se z lásky, z úcty, z povinnosti. Nevím, co to bylo. Vyplynulo to tak automaticky, máma pomáhala mě, tak teď jí to vrátím, pokud můžu. Tak jsem to prostě brala. V každém by měla být úcta ke stáří.“* Z respondentky jsem cítila, že se jí po mamince stýská, což ona i potvrdovala. *„Blízkost maminky mi dělala dobře. Mám okamžiky, kdy je mi to líto, že ji nemám doma.“* Na druhé straně v rozhovoru několikrát zaznělo, že psychicky se ocitla na pokraji vlastních sil a byla ráda, že měla oporu ve svých sestrách.

**Shrnutí:** Respondentka o svou maminku začala pečovat naprosto přirozeně, protože spolu měly blízký vztah. Se zhoršujícím se průběhem nemoci respondentka odešla ze zaměstnání, aby se mamince mohla plně věnovat. Po dvou letech péče se respondentka ocitla na pokraji psychického zhroucení, protože na ní působilo několik vlivů najednou: agresivní chování maminky, rozpory s manželem, nedostatek osobní svobody. Velkou oporou byly pro respondentku její sestry, které pomohly situaci

vyřešit. Obě sestry se do péče zapojily a později se společně rozhodly pro umístění maminky v domově pro seniory. Manžel respondentky se péče neúčastnil a nepodporoval ji.

### **Shrnutí odpovědí u osob pečujících ve starobním důchodu.**

Odpovědi respondentek z rozhovorů jsem dosadila do předem stanovených okruhů.

#### **Okruh č. 1 - Motivy pro péči**

##### **Respondentka E**

*„Uvědomovala jsem si, že se o něj musím postarat.“*

*„Nevím, jestli to bylo z lásky, nebo z povinnosti, chtěla jsem se o něho starat. Myslím, že kdybych já na tom byla špatně, tak on by se o mě taky postaral.“*

##### **Respondentka F**

*„Přišlo mi normální se o ni starat, neměla bych tu povahu jí někam dát, byla tady zvyklá.“*

*„Starala jsem se o maminku ráda a mám dobrý pocit z toho, že jsem se o ni zvládla postarat.“*

*„Chtěla jsem jí posloužit až do konce.“*

##### **Respondentka G**

*„Měla jsem jí co vracet. O rodiče se má pečovat a mělo by to být samozřejmostí. Starala jsem se z lásky, z úcty, z povinnosti – nevím, co to bylo. Vyplynulo to tak automaticky, máma pomáhala mě, tak teď jí to vrátím, pokud můžu. Tak jsem to prostě brala. V každém by měla být úcta ke stáří.“*

#### **Okruh č. 2 - Změny v životě pečující osoby**

##### **Respondentka E**

*„Snažila jsem se, abychom žili jako předtím...“*

*„Chodila jsem s ním na procházky, nutila jsem ho, aby se hýbal. Nejhorší bylo, když jsem třeba vařila a nedávala pozor, tak on mi utekl... pořád si připadal jako Jura... a to většinou dopadlo špatně.“*

*„Nemohla jsem od něj a vlastně jsem ani nechtěla, nedalo by mi to. Nebyl to už takový pohodlný život jako dřív.“*

*„Největší problém byl ho nakrmit, měl problém s polykáním a někdy se mi při jídle dával.... to bylo hrozný... ale naučila jsem to do něj dostat. V posledních měsících už nebyl nikdo jiný, kdo ho uměl nakrmit – musela jsem jenom já.“*

*„Vzalo mi to kus zdraví, ale dělala bych to dál. Ta starost mi dala zabrat, to bylo hodně vyčerpávající. Nikomu to nepřeju.... třeba když jsem šla spát, tak mě sebemenší zvuk probudil, musela jsem být stále obezřetná.“*

*„vadilo mi dívat se na to, jak manžel schází.... býval to chlap jako hora.“*

### **Respondentka F**

*„Dokázali jsme to zvládnout až do doby než jsem šla do starobního důchodu. V důchodu jsem se o ni starala osm let. Byly jsme spolu pořád, denně od rána do večera.“*

*„od pondělí do pátku jsem s ní byla sama celý den, večer a o víkendech byl doma syn.“*

*„Někdy se mi stalo, že mi maminka spadla a syn nebyl doma, tak jsem musela volat sousedy, aby mi s ní pomohli.“*

*„Nejhorší ze všeho byla demence... stupňovalo se to časem.... už mě ani nepoznávala, volala na mě a přitom jsem stála u ní.“*

*„Nikam jsem poslední dva roky nechodila, musela jsem být pořád s ní, protože jsem s ní byla sama.“*

*„Potřebovala jsem na gynekologickou operaci a nemohla jsem se hýbat, měla jsem problémy se zády, které bylo nutné řešit, ale nevěděla jsem jak. Nezvládala jsem vlastně sebe, protože jsem na sebe neměla čas.“*

*„vzalo mi to psychiku a zdraví“*

*„Tak jsem si ještě říkala, tak do té 100 jí ještě posloužím. Nikdy mě nenapadlo, že bych jí někam dala, ale ke konci už to bylo opravdu těžké, už jsem s ní nezvládala. Když vidíš tu maminku, tak seš na tom ještě blbě psychicky. Věděla jsem, že už jí nemůžu nijak pomoc... už víš, že se to nezlepší....“*

### **Respondentka G**

*„Nejhorší bylo, že jsem se měla rozhodovat mezi vlastní rodinou, nebo péči o maminku.“*

*„Odešla jsem z práce, abych se o ni mohla starat. Dostávala jsem příspěvek na péči (8000Kč) a tu dobu, co jsem se starala, počítali na důchod. Bylo to finančně horší, než kdybych byla v práci, ale rozhodla jsem se, že lepší, když budu doma s máti. Ten rok se to dalo vydržet a pak jsem dostala důchod.“*

*„Ze začátku to šlo, ale pak mě maminka slovně napadala.... šlo to rychle... nešlo nechat jí samotnou. V noci se budila. Volala na mě v noci, musela jsem k ní chodit. Byla jsem unavená, nevyspalá.“*

*„Už jsem to nezvládala, jak fyzicky, tak psychicky. Fyzicky to bylo náročně. Pomohly mi sestry. Ségry viděly, že už nemůžu. Já jsem nemohla spát, bylo mi pořád do breku... bylo to hrozné.... doktor mi předepsal Neurol. Já jsem v tom hrozně lítala.“*

*„Kdybych se o mámu chtěla dál starat, tak bych se musela s manželem rozvést, anebo se někam odstěhovat, prostě ten můj muž mě nepodržel. Nevěděla jsem kudy kam. Vzalo mi to kus života a klidu – bruslila jsem v tom, chtěla jsem vyhovět mamince i manželovi. Snažíš se mamince vrátit péči, ale pak to nezvládáš, protože tě 24hodinová péče vyčerpá. Přemýšlela jsem, že si pronajmu garsonku a s maminkou se odstěhuji. Sestry mě od tohoto řešení zrazovaly, že to není dobré řešení.“*

*„Nevětší změna byla, že jsem zůstala doma. Snažila jsem se jí pomoci.“*

*„Blízkost maminky mi dělala dobře. Mám okamžiky, kdy je mi to líto, že ji nemám doma.“*

### **Okruh č. 3 - Změny ve fungování rodiny**

#### **Respondentka E**

*„V posledním roce mi synové pomáhali manžela koupat, to jsem sama nezvládala. Střídali se, jednou pomohl jeden, nebo přijel druhý.“*

*„Synové mi vždycky pomohli, stačilo jenom zavolat a vždy přišli. Stavovali se sami, aby dědu viděli.“*

*„vždycky jsem se snažila s ním jednat jako kdyby mu nic nebylo, aby neměl blbý pocit, že je nějakej .... jinej...“*

#### **Respondentka F**

*„Pomohl s hygienou, vstal k ní v noci, udělal úpravy v domácnosti, uzpůsobil jí postel, opravil vozík. Vozil nás s maminkou k doktorovi, Pokud nás nemohl odvézt, tak jsme žádali o sanitu.“*

#### **Respondentka G**

*„Maminka byla zlá, říkala, zas jdou ty parchanti... myslela vlastní vnoučata. Nadávala vulgárně i mně. Já vím, že to mohli být projevy nemoci, ale hrozně to bolí. Ona chtěla, abych se jí věnovala plně. Nesnášela, když přišla dcera s dětma.“*

*„Ze začátku si rozuměli, ale později na něj byla maminka zlá, útočila na něj, nadávala mu, slovně ho ponižovala. Manželovi zase vadilo, jak se maminka stravovala, třeba*

*že se pobryndala. Maminka nadávala manželovi, ten si stěžoval zase mně, jak se ona chová.“*

*„Nemohli jsme nikam jet, když jsem potřebovala k lékaři, tak maminku občas pohlídala dcera.“*

#### **Okruh č. 4 - Pomoc sociálního systému**

##### **Respondentka E**

*„Nejdřív chodil s holí, ale to moc nepomáhalo, takže jsme si půjčili chodítka. S ním to bylo mnohem lepší.“*

*„Pořádila se hrazda, pojízdná toaleta, invalidní vozík, nová postel.“*

*„Nevěděla jsem o příspěvku, ani mě to nenapadlo, přišlo mi normální se starat. Doktor mi doporučil, abych si zažádala, tak jsem to po čase udělala.“*

##### **Respondentka F**

*„Z počátku jsem nevěděla o žádných možnostech, nic jsem nečerpala. Řekli mi to známí po několika letech. Myslím, že by tyhle informace měl říkat obvodák, nebo kdyby aspoň dal nějakou příručku. Kdybych o možnostech, třeba stacionáře, věděla dřív, tak to bych využila, mohla bych jet na návštěvu za syny do Prahy.“*

##### **Respondentka G**

*„Využili jsme stacionář na 3 týdny, protože jsme potřebovali odjet, ale mamince se tam nelíbilo.“*

*„U mladších ročníků, které se starají, by bylo dobré, kdyby jim to platili, aby mohli zůstat doma, tak by to spoustu lidí využilo. Všichni se bojí o práci a proto se rozhodnou nepečovat, aby uživili rodinu. Celkově si myslím, že se to zlepšilo v posledních letech je možnost obědů, půjčení zdravotních pomůcek. Myslím si, že by každý člověk měl mít možnost se o rodiče postarat.“*

*„Myslím si, že každá kdo se stará by měl mít nárok na psychologa, protože někdy nevíme, jak se máme zachovat.“*

## **5.2 Syntéza analyzovaných výstupů**

Při výzkumu v diplomové práci bylo provedeno 6 rozhovorů s pečujícími ženami. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 43 – 72let. Výzkumný vzorek byl rozdělen na dvě části. Polovina respondentek (3 ženy) pečovala o svého blízkého a zároveň byla ekonomicky aktivní, druhá polovina (3 ženy) také pečovala o blízkou osobou, ale byla ve starobním důchodu. V obou skupinách bylo cílem sledovat hlavní výzkumnou

otázku, jaký dopad má ztráta soběstačnosti u seniorů na pečující osobu i na celou rodinu.

Životní příběhy jednotlivých respondentek byly interpretovány prostřednictvím holisticko-obsahového modu. U každého příběhu byla provedena analýza a bylo nalezeno několik základních témat, která jsou na konci každého příběhu shrnuta. Příběhy jednotlivých respondentek se shodovaly nebo rozcházely ve faktech, která uvedu níže.

- Všechny příběhy jsou jedinečné. Vyprávění respondentek byla naprosto subjektivní, na první pohled propojené pouze jedním společným tématem, při bližším zkoumání je společných témat velké množství.
- Ve všech rozhovorech se objevoval stejný rys – respondentky stále stáčely téma rozhovoru k pečované osobě a vyprávěly o jejím životě, jejich vlastní život zůstával v pozadí.
- U všech respondentek bylo rozhodnutí pečovat samozřejmou volbou, které vycházelo z dobrého vztahu k pečované osobě. Citová vazba u všech respondentů byla důležitým faktem. U čtyř respondentek bylo důležitým faktem, že pečující a senior žili ve stejné domácnosti před začátkem péče.
- U pěti respondentek, které pečovaly o své rodiče, zaznělo, že měli pečovanému co vrátet, čímž byla myšlena péče, kterou pečovaný v minulosti věnoval jim. Nebyla myšlena pouze péče, ale pomoc v průběhu celého života. Respondentka D, která se starala o manžela, uvedla, že stejnou péči by manžel věnoval i jí, kdyby ji potřebovala.
- Společným rysem, který se prolínal všemi rozhovory, byla velká psychická zátěž respondentek. Všechny respondentky uváděly psychickou zátěž jako nejvíce zatěžující faktor péče. Psychická zátěž měla u všech respondentek několik společných jmenovatelů. Jednalo se o obavy o pečovanou osobu, obavy z horšícího se zdravotního stavu pečovaného a v souvislosti s tím, zda budou schopni nadále péči zvládat. Velkým stresovým faktorem byl právě zhoršující se zdravotní stav pečovaných osob.
- K nevyrovnanému psychickému stavu respondentek přispívalo, že neměly dostatek času na odpočinek. Všechny respondentky uvedly, že péče vyžadovala jejich stálou bdělost, proto trpěly nedostatkem spánku. Respondentky se shodly, že se naučily



spát jenom „na půl“, aby neztratily přehled o pečovaném a byly mu k dispozici. Nerovnováha v psychické rovině ovlivňovala i fyzické zdraví respondentek.

- Všech šest respondentek shodně uvedlo fyzické zdravotní problémy v souvislosti se zvládáním péče. Nejčastěji uváděným problémem byly bolesti zad u čtyř respondentek a u dvou respondentek byla třeba gynekologická operace. Oba zdravotní problémy měly přímou souvislost s manipulací s pečovanou osobou. Jedna z respondentek se léčila s chronickým kašlem a další respondentka se kvůli velké únavě ocitla na pokraji psychického zhroucení. Problémy byly psychického původu a pramenily z obav ze zvládnutí péče.
- Respondentky uvádějí, že časová náročnost péče narůstala postupně. Z počátku se jednalo o drobnou pomoc, přípravu jídla, nebo nákup. S postupem času a s přibývajícím ztrátou soběstačnosti seniorů se náročnost péče zvyšovala a změnila v celodenní náplň. Respondentky shodně uvádějí, že musela být zajištěna péče o seniora v průběhu celého dne a také noci.
- Respondentky se v průběhu rozhovorů rády vracely k trávení volného času se seniorem. Zmiňovaly aktivity, které podnikaly společně a které jim činily radost (procházky, výlety, četba, poslech muziky, hraní stolních her).
- Odvrácenou stránkou péče byl postupně mizející osobní život respondentek. Všechny respondentky opustily své zájmy a dlouholeté koníčky a svůj čas věnovaly péči. Důvodem bylo, že byly hlavními pečujícími osobami a uvědomovaly si nutnost zajištění stálé přítomnosti u pečovaného. Dvě respondentky uvedly, že měly málo času na výchovu svých dětí.
- Pět respondentek bylo v průběhu péče vdaných. Čtyři respondentky měly v průběhu péče plnou podporu svých manželů. Všechny respondentky podporu svých manželů velmi oceňovaly. Manželství jedné z respondentek bylo ohroženo, protože docházelo k neshodám mezi manželem respondentky a pečovanou. Respondentka byla nucena zvládat péči sama, bez podpory manžela. Jedna z respondentek byla rozvedená a péči zvládala za podpory blízké rodiny.
- Všechny respondentky uvedly, že došlo k omezení času, který trávily s nejbližší rodinou. Respondentky se shodly, že byl minimalizován čas, který trávily společnými výlety nebo dalšími aktivitami. U tří respondentek byl omezen také osobní čas jejich dětí, které pomáhaly s péčí o seniora.

- Respondentky, které byly ekonomicky aktivní, zvládaly péči jen za podpory své rodiny, kde se zapojili všichni, kteří v domácnosti žili. Ekonomický dopad se promítl u dvou těchto respondentek, protože jedna z nich zažádala o zkrácení pracovního úvazku a druhá kvůli péči zůstala v pracovní neschopnosti. Respondentky velmi oceňovaly, nejen pomoc svých manželů, ale i pomoc dětí, které se do péče zapojily.
- Respondentky, které byly již ve starobním důchodu a pečovaly, se staraly převážně samy, protože zbývající členové domácnosti pracovali. Úzká rodina byla ochotna vždy pomoci, ale hlavní starost zůstávala na respondentkách. Ekonomický dopad u pečujících ve starobním důchodu nebyl markantní. Jedna z respondentek kvůli péči odešla předčasně ze zaměstnání a její příjem se na období jednoho roku snížil, než nastoupila do řádného starobního důchodu.
- U všech respondentek chyběly základní informace o možných formách sociální pomoci. Informace získávaly respondentky náhodně ze svého blízkého okolí, od známých a od sousedů. Ve dvou případech informoval respondentky o možnostech obvodní lékař. Při žádosti o příspěvek na péči se zapojily do informování respondentek o možných dalších formách sociální pracovníce místního sociálního odboru.
- Mezi využívané formy sociální pomoci se řadila nejčastěji půjčovna zdravotních pomůcek, kterou využily čtyři respondentky. Dvě respondentky využily odlehčovací služby ve formě denního, nebo týdenního stacionáře, jedna z respondentek využívá týdenní stacionář pravidelně. Dvě z respondentek plánovaly využití stacionáře, ale tato varianta již nebyla realizována.
- V průběhu péče došlo u pečujících ke změnám v uvažování o péči. Změny byly způsobeny náročností péče a dobou jejího trvání. Čtyři respondentky si v průběhu času uvědomily, že při pečování není ostudou přijmout pomoc od sociálního systému a není nutné, aby vše zvládaly samy. K tomuto názoru dospěly díky velkému fyzickému a psychickému vyčerpání.
- U všech respondentek byla zřejmá úcta ke starým lidem.
- U všech respondentek je patrný dobrý pocit, který z péče mají a zároveň dobrý pocit z blízkosti osoby, o kterou se starají. Všechny respondentky se shodují, že by se pro péči znovu rozhodly. Tři respondentky připustily, že by využily více forem sociální pomoci, kdyby o ní byly dříve informovány.

- Shodným konstatováním u všech respondentek bylo, že péče je dobrým příkladem pro jejich děti a ocenily rodinnou soudržnost při péči.

### 5.3 Diskuze

V této kapitole uvede odpovědi na jednotlivé výzkumné okruhy, které budou obsahovat hlavní poznatky z provedených rozhovorů. Součástí kapitoly bude diskuze nad zjištěnými výsledky výzkumu, kde navážu na teoretickou část a propojím výsledky výzkumu s teoretickými poznatky.

První zjišťovaný výzkumný okruh se zabýval motivy, které vedou pečující osoby k rozhodnutí starat se o nesoběstačného seniora. Z výpovědí respondentek je zřejmé, že rozhodnutí pečovat pro ně bylo samozřejmou záležitostí a v počátcích péče neuvažovaly o jiných možnostech péče. Základním motivem, který se prolíná všemi příběhy, je láska k blízké osobě. Ve všech případech se jednalo o příbuzenský vztah, který byl dobře fungující před začátkem péče. Mezi pečujícím a seniorem fungovalo silné citové pouto a vzájemné porozumění, které pomáhalo zvládat nesnáze vznikající při péči. Tento motiv bývá sociology nazýván jako vztahová teorie a je založen nejenom na citové vazbě k blízké osobě, ale také na silné tendenci pomáhat osobám, se kterými ho pojí silné citové pouto. (Dudová, 2015, s. 20) Druhým faktorem, který se prolíná všemi rozhovory, byl závazek vůči pečované osobě. Závazkem je myšleno vrácení péče a pomoci, kterou sami pečující v minulosti získali a nyní cítí potřebu tuto péči blízké osobě vrátit. Pečující osoby měly na mysli péči, kterou získali v dětství, ale také péči, kterou jejich blízcí věnovali jejich dětem. Benešová ve svém výzkumu potvrzuje, že teorie závazku je nejvýznamnějším motivem péče o nesoběstačného seniora. Dále uvedla, že se jedná o vzor pomoci, jež byla rodiči poskytnuta dnešním pečujícím. To znamená, že dřívější pomoc nejstarší generace se přenáší do pocitu odpovědnosti k rodině jako celku a k jejím jednotlivým členům. (Benešová, 2010, s. 444-445)

Druhý výzkumný okruh se zabýval změnami v životě samotné pečující osoby. Výzkum odhalil několik oblastí, které se prolínaly životy všech respondentek. Ze všech rozhovorů bylo patrné, že došlo ke změně denního režimu. Změna u většiny respondentek přicházela pozvolna a pečující postupně přizpůsobovali vlastní denní režim péči. V průběhu pečování se respondentky adaptovaly na nepřetržitou péči, kterou stav pečovaného vyžadoval. Nepřetržitá péče s sebou přinášela omezení osobních aktivit pečující osoby, nedostatek odpočinku, nadměrnou fyzickou zátěž, omezení pracovních aktivit a u některých pečujících snížení příjmu domácnosti.

V důsledku těchto skutečností byly pečující osoby vystaveny třem zásadním faktorům - nadměrné psychické zátěži, zdravotním problémům a sociální izolaci. Nejnáročnější bylo pro pečující zvládnutí psychické zátěže. Psychická zátěž pramenila z nedostatku odpočinku, z horšícího se zdravotního stavu pečovaného, z obav o pečovanou osobu a z obav, zda budou schopni zajistit odpovídající péči. Na druhém místě náročnosti uváděly pečující respondentky negativní dopady na jejich vlastní zdraví, protože neměly čas se věnovat samy sobě, svému zdravotnímu stavu a často podcenily fyzickou náročnost péče o seniora. V popředí jejich zájmu bylo nejprve zajištění podmínek pro pečovaného. Na třetím místě náročnosti se objevovala osamocení. Respondentky v průběhu péče ztrácely kontakty se svými vrstevníky a často i se širší rodinou.

Na druhé straně péče přinášela respondentkám dobrý pocit, že se dokázaly o svého blízkého postarat, že s ním mohli strávit zbývající čas a většina z nich by se rozhodla znovu pečovat.

Třetí výzkumný okruh se zabýval změnami ve fungování rodiny, které vznikly v důsledku péče. Změny ve fungování rodinného systému byly zásadní. Poskytování péče blízké osobě se promítalo do všech oblastí rodinného života a z důvodu časové náročnosti péče byly omezeny funkce emocionální, rekreační a u některých respondentek i funkce ekonomická. Byla výrazně posílena funkce pečovatelská. Respondentky si uvědomovaly, že nemohly trávit s rodinou tolik času, jak bývaly zvyklé, ale velmi oceňovaly pomoc a podporu, kterou jim rodina poskytovala. Do péče se u většiny respondentek zapojil partner i děti. Pečující hodnotí v tomto ohledu péči velmi pozitivně, protože přispěla k utužení rodinných vztahů. Sobotková uvádí, že zdravá koheze je základem funkční rodiny a zároveň při zvládnutí situačních stresových situací poukazuje na vyváženost vztahu mezi adaptabilitou a organizovaností. (2001, s. 36) U jedné z respondentek došlo k opačné situaci a objevily se velmi závažné problémy, které měly negativní dopad na partnerský vztah manželů.

Poslední výzkumný okruh sledoval možnosti, které sociální systém skýtal pečujícím osobám. U všech respondentek jsem se setkala s nedostatkem základních informací o možných formách pomoci. Informace získávaly respondentky nahodile, chyběla ucelená souhrnná forma předávání informací pro pečující osoby. Formy sociální pomoci, které respondentky využily, se týkaly primárně zajištění potřeb pečovaných osob, ale nesaturovaly potřeby osob pečujících. Nejčastěji využívanou službou byla

půjčovna zdravotních pomůcek nebo pečovatelská služba, jedna z respondentek pravidelně využívala denní stacionář. Všichni nesoběstační senioři pobírali příspěvek na péči. Z výpovědí respondentek bylo patrné, že by rády možnosti odlehčovací služby, kdyby o této možnosti byly včas informovány.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký dopad má péče o seniora se ztrátou soběstačnosti na rodinu. Současně jsem se snažila přiblížit problematiku péče o nesoběstačné seniory v současné době. Práce je rozdělena na dvě pomyslné části, kde jsem v první z nich uvedla faktory, které k problematice péče patří. Prostor byl věnován stárnutí společnosti, vymezeny pojmy stárnutí, rodina a popsala jsem, jak důležité je budování dobrých mezigeneračních vztahů v rámci rodiny. Uvedla jsem, jak probíhala péče v posledním století a možnosti, které sociální systém aktuálně nabízí pečovaným i pečujícím osobám.

Ve výzkumné části jsem se v rozhovorech s pečujícími osobami zaměřila na zjištění, jak péče ovlivnila životy pečujících a jejich rodin. V rodinné péči existuje vždy jedna stěžejní osoba, která se stará a dává do péče největší vklad. Největší změny se týkají právě pečující osoby, která je vystavena velkému psychickému a fyzickému zatížení, často i sociální izolaci, protože péče vyžaduje její nepřetržitou pozornost. Zátěž, kterou prochází hlavní osoba, se promítá do života ostatních členů rodiny a výrazně ovlivňuje rodinné soužití. Zapojení ostatních členů rodiny bylo v péči o nesoběstačného seniora velmi důležité, protože pomáhalo nejen samotnému seniorovi, ale také hlavní pečující osobě. Péče přinášela všem pečujícím dobrý pocit, že se zvládnou postarat a sdílení péče v rodině přispívalo k rodinné soudržnosti. Pečující kladně hodnotili pomoc sociálních služeb, kterou v různé míře využívali. Zároveň bylo zjištěno, že pečující neměli dostatek informací o možnostech sociální pomoci a informace získávali nesystematicky. Cíl diplomové práce byl naplněn, jak vyplývá z výsledků výzkumu. Provedení výzkumu pro mne bylo velkým osobním přínosem, protože mi umožnilo setkat se se zajímavými lidmi, kteří mi dali nový vhled do zkoumané problematiky.

Výsledky výzkumu rozhodně není možné vztáhnout na celou populaci neformálních pečovatelů, ale pokud si pečující tuto práci přečtou, dozví se, co jim sociální systém přináší a zároveň se seznámí s příběhy pečujících žen a jejich zkušenostmi, které jim mohou pomoci v jejich péči. Respondentky výzkumu byly převážně ženy z venkova, proto by bylo dobré porovnat zjištěné výsledky s výzkumem, který by byl proveden ve velkém městě a porovnat jejich výstupy.

Ze zjištěných informací z výzkumu vzniká prostor pro sociální pedagogy ve dvou oblastech. V první řadě ve výchově dětí a mládeže, kde je třeba podpořit

výchovu k úctě ke stáří, ke starým lidem, tak aby došlo k propojování generací a výchova mladé generace k altruismu. Vhodnou formou by mohly být výchovně vzdělávací programy, diskuse se seniory nebo společné volnočasové aktivity obou generací. V druhém případě se domnívám, že výraznou pomoc potřebují pečující osoby, protože nejsou dostatečně informovány o formách možné sociální pomoci, což ztěžuje jejich životní situaci. Sociální pedagog by se mohl podílet na tvorbě koncepce, která přispěje k lepší informovanosti a edukaci osob, které pečují. Velmi se mi líbila koncepce Centra neformálních služeb v Praze 4, která nabízela pečujícím komplexní služby a to je směr, kterým by se měla současná péče o neformální pečující ubírat. Současně s podporou neformálních pečovatelů je nutné pracovat na tom, aby pečující byli o možnostech podpory informováni. Myslím si, že by bylo vhodné zapojit do procesu informovanosti praktické lékaře v jednotlivých obcích, protože jsou s pečujícími v pravidelném kontaktu. Z pohledu sociálního pedagoga bych doporučila zapojení se v rámci přednášek s pečujícími osobami, což by vedlo ke zvýšení informovanosti pečujících. Cílem by bylo představit možnosti, které mohou pečující využít při péči. Vhodným místem konání by mohli být půjčovny zdravotních pomůcek, nebo prostory pečovatelské služby.

Je patrné, že stát si uvědomuje, že zajištění podmínek pro neformální pečovatele při současném stárnutí populace je velmi důležité a proto postupně dochází ke změnám, které upravují podmínky pro neformální péči. V nastaveném trendu je třeba i nadále pokračovat a vnímat ohlasy, které pečující osoby vysílají.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERARURY

## LITERATURA

BALTES, Paul B. *Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností*. In: GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

BENEŠOVÁ, Romana. *Hledání modelu péče o nesoběstačné rodinné členy*. Kontakt, 2010/12/22 2010, vol. 12, no. 4, p. 435-445.

CIBULEC, Jindřich. *Soužití tří generací*. Praha: Práce, 1980, 203 s. Astra.

ČERMÁK, Ivo. *Narativně orientovaná analýza*. In: BLATNÝ, Marek. *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia, 2006, 138 s. ISBN 80-200-1450-0.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2015, 199 s. Knižnice Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011, 256 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2798-1.

GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013, 245 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4368-4.

HAMPLOVÁ, Dana, Kristina BŘEZINOVÁ, Jana KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ a Olga SIVKOVÁ. *Rodina a zdraví - jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2014, 145 s. Studie. ISBN 978-80-7419-169-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X.



HAŠKOVÁ, Hana. *Vlastní cestou?: životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2014, 397 s. Studie. ISBN 978-80-7419-178-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, c2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORSKÝ, Jan, PRAŽÁKOVÁ SELIGOVÁ Markéta. *Rodina našich předků*. Praha: Lidové noviny, 1997, 142 s. ISBN 80-7106-195-6.

HRONCOVÁ, Jolana, Anna HUDECOVÁ a Tatiana MATULAYOVÁ. *Sociální pedagogika a sociální práce*. Banská Bystrica: PF UMB, 2001, 298 s. ISBN 80-8055-476-5.

JAK NA PÉČI? *Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka*. Evropská unie, evropský sociální fond, Operační projekt zaměstnanost. Vytvořeno v rámci projektu Podpora neformálních pečujících II.

JAVORSKÁ, Miroslava. *Nové trendy v péči o seniory*. In: MÜHLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005, 99 s. ISSN 1801-1519.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KLAPILOVÁ, Světlá. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Olomouc: Vydavatelství University Palackého, 1996, 63s.. ISBN 80-7067-669-8.

KLÍMA, Petr. K epistemologickým a metodologickým zdrojům sociální pedagogiky. In: *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, [2009], 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.

KOCOURKOVÁ, Jiřina a Ladislav RABUŠIC. *Sňatek a rodina: zájem soukromý nebo veřejný?: proměny reprodukčního chování a možnosti rodinné politiky z hlediska postojů české veřejnosti*. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, katedra demografie a geodemografie, 2006, 158 s. ISBN 80-86561-93-3.

KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*, 2013, roč. 7, č. 6, s. 10-20. ISSN 1802-5854.

KRAMER, H. Ch. *Becoming a family therapist: Developing an integrated approach to working with families*. New York: Human Sciences Press, 1980.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, Blahoslav a Petr SÝKORA. *Sociální pedagogika I*. Brno: BonnyPress, 2009. 63s.

KRAUS, Blahoslav. *Quo vadis sociální pedagogika?* In: HOFERKOVÁ, Stanislava, Petra KALIBOVÁ a Stanislav PELCÁK. *Perspektivy sociální pedagogiky v 21. století: konference pořádaná na počest významného životního jubilea prof. PhDr. Blahoslava Krause, CSc. : sborník příspěvků z mezinárodní konference konané v Hradci Králové ve dnech 4. a 5. října 2013*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 395 s. ISBN 978-80-7435-407-6.

KRAUS, Blahoslav. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 246 s. ISBN 978-80-7435-544-8.

KUCHAŘOVÁ, Věra, RABUŠIC Ladislav a Lucie EHRENBERGEROVÁ. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: Socioklub, 2002, 89 s.

LAŠEK, Jan. *Čtyři pohledy na rodinu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 112 s. ISBN 978-80-7435-531-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 171 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

MATÝSKOVÁ, Danuše. *Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů*. In: CHYTIL, Oldřich a Dana SÝKOROVÁ. *Autonomie ve stáří - strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, 323 s. ISBN 80-7326-026-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 251 s. ISBN 80-85850-75-3.

MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002, 207 s. ISBN 80-7178-624-1.

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 311 s. ISBN 80-86429-58-X.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. V Brně: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013, 181 s. ISBN 978-80-210-6310-5.

PICHAUD, Clément, THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotní pracovníky*. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISSN 80-7178-184-3.

PŘADKA, Milan, FALTÝSKOVÁ, Jarmila, KNOTOVÁ, Dana. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1998, 45 s. ISBN 80-210-1946-8.

RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 192 s. Opera Universitatis Masarykianae Brunensis. ISBN 80-210-1155-6.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SARACENO, Chiara. *Social inequalities in facin old-age dependency: a bi-generational perspective*. Journal of European Social Policy 20, 2010.

SAUBER, Richard S., et al. *The Dictionary of Family Psychology and Family Therapy*. London: Sage Publication, 1993, 488 s.

SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2014, 539 s., [4] s. obr. příl. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9.

SEMRÁD, Jiří, JURÁČKOVÁ, Iva, ŠÍMA, Václav. *Průvodce sociální pedagogikou v kontextu pedagogických věd*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 121s. ISBN 978-80-7041-897-0.

SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a volný čas: vybrané kapitoly*. 2. vyd. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2005, 115 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1039-6.

SMUTEK, Martin. *Modely rodinných politik a teorie implementace ve veřejné politice*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 135 s. ISBN 978-80-7435-573-8.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001, 173 s. ISBN 80-7178-559-8.

STRÁNSKÁ, Martina, SAMKOVÁ, Lucie, TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Alena VOSEČKOVÁ. *Specifika neformální péče a její úskalí*. In: SMUTKOVÁ, Lucie, Peter PATYI a Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. *Sociální práce v nejisté době: sborník odborných textů z konference XII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 2. až 3. října 2015 = Social Work in Uncertain Times : anthology of contributions of the XII. Hradec Days of Social Work, Hradec Králové 2nd-3rd October 2015*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016, 465 s. Texty k sociální práci. ISBN 978-80-7435-647-6.

STŘELEČEK, Stanislav. *Kapitoly z rodinné výchovy*. Praha: Fortuna, 1992, 157 s. ISBN 80-85298-84-8.

SULLEROT, Évelyne. *Krize rodiny*. Praha: Karolinum, 1998, 61 s. ISBN 80-7184-647-3.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠOLCOVÁ, Iva. *Kvalita života v psychologii: osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In: HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni : kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80-86625-20-6.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001, 62 s. ISSN 80-238-8001-2.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Problematika neformální péče z pohledu pečovatelů*. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 121 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Psychologie stáří ze sociálního pohledu*. In: SMUTEK, Martin, ŠVEŘEPA, Milan. *Sociální práce a sociální služby: výběr studijních materiálů projektu Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královéhradeckého kraje*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2007, 141 s. ISBN 978-80-7041-105-6.

VAVŘÍK, Michal. *Základy sociologie*. Brno: BonnyPress, 2012, s. 76.

VOTOČEK, Jiří. *Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta lékařská, Katedra ošetřovatelství.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Jak hodnotí senioři své zdraví?* Gerontologické aktuality, 2005, č.1, 12-15 s. ISSN 1213-4074.

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. V Praze: Univerzita Karlova, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ŽUMÁROVÁ, Monika a Beáta BALOGOVÁ. *Medzigeneračné mosty*. Košice: Menta Media, 2009, 112 s. ISBN 978-80-89392-08-7.

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print, 2012, 178 s. ISBN 978-8089295-43-2.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

ČSÚ. *Český statistický úřad*. [online]. 2019. [cit.2019-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2018>

ČT 24. *Česká televize*. [online]. 2019. [cit.2019-04-10]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/ekonomika/2767349-v-cesku-loni-pracovalo-pres-340-tisic-duchodcu-nejvic-za-poslednich-osm-let>

MPSV. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí*. [online]. 2019. [cit.2019-04-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/narodni-akcni-plan-podporujici-pozitivni-starnuti>

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. [online]. 2019. [cit.2019-04-25]. Praha: MPSV. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>.

PÉČE. *Péče.cz*. [online]. 2019. [cit.2019-03-28]. Dostupné z: <https://pece.cz/novinka/dve-tretiny-lidi-by-si-praly-v-pripade-ztraty-sobestacnosti-zustat-v-domacim-osetrovani>

SOCIÁLNÍ POLITIKA EU. *Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025)* [online]. 2017. [cit.2019-04-28]. Dostupné z: [https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/#\\_ftn1](https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/#_ftn1)

SOCIOLOGICKÁ ENCYKLOPEDIE. *Ekonomika rodiny*. [online]. 2017. [cit.2019-04-30]. Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Ekonomika\\_rodiny](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Ekonomika_rodiny)