UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Pracoviště historické sociologie

Bc. Barbora Špetlíková

Péče o seniory v denním stacionáři

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. Mgr. Radka Dudová Ph.D.

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. května 2018 Barbora Špetlíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svojí vedoucí paní docentce Radce Dudové, která mi v průběhu celé práce pomáhala a poskytla mi mnoho cenných rad. Dále bych ráda poděkovala všem pečovatelkám v denních stacionářích, jež mi ochotně poskytly rozhovory a další informace. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svému muži, rodičům, bratrovi a celé rodině, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Abstrakt

Tato práce se zabývá péčí o seniory v denních stacionářích. Jejím cílem je odpovědět na otázku, jak je v prostředí denních stacionářů pro seniory definována péče z pohledu různých zainteresovaných aktérů; čím je jejich fungování specifické oproti jiným sociálním službám, a jaké případné problémy a překážky se v jejich provozu vyskytují.

Teoretická část přibližuje současnou situaci péče o seniory a pojednává o demografickém vývoji v České republice, mediálním obrazu seniorů, vývojových trendech v oblasti péče, konceptu aktivního stárnutí a zákonu o sociálních službách. Empirická část analyzuje chod dvou denních stacionářů z pohledu zainteresovaných aktérů. Výzkum je realizován kvalitativními metodami – polostrukturovaným rozhovorem, analýzou dokumentů a dotazníkovým šetřením. Výsledkem jsou dvě případové studie a jejich komparace.

Z analýzy dat vyplývá, že denní stacionáře fungují především jako odlehčovací služba pro rodiny, jež se starají o nemohoucího seniora. Výrazným rysem je vymezení se vůči ostatním sociálním službám pro seniory, především pobytovým. I z tohoto důvodu je v nich kladen velký důraz na individuální péči v malém prostředí a na mezigenerační setkávání.

Z analýzy dále vyplývá, že prostředí denních stacionářů je převážně ženské. Ženy převládají jak mezi pečujícími – neformálními i formálními – tak mezi klienty. Chod a program denních stacionářů je ovlivněn konceptem aktivního stárnutí. Díky aktivitám je podle pečovatelek možné klientky a klienty rozvíjet anebo alespoň zpomalit proces stárnutí. Dalším zajímavým momentem péče v denních stacionářích je napětí mezi „profesionalitou“ a „pečující povahou“. Zatímco rodiny klientek a klientů si od péče ve stacionářích slibují především odborný přístup, pečovatelky samy kladou důraz na „vrozené“ dovednosti a schopnosti.

Výzkum odhalil následující: (i) finanční podpora denních stacionářů ze strany státu není dostatečná, (ii) program a aktivity jsou zaměřené převážně na ženy, (iii) v jednom stacionáři chybí prostory pro odpočinek klientů.

Klíčová slova: péče o seniory, denní stacionář, senioři, stárnutí, sociální péče, sociální práce, sociální služby

Abstract

This thesis is focused on the research of adult day care centers. Its aim is to answer the question how the the day care centers define the care from the point of view of different stakeholders; how are the centers specific to other social services and what are the possible problems and obstacles.

Theoretical part describes the current situation of elderly care and deals with topics such as the demographic development of the Czech Republic, the media image of the elderly, new trends in the area of care, active aging, social services etc. Empirical research deals with two day care centers from the points of view of different stakeholders. The research, which results in two case studies and their comparisons, is carried out using qualitative methods – semi-structured interviews, analysis of documents and survey.

Data analysis shows that the main function of day care centers is „relief service“ for families who provide care to the frail seniors. The distinctive feature of day care centers is emphasizing differnces with other social services for elderly, especially the residential ones. This is why the great emphasis is placed on individual care in a small environment and on intergenerational encounters.

The analysis also shows the day care centers as a female environment. Women prevail among caregivers – both informal and formal – and also among clients. The active aging influences the program of day care centers. According to caregivers clients can be developed by activities or at least their aging proces can be slown down. Another interesting moment of care in day care centers is the tension between "professionalism" and "caring nature". While families of clients expect primarily a professional attitude in day care centers, formal caregivers themselves emphasize "inborn" skills and abilities.

The research highlights: (i) financial support of day care centers provided by the state is not sufficient, (ii) the program and activities are focused on women, (iii) a bedroom, i.e. a place to relax, is missing in one of the day care centers.

Key words: Elder care, aging care, adult daycare center, seniors, ageing, social care, social work, social services

Obsah

ÚVOD 8
Kapitola 1: Stárnutí a péče o seniory 10
1.1. Demografický vývoj české populace 11
1.1.1. Vývoj počtu obyvatel a věkového složení 12
1.2. Mediální obraz stáří a péče o seniory 15
1.2.1. Senioři v médiích 16
1.2.2. Rámování péče o seniory v mediálním a politickém diskurzu 18
1.2.3. Aktivní stárnutí 21
1.3. Péče o seniory 27
1.3.1. Co je to péče? 28
1.3.2. Senioři a jejich potřeby 30
1.3.3. Kdo nejčastěji pečuje? 34
1.3.4. Kritické momenty péče o seniory v domácím prostředí 37
1.4. Sociální služby pro seniory 40
1.4.1. Sociální služby v ČR 41
1.4.2. Vývoj sociálních služeb v ČR 42
1.4.3. Deinstitucionalizace a příspěvek na péči 43
1.4.4. Denní stacionáře 46
Kapitola 2: Metodologie a výzkum stacionářů 48
2.1. Cíl práce, výzkumné otázky a metoda 49
2.2. Případ X: Centrum setkávání tří generací 55
2.2.1. Prostředí, program a aktivity 56
2.2.2. Kdo pečuje 63
2.2.3. Klienti a jejich rodiny 68
2.3. Případ Y: Denní stacionář 77
2.3.1. Prostředí, program a aktivity 78
2.3.2. Kdo pečuje 83
2.2.3. Klienti a jejich rodiny 90

2.4. Komparace 98
2.4.1. Podobnosti 98
2.4.2. Rozdílnosti 101
ZÁVĚR 104
BIBLIOGRAFIE 107
PŘÍLOHY 113
Příloha 1: Přehled DS pro seniory 113
Příloha 2: Scénář rozhovorů s pečovatelkami denních stacionářů 117
Příloha 3: Scénář rozhovorů s rodinnými příslušníky klientů denních stacionářů 118
Příloha 4: Dotazník 119

ÚVOD

Každý se během svého života ocitne v roli pečovatele, nebo toho, o něhož je třeba pečovat. Vzhledem k tomu, že ještě několik měsíců po narození je člověk absolutně bezbranný, jedná se o první období v jeho životě, kdy se setkává s péčí. Těší-li se během následujících desetiletí dobrému zdraví, může se stát objektem intenzivní péče až na sklonku svého života. Díky demografickému vývoji a prognózám je právě péče o seniory čím dál častěji skloňovaným tématem poslední doby.

Tématem mé diplomové práce je péče o seniory v denním stacionáři. Jelikož se jedná o poměrně novou a inovativní sociální službu, neexistuje dle mého nejlepšího vědomí žádný český odborný zdroj, který by se tímto druhem péče podrobněji zabýval. Tato práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část přibližuje čtenáři současnou situaci péče o seniory v kontextu demografického vývoje České republiky, mediálního obrazu seniorů, vývojových trendů v oblasti péče, konceptu aktivního stárnutí, zákona o sociálních službách atd. Informace jsou čerpány z české i zahraniční literatury a z výzkumů zabývajících se problematikou péče o seniory a jejich potřeb.

Empirická část diplomové práce analyzuje chod dvou denních stacionářů z pohledu zainteresovaných aktérů. Hlavní výzkumná otázka je určena takto: Jak je v prostředí denního stacionáře pro seniory definována péče o seniory z pohledu různých zainteresovaných aktérů? Hlavní výzkumná otázka je rozpracována do rozvíjejících výzkumných otázek, které se zabývají přínosy a problémy péče o seniory v denním stacionáři – poptávkou, financováním, klientelou a pečujícími.

Výzkum je realizován za použití kvalitativních metod. Kvalitativní strategie umožňuje odhalit subjektivní významy zkušeností informátorů, které se zkoumaným tématem souvisí. Význam kvalitativních metod výzkumu obecně

spočívá zejména v tom, že poskytují bohatší informace o sociálním životě skupiny či jednotlivců. Nabízejí pohled na životní situace sledované skupiny a jednotlivců zevnitř, a umožňují tím lepší porozumění jejich chování (Giddens, 1999). Výsledkem tohoto výzkumu jsou dvě případové studie a jejich následná komparace.

Relevantnost mnou zvoleného tématu vyplývá z očekávaného trendu demografického vývoje, který předpokládá, že ve společnosti rapidně stoupne počet obyvatel ve věku 60 let a více a získají tak početní převahu nad věkovou kategorií osob do 15 let. Vzhledem k tomu, že v poslední době je preferována individuální péče o seniory, je mnoho pečovatelů, zejména pak pečovatelek, z řad rodinných příslušníků postaveno do pozice, kdy se musí rozhodnout mezi péčí o seniora a zaměstnáním (Jeřábek et al., 2005). Péče o seniora v rodině je časově, finančně i psychicky náročná. Proto je pravděpodobné, že stoupne poptávka po terénních a ambulantních formách péče, mj. po denních stacionářích, které umožňují seniorům zůstat co nejdéle v přirozeném sociálním prostředí. Tento předpoklad podporuje i výzkum Jany Huňové (2013), jež realizovala rozhovory s deseti neformálními pečovateli, kteří se starají o závislé seniory. Z jejího výzkumu vyplývá, že nejvíce požadovanou formou podpory je možnost využívat denního stacionáře jako ambulantní formy odlehčovacích služeb.

Kapitola 1: Stárnutí a péče o seniory

V posledních letech slyšíme ze všech stran, že česká společnost (stejně jako všechny rozvinuté západní společnosti) stárne. Důvodem je to, že došlo k dlouhodobému a výraznému poklesu porodnosti a díky sociálnímu rozvoji, lepším životním podmínkám, lepším pracovním podmínkám, pokrokům v medicíně a kvalitní stravě, čím dál méně lidé umírá předčasně v dětství či během pracovního života. Lidé se tak dožívají vyššího věku než v minulosti.

Na základě zkoumání demografického vývoje v posledních letech byla zaznamenána jistá korelace mezi potřebou péče o děti a potřebou péče o seniory (Huňová, 2013). Zatímco poptávka po zařízení péče o děti v důsledku snižující se porodnosti klesá, poptávka a potřeba služeb a zařízení, které poskytují péči seniorům, stoupá. Samotný institut péče o seniory má mnoho podob. Zahrnuje jak institucionální formu poskytování péče, tak i péči poskytovanou neformálními pečovateli.

Jednou z možností péče o nemohoucí seniory jsou také denní stacionáře, na které se tato práce primárně zaměřuje. Jelikož patří denní stacionáře v České republice mezi inovativní formy péče, je nutné nejprve vysvětlit, v jakém prostředí vznikají a fungují, a jaká je jejich pozice v současném systému péče. K tomuto slouží následující kapitola, která nastiňuje dnešní situaci péče o seniory v širším kontextu, jenž zahrnuje například předpokládaný demografický vývoj České republiky, mediální obraz seniorů, debaty ohledně péče, zákon o sociálních službách atd. Všechny tyto aspekty mají vliv na to, jak vypadá péče o seniory, ale také na to, jak se bude v následujících letech dále vyvíjet a jaké místo v ní budou zastávat denní stacionáře pro seniory.

Současnou situaci jsem se pokusila popsat na následující stránkách. Jako zdroj informací mi sloužila hlavně česká ale i zahraniční literatura a výzkumy, které se zabývají problematikou potřeb a péče o seniory.

1.1. Demografický vývoj české populace

Stárnutí populace bylo v České republice tématem demografických, sociologických i ekonomických studií již od 50. let 20. století, avšak zvláštní pozornosti se mu dostalo až v posledních letech (Dudová, 2015). V 90. letech 20. století totiž nastal radikální zlom v demografickém vývoji české populace (Volfšicová, 2008). V souvislosti s novou fází ve vývoji se hovoří o druhé demografické tranzici, jinak také o demografickém zlomu či přechodu (více například Rychtaříková 2002). Česká republika přešla od extenzivního populačního režimu k intenzivnímu demografickému vzorci chování moderních demokratických společností, jehož příčinou byla hlavně změna životního stylu (preference osobního rozvoje, snaha po dosažení osobního úspěchu, odkládání založení rodiny atd.). Tato změna měla za následek radikální pokles intenzity plodnosti až pod hranici prosté reprodukce.

Demografické složení obyvatel České republiky je převážně odrazem demografické reprodukce čili obnovy populací v důsledku rození (natality) a umírání (mortality), tzn. přirozeným pohybem obyvatelstva (Volfšicová, 2008). Prostorová mobilita a migrace hraje v demografickém vývoji České republiky jen velmi malou roli. Když se tedy zaměříme na dostupná data, vidíme, že na začátku 21. století dosahovala úroveň plodnosti v ČR i ve všech jejích krajích historického minima a naopak naděje dožití[1] výrazně rostla. Tento fakt s sebou přináší otázku: Jak se bude česká populace vyvíjet v budoucnosti?

[1] Naděje dožití, neboli střední délka života, je statistický údaj, který udává průměrný počet let, který má před sebou jedinec v určitém věku, pokud by zůstaly zachovány úmrtností poměry, které jsou ve sledovaném období. Vzhledem k odlišné úmrtnosti mužů a žen se konstruuje pro obě pohlaví (ČSÚ).

1.1.1. Vývoj počtu obyvatel a věkového složení

Pokud chceme vyjádřit délku života, většinou používáme pojem průměrná délka života[2]. Když se podíváme, jak se průměrná délka života vyvíjela v průběhu staletí, uvidíme, že ve starém Řecku a Římě se lidé zpravidla dožívali 25 let, stejně tak jako lidé v Evropě v 16. století (Menšíková, 2014). Teprve v roce 1725 bylo dosáhnuto hranice 30 let a ještě v 19. století se průměrná délka života pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 činila 50 let a postupně se zvyšovala až do dnešní doby. Do konce první poloviny tohoto století se podle nejnovější *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050* (zpracovanou ČSÚ v roce 2013) průměrný věk obyvatel zvýší ve všech krajích na 47,5 let, vzroste tedy o 7,5 let oproti současnému věku.

Vývoj úmrtnosti má v ČR dlouhodobě velice příznivý trend (Uhlík, 2013). Do roku 2050 se celkově předpokládá zvýšení naděje dožití mužů o 8,1 let a žen o 7,2 let (viz tabulka č. 1). Relativně vyšší pokles úmrtnosti u mužů povede ke snížení tzv. nadúmrtnosti mužů ze současných 5,9 let na 5,0 let. Rozdíly mezi ženskou a mužskou úmrtností se tedy budou vyrovnávat.

Zajímavý údaj nám poskytuje také veličina střední délka života, která ukazuje, kolika let se s vysokou pravděpodobností dožije právě narozené zdravé dítě (Haškovcová, 2010). Na začátku 21. století byla očekávaná doba života v ČR pro muže 74,2 a pro ženy 80,3 let. Odhaduje se, že v roce 2065 stoupne střední délka života u mužů na 86,5 a u žen dokonce na 91 let.

Z dlouhodobého pohledu se bude, navzdory očekávané rostoucí naději dožití při narození, počet zemřelých zvyšovat a projeví se tak zrychlené stárnutí obyvatel ČR. Počet zemřelých převýší počet živě narozených nejpozději roku 2020 a stav každoročního přirozeného úbytku obyvatel se obecně po celý zbytek první poloviny tohoto století nezmění. Naplní-li se předpoklady budoucího vývoje plodnosti, úmrtnosti a migrace, pak růst počtu obyvatel bude ve většině krajů vystřídán populačním úbytkem.

---

[2] Ten spočítáme tak, že sečteme roky, které dohromady prožili příslušníci dané generace a vydělíme jejich počtem (pozn. autorky).

Tabulka č. 1: Základní parametry, kraje ČR

	Úhrnná plodnost			Naděje dožití mužů			Naděje dožití žen		
	2012*	2030	2050	2011/12*	2030	2050	2011/12*	2030	2050
Hlavní město Praha	1,38	1,44	1,52	77,0	81,4	84,6	81,8	86,1	88,9
Středočeský kraj	1,54	1,59	1,65	74,9	79,9	83,3	80,6	85,2	88,0
Jihočeský kraj	1,51	1,52	1,58	75,1	79,9	83,2	81,0	85,2	88,0
Plzeňský kraj	1,45	1,47	1,53	75,2	79,8	83,2	80,8	84,9	87,8
Karlovarský kraj	1,37	1,43	1,47	74,0	78,2	81,9	79,7	84,0	87,0
Ústecký kraj	1,46	1,49	1,54	73,0	77,8	81,5	79,0	83,4	86,5
Liberecký kraj	1,49	1,55	1,61	75,3	79,6	83,1	80,8	85,2	88,1
Královéhradecký kraj	1,46	1,51	1,57	75,6	80,4	83,7	81,5	85,7	88,5
Pardubický kraj	1,51	1,53	1,59	74,9	79,5	83,1	80,7	84,9	87,7
Kraj Vysočina	1,47	1,49	1,55	75,6	80,3	83,7	81,2	85,6	88,4
Jihomoravský kraj	1,45	1,52	1,59	75,2	79,9	83,3	81,7	85,9	88,6
Olomoucký kraj	1,41	1,48	1,54	74,3	79,2	82,7	81,0	85,1	87,9
Zlínský kraj	1,35	1,42	1,48	74,4	78,9	82,4	81,4	85,4	88,2
Moravskoslezský kraj	1,41	1,46	1,51	73,3	77,9	81,6	79,7	84,3	87,2
ČR*	**1,45**	**1,50**	**1,56**	**74,8**	**79,5**	**83,0**	**80,8**	**85,1**	**88,0**

*reálná data
Zdroj: ČSÚ

Věkové složení obyvatelstva jednotlivých krajů ČR, co se týče zastoupení hlavních věkových skupin, se v současné době neliší (ČSÚ, 2013). Osoby v produktivním věku 15–64 let tvoří zhruba 68 % populace, senioři ve věku 65 let a více tvoří 17 % populace a děti do 15 let tvoří 15 % obyvatelstva (viz tabulka č. 2). V roce 2050 bude však počet dětí do 15 let věku klesat, stejně tak jako počet lidí v produktivním věku. Naopak ale ve všech krajích rapidně vzroste počet i podíl osob ve věku 65 a více let, a to minimálně o polovinu. V roce 2050 se tudíž podíl dětí ve společnosti bude pohybovat kolem 13 %, podíl produktivní složky kolem 58 % a podíl seniorů kolem 29 %.

Růst bude také index ekonomického zatížení[3], který porovnává počet seniorů a dětí s počtem osob v ekonomicky aktivním věku. Index bude

[3] Index ekonomického zatížení vypovídá o poměru počtu seniorů (65 let a více) a dětí (0-18 let) k počtu obyvatel v ekonomicky aktivním věku (19-64 let), respektive kolik dětí a seniorů připadá na 100 osob v ekonomicky aktivním věku (ČSÚ).

směrovat k úrovni početního vyrovnání těchto dvou složek populace. Na konci roku 2050 se očekává v rozmezí 95–103 v jednotlivých krajích.

Když se podíváme podrobněji na věkovou skupinu 65 let a více a rozdělíme ji na 3 věkové kategorie (65–74 let, 75–84 let a 85 let a více), nejvýrazněji poroste počet nejstarších osob (Uhlík, 2013). Skupina lidí ve věku 85 let a více bude na konci prognózy zhruba šestkrát větší než v roce 2012. Růst počtu obyvatel v tomto vysokém věku má pro společnost mnoho důležitých důsledků, jelikož již mají většinou horší zdravotní stav a vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší osoby v důchodovém věku.

Tabulka č. 2: Zastoupení hlavních věkových skupin, kraje ČR (v %)

	0-14 let			15-64 let			65 a více let		
	2013*	2031	2051	2013*	2031	2051	2013*	2031	2051
Hlavní město Praha	13,7	14,0	14,5	68,7	65,4	61,5	17,6	20,6	24,0
Středočeský kraj	16,2	14,7	14,8	68,0	63,5	56,1	15,8	21,8	29,2
Jihočeský kraj	14,9	13,2	13,1	68,2	61,6	54,6	16,9	25,2	32,3
Plzeňský kraj	14,5	13,0	13,2	68,2	62,4	55,5	17,3	24,6	31,3
Karlovarský kraj	14,8	11,9	11,8	69,2	62,6	55,4	16,0	25,5	32,8
Ústecký kraj	15,5	12,8	12,5	68,8	63,3	55,8	15,7	23,9	31,8
Liberecký kraj	15,4	13,5	13,6	68,3	62,5	55,6	16,2	24,0	30,8
Královéhradecký kraj	14,8	12,9	13,0	67,4	61,4	54,6	17,8	25,6	32,4
Pardubický kraj	15,0	13,3	13,2	68,0	62,4	55,4	17,0	24,3	31,3
Kraj Vysočina	14,8	12,7	12,3	68,1	61,4	53,6	17,2	25,8	34,1
Jihomoravský kraj	14,6	13,2	13,1	68,2	62,7	55,5	17,3	24,1	31,3
Olomoucký kraj	14,7	12,6	12,5	68,3	62,2	54,6	17,1	25,2	32,9
Zlínský kraj	14,3	12,2	11,9	68,3	61,8	53,7	17,3	26,0	34,4
Moravskoslezský kraj	14,6	12,5	12,1	69,0	62,3	54,8	16,4	25,2	33,1

*reálná data
Zdroj: ČSÚ

1.2. Mediální obraz stáří a péče o seniory

Z prognózy ČSÚ (2013) je patrné, že senioři budou mít postupně v české společnosti čím dál větší zastoupení. Navíc v následujících letech bude výrazně přibývat osob ve věkové skupině 85 let a více, kteří častěji potřebují pomoc a péči (Uhlík, 2013). Budoucnost sociální péče o stále početnější skupinu seniorů, předpoklad rostoucích nákladů na důchody a na zdravotní péči, ale také postavení seniorů ve společnosti jsou klíčovými tématy, kterými je nutné se zabývat.

V industriální společnosti jsou masová média jakýmsi všudypřítomným velkoobchodem se sociálními rolemi (Gerbner et al., 1980). Média prezentují stabilní, opakující se a přesvědčivý systém obrazů a sdělení. Většina příběhů a sdělení již není vyprávěna rodiči a školou, ale právě médii. Jazyk, obrazy a reprezentace, které média využívají, nejsou pouhými reprodukcemi sociálního světa, ale sociální svět je jimi také konstruován. Tím, že různé společenské fenomény pojmenováváme, jim dáváme smysl a význam. Média jsou také prostředkem, který podněcuje a rozvíjí diskuzi o společensky relevantních tématech, mezi něž patří i téma seniorů a péče o ně. „Lidé, kteří tyto články čtou, mohou tyto ‘pravdy‘ přijímat, nebo odmítat, ale s velkou pravděpodobností jsou jimi ovlivněni ve svém uvažování o péči o staré lidi a ve svém politickém rozhodování“ (Dudová, 2015: 38). Politici prostřednictvím médií prezentují své postoje a usilují o získání podpory. Do veřejných debat ale vstupují i další aktéři, jako například neziskové organizace, odborníci v oblasti sociální práce, sociologové atd. Celkově pak mediální diskurz vytváří prostor, ve kterém dochází k výměně, sdílení a přijímání informací a k utváření „správné“ představy.

Článků, které by se zabývaly samostatnými denními stacionáři pro seniory, v médiích mnoho nenalezneme, jelikož se jedná o poměrně nové a úzké téma. Na následujících stránkách se proto zaměřím na to, jak jsou v českých médiích a politickém diskurzu prezentována témata stárnutí a péče o seniory. Tato

témata mohou mít velký vliv na utváření systému péče o seniory a na vyrovnávání se s vlastním stárnutím. V praktické části své práce se poté zaměřím na to, jak mediální diskurz ovlivňuje chod denních stacionářů, a s jakými koncepty pracují.

1.2.1. Senioři v médiích

Tématem zobrazování seniorů ve společnosti se zabývá obsahová analýza *Prezentace seniorů a seniorek v médiích* (Sokačová et al., 2005). Kolektiv autorů podrobil tematické články, pořady a programová schémata kvalitativní analýze, která se zaměřovala na to, jak média informují o seniorech a tématech, jež jsou nimi spojená. Podle autorů této studie „bývá stáří často spojováno s celkovou stagnací a regresí lidského života“ (Sokačová et al., 2005). Většina článků na téma stáří má negativní charakter, senioři jsou prezentováni jako sociálně a fyzicky slabí a zdůrazňuje se zatěžující vliv na státní rozpočet.

Na tento výzkum navázala Kateřina Kňapová, která provedla v roce 2015 mediální analýzu stárnutí, z níž vyplývá, že toto téma zrovna „neplní první stránky novin každý den“ (2015: 4). Ve sledovaném vzorku identifikovala dva směry úvah, které však pracují s obdobnou stereotypní představou stáří jako období spojeného s úbytkem sil a vedoucí ke smrti.

První směr vychází z této stereotypní představy a staví na strachu ze stáří, které pro lidi představuje hrozbu. Stárnutí je sice nevyhnutelné, nicméně je velice žádoucí jej alespoň zpomalit, a tím co nejvíce oddálit. Objevuje se zde tzv. demografická panika, která se vyznačuje používáním specifických výrazů, například „armáda důchodců“, „zmírnění dopadů rychlého vymírání“, „nejzávažnější demografický problém“ atd. Ze stáří se tedy stává pasivní objekt, který má především negativní finanční dopady na naši společnost, a také nechtěná patologie, již je třeba oddálit a vyléčit.

Demografická panika ve veřejném (mediálním) diskurzu je charakteristická zejména přehnaným zveličováním závažnosti daného faktu či události, proroctvím o katastrofě, melodramatickým slovníkem a senzačními titulky

(Vidovićová, 2008). „Tato panika obecně pramení z předpokladu, že blahobyt národa, ať už je vyjádřený a měřený pokrokem, technologiemi, kulturou či bohatstvím, je přímo závislý na věkovém složení populace“ (Bytheway, 1995: 53). Je tak vytvářen dojem nevyhnutelného zbrzdění či přímo zastavení ekonomického a sociálního vývoje, a tak zchudnutí všech společností pouze na základě jejich populačního stárnutí.

Druhý směr, který Kňapová (2015) při své analýze médií vysledovala, vychází taktéž ze stereotypních představ, ale pomocí pozitivních příkladů se je snaží rozbořit. Nejčastěji se v těchto článcích vyskytuje výraz „aktivní stáří“. I když se tento směr snaží poukázat na to, že stárnutí nemusí být negativní, implicitně rámuje pozitivní příklady jako výjimky, které svůj věk vlastně popírají.

Stáří je ve společnosti vnímáno negativně, i přestože všichni musíme počítat s tím, že jednou zestárneme. Ubývání sil, zhoršování zdravotního stavu, postupná ztráta schopností a potřeba péče jsou nedílnou součástí lidského života (Dudová, 2015). Současná společnost si však cení především autonomie, nezávislosti a zodpovědnosti sám za sebe. Negativní představy o stárnutí a stáří jsou spojené ageismem, což je „ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci“ (Vidovićová, 2008: 6).

I když stáří a stárnutí dostává čím dál větší prostor ve studiích, jež se zabývají například trhem práce nebo ekonomickou situací lidí v předdůchodovém a důchodovém věku, veřejný a mediální obraz je zpracován poměrně málo (Kňapová, 2015). Téma stáří a stárnutí je tak odsouváno a zneviditelňováno a to i přesto, že senioři budou mít v populaci stále větší zastoupení.

1.2.2. Rámování péče o seniory v mediálním a politickém diskurzu

Téma stáří a stárnutí je v médiích většinou spojováno s negativními jevy (Kňapová, 2015). V posledních letech se však kvůli demografickému vývoji a rozšířené informaci o stárnutí populace začíná řešit také téma péče o seniory. Radka Dudová (2015) provedla výzkum, ve kterém analyzovala jednak články publikované v médiích, ale také programy politických stran a klíčové vládní dokumenty, jež se týkají sociální péče.

Z výzkumu vyplývá, že hlavní diskurzivní rámec, který se nejčastěji objevuje v mediálních článcích, ale také ve vyjádřeních vládních představitelů, je rámec „v první řadě má zodpovědnost rodina“ (Dudová, 2015: 60). Rodina je zodpovědná za péči o seniory a veřejné služby péče mají nastoupit až v okamžiku, kdy rodina ve své funkci selže. Problémem však je, že nikde není přesně specifikováno, kdo či co rodina vlastně je, a jak by tuto zodpovědnost měla nést.

V článcích se také zdůrazňuje, že rodina v roli pečovatele o seniora často selhává, a to hlavně protože dochází k rozpadu „rodinné solidarity“, který je způsoben vysokou rozvodovostí, malým počtem dětí v rodinách, ale i ekonomickým nedostatkem. To vše vede k nedostatku míst v domovech důchodců, kdy poptávka mnohonásobně převažuje nabídku.

Na druhou stranu se v médiích objevovaly i články, které se snažily naopak poukázat na překážky, jež rodinám v péči o seniory doma brání. Autoři upozorňovali na náročnost péče, která je pro rodiny dlouhodobě neúnosná. Pečujícími osobami jsou totiž zpravidla ženy, které se často starají o děti či vnoučata, a navíc jsou ve většině případů ještě ekonomicky aktivní. Péče o seniora doma je náročná jak fyzicky, psychicky tak i ekonomicky, a ženám hrozí úplné vyčerpání a vyhoření, pokud se s nimi o péči nikdo jiný nedělí. Tento diskurzivní rámec je v protikladu k dominantnímu rámci, podle nějž má zodpovědnost za péči nést především rodina a až při jejím selhání má roli

převzít stát. Ačkoliv je tento rámec používán velice sporadicky, poukazuje na situaci, kterou se snaží řešit denní stacionáře, jež nabízí rodinám jakousi alternativu, kdy nemohoucí senior zůstává částečně v domácí péči a částečně v péči ambulantní. To umožňuje rodině „odlehčit“ a ženám případně také zůstat ekonomicky aktivní.

Druhý rámec, který se v médiích často objevuje, lze nazvat „domácí péče je vždy lepší“ (Dudová, 2015: 68). Možnost péče v domácím prostředí je považována za pozitivní, žádoucí, kvalitnější, starými lidmi preferovaná a ve všech ohledech nejlepší. Podle článků je třeba podpořit péči doma, a to například podporou terénních formálních služeb v domácnosti. Důraz na péči v domácím prostředí však znamená to stejné, tedy přenesení zodpovědnosti na rodinu, která musí buď alespoň v roli organizátora zajistit služby péče, ale častěji vzhledem k nedostačující nabídce terénních služeb i poskytnout převážnou část péče o seniora. Podle výzkumu Hynka Jeřábka a kolektivu totiž pouze pětina rodin, které pečují o seniora alespoň 12 hodin týdně, kombinuje neformální péči s profesionální sociální nebo zdravotnickou péčí (Jeřábek et al., 2013: 154).

Oba nejčastěji používané diskurzivní rámce, které se objevují v médiích, mohou negativně ovlivňovat pozici denních stacionářů na poli péče o seniory. Ačkoliv se nejedná výhradně o pobytovou péči, kterou poskytují například domovy pro seniory, nezůstávají staří lidé výhradně v domácím prostředí, ale péče o ně je rozdělena mezi rodinu a instituci (denní stacionář). Pokud je domácí péče o seniory v rodině mediálně prezentována jako ta nejlepší, pak díky tomu ambulantní péče, která je poskytována v denních stacionářích, nemusí v lidech vzbuzovat důvěru nebo pocit kvalitní služby. Na tento problém se následně zaměřuji v praktické části své práce.

V politických programech a vládních dokumentech[4] týkajících se péče o seniory jsou taktéž využívány hlavně dva výše popsané rámce (Dudová,

[4] Mezi klíčové vládní dokumenty, které se věnují stárnutí, patří zejména Národní programy přípravy na stárnutí pro období 2003-2007 a 2008-2012, Národní akční plán podporující pozitivní

2015). Dominantní je především rámec „domácí péče je vždy lepší“. Přičemž je patrné, že péče v domácím prostředí slouží v politických programech a vládních dokumentech jako zástupné označení pro péči rodinných příslušníků, jelikož terénní služby nejsou v České republice dostatečně rozvinuté. Zajímavé je, že v období před rokem 2000 téma péče o seniory v politických programech většinou zcela chybělo a až poté se začalo objevovat napříč všemi politickými směry a stranami. Programy všech politických stran jednoznačně kladly důraz na setrvání seniorů v „přirozeném prostředí“, na primární zodpovědnost rodiny a na podporu péče v rodině. Politické programy obecně postupem času věnovaly tématu péče o seniory stále větší pozornost, až se v roce 2013 stalo jedním z klíčových témat. Z toho je patrné, že politické strany zareagovaly na proměnu demografické struktury voličů a jejich zájmů.

Stejně jako v mediálním, tak i v politickém diskurzu převládá názor, že nejlepší péče o seniory je ta rodinná. Tento fakt může mít za následek nižší ochotu ze strany politiků financovat a zřizovat sociální služby, jako jsou například denní stacionáře.

Podle Radky Dudové probíhaly debaty týkající se péče o seniory ve třech formách (2015). Zaprvé ve formě mediální produkce, druhou podobou jsou politické programy a třetí podobou jsou klíčové vládní dokumenty. Debaty využívaly nezávisle na formě dva hlavní diskurzivní rámce, a to „v první řadě za péči je zodpovědná rodina“ a „péče v domácím prostředí je nejlepší možná“. Tyto dva rámce se vzájemně doplňovaly a posilovaly a navíc určují tón debaty i v současnosti. Ve společnosti se mluví o pozitivní úloze rodiny a domácího prostředí oproti možnému důrazu na podporu veřejných formálních služeb, které by nabízely profesionalitu a komunitní charakter společného bydlení či setkávání seniorů.

Z výše uvedených příkladů je patrné, že ve společenském diskurzu panuje demografická panika, která je podle některých autorů vyvolávána shora.

stárnutí 2013-2017, dále je k nim možné zařadit Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 a předcházející národní plány týkající se problematiky zdravotního postižení (pozn. autorky).

„Pokud bychom chtěli (například) shrnout základní argument v procesu demografické paniky tak, jak vyplývá z kritického pohledu Bythewaye (1995) a Mullana (2002), zněl by asi následovně: Sociální, ekonomické i politické struktury procházejí v pozdní modernitě řadou systémových změn“ (Vidovićová, 2008: 29). Jejich průvodním jevem je snaha státu, který je dosud garantem sociálních jistot, snížit rostoucí výdaje na sociální systém. V důsledku toho dochází ke zdůraznění individuální a komunitní zodpovědnosti. Stárnutí se tak stává „obětním beránkem“ procesu racionalizace státních výdajů. Stáří je představeno jako vysoce nákladná sociálně-ekonomická položka, aby bylo možné tuto pozici státu legitimizovat před veřejností. S využitím médií je tento jev prezentován jako apriorní a jedinečná hrozba pro veřejné rozpočty. Jako řešení nejsou nabídnuty aplikace ekonomických zásad dobré správy, ale individualizace rizik, která v jedinci vyvolává stres a pocit zátěže, který poté jedinec přenáší zpět na stát, od kterého očekává úlevu. „Roztáčí se tak spirála nezamýšlených důsledků, jejichž čisté náklady lze jen stěží odhadnout“ (Vidovićová, 2008: 30).

Z analýz mediálního diskurzu, které byly dosud provedeny, je vidět, že se sice postupem času o tématu stárnutí a péče o seniory začíná v české společnosti více mluvit, zatím se však nepodařilo odstranit negativní postoj a pohled na stáří.

1.2.3. Aktivní stárnutí

Rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob[5]. Hlavním cílem Evropského roku 2012 je vytvořit kulturu aktivního stárnutí založené na společnosti, která je vstřícná pro všechny věkové skupiny (Evropský rok, 2015). Konkrétně má být tohoto cíle dosaženo například skrze

[5] Více informací o EY 2012 lze nalézt na stránkách: http://ec.europa.eu/archives/ey2012/ (pozn. autorky).

zvyšování obecného povědomí o významu aktivního stárnutí a skrze informační, propagační a vzdělávací kampaně využívající multimédia.

Termín „aktivní stáří“ v devadesátých letech přijala Světová zdravotnická organizace s cílem nabídnout pozitivní vizi stárnutí založenou na udržení autonomie a nezávislosti ve stáří. Koncept aktivního stárnutí je definován jako „proces, který maximálně rozvíjí příležitosti pro zdraví, participaci a ochranu seniorů, a tím zvyšuje kvalitu života v období stáří člověka“ (World Health Organization, 2002: 12). Evropská komise aktivní stárnutí popisuje jako „přijmutí zdravého životního stylu, déle pracovat, odcházet do důchodu později a být aktivní i po odchodu“ (The European Commission, 1999). Prosazování aktivního stárnutí je prosazování možností na lepší život. Na podobné pojetí aktivního stárnutí odkazuje i Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, který představuje nejdůležitější strategický dokument české vlády vztahující se k otázkám stárnutí populace (Kvalita života ve stáří, 2008). Tento dokument definuje aktivní stárnutí jako svou hlavní prioritu.

Ačkoliv v dnešní době koncept aktivního stárnutí nabývá různých významů, všechny odkazují k představám aktivity a nezávislosti a poskytují normativní rámec pro vnímání jednotlivých životních stylů ve stáří (Hasmanová Marhánková, 2010). Aktivita se stává klíčovým rámcem k uchopení stárnutí, který jasně vymezuje aktivitu ve stáří jako univerzální žádoucí stav. Klíčovým motivem je snaha zpochybnit mýtus neproduktivního stáří. Všechny významy konceptu aktivního stárnutí pracují s představou jednotlivců, kteří aktivně ovlivňují své stárnutí takovým způsobem, aby byli nezávislí na ostatních a na sociálním systému, což má za následek redefinici původní představy stáří jako období závislosti na obraz stárnutí jako příležitosti, která odkazuje na potenciál seniorů a vytváří nové pozitivní reprezentace.

Boj proti ageismu se stal jedním z hlavních témat gerontologie a sféry sociální práce a často tvoří výchozí bod pro zkoumání stárnutí obecně. „Rostoucí zájem o mechanismy stereotypizace stáří se zároveň odehrávají

v době demografických trendů, které zviditelňují seniorskou populaci“ (Hasmanová Marhánková, 2010: 214). Šíření tzv. demografické paniky, která prezentuje stárnutí populace jako hrozbu pro fungování společnosti, se výrazně podepsalo na vnímání seniorů (Vidovićová, 2008). Česká společnost přeceňuje význam stárnutí a hodnotí ho jako negativní. Seniorská populace tak na jednu stranu získává stále více pozornosti a stává se výraznější částí společnosti, na druhou stranu je ale její pozice oslabována negativním obrazem stáří.

Rostoucí počet seniorů vyvolává snahu využít jejich potenciál, který byl do této doby ignorován (Hasmanová Marhánková, 2010). Zatímco demografická panika reaguje na stárnutí populace jako na hrozbu, koncept aktivního stárnutí zobrazuje stáří jako příležitost pro redefinování jeho významů a posunuje ho do roviny osobní odpovědnosti. Stárnutí se stává individuální životní cestou, na kterou je potřeba se připravit jednak finančně, ale také svým zdravým a aktivním životním stylem (Neilson, 2006). Důraz na reformu penzijních systémů a privatizace sociálních služeb tak vytváří na jednotlivce tlak, aby převzal odpovědnost za kvalitu svého života ve stáří.

Obraz aktivního stáří se odráží nejen v gerontologickém a politickém diskurzu, ale také v přístupu profesionálů k péči o seniory a v konkrétním smýšlení samotných seniorů. Jaroslava Hasmanová Marhánková se ve svém výzkumu nazvaném *Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory* (2010) zaměřila na instituce, které si kladou za cíl nabídnout aktivní trávení volného času seniorům. Autorka zjistila, že ačkoliv se centra prezentují jako otevřená pro všechny seniory, klienti představují poměrně homogenní skupinu. Jedná se totiž především o lidi se středoškolským až vysokoškolským vzděláním. Z výzkumu dále vyplývá, že zaměstnanci těchto center, ale i samotní klienti, kromě představy aktivního stáří jako dobrého, navíc explicitně rozlišují mezi klienty centra a ostatními seniory. „Možnost participovat na aktivitách centra vydělovala klienty v očích zaměstnanců z jinak homogenní masy seniorů“ (Hasmanová Marhánková, 2010: 224). K ostatním seniorům (například k těm, kteří navštěvují denní stacionář, jenž je

součástí jednoho z center) se zaměstnanci stavěli spíše ambivalentně či pejorativně. Kategorizace „my aktivní senioři“ a „oni jiní senioři“ implicitně hierarchizovaly životní styly ve stáří a zvyšovaly společenský status klientů i center, která jim tyto životní styly pomáhají zprostředkovat. Tyto kategorizace jsou často používány k prosazování sociálních hranic. Výlučnost byla konstruována skrze životní styl, který byl označován jako výsledek individuální volby. Ve skutečnosti je však determinován sociální pozicí jednotlivců a jejich zdravotním stavem.

Aktivní stáří je považované za dobré, tedy za nejvhodnější způsob stárnutí. Aktivita se v současné době stává univerzálním „dobrem“, což je podporováno řadou gerontologických studií, které mapují pozitiva aktivního stylu ve stáří (Katz, 2000). Na druhou stranu tyto pozitivní obrazy stáří často splývají s obrazy produktivního věku a veškerá specifika stáří jsou přehlížena (Andrews, 1999). Změny, které jsou spojeny s přirozeným procesem stárnutí, jako například zhoršení zdravotního stavu, snížení pohyblivosti a aktivity, jsou často ignorovány (Higgs, Jones, 2009). Nezamýšleným důsledkem současného důrazu na aktivní stárnutí je distinkce mezi aktivními „mladými seniory“ a opravdu „starými seniory“, již jsou vystaveni novým formám ageismu. Mezi seniory tak vzniká nový druh nerovnosti. „Přítomnost aktivity jako centrálního prvku nutně vznáší otázku po postavení těch, kteří nemohou či nechtějí stárnout aktivně“ (Hasmanová Marhánková, 2010: 217). „Neaktivní“ stárnutí je považováno za individuální selhání, což dále prohlubuje stigmatizaci těchto seniorů.

V této souvislosti je zajímavé zmínit koncept třetího a čtvrtého věku[6]. Ačkoliv jsou oba koncepty v sociologii známé již od 90. let 20. století, většina studií, která se zabývá přímo čtvrtým věkem, byla publikovaná až v posledních pěti letech, a to především zahraničními autory (např. Lloyd, 2014; Gilleard, Higgs, 2013). Tento „nový“ zájem pravděpodobně souvisí s demografickými

[6] Koncepty začal používat Peter Laslett ve své knize *A Fresh Map of Life: The Emergency of the Third Age* (1991).

ukazateli nárůstu populace v pokročilém věku. Naproti tomu koncept třetího věku se těšil a stále těší značné oblibě, což může být způsobeno tím, že je často zaměňován s konceptem aktivního stárnutí, který si získal dominantní pozici v odborném i veřejném diskurzu (Petrová Kafková, 2017). Probouzející se zájem o koncept čtvrtého věku může souviset s uvědoměním si „rezerv“ při aplikaci konceptu aktivního stárnutí, které opomíjí aktivitu jako součást života lidí ve čtvrtém věku.

Třetí věk je generací definované kulturní pole, které zdůrazňuje hodnotu volby, autonomie a potěšení, je pro něj charakteristický životní styl kombinující konzum, kulturní angažování, naplněný volný čas a péči o sebe (Gillard, Higgs, 2013). Naproti tomu čtvrtý věk není spojován s žádným životním stylem, ale je vymezen spíše sociální percepcí. Je obávaným stavem, kterému je připisovaná křehkost, stav beznadějné nenávratnosti a úzká provázanost s druhými ve formě pomoci nebo péče a vstupu sociálních institucí.

Sociologické zkoumání čtvrtého věku svým vymaňováním závislých seniorů z dosud dominantní, úzké perspektivy péče přináší nové otázky a potřebu redefinice některých základních konceptů (Petrová Kafková, 2017). Ať už je to zmiňovaný koncept aktivního stárnutí, nebo otázka aktérství v (závislém) stáří, která s tematikou aktivního stárnutí úzce souvisí. Čtvrtý věk připomíná, že individuální nezávislost je spíše iluzí. Naše „Já“ stejně jako naše aktérství je vždy vytvářeno v kontextu druhých. Představa, že aktérství ve čtvrtém věku není možné, přispívá ke zvýšení polarizace mezi třetím a čtvrtým věkem. Zdá se proto, že by bylo vhodnější najít jinou než dosud převládající definici aktérství, jež by přispěla k pochopení situace jedinců ve čtvrtém věku. Tato rekonceptualizace je potřebná i proto, že stárnutí obecně přináší proměnu jednání a aktivit v důsledku změn schopností, preferencí, zdraví i externích vlivů. Ve vysokém stáří, bez ohledu na typ postižení, je velice těžké samotné udržení akceptovatelného pojetí sebe sama, sebeúcty a důstojnosti života (Sýkorová, 2007). Zachování či znovukonstruování identity je tak ve čtvrtém

věku klíčovou výzvou. Adaptační mechanismy úspěšné ve třetím věku mohou s přechodem do čtvrtého věku selhávat (Petrová Kafková, 2017). Tím, jak člověk stárne, orientuje své aktivity více na domov a jeho bezprostřední okolí. Pro každodenní osobní péči pak při zhoršující se hybnosti potřebuje jedinec stále více času. Zcela specificky každodennost formuje také institucionalizace. Život v institucionálním zařízení představuje onu obávanou podobu stáří. Přitom v České republice žije v domovech pro seniory přibližně 36 000 obyvatel[7], což odpovídá zhruba pěti procentům starších seniorů (75 let a více). Život v zařízení pro seniory se tedy týká menšiny seniorů a většina prožívá výraznou část čtvrtého věku ve svém domově. I do života v domácnostech žijících seniorů ve čtvrtém věku však instituce, zejm. sociálního zabezpečení a zdravotní péče, velmi výrazným způsobem zasahují a podmiňují jeho podobu.

Jaký dopad má koncept aktivního stárnutí na fungování a program denních stacionářů a na samotné vnímání seniorů, kteří je navštěvují, se zaměřuji v praktické části této práce.

[7] V domovech pro seniory bylo k 31. 12. 2012 celkem 36 197 osob (MPSV, 2013).

1.3. Péče o seniory

Péče patří k neodmyslitelným atributům lidského života. S péčí jako projevem zájmu o druhého, psychickou a sociální podporou či praktickými úkony se lidé setkávají po celý svůj život. Většina lidí má zkušenost jak s rolí pečující osoby, tak s rolí příjemce péče. Životní cyklus člověka, jenž se rodí zcela závislý na svých rodičích či jiných dospělých osobách, začíná potřebou péče, stejně tak ale lidé potřebují ve většině případů pomoc a péči na sklonku svého života. Péče je přirozenou součástí celoživotního procesu socializace.

Na základě zkoumání demografického vývoje v posledních desetiletích byla zaznamenána korelace mezi potřebou péče o děti a potřebou péče o seniorskou populaci (Huňová, 2013). Potřeba zařízení péče o děti v důsledku snižující se porodnosti klesá, naopak ale stoupá potřeba služeb a zařízení, které poskytují péči seniorům, a to zejména v důsledku prodlužující se střední délky života, výskytu invalidity a závislosti na vnější asistenci. Samotný institut péče o seniory má mnoho podob. Zahrnuje jak institucionální formu poskytování péče, tak i péči poskytovanou neformálními pečovateli, nejčastěji rodinnými příslušníky, případně jinými pečujícími osobami.

Podle některých prognóz (Průša et al., 2010) vzroste počet seniorů s potřebou péče v roce 2025 oproti roku 2008 přibližně o 80 %. Největší nárůst z hlediska potřeby péče lze očekávat u osob s těžkou mírou závislosti, jejichž počet by se měl v roce 2025 zvýšit více než 2,3krát.[8] Na následujících stránkách se tudíž zaměřím na péči o seniory, na jejich potřeby a na to, kdo o ně v současné době v České republice pečuje.

[8] Odhad se týká pouze osob v seniorském věku, prognóza nezahrnovala osoby se zdravotním postižením (pozn. autorky).

1.3.1. Co je to péče?

V sociálních vědách se koncept péče začal rozvíjet poměrně nedávno. „Péče je v podstatě dvojakou kategorií: zahrnuje jak emocionální, tak praktické či pracovní aspekty. Navíc zahrnuje jak placenou práci (péče jako zaměstnání, například práce v sociálních službách), tak i celou řadu neplacených aktivit, které jsou ve své podstatě mnohdy neviditelné (oblast neformální domácí péče)“ (Dudová, 2015: 14). V praxi se péče pohybuje někde na hranici mezi prací a ne-prací, mezi prací a láskou a mezi finančním ohodnocením a solidaritou.

Problematika péče se prvně objevila v době, kdy se v rozvinutých zemích zvýšila účast žen na pracovním trhu, a tím pádem klesla jejich kapacita i ochota poskytovat péči zdarma, bez společenského uznání a finančního ohodnocení (Jacobs, 2003). V současné době existuje několik přístupů, které se zabývají problematikou péče. Jednotlivé přístupy vycházejí z odlišných disciplín, sociálních, politických a geografických podmínek a také zaujímají různé úhly pohledu na tuto problematiku (Dudová, 2015). Když se je pokusíme zobecnit, je možné je rozdělit podle toho, nakolik spatřují v péči pozitivní hodnotu a sociální ideál, a naopak nakolik zdůrazňují spíše náklady, problémy a obtížnosti, které pečování představuje.

Mezi další oblast teoretického uvažování, které je při výzkumu poskytování péče závislým seniorům rozvíjeno, je teorie mezigenerační solidarity, jež byla v minulých letech nejrozšířenějším konceptem (Bengston, Roberts, 1991). Tato teorie chápe mezigenerační solidaritu jako vícerozměrný konstrukt, který zahrnuje několik rozměrů interakce mezi rodičem a dítětem. Teorie předpokládá existenci normativně vymezených odpovědností v rámci mezigeneračních vztahů. V dnešní době je však tato teorie kritizována, a to hlavně proto, že je příliš normativní a nabízí pouze konsenzuální pohled na příbuzenské vztahy (Dudová, 2015). Zaměřuje se totiž pouze na faktory, které

vedou děti k ochotě starat se o své nemohoucí rodiče, avšak ignoruje konflikty a problémy, jež se v mezigeneračních vztazích a v péči mohou vyskytovat.

V této souvislosti začíná být v oblasti teorie péče populární tzv. teorie ambivalence, která zdůrazňuje také protiklady, jež mezigenerační interpersonální vztahy a samotná situace poskytování péče obsahuje. Teorie ambivalence klade důraz na koexistenci jak pozitivních, tak negativních prvků a vychází z toho, že rodinné role jsou protichůdné, a proto produkují ambivalentní pocity (Suitor et al., 2011). Navazuje tak jednak na teorie mezigenerační solidarity, ale také na teorie pečovatelského břemene.

Pečující osoby v současné době dosahují na pracovním trhu nižších příjmů a často jsou závislé na příjmu jiné osoby nebo na nízkých sociálních příjmech (Svobodová 2010; Lyon, 2010; Dudová, 2015 a další). Pečovatelská práce pro ně sice může být zdrojem uspokojení a osobního naplnění, ale často také bývá zdrojem přepracování, vyhoření a ztráty motivace. Empirické studie a další výzkumy ukazují na rozdílné zkušenosti pečovatelek a pečovatelů (Luscher, Pillemer, 1998; Přidalová, 2007) a ambivalentní jsou i obsahy veřejné debaty o problematice péče o seniory.

Téměř vůbec se nemluví o genderových rozdílech v problematice péče, ačkoli ženy jsou stále ty, kdo pečují, a zároveň i těmi, kdo péči potřebují (Dudová, 2015). Pečovatelské sklony a povinnosti se často přisuzují ženám, a to zejména kvůli kulturním předpokladům a stereotypům, podle nichž by ženy měly upřednostňovat potřeby své rodiny a blízkých před svými vlastními. Podíl žen, které pečují, ať už v neformální nebo ve formální sféře, výrazně převyšuje podíl mužů (Jeřábek et al., 2013). Ženy také častěji nemají placené zaměstnání, anebo jsou ochotny se ho vzdát či snížit pracovní úvazek, pokud to vyžadují pečovatelské povinnosti. Vzhledem ke své angažovanosti v neplacené pečovatelské práci jsou jejich pracovní příjmy často nižší a zvyšuje se u nich riziko chudoby.

V posledních letech také dochází k výrazné proměně a rozpadu tradiční rodiny a vazeb mezi jejími členy. Důvodem této změny je vyšší rozvodovost,

méně dětí v rodině, časté stěhování dětí od rodičů do jiného města či dokonce státu, stárnutí generace singles, vyšší procento bezdětných osob atd. Postupně tak stárne generace lidí, kteří v budoucnosti možná nebudou mít u sebe nikoho blízkého, kdo by se o ně v případě potřeby mohl postarat, jako to bylo běžné v minulosti.

Budoucí potřeby péče v populaci nelze sice jednoznačně predikovat ale z očekávaného demografického vývoje v příštích padesáti letech vyplývá, že stále větší počet osob se dožije seniorského věku, přičemž nejvyšší nárůst by měl být u kategorie starších seniorů a dlouhověkých (Huňová, 2013). Vzhledem k tomu, že lidé ve věku 70 let a více již mají více zdravotních problémů a dochází u nich k zhoršování schopnosti soběstačnosti, roste odkázanost seniorů ve vyšším věku na pomoc jiných osob. Z tohoto vývoje vyvstává otázka: Kdo se o nemohoucí seniory postará?

Ne všechny katastrofické scénáře se musí vyplnit, přesto je zřejmé, že vlivem demografické tranzici a sociálních změn v oblasti rodiny se organizace péče o seniory promění (Dudová, 2015). V zemích střední a východní Evropy, kde tyto transformace probíhají o něco rychleji než v zemích západní Evropy, bude tato změna dramatičtější.

1.3.2. Senioři a jejich potřeby

Se stářím bývá obvykle spojována větší potřeba zdravotní a sociální péče. Mladších věkových kategorií seniorů se však tento problém týká jen ve velmi omezené míře (Haškovcová, 2010). Zdravotní obtíže a ztráta soběstačnosti je charakteristická pro období vlastního stáří a dlouhověkosti, tj. seniorů starších 75 let. Až s dosažením této věkové hranice obvykle dochází u člověka k výraznému snižování soběstačnosti a při zajišťování nezbytných potřeb se tak stává závislý na pomoci jiné osoby (Kubalčíková, 2000). Seniory nelze považovat za homogenní skupinu ani z hlediska věkového období jako celku, ani z hlediska zdravotních a sociálních charakteristik, které se liší v závislosti na dosaženém věku.

Stáří je v ekonomicky vyspělých zemích spojováno se sociální událostí – odchodem do důchodu (Huňová, 2013). Toto období života lze tudíž vnímat spíše jako sociální konstrukt než fenomén, který by byl determinovaný pouze věkem. Jak vyplývá z některých sociologických výzkumů zaměřených na seniory z hlediska sociálních proměn (Sak, Kolesárová, 2012), ani odchodem do důchodu nekončí jejich sociální život. Z výzkumu vyplývá, že životní styl seniorů je podobně různorodý jako životní styl mladší populace, i když k určitým proměnám dochází. Největší změna v životním stylu seniora se odvíjí od daleko většího množství volného času, než je tomu u populace zapojené do pracovního procesu. Vetší svoboda seniorů v rozhodování se o tom, jak naložit se svým volným časem, se pak promítá i do rozsahu činností, kterým se věnují. Podle výzkumů patří k nejvýznamnějším aktivitám současné generace seniorů sledování televize, poslech rádia, četba, procházky a práce na zahradě. Výzkumy pak ukázaly, že v životním stylu seniorů mají své místo i počítačové aktivity. K aktivitám, které ze života seniorů naopak ustupují, patří četba knih, ruční práce a pobyt v přírodě.

Zmiňované rozdíly ovlivňují i rozdíly v potřebách seniorů. V této souvislosti se hovoří o heterogenitě potřeb seniorů (Haškovcová, 2010). Jedním z faktorů, který posiluje vnímání heterogenity potřeb seniorů, je nepoměr mezi počtem mužů a žen v seniorské populaci, jenž se ve vyšších věkových skupinách ještě více zvýrazňuje. Tento jev bývá označován jako feminizace života ve stáří (Svobodová, 2008). Pokud ve věkové kategorii 60 let připadá na 100 mužů přibližně 145 žen, ve věkové kategorii 85 a více let je tento poměr již 1 : 3 (Haškovcová, 2010). Z toho vyplývá, že na fenomén stáří je nutno nahlížet i z genderového hlediska. Přitom lze očekávat, že určité genderové aspekty stáří, například rozdílné typy nemocí, kterými trpí muži a ženy v seniorském věku, rozdíly ve výši starobního důchodu mezi seniory a seniorkami vyplývající z rozdílné výše příjmů v produktivním věku atd., mohou mít významný dopad zejména na zdravotní a sociální systém společnosti a také na potřeby seniorů.

Pečovat o starší lidi a pomáhat jim vyžaduje od pečovatelů a pečovatelek, aby byli pozorní ke všem potřebám, které senioři mají. „Potřeba není pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 36). Potřeby člověka lze obecně vymezit jako určitý nedostatek v biologické či sociální dimenzi bytí (Nakonečný, 1995). V odborné literatuře existuje celá řada klasifikací. Jednou z nejznámějších je ta od amerického psychologa Abrahama H. Maslowa, který ve své knize *O psychologii bytí* (2014) vytvořil hierarchii (pyramidu) lidských potřeb, která se skládá z pěti stupňů.

Prvním stupněm jsou fyziologické potřeby, které jsou zcela základní a mezi něž patří výživa, vylučování, dýchání, spánek, pohyb, hygiena, správná teplota, zdraví, smích a pláč, rozmnožování a fyzický kontakt. Pokud u někoho nejsou fyziologické potřeby alespoň částečně uspokojeny, není možné u něj postoupit k dalším.

Druhým stupněm je potřeba bezpečí, u které můžeme rozlišit tři typy (Pichaud, Thareauová, 1998). Prvním je potřeba ekonomického zabezpečení, neboli vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí. Druhým typem je potřeba fyzického bezpečí. Starší lidé se obvykle hůře pohybují, což u nich často vyvolává obavu z pádu. Pocit bezpečí, který je u nich důležitý, mohou posílit například kompenzační pomůcky (hole, chodítko atd.) anebo rámě pečujícího. Třetím typem je potřeba psychického bezpečí, která může být u seniorů zajištěna například časovými orientačními body, jež člověku dávají pocit jistoty a řádu.

Třetím stupněm jsou sociální potřeby, jelikož člověk je společenský a nemůže žít dlouho sám. Mezi sociální potřeby patří zaprvé potřeba informovanosti. Člověk potřebuje mít informace o světě, ve kterém žije, a vědět, co se děje s jeho blízkými. Zadruhé je to potřeba náležet k nějaké skupině, ať už je to rodina, přátelé anebo nějaký spolek. Třetí je potřeba lásky, která je velice důležitá a je často smyslem života. A za čtvrté je to potřeba

vyjadřovat se a být vyslechnut. Potřeby vztahů jsou u různých lidí různé, ale každý potřebuje alespoň někoho.

Čtvrtým stupněm v Maslowově pyramidě je potřeba autonomie. Jedná se o autonomii ve smyslu být svobodný a rozhodovat sám za sebe. Starší lidé často mohou být fyzicky závislí a zároveň psychicky zcela autonomní, s čímž je spojena potřeba uznání a pocitu užitečnosti. Posledním nejvyšším pátým stupněm je potřeba seberealizace a rozvoje vlastní činnosti. Člověk totiž touží po seberealizaci a po nalezení smyslu života.

Pyramida potřeb platí pro všechny lidi. I senioři potřebují v životě uspokojovat potřeby. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby (potrava, spánek atd.), ale také potřeby psychologického rázu (pocit bezpečí, udržování vztahů atd.). „Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné“ (Pichaud, Thareauová, 1998: 41).

V této souvislosti se ve vztahu ke stáří a seniorům ukazuje, že starší lidé bývají ostatní populací často vnímáni jen na základě obrazu, v němž dominuje proměnná zdravotní stav (Haškovcová, 2010). Obraz stáří je spojován s nemocemi a strádáním, což je v rozporu s zjištěními reflektovanými v odborné literatuře. Důsledkem podobného pohledu na seniory je, že jsou často vnímáni jako osoby s převládajícími fyziologickými potřebami a potřebami materiálního zajištění (Vidovićová, 2008). Takto redukovaný pohled pak zřejmě působí jako jeden z faktorů, které vyvolávají odmítavé až nepřátelské postoje k seniorům jako k sociální skupině, na kterou lidé v produktivním věku ekonomicky a sociálně doplácejí.

Ve vztahu k potřebám seniorů uvádí Vidovićová (2008) na základě závěrů několika výzkumů, že z hlediska své struktury a vzájemné propojenosti jsou potřeby starých lidí stejné jako u zbytku populace. Pokud však u seniorů dojde k omezení funkčního potenciálu – fyzického, psychického nebo sociálního, pak se obvykle jejich potřeby mění co do zaměření i subjektivního významu. Může také dojít ke změně forem uspokojování potřeb, což je nejčastěji spojeno se

změnami zdravotního stavu a následným snižováním funkčních schopností. Senioři se tak stávají závislejšími na pomoci druhých lidí, kteří se postupně stávají hlavním zdrojem a prostředkem pro uspokojování jejich potřeb. Změna forem uspokojování potřeb souvisí velmi často se změnami v sociálním prostředí seniorů – v rodinných a partnerských vztazích (například v důsledku smrti životního partnera/partnerky), v bydlení nebo dostupnosti služeb.

Faktorem, který v podstatné míře ovlivňuje charakter potřeb seniorů a způsob jejich uspokojování je nepochybně zdravotní stav (Huňová, 2013). Z výzkumů však vyplývá, že k dramatickému zhoršení zdravotního stavu seniorů dochází až ve věku nad 70 let. I když u starších seniorů, kteří potřebují péči, může převažovat názor, že důležité jsou jen fyziologické potřeby, neměli bychom také zapomínat na potřeby psychologického rázu.

1.3.3. Kdo nejčastěji pečuje?

„Péče o staré lidi je opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávána pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat (Jeřábek et al., 2013: 12). Podle Hilary Graham je „péče prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“ (1983: 16). Taková péče je pak obětavá činnost z lásky, která je spojená s odpovědností, a pojí se tedy hlavně s neformálním pečováním.

Z výzkumu *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II.* (2014), který vznikl ve spolupráci hospicového občanského sdružení Cesta domů a agentury STEM/MARK, vyplývá, že 77 % lidí by si přálo zemřít v domácím prostředí a 84 % si jich myslí, že o umírajícího člověka, který potřebuje pomoc druhé osoby, se nejlépe postará jeho rodina (partner, děti, příbuzní) v domácím prostředí s podporou profesionálů. Zároveň je pro 90 % populace důležité, aby v době stáří nebyli přítěží pro svoje příbuzné. Z výzkumu také vyplývá, že 21 % lidí mělo během posledních třech let bezprostřední zkušenost s péčí o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí, zatímco pouze 6 % mělo

zkušenost s péčí o umírajícího příbuzného v léčebně dlouhodobě nemocných. Výsledky tohoto výzkumu se víceméně shodují a potvrzují závěry mediální a politické analýzy v oblasti péče o seniory, že péče v rodině a přirozeném prostředí je nejžádanější. Jaká je ale realita péče? Kdo nejčastěji pečuje o nemohoucí seniory?

Péče o seniory je zpravidla organizována v rámci čtyř institucí: rodina, trh, veřejný sektor a dobrovolnické organizace (Stark, 2005). V každé zemi je role těchto institucí rozdílná. V průběhu období pečování často dochází k přenesení hlavní role z jedné instituce na druhou. Výzkumy z různých zemích světa však ukazují, že většina péče o seniory se odehrává v rodině, zpravidla je neplacená a nejčastěji ji vykonávají ženy (Dudová, 2015).

Péče o seniory v rodině může mít různé podoby. Klasifikační schémata péče vycházejí z několika principů (Jeřábek et al., 2013). Jedním z nich je například rozlišení péče na zdravotní, sociální a emocionální. Dalším pak je hodnocení potřebnosti péče o seniora s ohledem na stupeň naléhavosti, ale zároveň s posouzením nároků, které jsou kladeny na pečující osoby.

Zdravotní péče je nejčastěji zajišťována v nemocnicích nebo v rehabilitačních centrech. Z nemocnic je pacient propouštěn do domácího ošetření a zajištění další péče o seniora je pak nejčastěji na rodině, případně na systému sociální péče, eventuálně na spolupráci obou. Systém sociální péče o seniory doplňuje rodinnou péči a v některých případech ji dokonce plně nahrazuje. Starší člověk je v tomto případě umístěn do domu s pečovatelskou službou nebo do domu pro seniory či do speciálního zařízení sociální péče. Důležitou roli hrají okolnosti, za nichž senior do této instituce přichází. „Přichází-li například ne zcela zdravý senior po nemoci do takového institucionálního zařízení, může se setkat se stejně kvalitní péčí, jakou by mu mohla poskytnout pečující rodina. Častěji však rodinná péče představuje model, který všestrannou péči o seniora zajistí lépe (Jeřábek et al., 2013: 45). Emocionální péče je totiž velmi důležitou složkou, která je v rodinné péči

imanentně přítomna, což představuje nespornou výhodu oproti institucionální zdravotní anebo sociální péči.

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které senior má, lze rozlišit tři stupně péče. První a nejméně náročná je podpůrná péče (subsidiary care), která zahrnuje finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři a na úřady atd. Tato péče nevyžaduje společné bydlení a často není vykonávána pravidelně. Druhá a náročnější je neosobní péče (impersonal care), která zahrnuje činnosti související s péčí o domácnost. Tato péče je častá anebo pravidelná, časově náročnější a zahrnuje složku jak materiální tak i emocionální. Třetí a nejnáročnější je osobní péče (personal care), která je pro pečující osobu časově, fyzicky a často i psychicky náročná, jelikož se jedná navíc i o činnosti spojené s intimní péčí o starého člověka. Tato péče vyžaduje téměř nepřetržitou přítomnost pečující osoby a spočívá v zajištění neustále stejných každý den se opakujících aktivit, jako je osobní hygiena, krmení, podávání léků, zvedání a pokládání. Pokud senior vyžaduje tento typ péče, stává se celodenní a každodenní přítomnost pečující osoby nevyhnutelná. Varianty, jak o takového starého člověka pečovat, jsou buď neformální péče doma, anebo institucionální péče v sanatoriu, nemocnici, hospici, léčebně pro dlouhodobě nemocné či v domově pro seniory.

Evropské a světové výzkumy ukazují, že většina péče o seniory se odehrává v rodině (Dudová, 2015). V praxi zhruba 20 % lidí starších 65 let získává nějakou formu pomoci od členů rodiny (Jeřábek et al., 2013). V případě dlouhodobé péče o seniora poskytují rodiny 70–80 % péče (Abel, 1990). Nejčastěji o nemohoucího člověka pečuje partner, partnerka anebo děti a jejich partneři (Jeřábek et al., 2013). Osobní péči pak nejčastěji zabezpečují ženy, tzn. manželky, dcery nebo snachy.

Nejfrekventovanějším případem péče o nemohoucí seniory je model, kdy manželka/partnerka pečuje o svého manžela/partnera. Méně častá je situace, kdy partner pečuje o svou nemohoucí partnerku. V takovém případě se muž většinou o péči dělí s dcerou anebo se snachou. Druhým nejčastějším případem

je model, kdy děti pečují o své staré rodiče, nejčastěji tedy pečují dcery nebo snachy.

Péče v rodině je nejběžnějším modelem péče o seniory a prezentuje se jako ta nejvhodnější a nejlepší. Téměř vůbec se však nehovoří o problémech a komplikacích, které s sebou přináší, stejně tak jako o motivaci a důvodech, jež rodinu vedou k rozhodnutí nevyužít profesionální institucionální péči. Na tuto problematiku se zaměřím na dalších stránkách.

1.3.4. Kritické momenty péče o seniory v domácím prostředí

Kdo by se měl o postarat o nemohoucí seniory? Cítí dospělé děti odpovědnost za péči o nemohoucí rodiče? Z výzkumu *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II.* (Cesta domů, 2014) vyplývá, že 84 % lidí si myslí, že o umírajícího člověka, který potřebuje pomoc druhé osoby, se nejlépe postará jeho rodina (partner, děti, příbuzní) v domácím prostředí s podporou profesionálů. Podobné výsledky nalezneme i v dalších výzkumech. Když se ale podíváme na tuto problematiku blíže, zjistíme, že čeští respondenti uvádějí rozporuplná vyjádření. Obecně lidé vyjadřují ochotu postarat se doma o nemohoucí rodiče. Fakticky se však obávají ztráty zaměstnání, osobního nepohodlí a fyzické a psychické náročnosti péče (Veselá, 2002). Jaké jsou největší problémy péče o seniory v domácím prostředí?

Ač je domácí péče v médiích, v politickém diskurzu a potažmo i mezi lidmi označována jako nejlepší, o problémech, které jsou s ní často spojeny, se hovoří jen velmi málo. Nejvýraznějším jevem v dlouhodobé péči o seniory v rodinném prostředí jsou důsledky, jež se projevují na pečující osobě (Jeřábek et al., 2013). Jak již bylo několikrát zmíněno, nejčastěji doma o nemohoucího staršího člověka pečují ženy, které jsou vystaveny neúměrné fyzické námaze způsobené častým zvedáním, obracením, přenášením atd. V důsledku fyzické námahy ženy často potřebují rehabilitaci a další nejrůznější léčení. Nejen fyzické, ale také psychické zdraví pečovatelek je mnohdy narušeno, a to zejména dlouhodobým stresem a psychickým vypětím. Tyto ženy se ve většině

případů potýkají se zdravotními problémy způsobenými roky trvající obětavou péčí bez vystřídání a bez chvilky volna.

Druhým problémem, který je způsoben nejen fyzickou a psychickou náročností dlouhodobé péče o starého člověka, je skutečnost společenské izolovanosti pečovatelek (Jeřábek et al., 2013). Některé ženy totiž bývají ponechány rodinami a společností dlouhé měsíce bez pomoci či významnějšího společenského kontaktu. Tyto ženy nevědí, anebo dokonce ani nemají, kam se obrátit o pomoc, a tak jsou úplně vyřazeny ze světa.

Dalším významným problémem je to, že sociální péče státu ani sociální komunitní péče není dostatečně připravena pomáhat lidem, kteří poskytují dlouhodobou domácí osobní péči. Existují sice služby jako je donáška jídel, úklid domácnosti atd., a akutní zdravotní péči lze získat v nemocnici. Ale zvednout a umýt nemohoucího člověka, nakrmit nesamostatného seniora nebo sedět v noci u postele a tišit bolest blízkého člověka, takovou práci státní ani komunitní sféra zajistit neumí. Dnes již sice fungují komerční služby tohoto typu, většina lidí si ji ale nemůže dovolit. Existují však výjimky, jedná se však ve většině případů o pomoc dobrovolnou. Takovou dlouhodobou osobní péči poskytují hospice, ve kterých se pečovatelky starají o nevyléčitelně nemocné a nemohoucí.

K podobným zjištěním došla ve svém výzkumu i Radka Dudová (2015), která prováděla rozhovory s pečujícími ženami. Ty totiž jako významný motiv, jež je vedl k rozhodnutí pečovat o nemohoucího seniora doma, uváděly, že „neviděly jinou možnost – institucionální péče pro ně byla nedostupná či z různých důvodů nepřijatelná a jiné řešení neexistovalo“ (Dudová, 2015: 95).

V neposlední řadě bolavým místem péče o seniory v rodinách bývá rozhodnutí předat blízkého člověka do institucionální péče (domov pro seniory, léčebna dlouhodobě nemocných, sanatorium atd.). Jedná se o rozhodnutí nezahájit, přerušit nebo ukončit péči o seniora v rodině a předat ho do institucionální péče. Z výzkumů vyplývá, že rodiny nebo jednotliví členi často trpí pocitem viny, výčitkami, které mohou vést až k duševním

traumatům. Lidé se často obviňují, že nezvládli péči o svého blízkého. Tyto pocity mohou být ještě prohlubovány mediálním a politickým diskurzem, který klade důraz na to, že nejlepší péče je ta rodinná. „Z rozhovorů s desítkami rodin výzkumníci ve světě dokumentují, že psychické vyčerpání způsobené dlouhodobou péčí o starého člověka je v zásadě srovnatelné s psychickým stresem způsobeným nezvládnutím péče o blízkého člověka v rodině a vyrovnáním se se situací, kdy rodina svěří svého seniora do neakutní péče sociálně-zdravotní instituce“ (Jeřábek et al., 2013: 50).

Z výzkumu Jany Huňové (2013) vyplývá, že neformálním pečovatelům vyhovuje hybridní model péče, v němž je péče sdílena neformálními pečovateli a formálními sociálními službami. „V rámci tohoto modelu se jeví jako nanejvýš vhodné posilovat nejen prvek terénních sociálních služeb, ale i prvek ambulantních služeb, konkrétně denní stacionáře, kde by senioři mohli pobývat alespoň v některých dnech týdne, což by pečovatelům pomohlo lépe koordinovat péči s ostatními pracovními a rodinnými povinnostmi“ (Huňová, 2013: 89).

Rodinná péče představuje tradiční a lidmi preferovaný model péče. V dnešní době je ale patrné, že tento tradiční model výhradní péče v rodině z mnoha (mimo jiné výše popsaných) důvodů není vždy možný a dokonce ani žádoucí. Sociální politika v současné době hledá řešení, která by učinila rodinnou péči o staré lidi zvládnutelnou (Jeřábek et al., 2013). Mezi tato řešení patří například finanční podpora nebo podpůrné služby, jako respitní péče, odlehčovací služby nebo také denní stacionáře, na jejichž fungování, péči a zkušenosti klientů se zaměřuji v praktickém části této práce.

1.4. Sociální služby pro seniory

Lidé se v životě často nacházejí v situaci, kdy potřebují pomoc. V některých případech může člověku pomoci blízká osoba, rodina či přátelé. Pomoc svým občanům nabízí také stát v rámci sociálních služeb.

Sociálními službami jsou ty aktivity, které jsou zaměřeny na podporu zdraví a tělesné a duševní pohody (Barker, 2003). Tyto služby pomáhají lidem k větší soběstačnosti a k obnovení sociálního fungování jednotlivců, rodin či skupin. Sociální služby jsou důležitým nástrojem sociální politiky (Matoušek, 2003). Mohou být krátkodobé i dlouhodobé a jsou poskytovány oprávněným uživatelům s cílem zlepšit kvalitu života jedince, případně také ochránit zájmy společnosti.

Jinak definuje sociální služby Musil (2004), který je označuje termínem „služby sociální práce“. Podle něj jsou to „konkrétní, v praxi existující komplexy činností, které při práci na konkrétním místě a s konkrétními klienty přispívají k realizaci záměrů sociálních pracovníků“ (Musil, 2004: 14). Podle Lucie Kozlové (2005) by sociální služby také měly mít potenciál pro celkové pokrytí klientovy situace a zajistit jeho potřeby a sociální fungování takovým způsobem, že klienti budou moci dále participovat na všech stránkách života společnosti, aby nedošlo k jejich sociálnímu vyloučení. Riziko vyloučení by mohlo hrozit především u seniorů, kteří nejpočetněji využívají sociální služby.

Na následujících stránkách jsou popsány sociální služby v České republice a jejich vývoj v čase. Dále je stručně popsán proces institucionalizace, příspěvek na péči a v neposlední řadě denní stacionáře, které patří mezi inovativní formy péče o seniory.

1.4.1. Sociální služby v ČR

Sociální zabezpečení lze rozdělit do tří na sebe navazujících relativně samostatných systémů – systému sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci (Krebs, 2005). Přičemž sociální služby jsou součástí sociální pomoci. Igor Tomeš (2001) staví sociální služby, jako čtvrtý nástroj sociálního zabezpečení – za sociální pojištění, sociální zaopatření a podporu a sociální pomoc.

„Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod.“ (Sociální služby, 2017). Sociální služby se zaměřují na zajištění co největší kvality a důstojnosti života jednotlivců, ale i rodin a skupin obyvatel. Mezi největší skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a také lidé ohroženi sociálním vyloučením.

V zákoně č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, který vešel v platnost 1. 1. 2007, je sociální služba definována jako činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc a podpora osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence jejich sociálního vyloučení (Zákon 108/2006, §3). Sociální služby by měly vycházet z individuálně určených potřeb osob a na své uživatele působit aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, čímž by se mělo zabránit jejich sociálnímu vyloučení (Zákon 108/2006, §2). Rozsah a forma pomoci přitom musí zachovávat lidská práva a důstojnost a vycházet z individuálních potřeb jedince.

Sociální služby poskytují obce a kraje, které vytváří vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb a zřizují organizace poskytující sociální služby, dále také nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, jež nabízejí široké spektrum služeb, a v neposlední řadě ministerstvo práce a sociálních věcí, které je zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

Zákon dále definuje základní druhy a formy sociálních služeb. Mezi základní služby patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytování jsou rozděleny na služby pobytové, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, dále služby ambulantní, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb a jejichž součástí není ubytování. Třetí formou jsou služby terénní, jež jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují zařízení sociálních služeb, mezi něž patří například centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro seniory, azylové domy atd.

1.4.2. Vývoj sociálních služeb v ČR

V zemích západní Evropy již od konce 60. let začala pečovatelská služba směřovat do menších, individualizovanějších a humánnějších zařízení (Glosová, 2006). Zatímco koncem 80. let 20. století ve většině západních zemích docházelo k deinstitucionalizaci a k transformaci sociální péče, v tehdejším Československu stejně jako v jiných totalitních zemích se tyto otázky začaly řešit se zpožděním několika desítek let. S příchodem komunismu byla sociální a zdravotní péče ovlivněna sovětskou ideologií.

Vývoj péče o seniory v České republice prošel od druhé světové války do současnosti třemi fázemi (Maříková, Plasová, 2012). Od fáze de-familializace přes explicitní familialismus až k současnému implicitnímu familialismu[9]. V 50. letech 20. století došlo k „odklonu od rodiny“, kdy byla v politické rovině prosazována ženská emancipace a participace ve sféře placené práce, a tak došlo k vyvázání žen z péče o závislé členy rodiny, tedy i o seniory. V této době byl kladen důraz na poskytování formální ústavní péče o seniory, kde hlavním garantem péče byl paternalistický stát. V 60. letech 20. století

[9] Koncept familializace a de-familializace pochází od S. Leitner (2003), která rozlišila různé ideálně typické formy politik péče (o děti, seniory a zdravotně postižené) podle toho, do jaké míry kladou důraz na péči v rodině a mimo ni spolu s dopady nastavení těchto politik na rodiny (pozn. autorky).

byla péče o seniory nad 80 let v zařízeních rezidenční péče nejvíce dostupná. V 80. letech 20. století ale naopak přichází „obrat k rodině“, a to následkem reflexe problému stárnutí populace spolu s ekonomickými problémy. Rodina je v tomto období označena za spoluposkytovatele péče o seniory. Po roce 1989 pokračuje trend posilování zodpovědnosti rodiny za seniory. Rodina má v péči o seniory hrát klíčovou roli.

Mezi první opatření po roce 1989 patří novelizace zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Tato novelizace umožnila přístup k realizaci sociálních služeb i obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím. Do sociální politiky se začaly postupně zavádět nové principy, které jsou běžné ve vyspělých evropských zemích a to se promítalo i do poskytování služeb (Průša, 2008). Mezi tyto principy patří například decentralizace státní sociální správy, demonopolizace sociálních služeb, demokratizace sociální správy, změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb, profesionalizace a pluralizace forem poskytování sociálních služeb apod.

V roce 2006 byl schválen zákon o sociálních službách, který upevnil primární zodpovědnost rodiny za péči o závislé členy spolu s osobní zodpovědností každého člena rodiny za svůj blahobyt. Úloha rodiny v systému péče o seniory se tak postupem času nezmenšuje, ale spíše naopak zvyšuje s tím, že vytváří i finanční závislost starého člověka na rodinných příslušnících (Maříková, Plasová, 2012).

1.4.3. Deinstitucionalizace a příspěvek na péči

V situaci v oblasti poskytování služeb sociální péče o seniory v České republice se odrážejí jak trendy v demografickém vývoji (Průša et al., 2010), tak i vývojové trendy v samotných sociálních službách. Současný zákon o sociálních službách znamenal podstatnou změnu oproti předchozímu modelu, který reagoval na potřeby seniorské populace v případě snížené soběstačnosti či její ztráty převážně nabízením institucionální péče v domovech důchodců, financovaných výhradně státem (Malíková, 2011). Jiné formy a jiní

poskytovatelé péče nebyli příliš podporováni. Neformální pečovatelé, nejčastěji rodinní příslušníci, se museli vypořádat se zátěží péče o závislého seniora vlastními silami a z větší části i na vlastní náklady.

Jako reakce na tento problém vznikl v zemích EU model politiky služeb pro nemohoucí seniory, který by měl plnit tři základní funkce (Kubalčíková, 2006):

1. Sociální reaktivace – podpora při formulaci vlastních zájmů, hledání řešení problémů na místní úrovni, podpora sdružování a sebeorganizování skupin s podobnými potřebami.

2. Prevence sociálního vyloučení – pomoc má být organizována tak, aby umožnovala seniorům setrvat co nejdéle v přirozeném prostředí a nezávisle rozhodovat o svém životě.

3. Individualizovaná pomoc a podpora – pomáhá udržet, případně obnovit rovnováhu mezi jedincem a jeho přirozeným prostředím.

Do praxe služeb sociální péče o seniory v České republice se tyto funkce promítají v současném zákoně o sociálních službách, který přinesl především proces deinstitucionalizace (Malíková, 2011). Deinstitucionalizace je vnímána jako „proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků“ (Transformace sociálních služeb, 2017). Během deinstitucionalizace dochází jednak k řízenému rušení ústavů ale zároveň k rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci. Senioři tak mohou setrvat v prostředí strukturovaném sociálními sítěmi, ve kterých se dobře orientují (Malíková, 2011). Vzhledem k tomu, že jejich přirozené sociální prostředí je na rozdíl od prostředí ústavů otevřené, lze očekávat, že znají subjekty patřící do formální a neformální sociální sítě, které mohou využít k podpoře své soběstačnosti. Přirozené sociální prostředí

vytvářejí různé subjekty poskytující péči. Nemusí to být jen profesionálové sdružení v organizacích. Zdrojem pomoci pro seniora mohou být i neformální pečovatelé, zejména pak rodina, příbuzní, dobrovolníci, případně komunita.

Proces deinstitucionalizace navíc také otevřel prostor pro vstup dalších poskytovatelů služeb sociální péče zaměřených na terénní a ambulantní formy péče (Huňová, 2013). Jejich postavení v novém systému sociálních služeb bylo dále posíleno v souvislosti s možností seniorů závislých na péči jiných osob získat příspěvek, který mohou využít na zajištění svých potřeb prostřednictvím služeb poskytovaných jinými subjekty. Nárok na úhradu z příspěvku na péči za poskytovanou pomoc má kromě formálních sociálních služeb i osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která neposkytuje tuto pomoc jako podnikatelskou činnost. V kontextu zákona o sociálních službách lze tedy za neformálního pečovatele považovat rodinného příslušníka, případně jakoukoli jinou fyzickou osobu, která není podnikatelem (Kubalčíková, 2012). V této souvislosti se nabízí otázka, nakolik lze institucionalizovaný způsob neformální péče chápat i nadále jako neformální, a to přesto, že zákon o sociálních službách nevyžaduje registraci neformálních pečovatelů, jak je tomu u jiných subjektů poskytujících sociální služby včetně služeb sociální péče.

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci“ (Zákon 108/2006, §6). Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Náklady se hradí ze státního rozpočtu. Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné osoby ve čtyřech stupních (lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost). Stupeň závislosti se posuzuje podle toho, na kolik jedinec z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc a není schopen zvládat určitý počet úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti (Zákon 108/2006, §8). Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost péče o vlastní osobu v úkonech, jako jsou například příprava a přijímání stravy, mytí těla, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, stání, chůze, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání atd.

Při posuzování soběstačnosti se hodnotí úkony jako například komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, vaření, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, obsluha běžných domácích spotřebičů atd. (Zákon 108/2006, §9). Výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc se pohybuje v rozpětí 880–13 200 Kč (Zákon 108/2006, §11).

V kontextu role neformálních pečovatelů v poskytování péče seniorům lze zmínit ještě jeden aspekt, který souvisí s očekávaným nedostatkem pracovních sil v zemích EU v oblasti dlouhodobé péče o seniory. Nedostatek profesionálních pečovatelů a pečovatelek je rovněž jedním z důvodů, proč se evropské země začínají zaměřovat na oblast neformální péče o seniory a na hledání vhodných forem podpory neformálních pečovatelů (Průša et al., 2010).

Základem současného modelu poskytování sociálních služeb obecně a rovněž služeb sociální péče o seniory je proces transformace sociálních služeb (Malíková, 2011). V jeho důsledku přechází odpovědnost za zajišťování sociálních služeb z převažující kompetence státu na jiné subjekty – kraje, obce, komunity, občanské společnosti, rodiny, jednotlivce. Stát zůstává především garantem právního zakotvení a dostupnosti sociálních služeb.

1.4.4. Denní stacionáře

Sociální služby zahrnují sociální poradentství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Zákon 108/2006, §32–34). Ve vztahu k potřebám seniorů se sníženou soběstačností vymezuje zákon o sociálních službách jednotlivá zařízení sociálních služeb. Jedná se o centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací (respitní) služby, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

„V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám

s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon 108/2006, §46). Péče obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu a při hygieně, dále také poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a v neposlední řadě také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V registru poskytovatelů sociálních služeb je v současné době zapsáno 275 denních stacionářů – někdy také označovaných jako „domovinky“ (Iregistr, 2017). Seniorům momentálně nabízí služby 137 denních stacionářů (viz Příloha 1: Přehled DS pro seniory). Nejvíce zařízení se nachází ve Středočeském kraji a naopak nejméně v Karlovarském kraji. Některé denní stacionáře jsou určeny výhradně pro seniory, tj. pro lidi starší 65 let, jiné se zaměřují na všechny lidi, kteří mají nějaké zdravotní postižení (problémy), a nejsou tudíž ohraničeny věkem klienta. Některé denní stacionáře vznikly při již existujícím sociálním zařízení, například při domově pro seniory nebo pečovatelské službě, jiné vznikly jako nový samostatný projekt. Poskytovatelem denních stacionářů jsou například neziskové organizace, církve (farnosti), spolky atd.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že neexistuje jeden jediný „koncept“ nebo podoba denních stacionářů. Na následujících stránkách je popsán vlastní empirický výzkum, který se snaží přiblížit fungování denních stacionářů. Zaměřuje se také na poskytované služby, zkušenosti klientů a pečovatelek.

Kapitola 2: Metodologie a výzkum stacionářů

Ve svém výzkumu jsem se zabývala péčí o seniory v denních stacionářích. Vzhledem k tématu a povaze své práce jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkum. Téma denních stacionářů není v českých odborných zdrojích v současnosti podrobněji pojednáno. A právě z tohoto důvodu se jevilo jako vhodné provést výzkum kvalitativními metodami. Hlavním smyslem kvalitativního výzkumu je totiž zachycení toho, jak jednotlivci a skupiny sami interpretují situace, ve kterých se ocitají (Hendl, 1997). Mým cílem bylo porozumět dané problematice do hloubky, a to na základě vyprávění informátorů (komunikačních partnerů) a jejich odpovědí na mnou položené otázky. Kvalitativní strategie mi umožnila odhalit subjektivní významy zkušeností informátorů, které se zkoumaným tématem souvisely. Obecně význam kvalitativních metod výzkumu spočívá zejména v tom, že poskytují bohatší informace o sociálním životě skupiny či jednotlivců, což je spojeno s tím, že nabízejí pohled na životní situace sledované skupiny a jednotlivců zevnitř, a umožňují tím lepší porozumění jejich chování (Giddens, 1999). Mým záměrem nebylo shromáždit data o co největším množství subjektů, ale úplnost, rozmanitost a také kontext sebraných informací.

V předchozí kapitole jsem uvedla všechny důležité informace a koncepty, které se týkají témat stárnutí a péče o seniory. V této kapitole uvedu základní cíle svého výzkumu a výzkumné otázky, vysvětlím, proč jsem použila vybranou strategii, popíši výběr vhodné techniky pro získání potřebných dat a organizaci celého výzkumu. Následně představím a popíši výsledky svého zkoumání.

2.1. Cíl práce, výzkumné otázky a metoda

Výzkum se zaměřil na dva denní stacionáře pro seniory. Hlavním cílem bylo zjistit, jak denní stacionáře fungují a jak v nich probíhá péče z pohledu různých zainteresovaných aktérů, případně zjistit, zda se jejich pohledy liší a kde se nacházejí sporné body. Výsledkem této práce je mnohopřípadová studie (dvě případové studie a jejich následná komparace).

„V případové studii jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů“ (Hendl, 2016, str. 102). Při statistickém šetření shromažďujeme omezené množství dat od velkého množství jedinců, zatímco v případové studii naopak sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců, čímž se snažíme o zachycení složitosti případu a o detailní popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokladem je, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.

Existuje několik typů případových studií (Hendl, 2016). Prvním je osobní případová studie, ve které jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Druhým typem je studie komunity, kde se zkoumá jedna nebo více komunit ve městě a případně se provádí jejich komparace. Třetím je studium sociálních skupin, v němž jde o zkoumání jak malých skupin (rodina), tak větších difuzních skupin (zaměstnanecká skupina). Tyto studie nejčastěji popisují a analyzují vztahy ve skupině. Čtvrtým typem je studium organizací a institucí, kdy se zkoumají například školy, firmy, organizace atd. Cílem bývá hledání nejlepšího vzorce chování, evaluace, zkoumání procesů změn a adaptace. Pátým typem je zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů, které se zaměřuje na určitou událost a zahrnuje např. analýzu interakce učitele a žáka, konfliktu rolí, stereotypů, adaptace. Můj výzkum denních stacionářů by podle tohoto dělení patřil do čtvrtého typu – studium organizací a institucí.

Pojetí případové studie se od sebe u jednotlivých autorů v některých aspektech liší, ale většinou jsou pojímány jako vzory pro kvalitativní výzkum. Stake (1995) například definuje případovou studii jako úsilí o porozumění

určitému sociálnímu objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě. Sociální objekt je pro něho ohraničeným systémem a případová studie vypráví historii tohoto systému. „Proto pro určení konceptuální struktury výzkumu volíme spíše stránky nebo vlastnosti případu, abychom se mohli zaměřit na komplexitu a kontextualitu“ (Stake, 1995, str. 16). Případ je něco speciálního, žák, třída, program, ale ne problém nebo téma. Případ má v jistém smyslu jedinečný život. Je to něco, čemu nerozumíme, a proto to zkoumáme. Stake je považován za konstruktivisticky a interpretativně orientovaného výzkumníka.

Naopak Yin (1994) definoval případovou studii jako strategii pro zkoumání předem určeného jevu v přítomnosti v rámci jeho reálného kontextu, a to zvláště když hranice mezi jevem a kontextem nejsou zcela jasné. Jeho přístup vychází spíše ze zásad vědeckého realismu než z konstruktivismu nebo interpretativismu. Pracuje jak s kvalitativními, tak s kvantitativními daty. Podle Yina je při plánování případové studie důležitá okolnost, zda budeme pracovat s jedním nebo s více případy. Mluvíme pak o mnohonásobných nebo mnohopřípadových studiích. Výběr případů je v tomto typu studie cílený. Mnohonásobné případové studie používáme v komparativním výzkumu nebo při pokusu navrhnout novou teorii. Souhrnná zpráva obsahuje zprávy o jednotlivých případech a celkové zhodnocení včetně komparace.

Výzkum pomocí případové studie se skládá ze šesti kroků, které jsou ve vzájemné interakci (Hendl, 2016). Prvním krokem je určení výzkumné otázky, druhým výběr případu, určení metod sběru a analýzy dat, třetím bodem je příprava sběru dat, čtvrtým krokem je sběr dat, který probíhá současně s pátým, jímž je analýza a interpretace dat. Posledním šestým krokem je příprava zprávy. „Případová studie má být pružná, co se týká množství a typu dat. Data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, pozorování nebo dokumenty“ (Hendl, 2016, str. 113). Tímto postupem jsem se snažila řídit při svém výzkumu.

V souvislosti s mým výzkumným cílem byla formulována hlavní výzkumná otázka, která zněla: Jak je v prostředí denního stacionáře pro seniory

definována péče o seniory z pohledu různých zainteresovaných aktérů? Hlavní výzkumná otázka byla dále rozpracována do následujících rozvíjejících výzkumných otázek: Jaké jsou přínosy a problémy tohoto typu formální péče? Jaká je poptávka po tomto typu služby? Pro koho je tato péče určena? Jak je tato péče financována? Kdo jsou pečovatelé a pečovatelky a jaká je jejich motivace vykonávat tuto práci? Jaké další sociální služby navazují či souvisí s denními stacionářemi?

Denní stacionáře pro seniory byly vybrány v různých městech s odlišným počtem obyvatel. Jeden stacionář se nachází v Praze a druhý v Libereckém kraji. Z hlediska zaměření se stacionáře také liší. Jeden je určen seniorům a osobám se zdravotním postižením od 50 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost. Druhý se specializuje na osoby s poruchou komunikace a prezentuje se jako místo, kde se setkávají tři generace. Prvotním impulzem pro studium dvou denních stacionářů byla snaha o možnou komparaci. Předpokládala jsem, že poloha a zaměření denního stacionáře může ovlivnit strukturu klientů, přístup pečovatelek a celý chod stacionáře. Rozhodla jsem se proto použít stejné metody sběru dat.

Sběr dat probíhal komplikovaněji, než jsem předpokládala. Oslovila jsem hned několik denních stacionářů. Z některých se mi vůbec nikdo neozval, v některých mě s omluvou odmítli. Nakonec se mi podařilo spojit se se dvěma denními stacionáři. K prvnímu kontaktu s nimi došlo na začátku roku 2017. Od té doby probíhal sběr dat, jehož hlavním zdrojem byly rozhovory, dotazníky, zúčastněné pozorování a analýza dokumentů. K tomu, aby obraz fungování byl co nejširší, jsem se rozhodla pro výzkum obou zúčastněných stran, tzn. jak pracovníků denních stacionářů, tak i klientů.

Jako výzkumnou techniku sběru dat jsem si zvolila rozhovor, a to z toho důvodu, že se mi zdál nejvíce vhodný ke zkoumání skutečností z oblasti života vybraných jedinců. V rámci výzkumu jsem se rozhodla použít techniku polostrukturovaného (polostandardizovaného) rozhovoru, při kterém má výzkumník seznam otázek a témat, které chce v rámci rozhovoru

s dotazovaným probrat (Hendl, 2005). Je pouze na výzkumníkovi, aby se rozhodl v jakém pořadí a jak formulované otázky bude klást. To mu poskytuje určitou volnost při dotazování. Celkem jsem realizovala pět [10] polostrukturovaných rozhovorů s pečovatelkami (pracovnicemi) dvou denních stacionářů. Všechny mé komunikační partnerky byly ženy ve věku cca 40–55 let. Rozhovory trvaly zhruba 30–40 minut, s dovolením všech komunikačních partnerek byly nahrávány na diktafon, a následně doslovně přepsány [11]. Jednotlivé přepisy byly v programu Atlas.ti kódovány podle klíčových témat a následně také analyzovány.

Původně jsem zvažovala možnost uskutečnit rozhovory se samotnými klienty stacionářů (seniory). Po první návštěvě jsem však od této možnosti upustila. Klienti a klientky stacionářů byli povětšinou lidé s kognitivními poruchami, kteří trpěli různými onemocněními (Alzheimerova choroba, stařecká demence, Parkinsonova choroba atd.). Jejich vyjadřovací schopnosti byly již omezenější, někteří dokonce měli velké problémy s řečí, vyjadřováním a pamětí. Nabyla jsem pocitu, že odpovědi, které bych od nich získala, by neměly vzhledem k mému výzkumu takovou vypovídací hodnotu, navíc se mi to i z mého osobního pohledu zdálo nevhodné až neetické. Rozhodla jsem se tedy, že informace o klientech stacionářů získám pomocí zúčastněného pozorování a rozhovorů s jejich rodinami (blízkými), což jsem ale v průběhu výzkumu byla nucena ještě pozměnit.

Polostrukturované rozhovory s pracovnicemi DS proběhly vždy po předchozí domluvě, nejčastěji přímo v budově stacionáře. Všechny komunikační partnerky byly velmi ochotné mi poskytnout rozhovor, který probíhal podle předem připraveného scénáře[12]. Před rozhovorem byly všechny komunikační partnerky seznámeny s tématem a účelem výzkumu a souhlasily s nahráváním. Během rozhovorů se většinou objevily i témata a otázky, které

[10] Dva rozhovory z jednoho DS a tři z druhého DS (pozn. autorky).

[11] Přepisy rozhovorů se nachází u autorky práce (pozn. autorky).

[12] Scénář rozhovorů s pečovatelkami denních stacionářů je v příloze č. 2 této práce (pozn. autorky).

jsem neměla předem připravené. Závěrem ještě proběhlo neformální konverzační ukončení rozhovoru. Zajímavé postřehy jsem si vždy zaznamenávala ve formě terénních poznámek. Všechny tyto skutečnosti mi poskytly detailnější pohled na fungování centra z pohledu zaměstnanců.

Ve stacionářích jsem také nejdříve nechala na nástěnce letáček, který žádal rodinné příslušníky klientů, aby se zúčastnili výzkumu. Na tuto výzvu se mi nikdo neozval, proto jsem se dohodla s pečovatelkami, že letáčky budou předávat rovnou rodinným příslušníkům. Tímto způsobem se mi podařilo získat jeden polostrukturovaný rozhovor se ženou, jejíž maminka je klientkou denního stacionáře. Tento rozhovor probíhal podle předem připraveného scénáře[13], trval zhruba 35 minut, s dovolením komunikační partnerky byl nahráván na diktafon, a následně doslovně přepsán[14]. Tento přepis byl spolu s ostatními rozhovory v programu Atlas.ti kódován podle klíčových témat a následně také analyzován.

Většina ostatních rodinných příslušníků se omluvila nejčastěji s tím, že mají málo času a spoustu práce. Nepodařilo se mi tedy získat více rozhovorů od rodinných příslušníků klientů denních stacionářů. Proto jsem se po dohodě s pečovatelkami denních stacionářů a s vedoucí mé diplomové práce rozhodla, že zvolím metodu dotazníků.

Otázky, které jsem měla připravené pro polostrukturované rozhovory s rodinnými příslušníky klientů denních stacionářů, jsem přepracovala do podoby dotazníku[15]. Dotazník obsahoval celkem 15 otázek (9 uzavřených otázek a 6 otevřených otázek) a zaměřoval se jak na zkušenosti a spokojenost se službami denních stacionářů, tak i na zvládání, organizaci a financování péče o seniory. Celkem se mi podařilo sebrat 20 dotazníků[16], které jsem následně analyzovala.

---

[13] Scénář rozhovoru s rodinnými příslušníky klientů denních stacionářů je v příloze č. 3 této práce (pozn. autorky).

[14] Přepis rozhovoru se nachází u autorky práce (pozn. autorky).

[15] Dotazník je v příloze č. 4 této práce (pozn. autorky).

[16] Dvanáct dotazníků z jednoho DS a osm z druhého DS (pozn. autorky).

Výzkum je dále doplněn zúčastněným pozorováním. Oba denní stacionáře jsem navštívila několikrát; kvůli zúčastněnému pozorování pak každý z nich dvakrát, jednou na kratší dobu (zhruba 30–40 minut), podruhé na delší dobu (zhruba 120–150 minut). Během návštěv jsem se zaměřila hlavně na pozorování chování a reakcí klientů (seniorů), dále pak také na prostředí a program v denních stacionářích. Vedení obou denních stacionářů i jeho zaměstnanci byli o průběhu výzkumu informováni.

Data získaná pomocí rozhovorů, dotazníků a zúčastněného pozorování jsem následně doplnila o další techniku, a to studium dokumentů. Za dokumenty lze považovat „taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum, výzkumník se zabývá již tím, co je k dispozici, ale musí to vyhledat“ (Hendl, 2005, str. 204). Pro účely mého výzkumu mi posloužily dokumenty, které lze označit jako propagační materiály, mezi které patří např. informační brožury a letáky, webové stránky atd. Díky použití výše popsaných technik sběru dat jsem získala informace, které se staly důležitým materiálem pro zodpovězení dílčích výzkumných otázek a následně i hlavní výzkumné otázky. Všem dotazovaným, kteří byli zahrnuti do výzkumu, byla zaručena anonymita, z tohoto důvodu byla v textu všechna jména pozměněna, aby nebylo možné dotazované identifikovat.

Následující text vychází z dat získaných při studiu dvou zmíněných denních stacionářů. U kvalitativního výzkum na rozdíl od dat získaných kvantitativním výzkumem lze data získaná tímto výzkumem jen stěží zobecňovat, jelikož výzkumník pracuje jen s omezeným počtem jedinců, často také pouze na jednom určitém místě (Hendl, 2005). Závěry prezentované v této práci si nekladou nárok na generalizaci, ale je třeba je číst jako závěry vycházející z omezeného výzkumného vzorku.

2.2. Případ X: Centrum setkávání tří generací

Denní stacionář pro seniory X se prezentuje jako sociální služba poskytující služby seniorům, u kterých došlo z různých příčin k trvalé či dočasné ztrátě soběstačnosti či trpí osamělostí a sociální izolací a kteří vyžadují každodenní pomoc a společnost. Centrum také nabízí odbornou individuální logopedickou terapii seniorům trpícím poruchou řečových funkcí (afázie po cévních mozkových příhodách, úrazech mozku apod.). Jedná se o zařízení rodinného typu, jehož cílem je zajištění smysluplného a aktivního trávení času klientům v prostředí, kde se scházejí tři generace. Zařízení je bezbariérové a pro své klienty zajišťuje celodenní stravování.

Deklarovanými cíli centra denní péče je podpora rodin pečujících o seniora, aby jim tak bylo umožněno sladit rodinný a pracovní život. Seniorům poskytuje možnost se denně vracet do domácího prostředí a jejich rodinám podporu v době pracovního vytížení. Klienti si sami volí frekvenci docházky dle potřeb a možností rodiny. Primárním cílem denního stacionáře je posilovat soběstačnost a samostatnost klientů, zpříjemnit a obohatit jejich dny, zmírnit pocit osamění, případně přispět k návratu do běžného života. Klientům trpícím afázií centrum poskytuje individuální diagnostiku a terapii vedenou klinickým logopedem.

Denní stacionář zajišťuje také sociální kontakt v rámci relaxačních činností a aktivit, pomoc při běžných sebeobslužných činnostech a psychologickou pomoc při adaptaci na změněný zdravotní stav. Mezigenerační setkávání klientů při společných aktivitách významně podporuje motivaci seniorů k vlastní aktivitě. Propagační materiály udávají, že s každým klientem se pracuje individuálně dle jeho skutečných potřeb.

Na následujících stránkách popíši výsledky svého zkoumání z výše představeného denního stacionáře pro seniory X.

2.2.1. Prostředí, program a aktivity

Denní stacionář pro seniory se nachází v přízemí patrové historické vily se zahradou. Přestože stacionář není zcela bezbariérový, prostory jsou na první pohled uzpůsobeny pro lidi s horší pohyblivostí. Z chodby, kde si klienti odkládají a přezouvají se, se vchází do jedné ze dvou hlavních místností, která by se dala označit jako jídelna. Místnosti dominuje obrovský dřevěný stůl s několika dřevěnými polstrovanými židlemi. Prostor působí trošku historickým, ale zároveň velmi útulným a příjemným dojmem. V této místnosti se každé ráno klienti schází, snídají a začínají svůj den plný různých aktivit. Jednou z nejdůležitějších aktivit je setkávání se s dětmi ze školky, která sídlí v patře nad denním stacionářem.

> *„Propojením centra denní péče a školky navazujeme na tradiční model rodiny s mezigeneračním soužitím, který navozuje vlídnou atmosféru sounáležitosti a kontinuity, přirozený respekt k lidskému životu i všem jeho etapám. Takové setkávání poskytuje nenahraditelné obohacení v době, kdy se přirozené vazby mezi generacemi narušují vlivem životního stylu. Kontakt s dětmi vyvolává u dospělých a seniorů ochranitelské a pečující sklony vedoucí k posílení motivace k účasti na vlastním životě. Pro děti znamená setkávání se seniory přijímání stáří bez ostychu a s porozuměním. Proto jsme do denního programu zařadili společné aktivity jako jsou čtení, výtvarné činnosti, zpěv, hry či práce na zahradě. Společně aktivně prožité chvíle přispívají ke zlepšení fyzického, citového i kognitivního rozvoje.“* (propagační materiály DS X)

Celé zařízení funguje jako vícegenerační centrum, kde dochází k setkávání tří generací. S touto myšlenkou přišly zakladatelky hned od začátku projektu, jelikož jim připadalo, že to může být velkým přínosem pro všechny zúčastněné skupiny.

> *„Asi trošku ten nápad byl takový spontánní. Původně to mělo být zařízení pro seniory, a když jsme vymýšleli, co všechno by pro ně bylo právě*

přívětivý, tak jsme přišli na to, že i to propojení s těma dětma by mohlo být velmi motivující a velmi stimulující, tak jsme se tak nějak koukali, jestli takovýhle nějaký projekt už u nás existuje, což u nás ne, ale ve světě jsme na něco takovýho narazili a zkusili jsme to jako takový společný projekt." (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Každé dopoledne zhruba mezi devátou a desátou hodinou dopoledne přicházejí děti z prvního patra dolů mezi seniory, aby strávili nějaký čas spolu a podíleli na společných aktivitách.

„To probíhá vlastně každé ráno od těch devíti do půl desáté až desáté, a pak máme jednou za měsíc akci – projektový den se to jmenuje, a to máme vždycky nějakým způsobem zaměřený, třeba na kytičky – například, trvá to třeba dvě hodiny, že strávíme čas společně a děláme různé soutěže, povídání o tom tématu – tak tímhle způsobem. Nebo občas s dětmi něco vytváříme anebo vaříme, pečeme." (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Tato návštěva je doprovázena „rituálem vítání". Některé děti se okamžitě rozběhnou ke konkrétnímu seniorovi, z čehož je patrné, že mezi dvojicí je bližší vztah a že se více znají.

„No já si myslím, že úžasně. Tím, jak jsem tu vlastně od začátku, už tím čtvrtým rokem, tak můžu pozorovat, jak to dělá oběma těm skupinám dobře. Jak ty děti mají příjemný, pozitivní vztah k těm dědečkům a babičkám, což je krásný – ty už mají ty svoje oblíbený, že hned k nim běží a sednou si k nim na klín a je to vlastně jako rodina, tak když vidíte ty rozzářený seniory, když ty děti vidí, tak to je prostě úplně neskutečná radost. Takže má to pozitivní vliv na obě strany, řekla bych skvělý, je to takový přirozený, nenucený, prostě tak, jak to v životě má být, neoddělovat ty generace." (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Po přivítání se všichni přesouvají z jídelny do druhé místnosti, která by se dala nazvat jako obývací pokoj nebo „herna". V místnosti jsou rozmístěna křesla, pohovky, stolečky, ale je tu i knihovna, klavír a další hudební nástroje.

Když se všichni usadí – senioři do křesel a pohovek a děti nejčastěji na zem – začíná rozdělování hudebních nástrojů. Děti roznáší triangly a ozvučná dřívka – jedny jsem také dostala. Větších a náročnějších hudebních nástrojů se ujímají paní učitelky z mateřské školy. Nejprve na řadu přichází představení – děti předvádí naučené písničky a tančí – a později se ke zpěvu a hraní připojují všichni. V obou skupinách jsou zastoupeni jak ti, kteří se aktivně zapojují a svědomitě se snaží, ale také ti, kteří vypadají mírně znuděně, a pak také „baviči“, kteří se smějí a dělají různé grimasy.

Mezi dětmi i seniory si lze všimnout, že velká část z nich má nějaké problémy s řečí nebo s vyjadřováním. Přesto se všichni zapojují do zpěvu a hovoru.

> *„… Ony obě ty skupiny jsou limitovány právě komunikačně, protože nejsou schopny se verbálně až tak dobře vyjadřovat, proto k tomu slouží ty setkání, kde hodně používáme hudbu, rytmizaci, pohyb a podobně. Takže oni si vlastně sdělují jinými kanály než je ta verbální komunikace. A funguje to velmi dobře, protože tím, že všichni mají nějaký problém, tak jsou k sobě velmi tolerantní. Dokážou se vžít do toho druhýho, dokážou si na sebe počkat, tak to probíhá všechno tak v poklidu a přispívá to právě k rozvoji té komunikace. Za normálních okolností dospělý člověk, který se vyjadřuje špatně, tak raději nemluví se sobě rovnými. Ale tady mu to nevadí, protože ví, že má na to ten čas, může se vyjádřit a právě tak postupně se začíná rozmlouvat. Jak jsou ty kanály jiný než slovní, tak to funguje hrozně dobře.“* (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Nakonec děti přidávají pár básniček a poté se rozloučí a odchází. V místnosti panuje velmi příjemná a pozitivní nálada.

> *„Jo to jo, já myslím, že si to docela užíváme a velmi často člověk si tak v duchu říká, jo, má to smysl, je to prostě úžasný. Je to krásný vidět tu radost, třeba ti senioři úplně rozkvetou s těma dětma a ty vztahy.“* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Po odchodu dětí přichází na řadu protahování a cvičení. Lektorka předvádí cviky, které mají senioři opakovat. Některým se do aktivity moc nechce a lektorka je pobízí. Někteří naopak svědomitě opakují cviky a komentují svoje pokroky. V průběhu si občas jedna z pečovatelek odvede některého klienta nebo klientku do kanceláře, kde probíhají individuální terapie zaměřené na rozmluvení a řeší se konkrétní problémy daného seniora.

Po cvičení přichází paní, která má přednášku o cestování v severských zemích a o své dobrovolnické aktivitě. Všichni sedí usazeni v křeslech a na pohovkách a sledují prezentaci a fotky, které jsou promítány na stěnu. V průběhu se někteří na něco zeptají nebo něco komentují, někteří poklimbávají v křeslech. Po přednášce je čas oběda.

Program v denním stacionáři se mění a je velmi pestrý, některé aktivity ale zůstávají každý den stejné, aby tak existovaly určité pevné body, které klientům dodávají pocit řádu a stability.

> *"Probíhá to tak, že každé ráno, když se tu sejdeme s klienty, tak nejdříve probereme denní tisk a co je nového, pak po svačině přijdou děti, společně si zazpíváme nebo nějaké říkanky a hry si zahrajeme a pak děti si jdou zase do školky na svůj program. A my tu máme svoje aktivity, je to hlavně trénink paměti, různé kvízové hry, muzikoterapie, logopedii tu máme hodně."* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

> *"Jako jak probíhá náš den, celý ten program? No, v podstatě tím, že klient přijde, většinou přicházejí mezi osmou hodinou, osmou třicátou, tak nabídneme jim nápoje: kávu, čaj, vodu, na co mají chuť, a pak si společně povídáme, co prožili třeba ten večer předtím, odpoledne, jak se vyspali. A pak si taky čteme denní tisk, probíráme ty události, snažíme se trošku vyhýbat politice, protože to může být někdy ošemetný, každý má nějaký jiný názor a někdy se může stát, že se třeba rozčílí a to není potřeba (smích). Pak, někdy kolem půl deváté dostávají svačinu a pak na devátou už přicházejí děti ze shora a máme společný půlhodinový program. Většinou*

zpíváme nebo si říkáme nějaké básničky, děti tancují nebo i hry třeba hrajeme společně. A děti jsou tady teda od těch devíti do půl desáté, pak máme my program – v podstatě každý den máme něco jiného, takže když bych vám měla popsat třeba pondělí konkrétně, tak to míváme na půl hodiny dechové cvičení, to k nám dochází jedna paní, která dělá s našimi klienty dechové cvičení, což je taková forma jógy vlastně, protahování a do toho se učí správně dýchat. Potom navazuje arteterapie a ta je až do půl dvanácté, tam si tak různě vyrábíme, malujeme, na to máme zase odbornici, a pak už je oběd. Rozmluvení, rozhýbání, na nějakou tvořivost. Pak teda máme ještě – když zrovna není ta arteterapie, tak míváme tréninky paměti – dvakrát týdně, což je teda taky skvělý, protože tam zase se snažíme trénovat paměť, né jenom jejich, i naši (smích).” (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Pečovatelky i celé vedení denního stacionáře považují aktivity a pestrý program za velmi důležitou součást života seniorů, která přispívá ke kvalitnímu prožití stáří. Všechny aktivity jsou podle pečovatelek volené tak, aby seniory co nejvíce rozvíjely nebo je alespoň co nejdéle udržovaly v kondici. Důležité je, aby senioři nebyli pouze pasivní, ale aktivně se zapojovali do programu.

„My máme většinu klientů, protože jsme specializovaný na poruchy komunikace, máme tady tu logopedii, tak máme většinu klientů po mozkových mrtvicích, afatiky. A oni obecně ti afatici jsou takový víc uzavření do sebe a právě cílem tohohle zařízení je vtáhnout je do té komunikace a trošku je postupně rozvíjet. Takže my se naopak snažíme aktivovat.“ (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

„Ono je taky důležitý jim to správně podat. Vysvětlit jim, že vlastně je potřeba procvičovat nejen ten mozek nebo tu řeč, ale i hrubá a jemná motorika. Že to všechno souvisí. Ale když se jim to vysvětlí, tak je to lepší.“ (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Je patrné, že myšlenka a snaha rozvíjet a aktivizovat seniory v denním stacionáři je ovlivněna nebo dokonce přímo vychází z konceptu aktivního stárnutí. Jak již bylo napsáno v teoretické části, rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob. Hlavním cílem Evropského roku 2012 bylo vytvořit kulturu aktivního stárnutí založené na společnosti, která je vstřícná pro všechny věkové skupiny (Evropský rok, 2015). Termín aktivní stáří v devadesátých letech přijala Světová zdravotnická organizace s cílem nabídnout pozitivní vizi stárnutí založenou na udržení autonomie a nezávislosti ve stáří. Koncept aktivního stárnutí je definován jako „proces, který maximálně rozvíjí příležitosti pro zdraví, participaci a ochranu seniorů, a tím zvyšuje kvalitu života v období stáří člověka“ (World Health Organization, 2002: 12).

Obraz aktivního stáří se odráží nejen v gerontologickém a politickém diskurzu, ale také v přístupu profesionálů k péči o seniory a v konkrétním smýšlení samotných seniorů. Aktivní stáří je považované za dobré, tedy za nejvhodnější způsob stárnutí. Aktivita se v současné době stává univerzálním „dobrem“, což je podporováno řadou gerontologických studií, které mapují pozitiva aktivního stylu ve stáří (Katz, 2000). Změny, které jsou spojeny s přirozeným procesem stárnutí, jako například zhoršení zdravotního stavu, snížení pohyblivosti a aktivity, jsou často ignorovány (Higgs, Jones, 2009).

Ačkoliv klienti denního stacionáře patří právě mezi ty jedince, u kterých dochází ke zhoršení zdravotního stavu a často prakticky k nemožnosti starat se plně sám o sebe, koncept aktivního stáří výrazně ovlivňuje jejich program v denním stacionáři.

Klienti denních stacionářů jsou z mého pohledu někde mezi třetím a čtvrtým věkem. Jak již bylo popsáno v teoretické části, čtvrtý věk není spojován s žádným životním stylem, ale je vymezen spíše sociální percepcí. Je obávaným stavem, kterému je připisovaná křehkost, stav beznadějné nenávratnosti a úzká provázanost s druhými ve formě pomoci nebo péče

a vstupu sociálních institucí. Zároveň ale jejich program a pestré aktivity v denních stacionářích odpovídají pojetí třetího věku, který je často zaměňován s konceptem aktivního stárnutí a pro který je typická právě aktivita.

Pro seniory třetího věku (a nejen pro ně) představuje život v institucionálním zařízení obávanou podobu stáří, zatímco pro seniory v denních stacionářích ji představuje život v pobytových zařízených (jako jsou například domovy pro seniory). V denním stacionáři je patrná jistá distinkce „my vs. oni“, kde „my“ představuje prostředí denních stacionářů a „oni“ představuje většinu ostatních sociálních služeb pro seniory, především tedy ty pobytové.

> *„Možná že to jsou spíš velkokapacitní [domovy pro seniory], že už to tam není tak osobní, že se tam ten člověk cítí jako jeden z řady jenom. Nevím. Ta atmosféra, ono už je to potom těžký ve velkém, to už nikdy neuděláte tak, abyste se cítila jako v rodině.“* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Často jsou v souvislosti s denním stacionářem ze strany pečovatelek a pracovnic DS zmiňovány pojmy rodina, rodinná péče a rodinné prostředí. Z různých výzkumů ale i z mediálního a politického diskurzu je patrné, že v české společnosti převládá názor, že nejlepší péče o seniory je ta rodinná, která představuje tradiční model. Spojování péče o seniory v denních stacionářích s rodinným prostředím tak vytváří dojem, že tato péče je dobrá.

> *„Tím, že je to menší zařízení, jsme zařízení rodinného typu a ti klienti, kterých je tu maximálně třicet, tak se mezi sebou dobře znají, tak tu prožíváme i během toho roku to, co se prožívá i v té rodině. Že tu společně slavíme svátky, vánoce, velikonoce, narozeniny, takže i tohle hrozně sdružuje ty lidi, těší se na to, má to nějakou svou strukturu, posloupnost. Takže fakt prožíváme ten rok, není každý den stejný. Hodně se to mění a nám to víc rozhodně dává, než že by nás to nějak vyčerpávalo.“* (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Zatímco pečovatelky a pracovnice denního stacionáře si chválí právě rodinné prostředí a rodinnou atmosféru, rodinní příslušníci klientů častěji mluví spíše o profesionalitě a malém prostředí, kde pracovnice denního stacionáře mají více času na jednotlivé klienty, než že by stacionář vyloženě spojovali s rodinnou péčí. Tento fakt je pravděpodobně dán tím, že samy pečovatelky se snaží v denním stacionáři vytvářet rodinné prostředí, a jelikož tráví s klienty hodně času, berou je jako svoji rodinu. Zároveň se tak snaží legitimizovat tento typ péče jako vhodný a pro seniory příjemný.

Výše popsaný denní stacionář pro seniory X je centrem setkávání tří generací, kde je hlavní důraz kladen na aktivity, které vykonávají senioři spolu s dětmi, čímž je napodobován a vytvářen model rodinné péče. Další aktivity jsou zaměřené především na logopedii a rozmluvení. Důležitým aspektem péče je také pestrý program, který navazuje na model aktivního stárnutí, a taktéž vymezení se oproti jiným druhům péče o seniory a oproti jiným sociálním zařízením, především těm pobytovým, které jsou dle slov pečovatelek „velkokapacitní“ a člověk se tam cítí „odložen“.

2.2.2. Kdo pečuje

Pečujícími osobami jsou nejčastěji ženy, a to nejen v péči o děti, ale i v péči o nemohoucí seniory. Tento „trend“ je patrný nejen v domácnostech, ale i v zařízeních sociální péče. V tomto denním stacionáři pracují 3 pečovatelky, kterým ještě pomáhají další externí pracovnice (lektorky, logopedky a lékařka). Tým denního stacionáře je výhradně ženský. Všechno jsou to ženy ve věku zhruba 45–55 let.

> *„Možná někde jsou [muži], je pravda, že jsem byla na jednom školení – na více školení, ale jenom na jednom jsem se setkala, že tam byl chlap pečovatel, jinak samé ženy. Tak je to škoda, ale zase to chápu, že pro ně to není absolutně lukrativní, aby uživili rodinu.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Muži se v roli pečovatelů objevují velmi zřídka. Tento fakt je spojen jednak s genderovými důvody – pečovatelské sklony a povinnosti se často přisuzují ženám, a to zejména kvůli kulturním předpokladům a stereotypům, podle nichž by ženy měly upřednostňovat potřeby své rodiny a blízkých před svými vlastními. Důvodem je ale také to, že práce v sociální sféře je finančně špatně ohodnocena. Tyto dva důvody jsou přitom vnitřně propojeny – péče je chápána jako poslání ženám vlastní, a není ji tedy potřeba ještě tolik finančně oceňovat (England, Budig, Folbre, 2002). Tento fakt uváděly pečovatelky denního stacionáře. Podle nich je mužů v sociální sféře velice málo právě proto, že je tato práce nedostatečně placená, což si muži jako živitelé rodiny nemohou dovolit.

> *„No tak pro muže to vůbec jo, ti chlapi přece jenom mají tu roli toho člověka, který se musí starat o tu rodinu finančně.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

> *„Většinou asi tím, že pracují v sociální oblasti především ženy, tak většinou mají partnery, kteří vydělávají tak nějak normálně a tu rodinu živí, takže myslím, že se dá. Nebo hold musí člověk si přivydělat ještě někde jinde.“* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Pečující osoba nemusí být podle pracovnic denního stacionáře žena. Důležité jsou spíše vlastnosti jako trpělivost, laskavost a komunikativnost, dále také psychická ale i fyzická odolnost. Tyto vlastnosti, až na poslední zmíněnou, jsou však ve společnosti přisuzovány spíše ženám než mužům.

> *„No určitě tu trpělivost a laskavost a ten pozitivní přístup k lidem, komunikativnost.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Zajímavým faktem je, že pracovnice denního stacionáře většinou nejsou původně vzdělané v oboru sociálních prací, a často se k práci pečovatelky dostaly až v pozdějším věku. Pracovně se nejdříve věnovaly úplně jiným oborům.

„Rovnou ne, já jsem předtím dělala spíš takovou obchodní referentku a ještě jsem masírovala.“ (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Pro práci v sociální oblasti se komunikační partnerky rozhodly ve chvíli, kdy je jejich původní zaměstnání již tolik nebavilo a nenaplňovalo a hledaly obor nebo činnost, která by podle nich měla smysl. Přechod k práci pečovatelky popisují jako zlom ve svém životě, kdy našly to správné uplatnění a práci, která je naplňuje.

„Já jsem předtím pracovala v úplně jiném oboru, já jsem pracovala jako asistentka jedné módní návrhářky český (smích). A pak nastal zlom, kdy jsem si řekla, že chci dělat něco jiného, úplně, že jsem měla pocit, že to nemá žádnou budoucnost nebo význam, ta moje práce, tak jsme tady s mojí kolegyní vymyslely tady tenhle projekt a vrhly jsme se na to (smích).“ (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Pro to, aby člověk mohl vykonávat práci v sociální sféře, může studovat vysokou nebo vyšší školu se sociálním zaměřením, existuje ale i možnost rekvalifikačních kurzů. Důležitější než vzdělání je ale podle pracovnic denního stacionáře motivace a chuť tuto práci vykonávat. Samy pečovatelky se však často účastní dalších různých kurzů a školení, které se zaměřují na „nové trendy“ v péči o seniory.

„No já jsem si udělala jenom kurz sociálního pracovníka – tříměsíční. Nevím, jestli to stačí. Ale hlavně tak asi musíte mít tu chuť se do něčeho takového pustit. A hlavě trpělivost se staršími lidmi, ta je potřeba, hrozně moc.“ (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Je zajímavé, že rodinní příslušníci klientů denního stacionáře si na péči nejvíce chválí profesionalitu personálu a odbornou péči. Podle pracovnic denního stacionáře ale naopak dobrá péče netkví pouze ve vzdělání a školení, ale spíše v povahových rysech, schopnostech a motivaci jednotlivých pečovatelek tuto práci vykonávat. Největší motivací vykonávat tuto práci je

pak nejčastěji pocit, že dělají něco smysluplného. Práce je pro ně „srdeční záležitost“.

> *„Já hlavně vidím, že je to prospěšná práce, že ty lidi, kteří tu péči potřebují, jsou za to vděčni a oceňují to. A pomáhá jim to. Je to prostě důležitý.“* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)
> *„No ta radost, když pak vidíte, že to k něčemu je, že ti lidé sem chodí rádi. Že přijde třeba zamračený, se špatnou náladou, ale postupně to z něj opadne a je tady hrozně rád. Potom říká třeba: já bych tady třeba i zůstal. A pak, když přijdou ty děti a vidíte, jak jsou šťastný, oboje – děti i senioři, tak to je nejlepší, no.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Práce ve stacionáři má ale i svá negativa. Největším problém je, jak již bylo zmíněno, finanční ohodnocení pečovatelek. Podle jejich slov se tato práce nedá vůbec dělat pouze kvůli penězům. Konkrétně v tomto stacionáři se stalo, že ze začátku, když se projekt rozjížděl a nikdo nevěděl, jestli bude fungovat, tak všichni pracovali v podstatě zadarmo. Až později se podařilo projekt rozjet a získat finanční prostředky na fungování a provoz denního stacionáře.

> *„Finanční stránka je smutná (smích). Musí to člověk dělat z lásky.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Dalším aspektem je psychická náročnost práce. Senioři často trpí různými nemocemi a práce s nimi bývá komplikovanější a vyžaduje trpělivost. Navíc se často stává, že zdravotní stav některého klienta se zhorší natolik, že již není možné, aby denní stacionář dále navštěvoval. Většina klientů musí v určitou chvíli odejít kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Právě zhoršující se zdravotní stav spolu s úmrtností jsou nejčastějšími příčinami odchodu klientů. Na rozdíl od mateřské školy, kde je odchod dětí vnímán vlastně pozitivně, v denním stacionáři pečovatelky vnímají odchod jako něco velice smutného. Člověk si tak mnohem více uvědomuje svoji konečnost a často je mu

připomínána negativní stránka stárnutí. V takovém prostředí pak není schopný pracovat úplně každý.

> *„Negativa jsou, to si uvědomuju, někteří ti lidé pak odcházej a už víte, že prostě nepřijdou, že je konec, no, že už jsou na tom tak špatně. Tak to je takový smutný, že si na toho člověka zvyknete a....“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Práce pečovatelky není náročná pouze psychicky, ale také fyzicky. Ačkoliv klienti denního stacionáře musí být schopni se samostatně pohybovat, často potřebují pomoc při vstávání nebo zvedání (například když upadnou). Pracovnice denního stacionáře se shodují v tom, že jim občas chybí „mužská síla“ v kolektivu. To, že v sociální sféře pracuje jen málo mužů, je dáno podle nich tím, že je to oblast, jak již bylo řečeno, málo finančně ohodnocena. Podle pečovatelek by tak bylo dobré, kdyby stát finančně podpořil sociální pracovníky, a tím by nalákal více mužů do tohoto oboru. Otázkou však zůstává, kdyby se finanční ohodnocení v sociální sféře zlepšilo, jestli by v ní začalo pracovat více mužů, anebo jestli má na jejich nedostatek v tomto oboru vliv spíše to, že společensky je toto odvětví považováno za ženské.

> *„No myslím, že nedostatečná podpora státu, nedostatečné ohodnocení celkově sociálních pracovníků. Myslím, že se to mnohdy nezdá, ale je to těžká práce fyzicky i psychicky. Nemyslím teď konkrétně jenom u nás, ale vůbec v ústavech sociální péče, co jsem byla i na praxích, kde jsou třeba mentálně postižení, tak když to tak vezmete, tak skoro všude pracují ženy, a ta práce opravdu je fyzicky náročná, nejen psychicky, ale fyzicky. A není dostatečně finančně ohodnocená. Tím pádem tam nepracují ti muži, kteří by byli potřeba na to, aby s tím klientem manipulovali.“* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Jelikož je práce v denním stacionáři finančně špatně ohodnocena a fyzicky a psychicky velice náročná, přiznávají pečovatelky, že slaďování pracovního a osobního života není úplně nejsnazší. Když má doma člověk malé dítě, které

vyžaduje hodně pozornosti, musí to být podle nich velice těžké. Malé děti vyžadují hodně trpělivosti a péče, kterou však také vyžadují senioři v denním stacionáři. Jelikož se člověk v práci hodně „vydá“, musí pak být podle pečovatelek velice těžké fungovat ještě doma s malými dětmi. Samy si nedokáží příliš představit, že by tuto práci dělaly ve chvíli, kdy měly doma malé děti. K této práci se většinou dostaly až ve chvíli, kdy jejich děti byly již větší a situace doma to „povolila“.

> *„To musí být náročný. Tak já už mám děti velký, ale kdybych měla malý děti, tak to nevím, jak bych to zvládala. Už mám děti odrostlý, takže... A i tak vám teda řeknu, že přijdu z práce docela vycucnutá, že jsem hodně unavená, ale s malými dětmi, to si nemyslím, že se dá.“* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Tým pečovatelek v denním stacionáři X tvoří typicky ženy ve středním věku, které už mají „odrostlejší“ děti. Ačkoliv je tato práce podle jejich slov velice náročná a špatně finančně ohodnocená, ony v ní našly svoji „vysněnou“ profesi, která má podle nich smysl. Tým pracovnic denního stacionáře si tento projekt sám vymyslel a zrealizoval a těší je, že mohou touto službou pomáhat seniorům a jejich rodinám. O své práci vyprávějí s velkým nadšením a člověk z nich má pocit, že to co dělají, dělají opravdu s láskou a svědomitě. Ačkoliv mají pocit, že je v České republice velmi malá podpora sociálních služeb a ocenily by, kdyby do nich stát více investoval, především do péče o seniory, kterých bude podle nich přibývat, samy vidí budoucnost denních stacionářů pozitivně. Doufají, že pokud budou ve stáří potřebovat pomoct, bude o ně postaráno takovým způsobem, jako se ony starají o seniory v denním stacionáři. Slovy paní ředitelky: *„Se přesuneme jen z těch kanceláří…”*

2.2.3. Klienti a jejich rodiny

Klienti denního stacionáře X musí splňovat dvě základní podmínky: pohyblivost a soběstačnost. Prostory denní stacionáře nejsou úplně

bezbariérové, tzn. že senioři musí být schopni se sami pohybovat, což je důležité i proto, že některé aktivity vyžadují od klientů, aby byli schopni se sami přemístit na jiné místo. Klienti musí být také soběstační, což znamená, že musí být schopni postarat se o své základní potřeby (dojít si na toaletu, najíst se, napít se atd.).

> *„Pohyblivý, soběstačný a hlavně, když se k nám hlásí klienti s Alzheimerovou chorobou, tak tam ještě první stupeň jsme schopni přijmout, pak už ne, i díky tomu, že to je mezigenerační, tak potřebujeme, aby probíhala dobře ta komunikace i mezi klienty. Takže i když mají třeba nějaký psychický poruchy, tak takovýhle klienty nepřijímáme."* (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Služba není určena osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje nepřetržitý dohled lékaře nebo péči v lůžkovém zdravotnické zařízení a také osobám, které jsou ve fázi akutní duševní choroby. Klienti denního stacionáře jsou převážně senioři ve věku 65 let a více, ale jelikož se centrum zaměřuje na logopedickou terapii, najdou se mezi klienty i mladší lidé, kteří jsou po mozkových příhodách a trpí poruchou řečových funkcí.

> *„Protože po těch mozkových příhodách jsou to třeba i mladší lidi a oni se potřebují začlenit zase zpátky do společnosti a začít zase znovu fungovat a chodit do práce třeba a potřebují k tomu znovu natrénovat tu řeč."* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Klienti jsou jednak lidé z blízkého okolí, pro které je tento stacionář blízko (ve spádové oblasti), ale právě proto, že se jedná o specializované centrum na poruchy komunikace, tak sem klienti dojíždějí i z větší dálky.

> *„My tím, že jsme specializované zařízení na poruchu komunikace, tak si myslím, že máme z celý Prahy. Vlastně běžných seniorů, jako že nepotřebují tu logopedickou péči, tak ti jsou většinou z okolí. Nemají důvod*

dojíždět někam jinam. Ale my máme navíc tu logopedii, takže k nám dojíždějí.“ (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Skupina klientů je poměrně proměnlivá. Předem se téměř nedá odhadnout, jak dlouho bude moci senior do stacionáře docházet. Mezi klienty jsou lidé, kteří denní stacionář navštěvují více než dva roky, ale někteří lidé ho opouštějí po kratší době. Ve chvíli, kdy se zdravotní stav klienta zhorší natolik, že není schopný se účastnit aktivit anebo nějakým způsobem narušuje chod stacionáře (například zvýšenou agresivitou), musí službu opustit.

„To záleží na tom onemocnění. A samozřejmě na věku, ale třeba u toho Alzheimera, tam je to pravidlem, že ten člověk jde dolů. Ale tam jsou tak velký rozdíly, je to individuální. Třeba je tady jedna paní, která sem chodí už dlouho a pořád se drží na takové stejné úrovni, což je krásný. Ale měli jsme tady několik případů, že to šlo hodně rychle z kopce. Ale zase jsou tady případy lidí po mrtvici, po mozkových příhodách, kde naopak se to zlepšuje, díky té logopedii, díky té komunikaci. Takže to opravdu záleží na tom onemocnění.“ (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

„To už je pak dávají někam nastálo do pobytových zařízení, právě u toho Alzheimera, který se postupně zhoršuje, tak ta rodina sama potom už usoudí, že denní péče jim nestačí.“ (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Kapacita tohoto denního stacionáře je maximálně 16 klientů, ale ideální je podle pečovatelek skupina o 10–12 osobách, jelikož tak se nejlépe daří držet rodinný charakter péče. Podle slov ředitelky centra se zatím nestalo, že by museli nějakého klienta odmítnout. Naopak se někdy potýkají s nedostatkem uživatelů, což jim připadá překvapivé, jelikož z různých školení a setkání s jinými sociálními pracovníky mají informace, že téměř všude jinde poptávka po těchto službách převyšuje nabídku. Tento fakt přisuzuje ředitelka centra tomu, že ve velkých městech už rodiny nedrží tolik pohromadě jako třeba

tradičně na venkově, a tak rodiny v Praze využívají spíše pobytové služby péče o seniory.

> *„Ale že není zas až takový zájem a až taková poptávka klientů. Což třeba mě překvapilo, že třeba teď jsem komunikovala s paní odněkud z Moravy, který dělají taky tyhle věci a tam naopak mají ten list těch žadatelů, čekatelů na umístění do té služby. A říkala, že konkrétně o tyhle služby je tam velký zájem. Je to asi jiný pojem rodiny v tom velkém městě a na tom venkově, že asi v Praze se víc snaží umístit do těch pobytových zařízení, což jim vyřeší tu situaci úplně. Protože tohle jim úplně tu situaci neřeší. A takový senioři, kteří by chodili do těchto zařízení proto, aby právě nebyli sociálně izolovaní, že by třeba sami od sebe, tak těch je zatím málo. Asi si nechtějí za tu službu platit, když jsou schopni se o sebe ještě postarat. Myslím, že právě pro ně se to zřizuje takovýhle zařízení. Takže to je ještě asi otázka času, než ti klienti přijdou.“* (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

Podle mého názoru může být menší poptávka po službách denního stacionáře pro seniory dána tím, že v Praze a ve Středočeském kraji je tato služba poměrně hojně rozšířena (nachází se zde zhruba 45 DS), zatímco v jiných částech České republiky zatím tato služba není tolik zastoupena, tudíž poptávka po ní převyšuje nabídku.

Další problém, se kterým se denní stacionář potýká, je otevírací doba. Většina klientů má o službu zájem na dopoledne, tzn. že po obědě odchází domů. Ti klienti, kteří by potřebovali péči i odpoledne potom zůstávají ve stacionáři v malém počtu anebo dokonce sami, což je pro ně jednak nepříjemná situace a také je to finančně neudržitelné pro chod denního stacionáře.

> *„Asi jediný problém, který vidím, že většina těch klientů chce jenom dopolední péči, takže pak když se přihlásí někdo, kdo chce opravdu na celý den, že by jim to vyřešilo situaci, že jsou v práci a vyzvednou si je v půl šestý, což je oficiální otevírací doba, tak vlastně narazí na problém, že buď by tu ten člověk byl celý odpoledne sám. Tak tyhle rodiny sem pak toho*

klienta nedají, protože se to vyskytne jednou za čas, že by někdo chtěl takhle na tu celodenní docházku.“ (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

To, že mají klienti zájem o službu jen na půl dne, může být dáno tím, že program a aktivity mohou seniory vyčerpávat, a v denním stacionáři není místnost (ložnice), kde by si uživatelé mohli odpočinout a případně zdřímnout. Neexistuje tu vlastně možnost „klidu“, na který jsou pravděpodobně někteří zvyklí a vyžadují ho. Klienti a jejich rodiny, kteří mají zájem o celodenní péči pravděpodobně vyhledají jiný denní stacionář anebo jiné zařízení, což může být také jeden z důvodů, proč má stacionář problém s menší poptávkou.

Mezi klienty denního stacionáře převažují ženy. Tento fakt může být dán jednak tím, že se ženy dožívají vyššího věku než muži, ale také tím, že aktivity a program ve stacionáři jsou pro ně pravděpodobně atraktivnější a vhodnější. Většina aktivit je spojena s ručními pracemi (šití, vyšívání, navlékání korálků atd.) a uměleckými činnostmi (arteterapie, muzikoterapie atd.). Tyto aktivity jsou ve společnosti označovány především za ženské, a tudíž je jejich vykonávání častěji připisováno ženám. Podle slov pečovatelek jsou to právě muži, kteří se občas neradi zapojují do některých aktivit.

„Samozřejmě, vůbec nijak nenutíme, většinou jsou to pánové teda. Musím říct, že dámy jsou víc v pohodě a snaží se být aktivní. Ale pánové jsou občas takoví, že se třeba špatně vyspěj, nebo se jim něco nechce dělat, tak si sednou tam do křesílka kousek dál a tak si poklimbávaj nebo si můžou číst a nikoho do ničeho nenutíme. To rozhodně ne. Třeba jsou případy, že když děláme nějakou tu arteterapii, tak jsou lidi, kteří si třeba nevěří, že by mohli něco namalovat nebo zvládnout – tak tam je dobrý je malinko povzbudit, ne vyloženě nutit, ale povzbudit. A máme moc často případ, že je to pak začne hrozně bavit a mají radost, že se jim něco hezkého povedlo.“ (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Klienty do stacionáře nejčastěji přivede rodina, která si uvědomí, že senior již nemůže doma zůstávat sám, jelikož již není schopný se o sebe plně postarat

a může být i nebezpečné, kdyby zůstal celý den sám doma. O službách denního stacionáře se rodiny nejčastěji dozví na internetu nebo jim ho doporučí někdo známý či ošetřující lékař.

> *„Většinou si nás vyhledají buď na internetu, nebo se o nás doslechnou nebo přes inzerci. A najdou si nás právě proto, že potřebují řešit tu situaci, že senior nemůže být třeba sám doma, nebo nechtějí, aby tam zůstával sám, když oni jsou v práci, tak hledají nějaké možnosti. Jinak spolupráce zatím velmi dobrá, ohlasy pozitivní."* (Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

> *„Tak my máme občas inzerát v novinách nebo na internetu. Nebo jsme i rozdávali letáky různým lékařům, takže i na doporučení těch ošetřujících lékařů."* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Většina klientů do denního stacionáře dochází 2–3 dny v týdnu, tzn. že funguje převážně jako odlehčovací služba pro primární pečovatele, kteří se o seniora starají doma. V roli pečovatelů jsou nejčastěji ženy, tedy dcery, snachy a manželky, v menší míře pečují také muži, nejčastěji manželé.

> *„No, já myslím, že komunikujeme docela dobře, dobře no, protože většinou jsou to vlastně děti těch klientů že jo, protože tam – je to vysoký věk... V podstatě většina – nebo takhle, 60 % dětí sem ty svoje rodiče vozí, takže s nimi přicházíme do styku každý den, takže komunikujeme. Nebo telefonicky, takže probíhá komunikace, určitě."* (Denisa, pečovatelka DS X, 49 let)

Většina rodin považuje otevírací dobu v denním stacionáři, která je v současné době od 7:30 do 15 hodin, za dostačující. Někteří by ovšem uvítali, kdyby byla otevírací doba delší. Téměř výhradně se jedná o rodiny, kde pečuje o seniora dcera, která je ekonomicky aktivní, tzn. že chodí stále do zaměstnání a přitom se doma ještě stará o rodinu.

Zastoupení seniorů, kteří pobírají příspěvek na péči, je zhruba vyrovnané s těmi, již ho nepobírají. Klienti, kteří tento příspěvek na péči mají v II. a III.

stupni uvádějí, že jim finančně pokrývá 90–100 % výdajů za služby denního stacionáře. Cena za služby v denním stacionáři se pohybuje od 90 do 120 Kč za hodinu a příspěvek na péči v II. stupni činí 4400 Kč za měsíc. Z tohoto vyplývá, že v takovém případě příspěvek stačí průměrně zhruba na 44 hodin péče v denním stacionáři, což samozřejmě nepokrývá výdaje, ve chvíli, kdy senior tráví ve stacionáři každý (celý) den, ale zhruba 2 dny v týdnu na část dne.

Rodiny klientů si na denním stacionáři nejvíce chválí personál, který podle nich zajišťuje odbornou péči, dále také program a s ním spojené aktivity, jež seniory rozvíjí a zabaví. Dalším významných důvodem, proč rodiny využívají služeb denního stacionáře, je odlehčení. Péče o seniory je často psychicky, fyzicky, ale i časově náročná.

> *„Zaměstnaná již nejsem – důchod, ale nejvíce mě zatěžuje stálá starost a hlídání, aby se něco nestalo. DS mi hodně uleví – mám čas pro sebe. O víkendu mi pomůžou děti.“* (manželka pečující o manžela, důchodkyně, 65 let)

Většina pečovatelů z řad rodin uvádí, že se jim nedaří dobře sladit péči o seniora dohromady s péčí o rodinu (děti) a s prací, případně svým volným časem. Nedostatek času je tak největším problémem, který pečovatele trápí.

> *„Nejtěžší je najít dostatek času na práci, vlastní rodinu a péči o seniora.“* (dcera pečující o matku, administrativní pracovnice, 47 let)

Rodiny klientů na denním stacionáři neshledávají žádná negativa, až na výše uvedenou krátkou otevírací dobu. Naopak jsou s tamní péčí velice spokojeni a chválí si komunikaci s pracovníky centra. Spolupráci s rodinami si chválí taktéž pečovatelky denního stacionáře.

> *„Já si myslím, že nemají ani taková očekávání. Musím říct, že zatím všichni spokojeni. Nikdo nám neodešel, že by byl nespokojený. Všichni sem*

chodí rádi, i ti příbuzní a rodina spíš oceňuje, jakou tady mají péči.“
(Anna, pečovatelka DS X, 45 let)

Naprostá většina rodin klientů denního stacionáře nemá zkušenosti s jinými sociálními službami pro seniory. Až na jednu výjimku, kde má rodina zkušenosti s pečovatelskou službou. Z toho vyplývá, že klienti nemají moc srovnání. Všichni se ale shodnou na tom, že možnosti péče o seniory v České republice jsou nedostačující, a to především kapacitně.

O tom, že jsou rodinní příslušníci klientů spokojeni s péčí v denním stacionáři, vypovídá i fakt, že na otázku, jaká by pro ně byla ideální pomoc, pokud by ve svém důchodovém věku nedokázali zvládnout běžné denní činnosti, volili nejčastěji odpověď „péče v denním stacionáři pro seniory“. Další častou odpovědí také byla „pomoc rodiny a příbuzných“. Tato odpověď je překvapující vzhledem k tomu, že péči o seniora většina z nich označila za psychicky, fyzicky a časově náročnou. Tento fakt napovídá o tom, že lidé preferují co možná nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí obklopeni rodinou.

Klienti denního stacionáře X jsou nejčastěji senioři s kognitivními poruchami, kteří již ze zdravotního důvodu nemohou zůstat celý den sami doma, a navíc chtějí či potřebují procvičovat logopedii, kterou tento stacionář nabízí. Většina rodin službu nevyužívá denně, ale spíše jako odlehčovací – nejčastěji dvakrát do týdne, jelikož pro ně samotné je náročné sladit péči, rodinu, zaměstnání a svůj vlastní volný čas. Spolupráce mezi rodinami a personálem denního stacionáře probíhá bez problémů, obě strany si ji chválí.

Prostředí denního stacionáře X je převážně ženské. Nejen, že všechny pečovatelky jsou ženy, ale i mezi uživateli denního stacionáře převažují ženy, jež se také mnohem ochotněji a nadšeněji než muži zapojují do aktivit, které jim v denním stacionáři nabízejí. Ženy také převažují mezi rodinnými pečovatelkami, které mají na starosti seniory v domácí péči. Absence mužského elementu ve sféře péče má tak možná za následek to, že mužům –

klientům není program v denním stacionáři zcela vhodně uzpůsoben, což může být důvodem, proč jich je ve stacionáři méně, ale také to může být zároveň problém v budoucnosti, kterým by bylo dobré se zabývat. Rodiny uživatelů denního stacionáře X zatím nepřemýšlí o tom, jakou péči zvolí ve chvíli, kdy se zdravotní stav seniorů zhorší natolik, že již nebude možné navštěvovat stacionář. Tento fakt ukazuje na to, že lidé vnímají toto téma jako velice náročné a snaží se si takovou situaci nepřipouštět.

2.3. Případ Y: Denní stacionář

Denní stacionář pro seniory Y je ambulantní služba, jejíž posláním je podle propagačních materiálů poskytnout uživatelům se sníženou soběstačností – z důvodu věku nebo dlouhodobě nepříznivému zdravotního stavu – denní pobyt v příjemném prostředí denního stacionáře, podporovat samostatný a soběstačný způsob jejich života s ohledem na jejich individuální přání, potřeby a zájmy. To vše v podmínkách, které jsou blízké jejich vlastnímu prostředí, prostřednictvím osobní účasti na aktivitách denního stacionáře.

Služba je poskytována osobám od 50 let věku. Cílem denního stacionáře je umožnit uživatelům z výše uvedené cílové skupiny, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, rodinném zázemí, tedy neodcházeli předčasně do zařízení ústavní péče a aby mohli žít život v co největší možné míře obdobný životu vrstevníků, zachovali si svůj způsob života, návyky, obvyklé činnosti, pohybové schopnosti. Dále také vytvořit společenství, jehož budou plnohodnotnou součástí, a kde se budou cítit dobře, bezpečné, jistě, respektováni a přijímáni.

Denní stacionář se snaží prostřednictvím stimulace a aktivizace uživatelů zachovat co nejdéle jejich kognitivní, pohybové a smyslové funkce a v co největší míře zpomalit proces úbytku těchto schopností. Dále také nabízí odbornou individuální pomoc seniorům zejména formou aktivizace. Mezi aktivity patří například podpora jemné motoriky, výtvarné techniky, protahovací cvičení, společenské aktivity, trénink paměti, reminiscence atd. Klientům denního stacionáře je také zajištěna strava a celodenní pitný režim.

Na následujících stránkách popíši výsledky svého zkoumání z výše představeného denního stacionáře Y pro seniory.

2.3.1. Prostředí, program a aktivity

Denní stacionář pro seniory Y se nachází v přízemí patrového domu (novostavby) se zahradou. Stacionář je bezbariérový – prostory jsou na první pohled uzpůsobeny pro lidi s horší pohyblivostí. Z předsíně, kde si klienti odkládají a přezouvají se, vedou jednak schody do prvního patra, kde se nachází byty pro seniory, ale také dveře, kterými se vchází do dlouhé chodby, z níž vede několik dalších dveří. Na konci chodby se vchází do hlavní místnosti. Hned po levé straně u vchodu se nachází krb, napravo poté vchod do menší kuchyňky. Místnost je hodně velká. Většina interiéru a nábytku je ze dřeva. Tato místnost funguje jako jídelna a obývací pokoj dohromady. Nachází se tu dva dřevěné stoly, které slouží jednak jako jídelní místo a také jako pracovní plocha ve chvílích, kdy senioři něco vytváří. Na druhé straně místnosti se nachází obrovská pohovka a několik křesel. Prostor je plný světla, které zajišťují především velká francouzská okna vedoucí do zahrady. V této místnosti se každé ráno klienti schází a začínají svůj program.

> *„Ráno si klienty převezmeme, buď je přiveze rodina, nebo sociální automobil – tato služba v Liberci dobře funguje a dost rodin našich klientů dovoz sociálním automobilem využívá. Klienta přivítáme a pak následuje individuální přístup, někomu totiž stačí ukázat, kde se zuje a kde jsou věšáky, ale některým musíme pomáhat se vším, protože už bohužel ani například neví, jak se zouvají boty. Klienta uvedeme do naší společenské místnosti a začíná dopolední program. Většina už přijedou nasnídaní, ale teď máme jednu paní, která si vozí snídani s sebou, aby se ráno rodina se snídaní nezdržovala. Pravděpodobně kvůli včasnému odchodu do práce. Uvaříme jí kávu a necháme ji v klidu posnídat. S klienty si ráno povídáme – asi tak hodinu, pak čteme noviny, probíhá protahovací cvičení a trénink paměti.“* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Program je tu méně organizovaný než v předchozím stacionáři. Někteří senioři sedí v křeslech a povídají si nebo čtou noviny. Několik klientek sedí

u stolu a navlékají korálky. Po chvilce se jeden pán zvedne a odchází. Když se ho pečovatelka ptá, kam jde, řekne, že si jde odpočinout do ložnice. V tomto stacionáři jsou dvě ložnice – dámská a pánská – dále také reminiscenční místnost, ze které je vidět do hlavní místnosti. Oproti předchozímu stacionáři je zde tedy možnost jít si do soukromí odpočinout a být tak stranou dění.

> *„Někdo si lehne do reminiscenční místnosti, pak nahlíží, je tak jako v povzdálí a někdo jde do té ložnice."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Program v denním stacionáři se mění, ale některé aktivity zůstávají každý den stejné, aby tak byly určité pevné body, které klientům dodávají pocit řádu a stability. Pečovatelky se navíc snaží do programu zařadit různé sociální interakce, aby se senioři necítili vyloučení. Navštěvují se s dětmi z nedaleké školky – dochází zde tedy také k mezigeneračnímu setkávání. Dále také například chodí se seniory na oběd do restaurace, ke kadeřnici atd.

> *„A ten stacionář má to poslání jednak pečovat o člověka, který už nemůže, nebo nabízí i různé aktivity, aby zpomalily třeba s nástupem té demence tu progresi té nemoci. Takže děláme trénink paměti, čteme, sociální kontakty děláme, cvičení rehabilitační děláme. Pak děláme i takový sociální kontakt mimo stacionář, my chceme, aby žili co nejvíc ve svým prostředí. Třeba s nima jdeme do restaurace na oběd, aby se necítili vyloučeni, chodí sem děti ze školky, ke kadeřníkovi, nebo nezveme kadeřníka sem, ale chodíme s nima, aby se cítili-. A celkovou péči o toho člověka, provázení hygieny, pomoc při stravě a takový. Nejsme zdravotní zařízení, jsme sociální."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Pečovatelky považují setkávání generací za velmi důležitou součást programu. Nechtějí, aby stacionář byl jen místem, kde jsou staří lidé odsunuti, ale naopak aby zde docházelo k setkávání všech generací, jako je tomu v rodině a ve společnosti. K mezigeneračnímu setkávání dochází jednak s dětmi

ze školky, ale také s postiženými lidmi z Jedličkova ústava, dále také s mladými stážisty a studenty, kteří sem chodí na praxi.

> *„A my mezigeneračně tady nám chodí ze školky, chodíme i do školky do Jedličkova ústavu a jsou to krásný dny, kdy senioři něco vyrábí a děti jsou tady, tak zažíváme takový hezký věci.“* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

> *„[...] A pak oni si k nim sednou a vypráví jako svým babičkám. Není to o tom, že tady zatajtrdlíkujou takovou tu besídku, ale že jim uvaříme čaj a ty dětičky se jako-, vůbec se nebojí těch seniorů, jako: ty jsi taková babička, já mám doma taky takovou babičku. A pak nám vypráví- a je to takový krásný setkání. Vždycky to trvá tak čtyři hodiny, takže se takhle střídáme, někdy jdeme my tam a někdy oni k nám. Nebo i ty stážistky, zase jsem si říkala, že je dobrý, když chce někdo na nějakou vysokou školu, tak by měl mít dobrovolnický hodiny v nějakým zařízení, jak je to v Americe.”* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Pečovatelky považují aktivity a pestrý program za velmi důležitou součást života seniorů. Všechny aktivity jsou podle nich volené tak, aby seniory co nejdéle udržovaly v kondici. Přiznávají ale, že hodně záleží na zdravotním stavu klientů a aktivity proto přizpůsobují podle jejich individuálních schopností a možností.

> *„Co se týká daného programu – jsou to protahovací cvičení, trénink paměti – to je každý den. Ostatní program si přizpůsobujeme klientům. Občas něco vyrábíme. Většinou v momentě, když k nám přijdou, už toho moc nezvládají, ale zkouší se hlavně u žen třeba pletení, háčkování. A další ruční práce, něco upéct.“* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Je patrné, že i zde je myšlenka a snaha rozvíjet a aktivizovat seniory v denním stacionáři ovlivněna či přímo vychází z konceptu aktivního stárnutí.

Pečovatelky často mluví o „aktivaci“ nebo „aktivizaci“ seniorů – aby neseděli jen doma.

> *„Což máme třeba středy, kdy jsou dámy přes 90 let, a snažíme se o takovou aktivaci.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Ačkoliv klienti a klientky denního stacionáře patří mezi jedince, u kterých dochází ke zhoršení zdravotního stavu a často prakticky k nemožnosti starat se plně sám o sebe, koncept a myšlenka aktivního stáří výrazně ovlivňuje jejich program v denním stacionáři.

> *„Jsou senioři, který to prosedí u Ordinace v růžový zahradě a pak jsou takový, který jsou pořád aktivní. Já jim vždycky říkám, v padesáti, v sedmdesáti můžete žít pořád, vymýšlet něco, to není, že je konečná. Tak lidi začnou studovat v šedesáti jazyky třeba. Akorát ten smysl. Já myslím, že i generačně se k tomu musíme vychovávat.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Mezi pečovatelkami tohoto denního stacionáře panuje názor, že menší sociální zařízení, taková jako je denní stacionář, jsou mnohem lepší, přirozenější a přívětivější než ta velká, jako jsou například domovy pro seniory. Péče v denních stacionářích podle nich zaručuje individuálnější přístup, navíc umožňuje seniorům zůstat v jejich přirozeném prostředí a s rodinou, přitom však nabízí rodinám odlehčení a pomoc. Velká zařízení podle nich fungují jako „ghetta“ a senioři jsou tak vylučováni ze společnosti. Stáří se pak mladým lidem vzdaluje a mají z něj strach, což je podle nich nutné změnit.

> *„Ideál a je to prostě o penězích, já si myslím, že každá čtvrť by měla mít svůj stacionář nebo svůj malý domov, penzion třeba pro ty lidi, co žijou v tý... A třeba stacionář v rámci toho. Já si myslím, že ty ghetta, že to není dobrý. Že člověk když stárne, tak už se usadí, tolik necestuje a je zvyklý potkávat ty lidi, i se orientuje v tom prostředí a když dneska se dožíváme*

velkýho věku a je tam nástup tý demence, tak se člověk orientuje v naučených věcech. A když toho člověka nejednou přesadíme úplně někam jinam, tak mě by se takhle líbilo, to by bylo ideální. Třeba kdyby byly v každý čtvrti nějaký menší penziony o 50 lidech. A mám pocit, že i ta péče, aby se to ufinancovalo a že i ta péče je kvalitnější v malým zařízení. I ten ředitel tam má větší kontrolu nad těma zaměstnancema, jak fungují, může s nima i osobně rozmlouvat. Zato když máš 150 zaměstnanců, tak jak to ukočírovat. Ale finančně je to asi výhodný. A my to teď řešíme na komunitním plánování, já si myslím, že se to i láme, že to je mezigenerační, že to stáří nemusí být jenom negativní. Že to může být i pozitivní pro ty mladý i pro ty děti. A my mezigeneračně tady nám chodí ze školky, chodíme i do školky do Jedličkova ústavu a jsou to krásný dny, kdy senioři něco vyrábí a děti jsou tady, tak zažíváme takový hezký věci. A bouráme bariéry, že je třeba vezmeme všechny lidi s demencí na martinskou husu do restaurace. Ať si lidi zvykají, že ten senior taky-, ať akceptujou, když někomu padá kus jídla od pusy, tak snažíme se jim zachovat tu důstojnost, aby se cítili, oni to sami cítí. Ale žijou tyhle lidi mezi námi. Že to nejsou ty kauflandový senioři, co jsou protivní, ale i tyhle. A mladý lidi si myslím, že jsou citlivý k nim. Ale prostě umět to zprostředkovat." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Pečovatelky denní stacionář prezentují jednak jako službu, která se snaží seniory nevyčleňovat ze společnosti, a také jako službu, která poskytuje odborné rady a pomáhá rodinám skloubit péči o seniora spolu pracovním a osobním životem. Díky denním stacionářům tak mohou senioři zůstat ve svém přirozeném prostředí a s rodinou, která se přitom nemusí vzdát své ekonomické aktivity.

„Určitě by mělo být denních stacionářů pro seniory nebo takových organizací jako jsme my více. Když se rodina chce o své babičky a dědečky postarat a nechtějí je neumístit do domovů pro seniory, je to asi jediná možnost, jak ji s péčí o jejich nejbližší pomoci, když musí chodit do práce. Máme tam dva starší pány, kteří se starají o svoji maminku – to je

přeci úžasné, ale celodenní péči by asi nezvládli, což je pochopitelné. Někteří lidé prostě péči o staré a nemocné zvládají víc někteří méně. Dle mého názoru je to ideální, když se rodina chce starat, tak my jim s péčí přes den pomůžeme a oni můžou chodit do práce." (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Výše popsaný denní stacionář pro seniory Y klade důraz na „aktivizaci" seniorů. Pečovatelky se snaží o to, aby se klienti necítili sami a vyloučeni ze společnosti. Důležitým aspektem péče je mezigenerační setkávání a komunikace. Denní stacionář se vymezuje oproti jiným typům péče o seniory a jiným sociálním zařízením, především těm pobytovým, a klade důraz na individuální přístup ke klientům a jejich rodinám, kterým se snaží především odlehčit a zároveň tak seniorům umožnit co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí.

2.3.2. Kdo pečuje

Pečujícími osobami jsou nejčastěji ženy, a to nejen v domácnostech, ale i v zařízeních sociální péče. V tomto denním stacionáři pracují 4 pečovatelky. Tým denního stacionáře je výhradně ženský. Všechno jsou to ženy ve věku zhruba 40–50 let.

„My tady máme před důchodem jedno děvče pět let a jinak v průměru 40–50. Ale mají taky děti ještě jako to-, my jsme tu čtyři-. My jsme tu devět let a teď je to takový stabilní ta posádka." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

„U nás to je tak, že jsme standardně tři plus vedoucí, která nám některé dny pomáhala – asi tak 3 dny v týdnu – ale teď narůstá administrativa, že se musí věnovat „papírování". Je spíše „kancelářská". Takže tři a půl." (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Fakt, že se muži v roli pečovatelů objevují velmi zřídka, potvrzuje i tento stacionář. Od mužů se očekává, že budou živit rodinu, proto je pro ně podle pečovatelek toto zaměstnání nevhodné.

> *„U nás pracují jenom ženy, my máme chlapa jenom šéfa – nejvyššího. Kdybych neměla manžela, nemohla bych z finančních důvodů – například jako samoživitelka s třemi dětmi, které ještě studují – tuhle práci dělat. Platy v sociální sféře nejsou opravdu moc vysoké. Chlap s platem jako máme my, by určitě rodinu neuživil."* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Podle pracovnic denního stacionáře nemusí být pečující osoba nutně žena. Důležité jsou spíše vlastnosti jako trpělivost, laskavost a komunikativnost, dále také psychická odolnost. Tyto vlastnosti jsou však ve společnosti většinou přisuzovány spíše ženám než mužům.

> *„Chce to trpělivost, nemůže to dělat tzv. „trysko myš". Hezky všechno v pohodě, nestresovat klienty, když se někdo počůrá, no tak co – převlékneme a je to v pořádku, to se přeci může stát každému. Nespěchat na ně. A nemůžeš na ty lidi přenášet třeba svoje starosti. Od toho tam nejsi. Takže svoje starosti nechat doma a jak jsem už říkala – naopak „nenosit si práci domů". Člověk pro takovouto práci musí být psychicky v pohodě."* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Pečovatelky si však uvědomují, že muž – pečovatel v kolektivu určitě chybí. Jednak by zastal a pomohl v těch činnostech, které vyžadují fyzickou zdatnost, a navíc také vnímají, že i v některých chvílích, by klienti spíše ocenili mužský element (například muži – klienti občas potřebují pomoc na toaletě atd., a pomoc od ženy jim může být nepříjemná).

> *„Klientů mužů je sice méně, ale určitě by lépe vzali, kdyby jim pečovatel – muž řekl: jdeme se umýt apod. A hlavně ta fyzická síla, ta je opravdu někdy potřeba. Ale asi opravdu moc mužů ve stacionářích nepracuje. Což je možná škoda."* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Ačkoliv je v tuto chvíli tým pečovatelek denního stacionáře stabilní, mají zkušenost z minulosti i s kolegyněmi, které tuto práci psychicky nezvládaly a musely odejít. Práce pečovatelky podle pracovnic denního stacionáře není pro každého a předem se nedá odhadnout, jestli člověk takový psychický nápor vydrží.

> *„My jsme tu devět let a teď je to takový stabilní ta posádka. Jedna kolegyně odešla, že to emočně nezvládala a měla dvě malý děti. A byla hodně taková sociálně vnímavá, až hodně, tam jí i bylo doporučeno, aby už odešla ze sociální služby. A ona to spíš dělala-. A jedna odešla, ta pak šla do toho-, a pak nakonec úplně odešla z toho sociálu. Ta byla unavená z toho, ty emoce jsou, když třeba ještě stárneš a žena v přechodu, tak to-."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Stejně tak jako v předchozím stacionáři, ani zde nejsou pečovatelky původně vzdělané v oboru sociální práce, a často se k tomuto povolání dostaly až v pozdějším věku. Pracovně se nejdříve věnovaly úplně jiným oborům.

> *„Ano pracovala jsem v kanceláři, šila padáky, dělala jsem práci všeho druhu ..."* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Pro práci v sociální oblasti se komunikační partnerky rozhodly ve chvíli, kdy je jejich původní zaměstnání již nenaplňovala a hledaly obor nebo činnost, která by podle nich měla smysl. Povolání pečovatelky je prý naplňuje. Vedoucí denního stacionáře dokonce stála u jeho zrodu.

> *„No nám se podařilo, my jsme vždycky měli doma babičku a zjistili jsme, že to tady chybí jako odlehčit té rodině. A tak se zadařilo získat tu dotaci na stavbu tohohle stacionáře a mě to i baví, mě ty lidi dobíjejí ty starší lidi. A tak se sešlo spoustu náhod takových dobrých."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Pro to, aby člověk mohl vykonávat práci v sociální sféře, může studovat vysokou nebo vyšší školu se sociálním zaměřením, existuje ale i možnost

různých kurzů. Důležitější než vzdělání je podle pracovnic denního stacionáře motivace a chuť tuto práci vykonávat. Samy pečovatelky se však často účastní dalších různých kurzů a školení, kde se seznamují s tím, jak fungují jiná sociální zařízení.

> *„Já si myslím, že pečovatelka může mít základní vzdělání, ale když chceš ten tým a chceš tu sociální službu dělat, tak si vybíráš taky, jaký má dispozice. Třeba u nás je to o té pečovatelské ale i té aktivační a terapeutické práci. Třeba tady máme všechno středoškolačky a vysokoškolačky. Třeba jedna holka má vejšku nedodělanou, protože oni potřebují aktivovat neustále, tak je to trošičku jiný. Takový ten rozsah, aby měly širší přehled, my pořád mluvíme, jakoby trénink paměti, tak musí mít takový nějaký-. My musíme mít to vzdělávání těch 24 hodin povinně, teď se to možná podle novely sociálního zákona zase-, tak si vybíráme, co je nám na míru. Teď jsme byli na arteterapii, chodí sem canisterapie, Radka má konzervatoř, tak dělá muzikoterapii, protože my bychom toho ergoterapeuta nezaplatili, tak to zvládáme my.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Rodinní příslušníci klientů denního stacionáře si na péči nejvíce chválí profesionalitu personálu a odbornou péči. Podle pracovnic denního stacionáře ale naopak dobrá péče netkví pouze ve vzdělání a školení, ale spíše v povahových rysech, schopnostech a motivaci jednotlivých pečovatelek tuto práci vykonávat. Největší motivací pro ně je pak nejčastěji pocit, že dělají něco smysluplného.

> *„Já třeba jdu z práce nabitá, i když je člověk unavenej, ale mám pocit, když nahlíží na toho uživatele, tak v každým člověku najdeš to hezký a pomůžeš té rodině. A když chodí ten uživatel spokojenej, naše heslo je, že vždycky v těch sociálních zařízeních lidi už chtějí jet domů. Tak my vždycky říkáme, děvčata, musíme dělat to, aby se jim odsud nechtělo. Tak to se nám docela daří.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Práce v denním stacionáři má ale i svá negativa. Největším problém je, jak již bylo zmíněno, finanční ohodnocení pečovatelek. Podle jejich slov se tato práce nedá vůbec dělat kvůli penězům.

> *„No ty peníze, ty jsou hodně špatný. My se snažíme, vždycky nějak vyšetříme, tak holkám dávat prémie, ale tam by si zasloužily určitě. V tom sociálu je to teda hodně bída."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Dalším negativním aspektem této práce je psychická náročnost. Senioři trpí různými nemocemi a práce s nimi bývá komplikovaná a vyžaduje trpělivost. Navíc se často stává, že zdravotní stav některého klienta se zhorší natolik, že již není možné, aby denní stacionář nadále navštěvoval. Většina klientů musí v určitou chvíli odejít kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Právě zhoršující se zdravotní stav spolu s úmrtností jsou nejčastějšími příčinami odchodu klientů. Člověk si tak mnohem více uvědomuje svoji konečnost a často je mu připomínána negativní stránka stárnutí. V takovém prostředí pak není schopný pracovat každý.

> *„Je to docela psychicky náročné, ale já jsem tak trochu „splachovací". Takže jdu domů a jsem už tam pak v pohodě. Jak se říká: nemůžete si nosit práci domů. A bohužel, jak už jsem zmínila, finančně nic moc."* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

> *„No člověk si musí hlídat, aby se emočně moc nevydal. Každý jsme nějak nastavený, tak máš třeba pocit, že nemůžeš třeba naplnit, když máš naplněnou kapacitu. Samozřejmě, když ty lidi umírají a odchází, tak ty emoce musíš umět, držet si tam ty hranice a je to hrozně těžký. Protože když chceš být dobrá pečovatelka, tak ty emoce musíš mít, ale tak to nějak ukočírovat, no tu duševní hygienu si musíš hlídat. A mít kamarády v práci a i o ty zaměstnance musíš pečovat. Když je spokojený zaměstnanec, tak je spokojený uživatel."* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Práce pečovatelky v denním stacionáři není náročná pouze psychicky, ale také fyzicky. Ačkoliv klienti denního stacionáře musí být schopni se samostatně pohybovat, často potřebují pomoc při vstávání nebo zvedání. Pracovnice denního stacionáře se shodují v tom, že jim občas chybí „mužská síla“ v kolektivu.

Jelikož je práce v denním stacionáři finančně špatně ohodnocena a fyzicky a psychicky velice náročná, přiznávají pečovatelky, že slaďování pracovního a osobního života není úplně nejsnazší. Recept na jejich fungování je „nenosit si práci domů“, ale uvědomují si, že když má někdo doma malé děti a je psychicky méně odolný, musí to být těžké.

> *„Nebo se mi stalo, že se jiná mladší kolegyně psychicky sesypala a já to vůbec netušila až do té doby, než se na jedné poradě úplně sesypala. Do té doby jsme na ní nic nepozorovaly. Musíš na tuto práci určitě mít nějaké psychické dispozice. Ne asi to každý po psychické stránce dá.“* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Tým pečovatelek v denním stacionáři Y tvoří ženy ve středním věku, které už mají „odrostlejší“ děti. Ačkoliv je tato práce podle jejich slov velice náročná a špatně finančně ohodnocená, ony v ní našly činnost, která má podle nich smysl. Velice jim také pomáhá, že jsou sehraný tým a do práce se na sebe těší.

> *„My jsme malý zařízení, jsme čtyři děvčata, poměrně jsme si sedli, takže my se do práce těšíme i sami na sebe.”* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 51 let)

O své práci vyprávějí s nadšením a člověk z nich má pocit, že to co dělají, dělají opravdu s láskou a svědomitě. Přestože pracovnice denního stacionáře mají pocit, že v České republice je malá podpora sociálních služeb a ocenily by, kdyby do nich stát více investoval, především do péče o seniory, kterých bude podle nich přibývat, vidí budoucnost denních stacionářů pozitivně, jelikož právě stacionáře umožňují seniorům zůstávat v domácím prostředí

a přitom výrazným způsobem ulehčují rodinám, které musí chodit přes den do práce. Pečovatelky doufají, že pokud budou ve stáří potřebovat pomoct, bude o ně postaráno takovým způsobem, jako se ony starají o seniory v denním stacionáři. Přesto jako snad každý doufají, že umřou náhle a nebudou nikomu na obtíž.

> *„Ono se to hrozně generačně-, jednak jak stárnu a jak to vidím. Ono je lehký pečovat, ale přijmout, aby o tebe někdo pečoval. A já mám pocit, že se snažím tu péči dělat tak, jak bych chtěla, aby o mě někdo pečoval. Mě bere úplně úzkost, když je to bezbranný člověk a neudělá se mu to, co by se mělo. Tak k tomu přistupuju tak, co chci, aby dělali lidi mně, tak dělám já těm lidem, tak se k nim chovám. Ale vím, že jsou lidi různý a nemám tohle dořešený. Nevím, jestli bych chtěla, aby to byly moje děti, protože budou mít svý partnery, budou mít svý-. Teď se to těžko říká. Vidím, že bych taky mohla říkat, já si zajistím domov důchodců a to říká člověk, který je mladý. A pak když začneš ztrácet, tak se začneš fixovat přirozeně na nějakou osobu, na tu dceru třeba nejstarší. Ono se to dřív i očekávalo, že dcera bude pečovat. Ale dneska už se to taky láme, jsem ráda, že nejen ta dcera, může i syn pečovat. A je na rozhodnutí těch lidí, ať si to rozhodnou, tak já neplánuju nic. Asi člověk v 90 letech by rád byl s tou svojí rodinou. Asi jo. Ale tak abych měla v sobě nějakou pokoru. Ale vidím, jak je ten rozum najednou je mimo a jsi úplně někdo jiný. Ta nemoc přináší, že kolikrát s tou rodinou pracujem, že vždyt to není naše mamka, vždyť takhle nebyla. Nebo partneři, vždyť ona byla vždycky taková hodná, teď je sobecká. Ty mozkový příhody, ta demence ti najednou-, najednou je vedle tebe někdo jiný, než byl. Tam je těžký to přijmout a je hrozně důležitý pracovat s tou rodinou. I s příkladama. Ale ne všichni jsme pečující typy. Tak to je taky důležitý. Asi pracovat na tom sociálním systému a na tý úctě k tomu-, každý se bojí. Nebojí se ani tak smrti, ale abys nebyl někomu na obtíž. To je taková životní otázka. Každý bysme umřeli někde náhle, naplněným stářím, předávat vnoučatům ty moudra.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

2.2.3. Klienti a jejich rodiny

Klienti denního stacionáře Y musí být pohybliví a naopak nesmí být agresivní. Prostory denní stacionáře jsou sice bezbariérové, ale senioři musí být schopni se sami pohybovat, což je důležité i proto, že některé aktivity od nich vyžadují, aby byli schopni se sami přemístit na jiné místo. Uživatelé navíc nesmí být agresivní, jelikož takové chování narušuje celou skupinu a ve stacionáři navíc nejsou na zvládání takových klientů vybaveni.

> *„No my to máme v metodikách popsaný, nebo v těch stanovách, je to člověk, který sem musí fyzicky dojít a nesmí být jako agresivní.“* (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

> *„Ten člověk musí být schopen k nám dojít, můžeme mu pomoct, ale musí být schopen chůze. Měli jsme tady hodně silnou paní a v momentě, když už nechtěla vstávat a když jsme ji dvě pomáhaly a ona odmítala se zvednout, nebylo už v našich fyzických silách se o paní starat. Není problém se postarat o vozíčkáře, když je schopen s naší pomocí se přemístit z vozíčku na židli nebo na záchod. Ale samozřejmě klienta s vážnými zdravotními problémy, které vyžadují hospitalizaci, nebo 24 hodinovou lékařskou péči, u nás nemůže přijmout.“* (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Služba je určena seniorům a osobám s jiným zdravotním postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního stavu a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Služba naopak není určena osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje nepřetržitý dohled lékaře nebo péči v lůžkovém zdravotnické zařízení. Klienti denního stacionáře jsou převážně senioři ve věku 65 let a více. Jsou tu i lidé, kteří zvládají být sami doma, ale cítí se být opuštění, a denní stacionář jim nabízí sociální kontakt.

> *„My tady máme-, my říkáme uživatele. My tu máme lidi, seniory od 65 let do kolika to zvládnou, jsou tu lidi s nástupem duševní nemoce, s Alzheimerem, jsou tu lidi, který se cítí být-, ne sociálně vyloučeni, ale*

který se cítí být sami. Takže třeba chodí jednou týdně dámy, které mají třeba přes devadesát a už se nikam nedostanou, tak sem přijedou sociálním autem. Nebo když je pečující rodina a chodí do práce nebo si vezme k sobě toho blízkýho, který už nemůže být sám, tak by třeba hrozily nějaká ohrožení jeho života a neumí si ohřát oběd. A ten stacionář má to poslání jednak pečovat o člověka, který už nemůže, nebo nabízí i různé aktivity, aby zpomalily třeba s nástupem té demence tu progresi té nemoci." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Skupina uživatelů v denním stacionáři je poměrně proměnlivá. Předem se nedá odhadnout, jak dlouho bude moci senior tuto službu využívat. Mezi uživateli jsou lidé, kteří stacionář navštěvují několik let, ale někteří lidé ho opouštějí po kratší době. Ve chvíli, kdy se zdravotní stav klienta zhorší natolik, že není schopný se účastnit aktivit a nebo nějakým způsobem narušuje chod stacionáře (například zvýšenou agresivitou), musí službu opustit.

„Máme paní, která má Parkinsona a její chování už bohužel znepokojuje ostatní, přestože vědí, že je nemocná, nechápou všechny důsledky její nemoci a rozhodí je to. Tento stav už musí řešit vedoucí, ale snažíme se do poslední chvíle se o klienta starat tak, aby to nemělo vliv na ostatní. Za tu dobu co tam pracuji, se to stalo asi třikrát, že jsme takovouto situaci museli řešit – ukončení pobytu vzhledem k zhoršení stavu klienta, který ovlivňoval bohužel i poklidný pobyt ostatních klientů." (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

V denním stacionáři s klienty individuálně pracují a ve chvíli, kdy se jejich zdravotní stav zhorší natolik, že již nemůže využívat služeb stacionáře, doporučí vedoucí rodině jiný typ péče.

„Každý uživatel má individuální plán a zapisují se záznamy. Jsou to třeba tři, čtyři roky, snažíme se co nejdýl, já jako sociální pracovnice pak mám návaznost nebo spolupracujeme s dalšíma sociálníma službama. Když vidím, i když vidím, protože já hájím zájmy ne té rodiny, ale toho uživatele

a když vidím, že ho to vyčerpává, tak se diplomaticky pracuje s tou rodinou. Doporučí se jiná forma, mnohdy je ta rodina už vyčerpaná a už nemá ani na tu péči. Pak se doporučí nebo diplomaticky-, ukončili jsme po dohodě jednu službu s jednou paní, protože furt mluvila a vlastně to narušovalo. Ona měla těžší stupeň té Alzheimerovy choroby a ona pořád jenom rušila, furt si zpívala a nešlo jí to vysvětlit. I když pečovatelka stála u ní a nějak jsme se tam pak domluvili, že ukončíme tu službu. Protože není účelem, aby tady byla jedna, a všichni ukončili službu. A je to rušilo, protože to jsou taky nemocný lidi. Ono to tak jako vyplyne a já jen pomaličku doporučím další službu návaznou. Nebo ta rodina už je tak vyčerpaná, že sama jako přijde." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Kapacita tohoto denního stacionáře je maximálně 13 klientů. V současné době poptávka po jeho službách převyšuje nabídku a vedoucí musí nové klienty odmítat. Funguje zde pořadník, do kterého se lidé zapisují a čekají, až se uvolní místo.

„Ze začátku jsme měli stav 10 lidí a teď vesměs máme převis tak 10–20 %. Třeba v zimě je to období, že lidi třeba odchází nebo se změní ta péče. A i když máme pořadník, tak pak volám a třeba půl měsíce nikoho nedostanu. Ale teď mám převis 4–5 lidí. Tak vždycky když někdo odejde, tak já hned volám podle toho pořadníku. Ale vesměs je problém, že oni mají zažádáno ve více sociálních zařízeních. Ale my máme teď plno. Ten člověk nemusí chodit každý den, může chodit dvakrát, jednou týdně anebo někdo chodí pravidelně každý den. Takže my třeba teď máme ve stavu 23 lidí na týden. Takže proměnlivě." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Mezi klienty denního stacionáře stejně tak jako v předchozím případě převažují ženy. Většina aktivit je spojena s ručními pracemi a uměleckými činnostmi. Podle pečovatelek jsou to právě muži, kteří se občas neradi zapojují do aktivit.

„S ženami to máme trochu jednoduší než s muži – jsme samy také ženský… Ale zase chlapi si zase i sami přečtou noviny – teda ti, kteří jsou toho schopni. Ta činnost je prostě s nimi složitější a opravdu individuální. Někteří i dost přes den podřimují. Čím jsou starší, tím častěji za den. Mají možnost si lehnout a sami si určují, zda se chtějí nějaké činnosti zúčastnit nebo chtějí jen odpočívat." (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Seniory do stacionáře nejčastěji přivede rodina, která přestane danou situaci zvládat a potřebuje s péčí o blízkého pomoci. Tato situace nastane nejčastěji ve chvíli, kdy už senior nemůže z bezpečnostních důvodů zůstat doma sám a všichni z rodiny musí chodit do zaměstnání nebo již nemají dostatek sil na celodenní péči. V minimum případů přijdou senioři sami, jelikož se cítí doma opuštění a mají zájem o sociální kontakt.

„No vesměs ta rodina přijde, že je vyčerpaná, že potřebují pomoct. Buď je to manželský pár a ten pečující je už úplně vyčerpaný, když pečují muži, tak neradi dávají ty manželky, někdy přijde ta rodina, třeba děti. Ale vesměs si potřebuje odpočinout ta rodina. Anebo tu máme tak 30 % dam, který chtějí ten sociální kontakt. A to jsou dámy přes 90 a chodí třeba jednou, dvakrát týdně, že se potřebují s někým pobavit, protože jsou doma. Už třeba nevychází ven z nějakých důvodů, tak ty chodí na takové udržování a sociální kontakt. Což máme třeba středy, kdy jsou dámy přes 90 let, a snažíme se o takovou aktivaci." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

O službách denního stacionáře se rodiny nejčastěji dozví na internetu nebo jim ho doporučí někdo známý či ošetřující lékař. V okolí je služba tohoto typu jediná, proto je o ni poměrně velký zájem.

„My tu máme jeden denní stacionář, pak měli domovinku, ale to měli jenom-. V takový formě, jak fungujeme my, tak to tady nebylo. Měli třeba, že tam měli ty aktivity, ale spíš to bylo takový, že tam seděla pečovatelka a my tu přeci jen ten cílený program pro ně máme. A my jsme na registru,

máme letáčky, jsme na internetu. A sociální pracovnice v nemocnicích nebo ve zdravotních zařízeních, tak musíme dělat propagaci. Ale jsme teda úplně kapacitně plní. Já jsem si myslela, že tahle služba nepůjde, ale ve městě je to potřebnější než třeba na venkově. Tam jsou generačně zvyklý spolu, tolik se nehýbou, jako nemigrujou po světě, ale v městě to je dobrý." (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

Problémem ze začátku bývala doprava, jelikož někteří klienti to mají do stacionáře celkem daleko. Nějakou dobu se snažili ve stacionáři zajišťovat rozvoz klientů sami, ale bylo to pro ně finančně neúnosné. V současné době funguje ve městě služba „sociální automobil", kterou si lidé mohou objednat. Hodně klientů denního stacionáře právě tuto službu využívá.

„Já jsem, když mě vlastně oslovili s tím, že ta možnost je, tak jsem se nejdřív bála toho, že to ztroskotá na dopravě, protože já nemám auto a fungování toho stacionáře se přesně kryje s mojí pracovní dobou, tak jsem nevěděla, jak bych ráno zvládla mamku probudit, dát jí najíst, dopravit jí do stacionáře a stihnout se vrátit do práce. Ale jelikož jsem zjistila, že do stejného stacionáře jezdí paní, která bydlí vedle v domě a má na každý den objednané to sociální auto, tak vlastně je to jednoduché v tom, že mamka když je tady, tak se k ní vlastně vždycky přidá, takže já jsem objednala to sociální auto a ráno jí tam přivezli a odpoledne jí zase odvezli. Pro mě byl ten největší problém v té dopravě a ten se takhle vyřešil tedy tímhle způsobem." (Hana, dcera pečující o matku, psycholožka, 53 let)

V denním stacionáři jsou dva typy klientů, co se návštěvnosti týče. První skupina využívá služeb zhruba dvakrát týdně. Jedná se především o lidi, kteří chtějí sociální kontakt, nebo o ty, již mají doma primárního pečovatele, který potřebuje odlehčit. Druhou skupinou jsou lidé, kteří využívají služeb stacionáře každý den, protože rodina chodí do práce a o seniora by se doma neměl kdo starat. O seniory se doma nejčastěji starají ženy (dcery, snachy, manželky), ale jsou tu také případy, kdy pečuje muž (nejčastěji manžel nebo syn). Většina

rodin považuje otevírací dobu denního stacionáře, která je v současné době od 7:30 do 16 hodin, za dostačující. Najdou se ale i tací, kteří by uvítali, kdyby byla otevírací doba delší. Jedná o rodiny, kde o seniora pečuje ekonomicky aktivní člověk, který chodí do zaměstnání.

V tomto stacionáři prakticky všichni uživatelé pobírají příspěvek na péči, nejčastěji ve III. stupni. Vedoucí stacionáře rodinám často radí a pomáhá v záležitostech okolo příspěvku na péči Klienti, kteří docházejí do stacionáře denně a mají příspěvek na péči ve III. stupni uvádějí, že jim finančně pokrývá 90–100 % výdajů spojených se službami denního stacionáře. Cena za služby v denním stacionáři se pohybuje od 40 do 60 Kč za hodinu a příspěvek na péči v III. stupni činí 8800 Kč za měsíc. Z tohoto vyplývá, že v takovém případě příspěvek stačí průměrně zhruba na 176 hodin péče v denním stacionáři, což průměrně pokrývá výdaje za měsíc.

Rodiny klientů si na denním stacionáři nejvíce chválí personál, který podle nich zajišťuje výbornou a odbornou péči, dále také sociální kontakt, program a s ním spojené aktivity, jež seniory rozvíjí a zabaví.

> *„No hlavně ten kolektiv, mamka je ráda mezi lidmi, takže tam jí to vyhovuje, že není sama. Když byla u mě, tak tam mohla koukat na televizi, ona je schopná samostatně chodit, tak i šla třeba ven, ale byla sama, tím, že já jsem vlastně v práci. Někdy mi chodila třeba naproti, ale byla sama přes den.“* (Hana, dcera pečující o matku, psycholožka, 53 let)

Dalším významných důvodem, proč rodiny využívají služeb denního stacionáře, je odlehčení. Péče o seniory je často psychicky, fyzicky, ale i časově náročná. Většina pečovatelů z řad rodin uvádí, že se jim nedaří dobře sladit péči o seniora dohromady s péčí o rodinu a s prací, případně svým volným časem. Nedostatek času je tak největším problémem, který pečovatele trápí. Rodinám v péči a při slaďování nejvíce pomáhá právě denní stacionář, ale často také rozdělení péče mezi více členů rodiny.

„Nejvíce nám pomáhá, že jsme na péči dva, střídáme se. […]" (snacha pečující o tchyni, překladatelka a učitelka, 59 let)

„Pomáhá nám, když si práci rozdělí celá rodina. […]" (dcera pečující o matku, 45 let, uklízečka)

Rodiny klientů na denním stacionáři neshledávají žádná negativa, až na pár výjimek, kteří by ocenili delší otevírací dobu. Naopak jsou s tamní péčí velice spokojeni a chválí si komunikaci s pracovnicemi centra. Spolupráci s rodinami si chválí taktéž pečovatelky denního stacionáře, které jsou rády, když některý člen rodiny klienta s nimi stráví krátkou dobu (návštěvu) ve stacionáři, aby viděl, jak péče probíhá.

„Líbí se nám, když člen rodiny s dotyčným u nás ze začátku stráví nějaký čas – třeba dvě hodiny, přijdou na návštěvu, na kafe a vidí, jak to u nás chodí. Já jsem zdravá, ale když mám přijít do cizího prostředí tak jsem z toho „hotová", natož starý nemocný člověk. Je dobře, když s ním ty první hodinu u nás stráví jeho nejbližší. Takže se spoluprací rodin a příbuzných našich klientů mám zatím dobrou zkušenost." (Gabriela, pečovatelka DS Y, 46 let)

Hodně rodin klientů denního stacionáře má zkušenosti i s jinými sociálními službami pro seniory. Nejčastěji se jedná o pečovatelskou či odlehčovací službu. Část z nich už také přemýšlí o tom, jakou péči zvolí ve chvíli, kdy již senior nebude moci denní stacionář navštěvovat. Možnými variantami jsou domov pro seniory či domov se zvláštním režimem. Téměř všichni dotazovaní se ale shodnou na tom, že možnosti péče o seniory v České republice jsou nedostačující, a to především kapacitně. Dále si také někteří stěžují na nedostatečnou finanční podporu.

O tom, že jsou rodiny klientů spokojeni s péčí v denním stacionáři, vypovídá i fakt, že na otázku, jaká by pro ně byla ideální pomoc, pokud by ve svém stáří nedokázali zvládnout běžné denní činnosti, volili nejčastěji stejně

tak jako v rodiny předchozím stacionáři odpověď „péče v denním stacionáři pro seniory“. Další častou odpovědí také byla „pomoc rodiny a příbuzných“.

Klienti a klientky denního stacionáře Y jsou nejčastěji senioři s kognitivními poruchami, kteří již ze zdravotního důvodu nemohou zůstat celý den sami doma. Velká část uživatelů tuto službu využívá denně, další část ale spíše jako odlehčovací, jelikož pro jejich primárního pečovatele je náročné sladit péči, rodinu, zaměstnání a svůj vlastní čas. Spolupráce mezi rodinami a personálem denního stacionáře probíhá bez problémů, obě strany si ji chválí.

Prostředí denního stacionáře Y je také převážně ženské. Absence mužského elementu ve sféře péče má tak možná za následek to, že mužům – klientům není program v denním stacionáři zcela vhodně uzpůsoben, což může být důvodem, proč jich je ve stacionáři méně.

Některé rodiny uživatelů denního stacionáře Y již přemýšlí o tom, jakou péči zvolí ve chvíli, kdy se zdravotní stav seniora zhorší natolik, že nebude možné, aby navštěvoval stacionář. Nejčastějšími možnými variantami je domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, případně také pečovatelka docházející domů.

2.4. Komparace

Výzkum se zaměřil na dva denní stacionáře pro seniory. Hlavním cílem bylo zjistit, jak fungují a jak v nich probíhá péče z pohledu různých aktérů. Prvotním impulzem pro studium ne pouze jednoho ale dvou denních stacionářů byla snaha o možnou komparaci. Denní stacionáře pro seniory byly záměrně vybrány v různých městech a s odlišným zaměřením. Předpokládala jsem, že poloha a zaměření denního stacionáře může ovlivnit strukturu klientů, přístup pečovatelek a celý chod stacionáře.

Jelikož jsem při svém výzkumu použila stejné metody sběru dat, pokusím se na následujících stránkách shrnout nejzásadnější body konvergence a divergence obou výše popsaných denních stacionářů pro seniory.

2.4.1. Podobnosti

Prvním společným rysem obou denních stacionářů je převaha žen. Ženy převládají jednak mezi pečovateli, a to jak těmi domácími, kterými jsou nejčastěji dcery, manželky a snachy, ale také mezi pracovníky denních stacionářů. Muži se v roli pečovatelů objevují zřídka, což je spojeno jednak s genderovými důvody – pečovatelské sklony se přisuzují ženám, a to zejména kvůli kulturním předpokladům a stereotypům, podle nichž by ženy měly upřednostňovat potřeby své rodiny před svými vlastními. Dalším důvodem je ale také to, že práce v sociální sféře je finančně špatně ohodnocena. Tyto dva důvody jsou přitom propojeny – péče je chápána jako poslání ženám vlastní, a není tedy nutné ji tolik finančně oceňovat (England, Budig, Folbre, 2002). Podle pečovatelek obou stacionářů je mužů v sociální sféře málo právě z toho důvodu, že je tato práce nedostatečně placená, což si muži, kteří jsou nejčastěji v roli živitele rodiny, nemohou dovolit. Průměrná mzda pracovníků přímé obslužné péče ambulantních a terénních služeb v roce 2016 činila 19 154 Kč, což bylo zhruba o 8 894 Kč méně než průměrná mzda (Sociální politika, 2017).

Žen – klientek je ve stacionáři také mnohem více než mužů. Tento fakt je zřejmě způsobený jednak tím, že ženy se dožívají vyššího věku než muži, ale i tím, že program, aktivity i přístup jsou v obou denních stacionářích vhodnější a atraktivnější právě pro ženy. V budoucnu bude určitě potřebné či dokonce nutné se zaměřit na to, aby aktivity byly „atraktivní“ i pro muže a denní stacionáře přestaly být ryze ženským prostředím.

Dalším společným rysem obou denních stacionářů je důraz na individuální péči v malém (rodinném/přirozeném) prostředí. Pečovatelky se vymezují oproti „velkokapacitním“ sociálním zařízením pro seniory, které podle nich vytváří „ghetta“ a člověk se v nich cítí odložen. Senioři jsou podle nich vylučováni ze společnosti, což je nutné změnit. Denní stacionáře nabízí individuální péči v příjemném prostředí, kde dochází k mezigeneračnímu setkávání, a navíc dovolují seniorům zůstávat doma, i když jsou jejich rodinní příslušníci ekonomicky aktivní, a tudíž by se o ně neměl přes den kdo starat. Denní stacionáře tak nabízí alternativu nebo kompromis mezi domácí a pobytovou péčí. Na jedné straně tak umožní seniorům zůstat v domácím prostředí co možná nejdéle a na druhé straně odlehčí rodinám, pro které je slaďování péče s prací, rodinnou a volným časem velice náročné.

Třetím společným rysem obou denních stacionářů je snaha o „aktivaci“ či „aktivizaci“ seniorů. Pečovatelky se domnívají, že pestrý program je pro seniory správný. Díky různým aktivitám je podle nich možné seniory rozvíjet nebo alespoň zpomalit proces stárnutí či postup nemoci. Je patrné, že myšlenka a snaha rozvíjet a aktivizovat seniory v denních stacionářích je ovlivněna konceptem aktivního stárnutí, který klade důraz na podporu vitality a důstojnosti všech osob. V nedávné době se však začal probouzet zájem o koncept čtvrtého věku, který souvisí s uvědoměním si „rezerv“ při aplikaci konceptu aktivního stárnutí, které opomíjí aktivitu jako součást života lidí ve čtvrtém věku (Petrová, 2017). Pro třetí věk je typické zdůrazňování autonomie, potěšení, naplněný volný čas a péči o sebe (Gillard, Higgs, 2013). Naproti tomu čtvrtý věk je vymezen spíše sociální percepcí – je obávaným stavem,

kterému je připisovaná křehkost, stav beznadějné nenávratnosti a provázanost s druhými ve formě pomoci nebo péče a vstupu sociálních institucí. Sociologické zkoumání čtvrtého věku svým vymaňováním závislých seniorů z dosud dominantní, úzké perspektivy péče přináší nové otázky a potřebu redefinice některých základních konceptů Kafková Petrová, 2017). Ať už je to zmiňovaný koncept aktivního stárnutí, nebo otázka aktérství v (závislém) stáří, která s tematikou aktivního stárnutí úzce souvisí. Představa, že aktérství ve čtvrtém věku není možné, přispívá ke zvýšení polarizace mezi třetím a čtvrtým věkem. Zdá se proto, že by bylo vhodnější najít jinou než dosud převládající definici aktérství, jež by přispěla k pochopení situace jedinců ve čtvrtém věku. Ve vysokém stáří, bez ohledu na typ postižení, je velice těžké samotné udržení akceptovatelného pojetí sebe sama, sebeúcty a důstojnosti života (Sýkorová, 2007). Zachování či znovukonstruování identity je tak ve čtvrtém věku klíčovou výzvou. Adaptační mechanismy úspěšné ve třetím věku mohou s přechodem do čtvrtého věku selhávat (Petrová Kafková, 2017). Tím, jak člověk stárne, orientuje své aktivity více na domov a jeho bezprostřední okolí. Pro každodenní osobní péči pak při zhoršující se hybnosti potřebuje jedinec stále více času. Zcela specificky každodennost formuje také institucionalizace.

Dalším zajímavým momentem péče v obou denních stacionářích je napětí mezi „profesionalitou“ či kvalifikací na jedné straně a „srdcem“ – pečující povahou na straně druhé. Z výzkumu je zřejmé, že zatímco rodiny klientů si od péče v denních stacionářích slibují především profesionalitu a odborný přístup, pečovatelky samy kladou důraz na „vrozené“ dovednosti a většinou ani nejsou primárně vzdělané v oboru sociální práce. Tento fakt je zajímavý v souvislosti s důrazem na profesionalizaci péče nejen ve formálním, ale i v neformálním sektoru. Opakovaně se objevují návrhy, že i neformální rodinní pečující by měli procházet školeními. Existují již organizace, které takováto školení a kurzy poskytují (Vzdělávání pečovatelů, 2017).

2.4.2. Rozdílnosti

Jedním z rozdílů, který mezi zkoumanými denními stacionáři existuje, je jejich zaměření – specializace, a s tím spojený typ uživatelů. V denním stacionáři X se specializují na klienty a klientky trpící poruchou řečových funkcí (afázie po cévních mozkových příhodách, úrazech mozku apod.), kterým nabízejí odbornou individuální logopedickou terapii. Klienti tohoto stacionáře jsou na tom zdravotně a po stránce samostatnosti většinou lépe – nejčastěji pobírají příspěvek v I. – II. stupni závislosti – než klienti denního stacionáře Y, kteří nejčastěji pobírají příspěvek na péči ve III. stupni závislosti. Tento fakt se promítá i do programu, který je v denním stacionáři X o něco více organizovanější a aktivnější.

Dalším rozdílem mezi zkoumanými stacionáři je, že denní stacionář Y má pro uživatele k dispozici dvě ložnice, existuje tu tedy možnost odpočinku a soukromí. Když se některý ze seniorů nechce účastnit programu anebo si chce odpočinout či potřebuje být chvíli sám, může se odebrat do ložnice. Čím je člověk starší, tím častěji se unaví a potřebuje odpočinek, nehledě na to, že aktivity v denním stacionáři mohou klienty vyčerpat, proto je ložnice výhodou, možná dokonce nezbytností. V denním stacionáři X ložnici pro klienty nemají, což má možná i za následek to, že senioři nejčastěji využívají péči pouze na dopoledne a po obědě odchází domů. V denním stacionáři X se tak objevuje zajímavý paradox – někteří klienti si stěžují na nedostatečnou otevírací dobu a ocenili by možnost i odpolední péče, zatímco poskytovatel má problém s nedostatkem zájmu o delší docházku. Na tuto skutečnost by bylo zajímavé se zaměřit. Je možné, že právě chybějící ložnice, a tím vznikající nemožnost odpočinku pro klienty, je důvodem tohoto paradoxu.

Dalším rozdílem mezi oběma denními stacionáři je zájem o službu. Zatímco v denním stacionáři Y poptávka po službě převyšuje nabídku, v denním stacionáři X se potýkají s nedostatkem klientů. Tento fakt přisuzuje ředitelka centra tomu, že ve velkých městech rodiny nedrží tolik pohromadě jako na

venkově, a tak rodiny ve městech využívají spíše pobytové služby. Dle mého názoru může být menší poptávka po službách tohoto denního stacionáře dána tím, že v Praze a ve Středočeském kraji je tato služba poměrně hojně rozšířena (nachází se zde zhruba 45 DS), zatímco v jiných částech České republiky zatím tato služba tolik zastoupena není. Dalším důvodem pak také může být to, jak již bylo výše zmíněno, že v denním stacionáři X není ložnice, kde by si uživatelé mohli odpočinout. Klienti a jejich rodiny, kteří mají zájem o celodenní péči, pravděpodobně vyhledají jiný denní stacionář anebo jiné zařízení, což může být právě jeden z důvodů, proč má stacionář problém s menší poptávkou.

Rozdíly mezi oběma denními stacionáři nalezneme i v ceně a ve financování celého chodu. V denním stacionáři X zaplatí klienti za službu 90 až 120 Kč za hodinu, zatímco v denním stacionáři Y je sazba o polovinu nižší – pohybuje od 40 do 60 Kč za hodinu. Tento rozdíl může být dán jednak lokalitou – služba v Praze je dražší – ale také tím, že denní stacionář X je soukromým zařízením, které není dotováno z MPSV[17], ale funguje hlavně za podpory obecního úřadu a fundraisingu, zatímco denní stacionář Y je dotován jak městem, tak také z MPSV.

> *„My jsme soukromé zařízení, takže částečně je to financováno z toho, co si přispívají sami klienti na péči. Ale samozřejmě to nepokryje, nebo by musely být ty příspěvky tak velký, že by si nikdo nemohl dovolit sem chodit. Takže se snažíme to zařízení dotovat, což právě tam nám chybí ta podpora toho státu. Takže zatím se nám nepodařilo v žádném grantovém řízení prosadit, abychom tu dotaci dostali. Takže od státu nedostáváme nic, dostáváme teda-, máme podporu místního úřadu obecního, který má vyloženě rozpočet pro podporu místních neziskových organizací, takže tam máme pravidelně roční příjem. A pak zbytek je teda soukromý fundraising, co děláme u firem a nadací. Takže tímhle způsobem a kromě toho se založila nadace, nadační fond, který shání všemožným způsobem peníze.*

[17] Ministerstvo práce a sociálních věcí (pozn. autorky).

A klienti, kteří si nemůžou vůbec dovolit naši péči za tu částku, kterou tady máme, tak jsou financovaní prostřednictvím toho nadačního fondu, nebo aspoň částečně.“ (Blanka, ředitelka centra X, 52 let)

„No my jsme závislí na dotacích. My jsme registrovaný na kraji a žádáme dotace z ministerstva a přes kraj. Takže vždycky jsme závislý, fungujeme osm let, tak žádáme jako-, finance dostáváme z MPSV. Takže čekáme vždycky, něco přispívá město, pak máme za služby těch uživatelů, to je minimum, ale někdy máme i nějaký sponzorský dary.“ (Eva, pečovatelka a vedoucí DS Y, 50 let)

ZÁVĚR

Diplomová práce analyzovala chod dvou vybraných denních stacionářů z pohledu zainteresovaných aktérů.

Teoretická část podává obraz současné situace na poli péče o seniory. Česká populace stárne (Uhlík, 2013). Došlo k výraznému poklesu porodnosti a díky sociálnímu rozvoji a lepším životním podmínkám umírá čím dál méně lidí předčasně. Na základě tohoto vývoje stoupla v posledních letech potřeba služeb a zařízení, které poskytují péči seniorům. Institut péče zahrnuje jak institucionální formu, tak i péči poskytovanou neformálními pečovateli, nejčastěji rodinnými příslušníky. Rodinná péče představuje lidmi preferovaný model, který není vždy možný. Sociální politika hledá řešení, která by učinila rodinnou péči o staré lidi zvládnutelnou (Jeřábek et al., 2013). Jedním z možných řešení je hybridní model, v němž je péče sdílena neformálními pečovateli a formálními sociálními službami (Huňová, 2013). V rámci tohoto modelu se jeví jako vhodné posilovat terénní a ambulantní sociální služby, konkrétně denní stacionáře, v nichž by senioři mohli pobývat alespoň v některých dnech týdne, což by neformálním pečovatelům pomohlo lépe koordinovat péči s ostatními pracovními a rodinnými povinnostmi.

Z vlastního výzkumu vyplynulo, že denní stacionáře fungují především jako odlehčovací služba pro rodiny, jež se starají o nemohoucího seniora, který z různých důvodů nemůže zůstat sám – bez dohledu. V denních stacionářích je patrná distinkce „my vs. oni“, kde „my“ představuje prostředí denních stacionářů a „oni“ představuje ostatní sociální služby pro seniory, především ty pobytové – „velkokapacitní“, které podle pečovatelek vytváří „ghetta“ a člověk se v nich cítí odložen. I z tohoto důvodu je ve stacionářích kladen velký důraz na individuální péči v malém (rodinném/přirozeném) prostředí a na mezigenerační setkávání.

Z analýzy dále vyplynulo, že v denních stacionářích je značná převaha žen. Ženy převládají mezi pečovateli, a to jak těmi domácími, kterými jsou nejčastěji dcery, manželky a snachy, tak mezi pracovníky denních stacionářů. Toto zjištění potvrzuje předchozí výzkumy, které hovoří o tom, že mužů pečovatelů je velice málo a pečování je téměř výhradně ženskou doménou. Ženy převládají i mezi klientelou stacionáře. Tento fakt může být způsoben tím, že program, přístup i aktivity ve stacionářích, kterými jsou nejčastěji ruční práce a umělecké činnosti, jsou vhodnější a atraktivnější právě pro ženy.

Z výzkumu je dále patrné, že chod denních stacionářů je ovlivněn konceptem aktivního stárnutí. Pečovatelky se domnívají, že pestrý program je pro seniory správný. Díky různým aktivitám je podle nich možné klienty a klientky rozvíjet nebo alespoň díky nim zpomalit proces stárnutí či postup nemoci. Dalším zajímavým momentem péče v denních stacionářích je napětí mezi „profesionalitou“ – kvalifikací a „srdcem“ – pečující povahou. Zatímco rodiny klientů si od péče ve stacionářích slibují především profesionalitu a odborný přístup, pečovatelky samy kladou důraz na „vrozené“ dovednosti a většinou ani nejsou primárně vzdělané v oboru sociální práce.

Výsledky výzkumu poukázaly na několik problémů, kterými by bylo vhodné se dále zabývat:

1) Finanční podpora denních stacionářů od státu je nedostatečná. Finanční ohodnocení pečovatelů a pracovníků denních stacionářů je nízké. Díky tomu pracuje v této sféře minimum mužů, jejichž přítomnost je však žádoucí. Péče o seniory je mnohdy fyzicky náročná a personální převaha žen může být důvodem nižšího počtu mužských klientů.

2) Muži se neradi zapojují do programu denních stacionářů – mezi hlavní aktivity patří ruční práce a kreativní činnosti, které jsou vhodnější pro ženy.

3) V jednom zkoumaném denním stacionáři chybí ložnice nebo místnost, ve které by si klienti mohli odpočinout. Zřejmě proto většina uživatelů využívá službu pouze dopoledne.

Ve výzkumu hraje důležitou roli má vlastní subjektivita. Rozhovory nejsou neutrální, protože jsem si vybrala téma, účastníky rozhovorů i otázky. Používala jsem nestandardizované otázky, které jsem interpretovala, a proto je reliabilita výzkumu nížší. Přesto si myslím, že některá témata a zjištění je možné považovat za reliabilní, jelikož se vyskytla u obou zkoumaných denních stacionářů, a jsou v souladu se závěry předchozích výzkumů. Validita mého výzkumu je vysoká, protože nepodléhá takové míře standardizace, jako je tomu u kvantitativních výzkumů.

BIBLIOGRAFIE

Abel, Emily K. 1990. „Informal Care for the Disabled Elderly: A Critique of Recent Literature“. *Research on Ageing* 12 (2): 139-157.

Andrews, Molly. 1999. „The Seductiveness of Agelessness“. *Aging and Society* 19 (3): 301-318.

Barker, Robert L. 2003. *The social work dictionary.* Washington, DC: NASW Press.

Bengtson, Vern L., Robert E. L. Roberts. 1991. „Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction“. *Journal of Marriage and the Family* (53): 856-870.

Bytheway, Bill. 1995. *Ageism.* Philadelphia: Open University Press, s. 43-104.

ČSÚ. 2013. *Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20552675/13005214u.pdf/f72d6709-c80d-41f7-a9b3-6494a73c80dd?version=1.0>.

Dudová, Radka. 2015. *Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

England, Paula, Michelle Budig, Nancy Folbre. 2002. „Wages of Virtue: The Relative Pay of Care Work“. *Social Problems 49* (4): 455-473.

Evropský rok. 2015. *Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (2012) v České republice* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 1. 5. 2017]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/11696>.

Gerbner, George, Larry Gross, Nancy Signorielli, Michael Morgan. 1980. „Aging with Television: Images on Television Drama and Conceprions of Social Reality“. *Journal of Communication* 30: 37-47. Dostupné z: <http://web.asc.upenn.edu/gerbner/Asset.aspx?assetID=383>.

Giddens, Anthony. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo.

Gilleard, C., Paul Higgs. 2010. „Aging without Agency: Theorizing the Fourth Age“. *Aging and Mental Health* 14 (2): 121-128.

Glosová, Dagmar. 2006. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA.

Graham, Hilary. 1983. „Caring: A Labour of Love“. In Janet Finch, Dulcine Groves (eds.). *A Labour of Love: Women, Work an Caring.* London: Routledge and Kegan Paul, s.13-30.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2010. „Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory“. *Sociologický časopis* 46 (2): 211-234.

Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří.* 2. přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team.

Hendl, Jan. 1997. *Poznávání pomocí kvalitativního výzkumu.* Praha: UK FTVS.

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha: Portál.

Hendl, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál.

Higs, Paul, Ian Rees Jones. 2009. *Medical Sociology and Old Age. Towards a Sociology of Health in Later Life.* London: Routledge.

Hospicové občanské sdružení Cesta domů. 2014. *Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II.* [datový soubor]. Praha: Český sociálněvědní datový archiv [cit. 10. 5. 2017].

Huňová, Jana. 2013. *Podpora neformálních pečovatelů v oblasti péče o seniory*. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: FHS UK.

Iregistr. 2017. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: Iregistr [cit. 2. 11. 2017]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vysledky_hledani_sluzby_pro_tisk.do;jsessionid=D2A440054B46DF3517DD6843459AA5EA.node1?pg=9&sd=denn%C3%AD+stacionáře&zak=&zaok=&SUBSESSION_ID=1509531482117_1>.

Jacobs, Thérése. 2003. „Paying for Informal Care: Contradiction in Terminis?“. *European Societies* 5 (4): 397-417.

Jeřábek, Hynek et al. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Jeřábek, Hynek et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.

Katz, Stephen. 2000. „Busy Bodies: Activity, Ageing and the Management of the Everyday Life“. *Journal of Ageing Studies* 14 (2): 135-152.

Kňapová, Kateřina. 2015. *Mediální obraz stáří a stárnutí ve vybraných českých médiích.* Praha: Alternativa 50+.

Kozlová, Lucie. 2005. *Sociální služby.* Praha: Triton, s. 11-32.

Krebs, Vojtěch. 2005. *Sociální politika.* 3. přepracované vydání. Praha: ASPI Publishing, s. 17-69.

Kubalčíková, Kateřina. 2000. „Služby pro seniory závislé na pomoci jiné osoby“. *Sociální studia* (5): 165-173.

Kubalčíková, Kateřina. 2006. *Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“* [online]. Brno: Magistrát města Brna [cit. 20. 10. 2017]. Dostupné z: <http://socialnipece.brno.cz/texty/25/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-%20skupiny/%3e./>.

Kubalčíková, Kateřina. 2012. „Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby“. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* (4): 89-101.

Kvalita života ve stáří. 2008. „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)“ [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 25. 5. 2009]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.

Luscher, Kurt, Karl Pillemer. 1998. „Intergenerational Ambivalence: A New Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life“. *Journal of Marriage and Family* 60 (2): 413-425.

Lyon, Dawn. 2010. „Intersections and Boundaries of Work and Non-Work“. *European Societies* 12 (2): 163-185.

Malíková, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada.

Maříková, Hana, Blanka Plasová. 2012. „Kontinuita anebo změna v systému zajištění péče o seniory v České republice od roku 1948 vzhledem k genderovanosti politik péče“. *Fórum sociální politiky* 6 (3): 2-7.

Maslow, Abraham Harold. 2014. *O psychologii bytí.* Praha: Portál.

Matoušek, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál.

Menšíková, Šárka. 2014. *Hodnocení pobytového zařízení seniory.* Nepublikovaná bakalářská práce. Ostrava: FSS OU.

Mullan, Phil. 2002. *The imaginary time bomb: why an ageing population is not a social problém.* London: Tauris.

Musil, Libor. 2004. *„Ráda bych Vám pomohla, ale...“. Dilemata práce s klienty v organizacích.* Brno: Marek Zeman.

Nakonečný, Milan. 1995. *Psychologie osobnosti.* Praha: Academia.

Neilson, Brett. 2006. „Anti-ageing Cultures, Biopolitics and Globalisation“. *Cultural Studies Review* 12 (2): 149-164.

Petrová Kafková, Marcela, Tatiana Sedláková. 2017. „Čtvrtý věk jako specifické pole pro vyjádření aktérství“. *Sociologický časopis* 53 (5): 719-735.

Pichaud, Clément, Isabelle Thareauová. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* Praha: Portál.

Průša, Libor. 2008. *Sociální služby – srovnání ČR a EU.* Praha: Centrum sociálních služeb.

Průša et al. 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Přidalová, Marie. 2007. „Motivy k péči o stárnoucí rodiče“. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* (3): 87-96.

Sak, Petr, Karolína Kolesárová. 2012. *Sociologie stáří a seniorů.* Praha: Grada.

Sociální služby. 2017. *Sociální služby* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 1. 11. 2017]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#zkss>.

Sociální politika. 2017. *Sociální politika* [online]. Praha: Revue pro sociální politiku [cit. 30. 4. 2018]. Dostupné z: < https://socialnipolitika.eu/2017/06/srovnani-platu-v-socialnich-sluzbach-s-prumernou-mzdou/>.

Sokačová, Linda, Alena Králíková, Martin Vávra, Lada Wichterlová. 2005. „Reprezentace seniorů a seniorek v médiích“. *Feminismus.cz* [online]. Praha: Gender Studies, o.p.s. [cit. 1. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.feminismus.cz/cz/clanky/reprezentace-senioru-a-seniorek-v-mediich-3>.

Stake, Robert E. 1995. *The Art of Case Study Research*. London: Sage Publications.

Stark, Agneta. 2005. „Warm Hands in Cold Age – On the Need of a New World Order of Care“. *Feminist Economics* 11 (2): 7-36.

Suitor, J. Jill, Jori Sechrist, Megan Gilligan, Karl Pillemer. 2011. „Intergenerational Relations in Later-Life Families“. In Jacqueline L. Angel (ed.). *Handbook of Sociology of Aging.* New York: Springer, s. 161-178.

Svobodová, Kamila. 2008. „Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory“. In Olga Nešporová, Kamila Svobodová, Lucie Vidovićová (eds.). *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 9-22.

Svobodová, Kamila. 2010. „Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice“. *Demografie* 52 (4): 185-194.

Sýkorová, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie.* Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

The European Commission. 1999. *New Paradigms in Ageing Societies* [online]. Brussels: The European Commission [cit. 24. 4. 2017]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/employment_social/ soc-prot/ageing/news/paradigm_en.htm>.

Tomeš, Igor, Jiřina Šiklová. 2001. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost.* 2. přepracované vydání. Praha: Socioklub.

Transformace sociálních služeb. 2017. *Transformace sociálních služeb* [online]. Praha: Ministersvo práce a sociálních věcí [cit. 1. 11. 2017]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>.

Uhlík, Filip. 2013. *Srovnávací analýza sociálních služeb pro seniory v krajích ČR.* Plzeň: Regionální rozvojová agentura Plzeňského kraje, o.p.s.

Veselá, Jitka. 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Vidovićová, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti.* Brno: Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity.

Volfšicová, Miroslava. 2008. *Vybrané aspekty současného demografického vývoje v ČR*. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: ESF MU.

Vzdělávání pečovatelů. 2017. *Vzdělávání pečovatelů: jaké kurzy jsou k dispozici?* [online]. Praha: Pomoc v domácnosti [cit. 1. 4. 2018]. Dostupné z: https://pomocvdomacnosti.cz/vzdelavani-pecovatelu-jake-kurzy-jsou-k-dispozici.

World Health Organization. 2002. *Active Aging: a Policy Framework* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 15. 10. 2017]. Dostupné z: <www.who.int/ageing/publications/active/en/index. htmlhttp://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>.

Yin, Robert K. 1994. *Case Study Research: Design and Methods*. Michigan: Sage Publications.

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

PŘÍLOHY

Příloha 1: Přehled DS pro seniory

Hl. město Praha	Středočes. kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovar. kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj	Královeh. kraj	Pardubic. kraj	Olomouc. kraj	Moravsko slezský	Jihomor. kraj	Zlínský kraj	Kraj Vysočina
Alzheimercentrum Zlosyň o.p.s. (Zlosyň 160, 277 44 Vojkovice u Kralup n.Vlt.)	**Alzheimercentrum Filipov o.p.s.** (Zámecká 1/25, Filipov, 286 01 Čáslav)	**Alzheimercentrum Prácheň o.p.s.** (Radčice 58, 389 01 Vodňany)	**Denní stacionář KRISTIÁN** (Rebcova 557, 334 01 Přeštice)	**Centrum denních služeb - denní stacionář** (Skalníkova 519/2, Úšovice, 353 01 Mariánské Lázně 1)	**Služby pro osoby se ZP - úsek Denní stacionář DOMINO** (Rakovnická 196/46, 405 02 Děčín 2)	**Služby seniorům U Antonína Ruprechtice** (Markova 1308/6, Ruprechtice, 460 14 Liberec 14)	**Denní stacionář pro seniory** (Zámostí 325/4, Malšovice, 500 09 Hradec Králové 9)	**Denní stacionář Pohoda** (Městský park 828, Chrudim IV, 537 01 Chrudim 1)	**Centrum sociálních služeb Jeseník** (Beskydská 1298/6, Jeseník, 790 01 Jeseník 1)	**Domovinka pro seniory - denní stacionář** (Syllabova 1306/20, Vítkovice, 703 00 Ostrava 3)	**Centrum sociálních služeb Kyjov, p. o. města Kyjova** (třída Palackého 67/7, 697 01 Kyjov 1)	**Denní stacionář Dobromysl** (Žerotínova 319/21, Valašské Meziříčí, 757 01 Valašské Meziříčí 1)	**Denní stacionář Pohodář Luka nad Jihlavou** (nám. 9. května 357, 588 22 Luka nad Jihlavou)
Denní stacionář pro seniory (Renoirova 614/7, Praha 5-Hlubočepy, 152 00 Praha 52)	**Alzheimercentrum Průhonice z.ú.** (Na Michovkách I 707, 252 43 Průhonice)	**Alzheimercentrum Prácheň o.p.s.** (Nádražní 506, Budějovické Předměstí, 397 01 Písek 1)	**Domovinka - denní stacionář** (Úslavská 2357/75, Plzeň 2-Slovany, Východní Předměstí, 326 00 Plzeň 26)	**Denní stacionář Ostrov** (U Nemocnice 1202, Ostrov, 363 01 Ostrov nad Ohří)	**Denní stacionář Úsměv** (Čajkovského 1908/82, Ústí nad Labem-centrum, 400 01 Ústí nad Labem 1)	**Denní stacionář** (Panská 953, 472 01 Doksy)	**Denní centrum pro seniory** (nábřeží Benešovo 1067, 544 01 Dvůr Králové nad Labem)	**Domov sociálních služeb Slatiňany, denní stacionář** (Klášterní 795, 538 21 Slatiňany)	**Denní stacionář pro seniory** (Lidická 3305/86, Prostějov, 796 01 Prostějov 1)	**GALAXIE CENTRUM POMOCI z.ú.** (Kašparova 2978/1, Hranice, 733 01 Karviná 1)	**Domov seniorů Břeclav, příspěvková organizace** (Na Pěšině 2842/13, Břeclav, 690 03 Břeclav 3)	**Denní stacionář ZAHRADA** (Strmá 26, Vsetín, 755 01 Vsetín 1)	**Domovinka Třebíč** (Gen. Sochora 705, Nové Dvory, 674 01 Třebíč 1)
Denní stacionář (Záhřebská 539/15, Praha 2-Vinohrady, 120 00 Praha 2)	**ANIMA ČÁSLAV, o.p.s.** (Svat. Čecha 441/5, Čáslav-Nové Město, 286 01 Čáslav)	**Sociální služby Česká** (Česká 1175, Jindřichův Hradec II, 377 01 Jindřichův Hradec 1)	**Terapeutické centrum Ledovec** (Ledce 1, 330 14 Ledce u Plzně)		**Farní charita Litoměřice, Charitní domov sv. Zdislava - denní stacionář** (Dominikán. náměstí 92/1, 412 01 Litoměřice 1)	**Sociální služby města Nový Bor, příspěvková organizace** (Žižkova 159, Arnultovice, 473 01 Nový Bor)	**Domov Dědina** (Nádražní 709, 517 73 Opočno)	**Denní stacionář** (Chotovice 31, 570 01 Litomyšl)	**Charita Zábřeh - Denní stacionář Domovinka** (Leštinská 907/16, 789 01 Zábřeh)	**Denní stacionář Charity Krnov** (Hlubčická 297/3, Pod Bezručovým vrchem, 794 01 Krnov 1)	**Denní stacionář Němčičky** (Němčičky 96, 691 07 Němčičky)	**Denní stacionář Luhačovice** (Hradisko 100, 763 26 Luhačovice)	**Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace** (V. Nezvala 115, 675 71 Náměšť nad Oslavou)
Denní stacionář pro seniory Protěž (Rybalkova 186/33, Praha 10-Vršovice, 101 00 Praha 101)	**ANNA Český Brod, sociální služby pro seniory** (Žitomířská 323, 282 01 Český Brod)	**Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace** (Tylova 13/9, České Budějovice 7, 370 01 České Budějovice 1)	**Městské centrum sociálně rehabilitačních služeb - domov pro seniory** (Baldovská 638, Týnské Předměstí, 344 01 Domažlice 1)		**Denní stacionář** (Zeyerova 927, Žatec, 438 01 Žatec 1)	**Denní stacionář - Domovinka** (Bavlnářská 523, Podmoklice, 513 01 Semily)	**Stacionář sv. Františka** (Palackého 111, 516 01 Rychnov nad Kněžnou)	**Denní stacionář** (Vrchlického 10, Dolní Předměstí, 572 01 Polička)	**Klíč - centrum sociálních služeb, denní stacionář Domino** (Selské nám. 48/69, Chválkovice, 779 00 Olomouc 9)	**Denní stacionář pro seniory Odry** (Hranická 1110/32, 742 35 Odry)	**Domov OLGA** (L. Janáčka 2184/15, Blansko, 678 01 Blansko 1)	**Denní stacionář Slunečnice** (Halenkov 191, 756 03 Halenkov)	**Domov Jeřabina Pelhřimov, příspěvková organizace** (U Elektrárny 1965, 393 01 Pelhřimov)
Domov pro seniory Háje - denní stacionář (K Milíčovu 734/1, Praha 11-Háje, 149 00 Praha 415)	**Centrum pro seniory Kolín** (Rimavské Soboty 923, Kolín II, 280 02 Kolín 2)	**Denní stacionář** (Pionýrů 242, Čekanice, 390 02 Tábor 2)	**Denní stacionář "Jitřenka"** (Zábělská 5/43, Plzeň 4-Doubravka, 312 00 Plzeň 12)		**Dům s chráněnými byty** (U cementárny 452, 411 08 Štětí)		**Sociální služby města Jičína, Denní stacionář Domovinka** (Hofmanova 568, Nové Město, 506 01 Jičín 1)	**Denní stacionář Litomyšl** (J. E. Purkyně 1150, Litomyšl-Město, 570 01 Litomyšl)	**Denní stacionář Pamatováček** (Karafiátová 525/5, Neředín, 779 00 Olomouc 9)	**Denní stacionář pro seniory** (Kylešovská 777/4, Opava - Předměstí, 746 01 Opava 1)	**Pečovatelská služba Ivančice - denní stacionář** (Na úvoze 1425/5, 664 91 Ivančice)	**Denní stacionář** (Podzámčí 862, Brumov, 763 31 Brumov-Bylnice)	**Domov Kopretina Černovice, p.o.** (Dobešovská 1, Černovice, 394 94 Černovice u Tábora)

Domov sv. Karla Boromejského (K šancím 50/6, Praha 17-Řepy, 163 00 Praha 618)	**Denní stacionář Tyršova - Poděbrady** (Tyršova 1359, Poděbrady III, 290 01 Poděbrady 1)	**Integrované centrum sociál. služeb Jihlava, p. o. - denní stacionář** (Pod Rozhlednou 3447/8, Jihlava, 586 01 Jihlava 1)	**Vital Stacio** (Trhanov 139, 345 33 Trhanov)		**Denní stacionář pro seniory a handicapované občany** (Barvířská 495, Most, 434 01 Most 1)		**Sociální služby města Rychnov nad Kněžnou, o. p. s.** (Na Drahách 831, 516 01 Rychnov nad Kněžnou)	**Denní stacionář Slunečnice Pardubice** (Artura Krause 1995, Pardubice V-Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice 2)	**Denní stacionář VOLBA** (Bohdíkovská 2336/24, Šumperk, 787 01 Šumperk 1)	**Denní stacionář** (Pod Lipami 2006/19, Nový Jičín, 741 01 Nový Jičín 1)	**Dům Naděje Brno-Vinohrady** (Velkopavlovická 4186/13, Brno-Vinohrady, Židenice, 628 00 Brno 28)	**Denní stacionář Radost** (Pivovarská 2190, Rožnov pod Radhoštěm, 756 61 Rožnov pod Radhoštěm 1)	**Domov pro seniory Pelhřimov** (Radětínská 2305, 393 01 Pelhřimov)
Denní stacionář pro osoby se ZPM (Olšanská 2666/7, Praha 3-Žižkov, 130 00 Praha 3)	**Denní centrum pro seniory JIZERA, z. s.** (Boleslavská 682, 294 01 Bakov nad Jizerou)		**Středisko Víteček** (Plánská 270, 349 58 Černošín)		**Senior Teplice** (Kpt. Jaroše 50/3, Proboštov, 417 12 Proboštov u Teplic)		**Věra Kosinová - Daneta, zařízení pro ZP - denní stacionář** (Severní 843/20, Slezské Předměstí, 500 03 Hradec Králové 3)		**Denní pobyt** (Purkyňova 2715/16, Přerov I-Město, 750 02 Přerov 2)	**Denní stacionář** (Čelakovského 1240/4, Podlesí, 736 01 Havířov 1)	**Denní stacionář** (Božetěchova 11/15, Královo Pole, 612 00 Brno 12)	**Stacionář Magnolia** (Horní náměstí 135, Vsetín, 755 01 Vsetín 1)	**Denní stacionář Bludiště** (Kosmonautů 262, 583 01 Chotěboř)
Gerontologické centrum (Šimůnkova 1600/5, Praha 8-Kobylisy, 182 00 Praha 82)	**Denní stacionář** (Pirknerovo náměstí 206/3, Kutná Hora-Vnitřní Město, 284 01 Kutná Hora 1)				**Centrum pro osoby se ZP Písečná (COZP Písečná)** (Písečná 5176, 430 04 Chomutov 4)		**Život bez bariér, z. ú. - Centrum Klášter** (Opolského 148, 509 01 Nová Paka)			**BENJAMÍN Krnov, denní stacionář** (SPC 54/545, Pod Cvilínem, 794 01 Krnov 1)	**Stacionář VELETA** (Libušina třída 570/13, Kohoutovice, 623 00 Brno 23)	**Letokruhy, o. p. s. - denní stacionář** (Valašská Polanka 378, 756 11 Valašská Polanka)	**Centrum sociálních služeb Petrklíč** (Barborka 1324, 584 01 Ledeč nad Sázavou)
Horizont - centrum služeb pro seniory, středisko Diakonie a misie CČSH (Na vrchmezí 231/8, Praha-Suchdol, Sedlec, 160 00 Praha 6)	**Domov Pod Lipami Smečno, poskytovatel sociálních služeb** (Smečno 1, 273 05 Smečno)									**EDEN Český Těšín, denní stacionář** (Frýdecká 691/34, Český Těšín, 737 01 Český Těšín 1)	**Odbor sociálních služeb** (Kabátníkova 220/8, Brno-Královo Pole, Ponava, 602 00 Brno 2)	**Středisko Naděje Zlín-Jižní Svahy** (Voženílkova 5563, Zlín, 760 05 Zlín 5)	**Sociální centrum města Světlá nad Sázavou - denní stacionář** (U Rybníčků 1044, 582 91 Světlá nad Sázavou)
Národní ústav duševního zdraví (Topolová 748, 250 67 Klecany)	**Domov seniorů Mšeno, příspěvková organizace** (Boleslavská 451, Mšeno, 277 35 Mšeno u Mělníka)									**Denní a pobytové služby pro seniory - Denní stacionář** (Moskevská 1103/1f, Město, 736 01 Havířov 1)	**Denní stacionář Zdislava Veselí** (Za Poštou 110, 698 01 Veselí nad Moravou)	**Denní stacionář pro seniory Chvalčov** (Školní 798, 768 72 Chvalčov)	**Centrum služeb pro seniory - denní stacionář** (Reynkova 3879, 580 01 Havlíčkův Brod 1)

Denní stacionář (Křižíkova 167/50, Praha 8-Karlín, 186 00 Praha 86)	**Stacionář Olga** (Blahoslavova 2576/6a, Říčany, 251 01 Říčany u Prahy)									**Sociální služby města Orlová, příspěvková organizace** (Adamusova 1269, Lutyně, 735 14 Orlová 4)		**Denní stacionář Domovinka** (Pod Valy 664, Uherský Brod, 688 01 Uherský Brod 1)	**Domovinka** (Libušínská 2284/15, 591 01 Žďár nad Sázavou 1)
Denní stacionář (Tusarova 1601/42, Praha 7-Holešovice, 170 00 Praha 7)	**Dům Kněžny Emmy - domov pro seniory** (Kojetická 1414, 277 11 Neratovice)									**Stacionář Jantar** (Štefánikova 1173, Lyžbice, 739 61 Třinec 1)		**Denní stacionář SENIOR Otrokovice** (tř. Spojenců 1840, 765 02 Otrokovice 2)	
Klub POHODA (Roškotova 1737/6, Praha 4-Braník, 140 00 Praha 4)	**Stacionář sv. Anežky České pro seniory** (Cajthamlova 169,Zavadilka 266 01 Beroun 1)												
Denní stacionář (Rajmonova 1199/4, Kobylisy, 182 00 Praha 82)	**Denní stacionář** (Školní 260, 277 42 Obříství)												
Denní stacionář (Skloněná 308/16, Praha 9-Vysočany, 190 00 Praha 9)	**Denní stacionář** (Pod Tvrzí 395, 250 70 Odolena Voda)												
Denní stacionář (Korunní 1901/111, Vinohrady, 130 00 Praha 3)	**Farní charita Příbram** (náměstí T. G. Masaryka 2, Příbram I, 261 01 Příbram 1)												
Denní stacionář - Hejnická (Hejnická 538/30, Praha 9-Střížkov, 190 00 Praha 9)	**Denní stacionář Věruška** (tř. Václava Klementa 175/16, Mladá Boleslav II, 293 01 Mladá Boleslav 1)												

Denní stacionář (Týnská 622/17, Praha 1-Staré Město, 110 00 Praha 1)	**Městské centrum komplexní péče** (náměstí 17. listopadu 593, Benátky nad Jizerou II, 294 71 Benátky nad Jizerou 1)												
Středisko sociálních služeb Prahy 13 - DS (Trávníčkova 1746/37, Praha 13-Stodůlky, 155 00 Praha 515)	**Pečovatelská služba města Mladá Boleslav - den. stac.** (Havlíčkova 71, Mladá Boleslav II, 293 01 Mladá Boleslav 1)												
Denní stacionář DOMOVINKA (Branická 65/46, Praha 4-Braník, 147 00 Praha 47)	**Denní stacionář pro seniory Pečky** (Chvalovická 1042, 289 11 Pečky)												
Domov sociální péče Hagibor (Vinohradská 1201/159, Praha 10-Žižkov, 100 00 Praha 10)	**Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice n. L.,s.r.o.** (Jungmannova 670, 413 01 Roudnice nad Labem)												
	Stéblo (Borotice 27, 262 15 Borotice)												
	Středisko komplexní sociální péče o.p.s. (5. května 249, Kročehlavy, 272 01 Kladno 1)												

Celkem 137 denních stacionářů (ambulantní služby) pro seniory.

Příloha 2: Scénář rozhovorů s pečovatelkami denních stacionářů

- **Rozhovory s pracovníky DS**

Polostrukturované rozhovory s pečovateli/pečovatelkami a vedoucími pracovníky/pracovnicemi DS.

➔ počet: zhruba 4 rozhovory (2L a 2P)

➔ předpokládaná délka: zhruba 40-60 minut

➔ struktura rozhovorů:

1) Úvod a seznámení komunikačních partnerů s projektem, ujištění o anonymitě a získání souhlasu k nahrávání rozhovoru.
2) Otevírací obecná otázka: Můžete mi prosím popsat, jak probíhá péče o seniory tady v DS?
3) Doplňující otázky, pokud informace/téma nebudou zmíněny v předchozí odpovědi:

- Program: Jaký je program a aktivity v DS? Jaká je celková nabídka péče?
- Klienti: Jací jsou klienti (zdravotní stav)? Jsou nějaká zdravotní omezení, kdy klient nemůže využívat služby DS? Jak probíhá spolupráce s rodinami (podíl na péči)?
- Pečovatelé: Jaké člověk potřebuje vzdělání k vykonávání této práce? Jak jste se k této práci dostal/a? Jaké vidíte největší pozitiva a negativa na této práci?
- Finance a poptávka: Jak je financován chod DS (dotace, příspěvky atd.)? Podpora od státu? Jaké jsou kapacity? Jaký zájem o tento druh péče? Převažuje poptávka nad nabídkou? Budoucnost této péče?

4) Vynořující se otázky na základě podnětů od komunikačních partnerů.
5) Závěr a poděkování komunikačním partnerům za čas a ochotu.

Příloha 3: Scénář rozhovorů s rodinnými příslušníky klientů denních stacionářů

- **Rozhovory s pečujícími rodinnými příslušníky**

Polostrukturované rozhovory s pečujícími rodinnými příslušníky, kteří využívají služeb DS nebo využívali nejpozději rok zpátky.

➔ počet: zhruba 8-10 rozhovorů (3-4L a 5-6P)

➔ předpokládaná délka: zhruba 40-60 minut

➔ struktura rozhovorů:

1) Úvod a seznámení komunikačních partnerů s projektem, ujištění o anonymitě a získání souhlasu k nahrávání rozhovoru.
2) Otevírací obecná otázka: Můžete mi prosím popsat, jak organizujete péči o Vašeho blízkého?
3) Doplňující otázky, pokud informace/téma nebudou zmíněny v předchozí odpovědi:

- Rozhodování: Jak probíhalo rozhodování o péči? Jaké možnosti jste zvažovali?
- Sociální služby: Proč jste zvolili DS? Jaké jsou podle Vás jeho největší výhody a naopak nevýhody? Máte zkušenosti s jinými sociálními službami/zařízeními? Jakými? Jejich výhody a nevýhody?
- Finance: Je využívání služeb denního stacionáře finančně náročné/adekvátní? Pobírá Váš blízký nějaké příspěvky v nemohoucnosti (další příspěvky)?
- Slaďování: Jak slaďujete péči s prací a rodinnými povinnostmi? Co je na tom nejtěžší? Co Vám nejvíce pomáhá?
- Budoucí představa: Přemýšlíte nad tím, jakou zvolíte péči o Vaši blízkou osobu, v případě, že nebude možné využívat DS (zhoršený zdravotní stav)? Jaký je Váš pohled/názor na možnosti péče o seniory v ČR? Přemýšlíte někdy nad tím, jak byste si přál/a, aby o Vás bylo ve stáří pečováno? Kdo by se o Vás měl v případě potřeby postarat?

4) Vynořující se otázky na základě podnětů od komunikačních partnerů.
5) Závěr a poděkování komunikačním partnerům za čas a ochotu.

Příloha 4: Dotazník

Vážená paní, vážený pane, provádím výzkum na téma **péče o seniory** a ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, které Vám nezabere více než 10 minut. Vaše odpovědi mi velice pomohou. Všechny informace, které mi poskytnete, zůstanou zcela **anonymní**.

Tento dotazník je určen rodinným příslušníkům, kteří pečují o seniora a zároveň využívají služeb denního stacionáře (dále DS).

Informace o výzkumu: V rámci projektu se zabýváme tím, jak je organizována péče o seniory v České republice a jak je tato péče financována – ať už v rodinách, v rámci veřejných sociálních služeb nebo v tržním prostředí (soukromé služby). Analyzujeme nastavení celého systému péče, zejména to, jak se ekonomicky udržitelný nejen pro stát, ale i pro osoby, kteří v této oblasti pracují a pro samotné seniory a jejich rodiny, které péči zajišťují. Výsledky výzkumů jsou využívány při navrhování změn v nastavení systému, v poradenské činnosti pro vládu a Ministerstvo práce a sociálních věcí, a pro odborné vědecké publikace.

Vyplněný dotazník doneste prosím zpět do stacionáře.

Děkuji
Barbora Špetlíková

1) Jak dlouho zhruba využíváte služeb DS? (zakroužkujte/vyberte)

   a) méně než půl roku b) půl roku až rok c) více než rok až dva roky
   d) více než dva roky

2) Kolik dní v týdnu přibližně tráví Váš senior v DS? (zakroužkujte/vyberte)

   a) 1-2 dny b) 3-4 dny c) 5 dní (každý všední den)
   d) velice nepravidelně

3) Je podle Vás tento čas dostačující? (zakroužkujte/vyberte)

   a) ano b) ne, uvítali bychom více dní/hodin
   c) dny ano, ale otevírací doba by měla být delší

4) Pobírá Váš senior příspěvek na péči? Případně v jakém stupni?(zakroužkujte/vyberte)

   a) ano (doplňte stupeň:.....) b) ne c) nevím

5) Pokrývá finančně příspěvek na péči služby DS? (zakroužkujte)

a) ano (asi 90-100 %) b) větší část (asi 50-89 %) c) spíše ne (asi 20-49 %)
d) téměř vůbec (méně než 20 %) e) nevím/nemám informace
f) příspěvek nepobírá g) jiné (doplňte):.....

6) Jaké jsou podle Vás největší pozitiva DS? (vypište)

7) A jaké jsou podle Vás naopak největší negativa DS? (vypište)

8) Kdo se o seniora primárně stará v době, kdy není v DS? (uveďte vztah osoby k seniorovi)

9) Kolik času denně zhruba zabere péče o seniora doma? (zakroužkujte/vyberte)

a) méně než 2 hodiny b) 2-3 hodiny c) více než 3 hodiny d) jiné (doplňte):

10) Jak slaďujete péči o seniora s prací a rodinnými povinnostmi? Co je na tom nejtěžší? Co Vám nejvíce pomáhá? (stručně popište)

11) Máte zkušenost i s jinými sociálními službami pro seniory? (zakroužkujte)
a) ano b) ne

Případně s jakými? (zakroužkujte/vyberte)

- a) Pečovatelská služba
- b) Odlehčovací služba
- c) Domov pro seniory
- d) Domov se zvláštním režimem
- e) Jiné (vypište):

12) O jakou další sociální službu byste případně měl/a zájem Vy nebo osoba, o kterou pečujete? (vyberte)

- a) Centrum denních služeb
- b) Pečovatelská služba
- c) Odlehčovací služba
- d) Domov pro seniory
- e) Domov se zvláštním režimem
- f) Odlehčovací služby
- g) Týdenní stacionář
- h) Jiné (vypište):

13) Přemýšlíte nad tím, jakou zvolíte péči o Vaši blízkou osobu, v případě, že již nebude možné využívat DS? (stručně popište)

14) Když se zamyslíte, jaká by byla pro Vás ideální pomoc, pokud byste ve svém důchodovém věku nedokázal/a zvládnout běžné denní činnosti? Představte si, že Vás neomezují žádné finanční bariéry, tj. nezáleží na tom, kolik Vás služba bude stát. (zakroužkujte/vyberte jednu možnost)

- a) Pomoc rodiny, příbuzných
- b) Pečovatelka docházející k Vám domů
- c) Umístění v domově pro seniory
- d) Péče v denním stacionáři pro seniory
- e) Odlehčovací služby, s cílem umožnit pečující osobě odpočinek
- f) Jiné (vypište):

15) Jaký je Váš názor na možnosti péče o seniory v ČR? (stručně popište)

Na závěr, prosím, doplňte následující údaje:

- Vaše pohlaví: muž žena
- Váš věk:
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (zakroužkujte):

  základní
  střední (bez maturity)
  střední (s maturitou)
  vysokoškolské

- Vaše profese:
- Váš vztah k seniorovi, který využívá služeb DS:

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a jeho vrácení do stacionáře.
Barbora Špetlíková