

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Lucie Havlicová

Sdílená péče o seniory

Shared Care for Elderly

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za odborné vedení práce a rady při jejím zpracování. Dále bych ráda poděkovala všem mým respondentům za jejich ochotu a sdílnost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další podkladové zdroje, které jsem použila, řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu bibliografických citací.

V Praze, dne 25. července 2019

[vlastnoruční podpis]

.....
Jméno a příjmení

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá sdílenou péčí o seniory v jejich domácím prostředí na území Prahy 7. Cílem bylo porozumění kontextu této péče, popis rozložení péče, zjištění toho, jak neformální pečovatelé pohlíží na průběh péče a jaké mají představy o optimální podobě péče. Výzkum byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru u dvaceti respondentů, kterými byli neformální pečovatelé. Výsledky ukazují, že situace domácí sdílené péče není zcela uspokojivá. Na konci výzkumné části jsou proto vyjádřena jednotlivá doporučení, která by mohla přispět ke zlepšení stavu.

Klíčová slova

senioři s omezenou soběstačností, dlouhodobá péče, neformální péče, formální péče, sdílená péče

Abstract

This dissertation focuses on shared care of elderly in their homes in the municipal district of Prague 7. The goal was an understanding of the context and organization of the care, as well as how the informal care providers perceive their current situation and what is their idea of the optimal form of the care. Data for the analysis were gathered through means of semi-structured surveys with answers from twenty respondents who are informal care providers. Results are indicating that at the moment, the state of home shared care for the elderly is not fully satisfactory. Therefore, the conclusion includes recommendations which could contribute to the improvement of the current situation.

Keywords

elderly with limited self-sufficiency, long-term care, informal care, formal care, shared care

OBSAH

1	ÚVOD.....	7
	TEORETICKÁ ČÁST.....	8
2	HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O SENIORY	8
2.1	SOUHRN	10
3	KONTEXT PÉČE O SENIORY	11
3.1	DEINSTITUCIONALIZACE.....	11
3.2	MEZINÁRODNÍ RÁMEC	12
3.3	NÁRODNÍ RÁMEC	14
3.4	DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE.....	14
3.5	POTŘEBY SENIORŮ S OMEZENOU SOBĚSTAČNOSTÍ.....	15
3.6	SOUHRN	17
4	ROLE JEDNOTLIVÝCH SUBJEKTŮ V PÉČI O SENIORY.....	18
4.1	STÁT.....	18
4.2	KRAJE A OBCE	20
4.3	POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	21
4.4	SOUHRN	21
5	OBLASTI PÉČE O SENIORY	22
5.1	NEFORMÁLNÍ PÉČE.....	22
5.2	FORMÁLNÍ PÉČE	27
5.2.1	<i>Služby sociální péče</i>	<i>27</i>
5.2.2	<i>Zdravotní služby a sociálně-zdravotní pomezí.....</i>	<i>30</i>
5.3	SOUHRN	32
6	SDÍLENÁ PÉČE.....	33
6.1	SOUHRN	36
	VÝZKUMNÁ ČÁST	38
7	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
7.1	VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	38
7.2	CÍL VÝZKUMU.....	38

7.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
7.4	TECHNIKA SBĚRU DAT.....	39
7.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	39
7.6	SBĚR A ZAZNAMENÁVÁNÍ DAT.....	42
7.7	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	42
7.8	SOUHRN	42
8	VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
8.1	SDÍLENÁ PÉČE A JEJÍ KONTEXT.....	43
8.2	ROZDĚLENÍ ÚKONŮ PÉČE.....	47
8.3	POHLED NEFORMÁLNÍCH PEČOVATELŮ NA SDÍLENOU PÉČI.....	52
8.3.1	<i>Pohled neformálních pečovatelů na profesionály.....</i>	<i>52</i>
8.3.2	<i>Vzájemná komunikace pečujících a ostatních odborníků</i>	<i>54</i>
8.3.3	<i>Finanční stránka péče.....</i>	<i>55</i>
8.3.4	<i>Nesnáze v průběhu péče.....</i>	<i>58</i>
8.3.5	<i>Klady a zápory sdílené péče.....</i>	<i>64</i>
8.4	PŘEDSTAVY O PÉČI V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	65
8.5	DOPORUČENÍ	69
8.6	SOUHRN	72
9	DISKUSE	74
10	ZÁVĚR.....	76
11	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
12	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	86
13	SEZNAM ZKRATEK	87
	PŘÍLOHA 1.	I

1 ÚVOD

Oblastí zájmu této diplomové práce je péče o seniory se sníženou soběstačností v domácím prostředí. Tematicky se práce zaměřuje na sdílenou péči o seniory, tedy na kombinaci péče neformálních pečovatelů, kterými jsou v této práci pouze rodinní příslušníci, a formálních pečovatelů terénní služby sociální péče, ale i terénních zdravotních služeb. Důvodem výběru tohoto tematického zaměření je dlouhodobý zájem o oblast péče o seniory, ale také jeho naléhavost vzhledem ke stárnutí populace a nárůstu osob potřebujících péči a pomoc jak ze strany blízkých, tak i profesionálů. Mnoho výzkumů na téma neformální péče o seniory potvrdilo, že velkou část péče zastávají neformální pečující, kteří mnohdy pečují na úkor svého vlastního života a jsou v důsledku péče fyzicky a psychicky vyčerpaní. Je také dokázáno, že neformální pečovatelé s rostoucí intenzitou a náročností péče přestávají péči zvládat, a tak ji nakonec vzdají a volí pro svého blízkého jinou formu péče, zejména pobytovou v zařízení sociálních služeb nebo lůžkovou ve zdravotnickém zařízení. Podporu a pomoc tedy potřebují nejen příjemci péče, ale i samotní pečující. Jednou z možných forem nepřímé pomoci je zapojení terénních služeb do péče, které mohou být pro pečující velkou oporou a ulehčením od tak náročné péče. A právě touto kombinací péče se bude blíže zabývat tato diplomová práce.

Cílem práce je prozkoumání a popis podoby takovéto péče v Praze 7, získání větších souvislostí, zjištění, jak tuto péči vnímají samotní neformální pečovatelé a jaké mají představy o péči v domácím prostředí. V návaznosti na to je smyslem práce výstup v podobě doporučení.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První dvě kapitoly uvádí do tématu péče o seniory prostřednictvím nastínění historického vývoje této péče a poskytnutí širšího kontextu. Na ně navazuje kapitola pojednávající o roli různých subjektů v péči o seniory. Další kapitola se věnuje jak neformální péči o seniory, tak té formální v podobě sociálních a zdravotních služeb, které se nachází na sociálně-zdravotním pomezí. Poslední kapitola již blíže seznamuje se samotnou sdílenou péčí.

Výzkumná část je rozdělena do dvou částí. První je metodologie výzkumného šetření, v níž lze nalézt zvolenou strategii, cíl výzkumu, výzkumné otázky, techniku sběru dat, charakteristiku výzkumného souboru, popis sběru a zpracování dat. Druhá obsahuje výsledky výzkumu ve formě popisu podoby a kontextu sdílené péče, zobrazení rozdělení péče, zjištění pohledu pečujících na průběh péče a jejich představ o péči v domácím prostředí. Kapitola na konci obsahuje výstup v podobě doporučení.

TEORETICKÁ ČÁST

2 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O SENIORY

V minulosti bylo o staré lidi pečováno zejména v rodině (Haškovcová, 2010). Ve středověké zemědělské společnosti vznikla instituce výměnku – ta zajišťovala bydlení a stravu starým hospodářům při předání hospodářství mladým (Tomeš, 2010). O staré a nemohoucí pečovala především rodina, bohatí lidé či církvev (Geremek, 1999 podle Jarošové, 2006). Tradiční péče o staré lidi byla založena na principu křesťanské lásky a měla charitativní povahu (Haškovcová, 2010).

Charitativní péče byla prováděna kněžími nebo bohatými jedinci (tamtéž). Péči o staré lidi zastávala charita, poté obec a posléze stát. Charitativní péče však pokračovala i v dobách, kdy se do péče zapojila obec a stát (tamtéž). Mezi první církevní řády patřil řád Maltézských rytířů, řád sv. Lazara a řád Křížovníků s červenou hvězdou (Mlýnková, 2011). Řády se dělily dle tříd na rytíře, kněze a služební bratry, kteří ošetřovali nemocné (Tošnerová, 2001).

Zmínky o prvních formách domácí péče pochází ze 12. století. Během tohoto století vznikaly také špitály, které plnily spíše funkci sociální v podobě poskytování noclehu, stravy a odpočinku chudým a starým lidem (Jarošová, 2006). Kromě toho se lidé ve špitálech mohli umýt a nechat si ošetřit rány (Němec, Horálek a kol., 1986 podle Tošnerové, 2001). Špitály byly provozovány církevními řády (Jarošová, 2006). Spravovány byly nejen klášterní mocí, ale i světskou, případně bohatými lidmi. Byly spjaty s bídou, špínou a špatným zacházením (Dohnal, 1986, podle Haškovcové, 2010). Špitály byly první institucí pro dlouhodobý a především trvalý pobyt starých lidí (tamtéž). Dalším typem ústavní péče byly klášterní nemocnice. Úroveň nebyla příliš dobrá, jelikož se ošetřující věnovali především náboženským úkonům a samotné ošetřování bylo považováno za ponižující práci (tamtéž). Léčba bohatých starých lidí probíhala buďto u nich doma nebo v klášterních nemocnicích (Jarošová, 2006). Dalším zařízením byly nemocnice pro malomocné, jejichž posláním bylo oddělit nemocné od zdravých osob (Haškovcová, 2010).

Ze 13. století pochází první zmínky o organizované terénní péči (Bicková, 2010). V tomto století se rozvíjelo také ošetřovatelství v domácnostech (Jarošová, 2006), do nichž se přesunuly řeholní sestry, kterým byla papežem zakázána práce ve špitálech (Bicková, 2010).

Ve 14. století Antonín z Florencie rozlišoval syndochium, které bylo určené chudým a poutníkům, procotrophium, v němž byli živeni chudí, gerontocomium, které sloužilo starcům, a sirotčince, které poskytovaly potravu dětem (Geremek, 1999, podle Tošnerové, 2001). Ve 14. a 15. století vznikaly na území bývalé Jugoslávie domovy pro staré osoby (Sedláček, 1988, podle Haškovcové, 2010).

V 15. a 16. se v celé Evropě zakládaly obecní ústavy pro chudé a staré občany (tamtéž). V Čechách byly během tohoto období zakládány i klasické nemocnice (Jarošová, 2006).

V 18. století se začala rozvíjet cílená péče o staré lidi (Haškovcová, 1990 podle Jarošové, 2006). Mezníkem v péči o seniory bylo zakládání nemocnic v době Josefa II. Ten v roce 1781 vydal direktivní pravidla (zákon), jimiž došlo k zakládání lůžkových zařízení ve velkých městech. Byly zakládány všeobecné nemocnice, porodnice a nalezince, ústavy choromyslných a chorobince. Tato zařízení byla převážně sociálního a azylového charakteru, tudíž lékařská a ošetrovatelská péče nebyla vysoké úrovně (Mlýnková, 2011). Postupem času se ve špitálech a nemocnicích začalo léčit, ale staré lidi někteří léčit nechtěli, jiní neuměli, a tak byli přemísťováni do starobinců či chudobinců (Haškovcová, 2010).

V 19. století začalo platit domovské právo, podle něhož byla obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré lidi. Péče byla garantována a začala vykazovat znaky institucionalizované péče (Haškovcová, 1990, podle Jarošové, 2006). Obce i města začaly stavět pastoušky, chorobince, starobince, chudobince, nalezince a sirotčince. Starobince byly obdobou azylových domů, které byly určeny k trvalému pobytu. Pouze v chorobincích byla poskytována primitivní zdravotní péče. Chorobince byly předchůdci pozdějších léčeben (Dvořák, 1904, podle Haškovcové, 2010). S urbanizací a industrializací se situace v rodinách změnila, jelikož velkou rodinu nahradila rodina nukleární, která neměla možnost pečovat o své staré rodinné příslušníky (Tomeš, 2010).

V období první republiky začala vznikat nová zařízení pro seniory. Lidem poskytovaly pomoc státní, dobročinné a církevní organizace (Staňková, 2003, podle Jarošové, 2006). Starým lidem pomáhaly například Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž a jiné. V souvislosti s tím došlo k rozvoji sociálního lékařství (Haškovcová, 2010).

V roce 1948 bylo zrušeno domovské právo a odpovědnost za sociální zabezpečení převzal stát (tamtéž). Po 2. světové válce vznikaly systémy sociální péče, do nichž spadaly tehdejší domovy důchodců a další typy ústavní péče (Jarošová, 2006). Jejich zřizování a provoz zajišťoval stát (Haškovcová, 2010).

Ve 2. pol. 20. století byl klasický model pečující rodiny medicinalizací a institucionalizací seniorské péče narušen (Rheinwaldová, 1999, podle Jarošové, 2006). V 50.

letech došlo k zestátnění všech léčebných a ošetrovatelských ústavů a začaly postupně vznikat domovy důchodců (Mlýnková, 2011). V 60. letech vzrostl zájem o staré lidi, rozvíjela se geriatricke spolu s gerontologií. Pečovatelská služba začala více pomáhat rodinám, v nichž všichni členové pracovali, a tudíž potřebovali pomoc s péčí o své příbuzné s omezenou soběstačností nad rámec sousedské výpomoci (Bicková, 2010). Tato služba se rozšířila, vznikly domovinky a byly podporovány kluby důchodců (Matoušek, 2007a). Vykonávaly ji pečovatelky v rámci povolání i dobrovolnické činnosti, které pomáhaly nejen s nákupy, nošením jídla, úklidem, praním prádla apod., ale i se zdravotnickými úkony jako je ošetřování a podávání léků (Bicková, 2010). Po roce 1968 začaly vznikat domy s pečovatelskou službou (Haškovcová, 2010).

V 70. letech vznikaly léčebny dlouhodobě nemocných (Jarošová, 2006). Nastávaly transformaci z léčeben pro nemoci vnitřní nebo z interních oddělení II. typu, které měly povahu azylové ústavní péče obdobně jako v minulosti chorobince (Haškovcová, 2010). V 70. letech vznikl také institut geriatricke sestry, která ošetřovala pacienty na základě určení způsobu léčeni praktickým lékařem. Institut zanikl v roce 1991 privatizací ordinací praktických lékařů. Péči o nemocné seniory převzali pracovníci home care (tamtéž).

Od roku 1989 sociální služby neposkytuje pouze stát, ale i kraje, obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické a právnické osoby. Dochází k realizaci konceptu decentralizace (tamtéž). Po revoluci začaly vznikat nové instituce a služby pro seniory jako např. domácí ošetrovatelská péče a hospice (Jarošová, 2006).

Pro rozvoj oblasti péče o seniory byl zlomovým rok 2007, neboť vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

2.1 Souhrn

V minulosti o staré nemohoucí lidi pečovala z velké části rodina. Postupem času se do péče zapojila i církve nebo bohatí lidé, později obce a stát. První formy domácí péče se utvářely již ve 13. století. Ústavy vznikaly až během 15. a 16. století. V 19. století vznikla na základě domovského práva povinnost obcí postarat se o své chudé, handicapované a staré obyvatele. V období první republiky došlo k rozvoji sociálního lékařství. Komunistickým převratem v roce 1948 se odpovědnost obcí přesunula na stát a došlo k centralizaci péče a institucionalizaci. V 60. letech došlo k rozvoji geriatricke s gerontologií a k rozšíření pečovatelské služby. V 70. letech vznikla LDN a též pracovní pozice geriatricke sestry, která na počátku 90. zanikla, neboť se její náplň práce přesunula na zdravotní sestry home care. Po sametové revoluci došlo

k decentralizaci služeb. Jistým milníkem pro vývoj péče o seniory byl rok 2007, jelikož vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

3 KONTEXT PÉČE O SENIORY

3.1 Deinstitutionalizace

Od 70. let. 20. století probíhají v jednotlivých státech Evropské unie, ale také v USA a na Novém Zélandu procesy deinstitutionalizace (MPSV, 2007c).

„Deinstitutionalizace je proces institucionálních změn, jehož cílem je oslabení tradičních ústavních forem péče a posílení služeb spojených s vlastním bydlením, s místní komunitou, s individuálním přístupem ke klientovi, včetně upevnění role rodiny a neformálních poskytovatelů pomoci“ (Kubalčíková, 2013, s. 249). V souvislosti s tím byla v roce 2007 vládou ČR přijata „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (MPSV, 2013).

Základními principy transformace uvedené v tomto dokumentu jsou princip humanizace, princip individualizace a princip služeb v přirozeném prostředí. Mezi cíle tohoto dokumentu patří zvýšení informovanosti osob se zdravotním postižením a seniorů o procesu transformace, spolupráce mezi všemi aktéry procesu transformace (státní správa a samospráva, poskytovatelé sociálních služeb, uživatelé sociálních služeb a sociální partneři), podpora poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při transformaci, podpora procesu zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících ústavních zařízení sociální péče a podpora naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb. Hlavním cílem konceptu podpory transformace sociálních služeb pro seniory je podpora humanizace ústavních zařízení, postupné přesouvání k malým bytovým jednotkám a podpora služeb v přirozeném prostředí (MPSV, 2007c). Podle Tomeše (2011) je změna ústavních zařízení nebo jejich uzavření možná až po vytvoření dostatečné sítě alternativních sociálních služeb v komunitě.

3.2 Mezinárodní rámec

V roce 1982 se ve Vídni uskutečnilo první světové shromáždění o stárnutí, které přijalo Mezinárodní akční plán ke stárnutí. Byly zde stanoveny priority transformace zdravotní a sociální péče o lidi se ztracenou soběstačností (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Došlo zde k modifikaci principů demedicinalizace, deinstitucionalizace, desektorizace a deprofesionalizace (Jarošová, 2006).

Princip demedicinalizace souvisí s důrazem na kvalitu života, přirozenost prostředí a na autonomii. Deinstitucionalizace se projevuje upřednostňováním domácího prostředí, rozvoje terénních zdravotních a sociálních služeb, podporou zapojení seniorů do společnosti. Desektorizace zdůrazňuje mnohodimenzionální a multidisciplinární povahu potřeb a služeb, klade důraz na týmovou práci, propojení zdravotních a sociálních služeb a propojení rodinné a profesionální péče. Deprofesionalizace souvisí s podporou rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci a dobrovolnictví (tamtéž). Toto bylo základem pro zrod konceptu dlouhodobé péče, který zveřejnila OECD v roce 2005 (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Hovořilo se o tom, že stáří je přirozené období lidského života, na které je každý člověk povinen se připravit a společnost musí vytvořit podmínky pro důstojný život seniorů. Byl zde kladen důraz na osobní aktivitu člověka a současně na péči o materiální a sociální jistoty člověka ze strany společnosti (Haškovcová, 2010).

V roce 1991 vyhlásila Organizace spojených národů Zásady Spojených národů pro starší občany. Mezi zásady patřila nezávislost, laická i profesionální péče, seberealizace, důstojnost a společenské zapojení (tamtéž). Zásady přispěly k zajištění samostatnosti, účasti na životě společnosti, péče, prosazení a důstojnosti seniorů (Madridský plán a jiné strategické dokumenty, 2007).

V roce 1999 byl OSN vyhlášen Mezinárodní rok seniorů, jehož ústředním motivem bylo vytvoření společnosti pro každý věk, tedy společnosti přátelské i vůči seniorům (Haškovcová, 2010). Téma se dále dělí do čtyř dimenzí, jimiž jsou osobní celoživotní rozvoj, mezigenerační vztahy, vztah mezi rozvojem a stárnutím populace a situace starších osob (Madridský plán a jiné strategické dokumenty, 2007). V témže roce se v Kroměříži uskutečnila osmá konference Klubu UNESCO. Tématem byl Svět seniorů. Účastníci se zabývali otázkami lidských práv, života seniorů v ČR, sociální a hmotné nouze, podoby seniorů v médiích (Haškovcová, 2010). Česká republika ratifikovala Dodatkový protokol Evropské sociální charty, v jehož článku 4 je obsaženo právo starých osob na sociální ochranu, prostřednictvím něhož jim má být umožněno zůstat co nejdéle plnohodnotnými členy společnosti pomocí dostatečných prostředků a informací o službách a zařízeních, které jsou osobám k dispozici, a o možnostech jejich

využívání. Dále toto právo umožňuje starým lidem svobodnou volbu způsobu života ve známém prostředí poskytnutím bydlení přiměřeného jejich potřebám a zdravotnímu stavu nebo poskytnutím podpory pro přizpůsobení jejich bydlení. Nezávislý život ve známém prostředí je podporován též poskytnutím zdravotní péče a služeb, které vyžaduje jejich stav. Toto právo se snaží zaručit starým lidem žijícím v ústavech vhodnou podporu, soukromí a účast na rozhodování (MZV, 2000).

V článku 25 Listiny základních práv EU jsou zakotvena práva starších osob na to, aby vedly důstojný, nezávislý život a podílely se na společenském a kulturním životě. Článek 34 téže Listiny obsahuje sociální zabezpečení a sociální pomoc. Evropská unie uznává a respektuje nárok na přístup k dávkám sociálního zabezpečení a k sociálním službám k zajištění ochrany v případě mateřství, nemoci, pracovního úrazu, ztráty zaměstnání, závislosti nebo stáří (Listina základních práv Evropské unie, 2012).

V roce 2002 se v Madridu uskutečnilo druhé světové setkání o stárnutí. Mělo zhodnotit demografickou situaci ve světě, stanovit priority v oblasti stárnutí populace a přijmout nový programový dokument, nový mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. Jednotlivá doporučení byla rozdělena do tří směrů, a to senioři a rozvoj, uchování zdraví, tělesné a duševní pohody až do stáří a zajištění příznivého a podpůrného prostředí (MPSV, 2007b). Kromě stárnutí populace ve vyspělých zemích se hovořilo i o rozvojových zemích. Diskutovalo se zde o problémech spojených se stárnutím hendikepovaných osob, osob postižených či ohrožených ztrátou duševního zdraví, se špatným zacházením a o týrání starých lidí. Na základě tohoto shromáždění vznikl Madridský plán pro problematiku stárnutí (Haškovcová, 2010). Tento mezinárodní akční plán vybízí k politickým změnám a změnám ve všech odvětvích praxe v souvislosti se stárnutím populace. Cílem plánu je zajištění účasti na životě ve společnosti, bezpečného a důstojného stáří (Madridský plán a jiné strategické dokumenty, 2007).

Regionální implementační strategie pro region Evropské hospodářské komise k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro stárnutí obsahuje deset závazků, mezi něž patří integrace stárnutí do všech politik a uvedení společnosti a ekonomiky do souladu s demografickými změnami, zajištění integrace starších lidí ve společnosti, podpora spravedlivého a udržitelného ekonomického růstu, dále přizpůsobení systému sociální ochrany demografickým změnám a jejich sociálním a ekonomickým dopadům, umožnění trhům práce reagovat na ekonomické a sociální důsledky stárnutí obyvatelstva, podpora celoživotního učení, úsilí o zajištění kvality života v každém věku a zachování nezávislého života, prosazování genderového přístupu ve stárnoucí společnosti, podpora rodiny poskytující péči starým lidem a

prosazování solidarity mezi generacemi a uvnitř generací v rodinách a jako poslední podpora provádění a další aktivity v rámci RIS prostřednictvím regionální spolupráce (MPSV, 2007a).

3.3 Národní rámec

Na národní úrovni vzniklo několik dokumentů, které se přímo či nepřímo zabývají péčí o seniory. Mezi ně patří např. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013–2017 a Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. Jednou z mnoha priorit Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí 2013–2017 je zdravé stárnutí a péče o seniory s omezenou soběstačností (MPSV, 2014).

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 se zabývá jednotlivými oblastmi jako je deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb, financování sociálních služeb včetně příspěvku na péči a služeb v obecném hospodářském zájmu, sociálně-zdravotní pomezí, pečující osoby a neformální péče, kvalita a inspekce sociálních služeb, druhy sociálních služeb, jejich registrace a nelegální sociální služby, personální zajištění výkonu sociální práce a role sociálních pracovníků v sociálních službách, síť sociálních služeb a síťování, uspokojování potřeb osob prostřednictvím sociálních služeb a sociální práce, tripartitní vyjednávání v oblasti sociálních služeb (Pospíšil, 2015).

3.4 Demografické stárnutí populace

Zvyšováním relativního podílu i absolutního počtu starších lidí dochází ke stárnutí populace. Populační stárnutí je způsobeno poklesem porodnosti a úmrtnosti. Naděje dožití se zvyšuje díky rozvoji zdravotnictví a životní úrovni obyvatel (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Dlouhodobý trend stárnutí populace potvrdily i výsledky sčítání lidu, které se uskutečnilo v roce 2011. Oproti roku 2001 dosáhly ukazatele věkové struktury v roce 2011 vyšších hodnot. Došlo k poklesu podílu dětí, kdežto podíl nejstarších věkových kategorií vzrostl (ČSÚ, 2014). V seniorské populaci přibývá ovdovělých a osamocených žen s nižším potenciálem zdraví a s vyšší potřebou podpůrných služeb (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Dle procentuálního zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v letech 2000 a 2017 se v České republice zvýšilo zastoupení populace ve věku 65+ ze 13,8 na 18,8, tedy o 5 %. Ze 35 zemí se ČR z hlediska procentuálního zastoupení osob starších 65 let umístila na 15. místě spolu s Maltou. Mezi země s největším procentuálním zastoupením patří Itálie, Řecko a Německo. Oproti tomu mezi země s nejnižším zastoupením patří Turecko, Makedonie a Irsko (ČSÚ, 2019).

Zestárnutí generace lidí narozených po 2. světové válce vytváří tlak na penzijní systém přibližně od roku 2015 a očekává se, že na podpůrné služby, ošetrovatelskou péči a sociální pomoc začne vytvářet tlak zhruba od roku 2025 (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). V důsledku stárnutí populace bude v mnoha rozvinutých zemích, včetně České republiky, narůstat potřeba dlouhodobé péče a služeb pro lidi s omezenou soběstačností (Havrdová, 2010). Vzhledem k demografickému stárnutí populace a stále se vyvíjející medicíně bude do budoucna nutné přizpůsobit i síť zdravotních a sociálních služeb, které bude třeba v rámci péče o seniory vzájemně integrovat (Burda, Šolcová, 2016). Předpokládá se prudký nárůst poptávky po sociálních službách ze strany seniorů, ale zároveň obtíže s jejím uspokojením z hlediska personálního a finančního. Lze tedy očekávat vyšší nároky na nepojistné a pojistné sociální dávky, ale také na systém zdravotního pojištění (Kaczor P. a Kaczor M., 2018).

Určitými možnostmi, které by vedly ke zmírnění tohoto tlaku, by mohla být pronatalitní opatření, vyšší míra využití práce imigrantů a seniorů, přičemž poslední varianta je autory považována za nejefektivnější, jelikož se jedná o pružně a rychle využitelný nástroj (tamtéž).

V Městské části Praha 7, na kterou je zaměřena empirická část diplomové práce, bylo ke dni 31. 12. 2017 celkem 45 414 obyvatel, z nichž 7 217 bylo starších 65 let. Průměrný věk činil 40, 4 (ČSÚ, 2018b). Je tedy poměrně mladou městskou částí. Tou nejstarší s největším průměrným věkem obyvatel (44, 1) je Praha 10 (ČSÚ, 2018a).

3.5 Potřeby seniorů s omezenou soběstačností

Podle Příbyla (2015) mají lidé vesměs společné potřeby bez ohledu na věk, tyto se v průběhu života mění co do množství, kvality, priorit a způsobu jejich naplnění. Podobné stanovisko zaujímá i Mlýnková (2011), která tvrdí, že se s přibývajícím věkem mění hodnotová orientace potřeb, kdy je pro seniory podstatné především zdraví, klid, bezpečí a spokojenost. Na významu nabývají fyziologické a psychosociální potřeby v podobě bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. To do jisté míry potvrzuje i zjištění, že mezi potřeby, které jsou pro seniory velmi důležité, patří zdraví, soběstačnost, ekonomické a sociální jistoty, bezpečí a pomoc, bydlení, informace, podněty, klid a mír, struktura a řád (Chloubová 2005, podle Příbyla, 2015).

Dle výzkumu Kaufmanové mezi nejdůležitější potřeby patří tyto: „*fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a sociální potřeby*“ (Kaufmanová, 2004, podle Hrozenské, Dvořáčkové, 2013, s. 120). Kaufmanová z odpovědí usuzuje, že senioři zmiňují především ty hodnoty a potřeby, které považují za ohrožené (tamtéž). K neuspokojení potřeb dochází narušením vnitřní rovnováhy organismu a rovnováhy s vnějším prostředím a jedinec se tak ocitá v zátěžové situaci. Tou může být frustrace, konflikt, stres či deprivace (Příbyl, 2015). Mezi hodnoty, které

senioři považují za důležité, patří: „*zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda*“ (Kaufmanová, 2004, podle Hrozenské, Dvořáčkové, 2013, s. 120). Zdraví přikládají senioři velký význam, jelikož zdravotní stav podmiňuje fyzickou soběstačnost a zvládání běžných denních činností (Sýkorová, 2007).

Základní životní potřeby, podle kterých se posuzuje soběstačnost, vymezuje i příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. Je jich celkem deset a patří mezi ně mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Soběstačnost je schopnost samostatného zajištění obvyklých potřeb v určitém prostředí. Je dána funkčním potenciálem člověka a náročností prostředí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Sýkorová (2007) uvádí, že omezená soběstačnost ještě nemusí mít vliv na ztrátu autonomie.

Autonomie je mnohodimenzionálním jevem, který se dotýká všech rozměrů lidské existence (tamtéž). „*Empirie potvrzuje, že v praxi má autonomie každého člověka širší souvislosti a přesahuje koncept ADL. Různorodé postojové, vztahové, fyzické, geografické, ekonomické, technologické, informační, politické, kulturní, lingvistické a další aspekty prostředí významným způsobem ovlivňují možnosti utváření, udržení a posílení autonomie každého člověka, či ji naopak znesnadňují nebo dokonce znemožňují*“ (Krhutová, 2013, s. 13). Autonomie podmiňuje pocit a uplatnění kontroly nad vlastním životem (Sýkorová, 2007) a může být účinně posílena kombinací formální a neformální péče, jelikož rozložení péče mezi více lidí snižuje obavy lidí ze závislosti na jednom poskytovateli péče (Cordingley, Webb, 1977, podle Sýkorové, 2007).

Kvalita života ve stáří je ovlivněna mírou uspokojení potřeb a dalšími činiteli jako je kvalita sociálních kontaktů, dostupnost zdravotní péče a služeb, kvalitní bydlení, bezpečnost aj. Správné určení a následné uspokojení potřeb významně ovlivňuje prožívání stáří. Uspokojování potřeb má pozitivní vliv na psychiku, pozornost, myšlení a vůli (Příbyl, 2015).

V rámci analýzy potřeb pečujících na Praze 7 se zjišťovalo, do jaké míry příjemci péče zvládají činnosti každodenního života. Výsledky ukázaly, že nejméně samostatní jsou v komunikaci s institucemi a v používání dopravních prostředků, poté v péči o domácnost a poté v péči o zdraví. Nejvíce samostatní jsou v oblastech výkonu fyziologické potřeby, mobility a stravování (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017).

3.6 Souhrn

Od 70. let. 20. století probíhají ve státech Evropské unie, ale také v anglofonních zemích procesy deinstitutionalizace. V České republice až o mnoho let později. V souvislosti s tím byla v roce 2007 vládou přijata koncepce pro podporu transformace pobytových sociálních služeb. V roce 1982 se ve Vídni uskutečnilo první světové shromáždění o stárnutí, které přijalo Mezinárodní akční plán ke stárnutí. V roce 1991 vyhlásila Organizace spojených národů Zásady Spojených národů pro starší občany. V roce 1999 byl OSN vyhlášen Mezinárodní rok seniorů, jehož myšlenkou byla společnost přátelská vůči seniorům a v Kroměříži se uskutečnila osmá konference Klubu UNESCO, jejímž tématem byl Svět seniorů. Česká republika krátce na to ratifikovala Dodatkový protokol Evropské sociální charty. Druhé světové setkání o stárnutí se uskutečnilo v Madridu v roce 2002, na základě něhož vznikl Madridský plán, který vybízí ke změnám v souvislosti se stárnutím populace. S tímto dokumentem je spjata Regionální implementační strategie pro region Evropské hospodářské komise obsahující deset závazků vůči starším lidem.

V ČR existuje několik strategických dokumentů, které se zabývají péčí o seniory. Jsou jimi např. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013–2017 a Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.

Nejen v rámci ČR, ale i celé Evropy dochází ke stárnutí populace, které je způsobeno poklesem porodnosti a úmrtnosti, tím v seniorské populaci přibývá lidí s omezenou soběstačností. Už nyní se zvyšuje potřeba dlouhodobé péče a služeb, která se bude zvyšovat i nadále. Vzhledem k tomu bude potřeba tyto služby integrovat. V souvislosti se stárnutím populace, se předpokládá i nárůst požadavků na nepojistné i pojistné sociální dávky. Nabízejí se zde možnosti řešení v podobě pronatalitních opatření nebo zaměstnávání více imigrantů a seniorů. Z porovnání průměrného věku obyvatel městských částí Prahy vyplynulo, že Městská část Praha 7, ačkoli zahrnuje poměrně velký počet seniorů, patří spíše k těm mladším.

Odborníci se shodují na tom, že potřeby seniorů se víceméně shodují s ostatními generacemi s tím, že se liší pouze v důrazu, kdy na významu nabývají především základní fyziologické a psychosociální potřeby. Pro seniory s omezenou soběstačností je velice důležité udržení jejich autonomie. Ta může být do jisté míry posílena rozložením péče mezi formální a neformální poskytovatele péče, která by zmírnila jejich závislost na jednom pečovateli. Kvalitu života ovlivňuje míra uspokojení potřeb, ale i jiné faktory jako je sociální kontakt, dostupnost služeb, bydlení apod. Výsledky dvou výzkumů, které se zaměřovaly na potřeby pečujících v roce 2012 a 2017 se shodují v tom, že příjemci péče jsou nejméně samostatní v péči o domácnost.

4 ROLE JEDNOTLIVÝCH SUBJEKTŮ V PÉČI O SENIORY

4.1 Stát

Stát je reprezentován jednak ústředními orgány, kterými jsou parlament, vláda a soudy, jednak krajskou a obecní správou a samosprávou (Matoušek, 2007b). Je spolu s ostatními veřejnoprávními orgány a organizacemi nejvyšším stupněm právní formalizace. Je vybaven veřejnou mocí, jelikož rozhoduje o státní sociální politice přijímáním právních předpisů, vytváří mechanismy pro jejich realizaci, kontrolu a organizuje přerozdělování jejich financování (Tomeš, 2011). Garantuje zabezpečení realizace lidských práv svých občanů. Má povinnost zajistit dostupnost sociálních služeb. Stát může přenést pravomoc na subjekty jako např. obce, občanská sdružení, církve atd., ale nesmí se vzdát odpovědnosti za sociální politiku (Haškovcová, 2010). Musí garantovat jak základní práva obyvatel, tak úroveň a rozsah poskytovaných služeb daných zákonem (Matoušek, 2007b). V ČR tak činí dotacemi poskytovatelům sociálních služeb, kontrolou a v minulosti zřizováním příspěvkových organizací MPSV (Vojtíšek, 2018).

V současné době je uplatňován tzv. princip subsidiarity tzn., že každý se má postarat nejprve sám o sebe. Ve chvíli, když to jedinec nezvládá, má hledat pomoc v rodině a až v nejzazším případě se obrátit na stát. Pocit odpovědnosti lidem však upřel paternalismus (nadřazený, ale partnerský a ochránářský přístup (Linhart, 2007)) socialistického státu. To se odráží v problému se změnou rolí českých seniorů z pasivních příjemců dávek a služeb na aktivní klienty (Haškovcová, 2010). S tím souvisí i v části společnosti zakořeněná představa o ústavní pomoci, kterou je potřeba měnit legislativní podporou různých forem domácí a rodinné péče. Legislativní povinností je upřednostnit rodinnou podporu nebo pomoc a následně sdílenou pomoc v domácím prostředí před tou institucionální (Vojtíšek, 2018).

Stát a veřejnoprávní organizace uplatňují v sociální politice veřejnoprávní povinnou solidaritu prostřednictvím sociální pomoci, která je jednou ze soustav sociální ochrany obyvatel ČR. Takováto solidarita je vymezena právním řádem. Jedná se o státem řízenou redistribuci. Člení se na obligatorní v podobě sociálního pojištění a fakultativní, které se musí prověřovat. Mezi fakultativní patří dávky pro osoby se zdravotním postižením, dávky pomoci v hmotné nouzi a sociální služby (tamtéž).

Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, mezi něž patří i senioři se zdravotním postižením, se poskytuje ze státního rozpočtu příspěvek na péči. Prostřednictvím tohoto příspěvku se stát podílí na zajištění sociálních služeb či jiné podobě pomoci (Zákon č. 108/2006 Sb.). Cílem příspěvku na péči měla být změna pozice příjemců příspěvku prostřednictvím

svobodné volby péče (Dudová, 2015). Za tuto dávku by si měl příjemce nakoupit potřebné sociální služby a péči, což způsobuje i určitý pokles neplacené vzájemné mezilidské výpomoci (Haškovcová, 2010). Zrušením dřívějšího příspěvku pro pečovatele a zavedením příspěvku na péči (PnP) došlo k upozadění finanční situace a nákladů neformálních pečovatelů (Geissler a kol., 2015). Podle Národní strategie rozvoje sociálních služeb více než polovina příjemců příspěvku na péči v seniorském věku využívá pouze rodinnou péči (Pospíšil, 2015). Ti, kteří využívají profesionální služby, je v naprosté většině kombinují s péčí rodiny (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Výše příspěvku se liší dle stupně závislosti, která může být lehká, středně těžká, těžká, nebo úplná. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládnání deseti základních životních potřeb – viz výše (kapitola 3 na s. 16). Žadatel je povinen podrobit se sociálnímu šetření a vyšetření zdravotního stavu. Při posuzování stupně závislosti vychází Okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby a z výsledku sociálního šetření (Zákon č. 108/2006 Sb).

V roce 2017 byl průměrný měsíční počet vyplacených příspěvků na péči nejvyšší u osob ve věku od 80 do 89 let, u nichž bylo vyplaceno nejvíce příspěvků II. stupně, za nimi následovaly I. stupně, poté III. a nejméně bylo příspěvků IV. stupně. Stejně tomu bylo souhrnně v rámci ČR bez ohledu na věk (MPSV, 2018). Z výzkumu vyplynulo, že výše příspěvku na péči není ve všech stupních dostačující (Geissler a kol., 2015). Výše podpory stěží vyjde na zajištění základních potřeb osoby příjemce, a péči tak často musí doplácet příjemce nebo pečující z vlastních úspor (Šimoník, 2015). Příspěvek je totiž koncipován tak, že má pouze přispívat a zbytek nákladů na péči má hradit samotný příjemce péče, případně jeho rodina (Pospíšil, 2015).

Novelou zákona o sociálních službách (Zákon č. 47/2019 Sb.) však došlo u IV. stupně k jeho značnému navýšení od dubna 2019 a u III. stupně od července 2019. U dospělých osob, které žijí v domácím prostředí a pobírají IV. stupeň, byl navýšen o 6 000 Kč a u těch, kteří pobírají III. stupeň, se jedná o 4 000 Kč. Tato změna je spojena s očekáváním, že dojde k zeslabení tlaku na pobytové sociální služby a delšímu setrvání příjemců příspěvku v domácím prostředí za pomoci terénních a ambulantních služeb (MPSV, 2018b).

Kromě příspěvku na péči mají osoby se zdravotním postižením možnost zažádat o průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP nebo ZTP/P), o příspěvek na mobilitu či příspěvek na zvláštní pomůcku (Zákon č. 329/2011 Sb.). Z hlediska věku bylo za rok 2017 nejvíce držitelů průkazu ZTP seniorského věku, kterých bylo přibližně třikrát více než dospělých (MPSV, 2018).

4.2 Kraje a obce

„*Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů*“ (§ 1 odst. 4 zákona č. 129/2000 Sb.). Stejně tak je tomu u obce. Ta může být iniciátorem potřebných společenských změn (Kalvach, 2014). Kraje zjišťují potřeby poskytování sociálních služeb, dostupnost informací o sociálních službách, spolupracují s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, zpracovávají střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi, s poskytovateli služeb a jejich uživateli. Sledují a vyhodnocují také jeho plnění a informují o něm ministerstvo, zajišťují dostupnost služeb v souladu s plánem a určují síť sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). Je však potřeba, aby komunitní plánování přesahovalo rámec sociálních služeb a stalo se nástrojem uceleného systému podpůrných služeb a komunitních opatření posilujících kvalitu života a zdraví starých lidí (Čevela, Čeledová, 2014).

Podobně jako v případě sociálních služeb plní kraje a obce koncepční a organizační roli v oblasti zdravotní péče (Geissler a kol., 2015). Dostupnost terénních služeb je v současné době v ČR stále nedostatečná a nerovnoměrná. Nejhůře jsou na tom odlehlé oblasti na pomezí krajů. Služby nejsou provázané, komplexní a koordinované. Informovanost klientů a jejich rodin o škále služeb je nízká (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Městská část Praha 7 svou střednědobou koncepcí rozvoje sociální politiky má. Z výstupů fokusních skupin seniorů, pečujících a poskytovatelů služeb vyplynulo, že si v rámci sociálně-zdravotní oblasti, cení služeb a dostupnosti terénní pečovatelské služby. Oproti tomu poukazovali na chybějící nemocnice, pobytová zdravotnická zařízení a tím i zvýšenou potřebu transportu pro ty, kteří nejsou schopni využívat MHD do jiných částí Prahy. Zjistilo se, že chybí služby osobní asistence, koordinátor sociálních a zdravotně-sociálních služeb, zařízení pro lidi s duševním onemocněním a terénní služby pro lidi s kognitivními poruchami a duševním onemocněním. Dále bylo zmiňováno, že dostupnost zdravotních a sociálních zařízení je nízká, domácí zdravotní péče s terénní pečovatelskou službou jsou zbytečně rozděleny mezi různé poskytovatele nebo že je spolupráce a koordinace zdravotních a sociálních služeb neuspokojivá. Také se ukázalo, že je nízká dostupnost domácích, ambulantních a rehabilitačních zdravotních služeb, informovanost o možnostech podpory a pomoci. Nedostatečný je i počet bytů zvláštního určení pro nesoběstačné seniory. V depistáži ohrožených seniorů a prevenci nepříznivých jevů byly spatřovány také rezervy (Městská část Praha 7, 2018).

4.3 Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb poskytují péči a služby, ale také spolufinancují sociální služby, a to z více zdrojů, kterými jsou platby od klientů, dotace, dary nebo vlastní výdělečná činnost. Poskytovatelské subjekty mají několik forem. Těmi jsou organizace zřizované organizační složkou státu, příspěvkové organizace krajů a obcí, nestátní neziskové organizace, církevní právnické osoby a soukromé subjekty (Vojtíšek, 2018).

Nestátními subjekty, které působí v sociální oblasti, jsou právnické osoby podnikatelského charakteru, nepodnikatelského charakteru a fyzické osoby v případě, že zaměstnávají jiné fyzické osoby nebo mají aprobaci MPSV k sociálním činnostem (Tomeš, 2011). Nestátní subjekty se někdy se sociálními zájmy státu ztotožňují, jindy rozcházejí. Nestátní organizace své sociální zájmy realizují vlastní aktivitou nebo podněcují stát k určitému jednání. Stát může výkon sociální politiky svěřit do rukou nestátním organizacím či přispět na jejich činnost (Tomeš, 2010). Nestátní neziskové organizace (NNO) začaly znovu v České republice poskytovat sociální služby po roce 1989. Motivem těchto poskytovatelů byla především filantropie, touha po rozvoji služeb a doplnění chybějících služeb. NNO bývají často mladé dynamické společnosti, které mají dobré schopnosti v oblasti marketingu, lidských zdrojů, projektového managementu a efektivního financování (Bicková, 2010). V souvislosti s vytvářením občanské společnosti v ČR vzniklo tisíce občanských sdružení, která se snažila pomáhat handicapovaným, chronicky nemocným lidem a seniorům (Haškovcová, 2012). Podle Vojtíška (2018) význam nestátních neziskových organizací v sociálních službách spočívá v tom, že rozšiřují nabídku služeb, jsou ekonomicky efektivnější a snižují počet příjemců služeb od obligatorního subjektu. Na Praze 7 je v oblasti péče o seniory značná podpora obce a práce příspěvkových organizací.

4.4 Souhrn

Subjekty, jejichž úlohou je, mimo jiné oblasti a skupiny lidí, zajištění péče o seniory, jsou stát, kraje, obce a poskytovatelé sociálních služeb.

Stát rozhoduje o státní sociální politice, organizuje přerozdělování financí a také kontroluje. V dnešní době je uplatňována zásada subsidiarity. Přesto je však přístup některých lidí pasivní, což je určitým pozůstatkem paternalismu minulého režimu.

Kraje a obce za účelem rozvoje a potřeb občanů tvoří střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, které by měly přesahovat oblast sociálních služeb. Praha 7 takový plán, který má přesah i do jiných oblastí a který současně poukazuje na reálné potřeby, má.

Poskytovatelé sociálních služeb se mezi sebou liší nejen z hlediska poskytování služeb, ale i z hlediska zřizovatele. Mezi nimi významnou roli zastávají nestátní neziskové organizace, které prostřednictvím svých aktivit uskutečňují změny a dokáží rychleji reagovat na vzniklé potřeby. Na Praze 7 v oblasti péče o seniory však významnou roli sehrává obec spolu s příspěvkovými organizacemi.

5 OBLASTI PÉČE O SENIORY

„Mezi hlavní cíle soudobé péče o seniory patří zachování co nejvyšší míry autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti seniorů, a to v jejich přirozeném prostředí“ (Příbyl, 2015, s. 14). Tato kapitola je pro větší přehlednost rozdělena na základě obsahu do dvou podkapitol. Jedna z nich se hlouběji zabývá neformální péčí a druhá tou formální, která je dále rozčleněna na sociální, zdravotní a sociálně-zdravotní oblast.

5.1 Neformální péče

Údaje OECD ukazují, že neformální pečovatelé tvoří přibližně 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče. Neformálními pečovateli jsou nejčastěji rodinní příslušníci, a to manželé nebo partneři, rodiče, dospělá děti, případně jiní členové rodiny. Neformální pečovatelé se dělí na ty, kteří za svou péči nedostávají žádnou odměnu, ty, kteří jsou příjemci dávek nebo příspěvků ze sociálního systému, a na nevidované pečovatele, kteří dostávají finanční odměnu od příjemce péče, ale beze smlouvy a nejsou ani oficiálně nahlášeni na příslušném úřadě (Colombo a kol., 2011 podle Truhlářové a kol., 2015).

Péče rodinných příslušníků je nejpřirozenější a nejpreferovanější formou pomoci (Vávrová, Vaculíková, 2017). Ta s přibývajícím věkem nabývá na významu, jelikož uspokojuje potřebu bezpečí, opory a jistoty (Příbyl, 2015). Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších jistot člověka ve stáří (Jarošová, 2006). V české společnosti se předpokládá, že za zajištění potřeb nesoběstačných členů rodiny jsou primárně odpovědní příbuzní (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Předpokladem úspěšné péče jsou dobré vztahy a komunikace (Truhlářová a kol., 2015).

Jeden z hlavních principů poskytování péče v rodině je princip solidarity. Solidarita je napříč generacemi a je založena na očekávání reciprocit, ale i na soucitu a altruismu. V rodině je péče založena i na principu vděčnosti, lásky a vzájemného sdílení (Tošnerová, 2001). V rámci rodiny se vyskytuje tzv. spontánní příbuzenská solidarita, která je založena na emočních nebo příbuzenských vazbách. Této solidaritě využívá i stát k plnění svých závazků např. v legislativní podobě vyživovací povinností (Vojtíšek, 2018). Péče upevňuje vzájemné vazby,

posiluje sdílení a sounáležitost (Jarošová, 2006). Rodina však musí chtít, umět a moci pečovat (Pacovský, 1994 podle Jarošové, 2006).

Odborníci i politici se shodují na tom, že setrvání seniora v jeho vlastním domově s umožněním jeho původního způsobu života, i když s určitým omezením vlivem jeho snížené soběstačnosti, je lepší než péče institucionální (Dudová, 2015). Přesto v české společnosti do určité míry přetrvává přesvědčení, že ten, kdo je povinen se postarat, je stát sám (Tošnerová, 2001). V porovnání s péčí ústavní je pro stát méně nákladná (Geissler a kol., 2015). Je levnější, protože část nákladů nese rodina (Dudová, 2015).

V rámci neformální péče o seniory bývají hlavními pečujícími osobami jejich děti (převážně dcery) a manželé. Méně často o ně pečují snachy a vnoučata (tamtéž). V souladu s tímto zjištěním jsou i výsledky šetření Fondu dalšího vzdělávání, které proběhlo v rámci projektu Podpora neformálních pečujících, kde se ukázalo, že neformální pečující v domácím prostředí nejčastěji pečují o své rodiče, méně často o partnera. Část pečuje i o vzdálenější příbuzné, jako jsou prarodiče a o rodiče partnera (FDV, 2018).

Výsledky šetření zaměřeného na analýzu potřeb pečujících na Praze 7 ukazují, že 90 % z celkového počtu pečujících bylo pečujících žen (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Z hlediska pohlaví převažovaly mezi pečujícími ženy i v rámci průzkumu z roku 2012 (MČ Praha 7 a 8, 2012). Ženy častěji vykonávají úkony přímé péče (Šimoník, 2015). Kořeny pečovatelské role žen sahají až do osvicenství, kdy muži opouštěli kvůli svým profesím dům a ženy zůstávaly doma (Tošnerová, 2001).

Třetina pečujících uvedla, že je na péči sama, a 60 % pečuje za pomoci příbuzných (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Nejvyšší procento pečovatelů, kteří se starají sami, se ukázalo u péče mezi partnery (Tošnerová, 2001). Manželství ve stáří nabývá na významu, jelikož ovlivňuje pocit spokojenosti. Manželé o sebe vzájemně pečují, přičemž jejich děti jim poskytují doplňkovou pomoc a emocionální oporu (Sýkorová, 1996 podle Jarošové, 2006). Většinu pečujících pomáhá s péčí někdo další (72 %). V 55 % se jedná o pečovatelskou službu a ve 42 % o příbuzné (MČ Praha 7 a 8, 2012).

Mezi činnostmi, s nimiž pečující nejčastěji pomáhají, patří pomoc s domácností a doprovod (FDV, 2018). Z výsledků průzkumu realizovaného v roce 2012 vyplynulo, že pečující nejvíce pomáhají s péčí o domácnost (9 z 10), méně často (2/3) s doprovodem, pochůzkami a vyřizováním osobních záležitostí a stejně tak s osobní hygienou, oblékáním a krmením (MČ Praha 7 a 8, 2012). Výsledky analýzy potřeb pečujících na Praze 7 z roku 2017 ukázaly, že pečující nejčastěji poskytují pomoc při péči o domácnost a doprovodech k lékařům a na úřady,

o trochu méně při komunikaci, stravování, tělesné hygieně, oblékání a péči o zdraví (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017).

Polovina pečujících pečovala více než dva roky, ale méně než pět let, pětina v rozmezí jednoho a dvou let, desetina více než deset let (MČ Praha 7 a 8, 2012). V rámci analýzy byla oproti tomu nejčastější délkou péče ta v rozmezí šesti a deseti let (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017).

Hlavními uváděnými problémy, které souvisely s poskytováním péče, byly psychická únava, dále obavy o budoucnost, pocit strachu, napětí a nedostatek času (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Podobně tomu bylo i u průzkumu, kde se ukázalo, že pečující nejvíce tíží časová tíseň a psychická únava (MČ Praha 7 a 8, 2012).

Rostoucí individualizace společnosti, mobilita a vzdálenost mezi domácnostmi členů rodiny komplikuje poskytování péče v rámci rodiny (Dudová, 2015). Nejčastějšími bariérami péče jsou geografická vzdálenost bydliště, povinnost ke členům prokreační rodiny, pracovní povinnosti, špatné vztahy a nedostatečná kompetence péči poskytovat (Jarošová, 2006). Podle Mlýnkové (2011) jsou taktéž překážkami péče zaměstnanost střední generace, péče o vlastní děti a vzdálenost rodin, ale také nevyhovující bydlení a vyčerpání rodinných příslušníků.

Pečujících, kteří žili ve společné domácnosti, bylo méně v porovnání s těmi, kteří dojíždí. Čtvrtina stráví dojížděním přibližně 30 minut, třetina kolem 15 minut (MČ Praha 7 a 8, 2012). Z analýzy vyplynulo, že ve společné domácnosti žilo 40 % pečujících. Třetina stráví na cestě přes 60 minut a další třetina 15 minut (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Z dotazníkového šetření se ukázalo, že sice existují rozdíly v intenzitě péče, ale pouze u těch, kteří žijí společně, a těch, kteří od sebe žijí dál. Rozdíly v jednotlivých vzdálenostech se však neprojevíly z hlediska intenzity péče jako významné (FDV, 2018).

Z průzkumu realizovaného v Praze 7 a 8 vyplynulo, že mezi nejčastější zdroje informací pro neformální pečující o možnostech využívání sociálních a zdravotních služeb na Praze 7 a 8 patří z jedné třetiny internet, z jedné čtvrtiny pečovatelky a z jedné pětiny lékaři. Častým zdrojem je též radniční tisk a informace od příbuzných, přátel, známých a sousedů (MČ Praha 7 a 8, 2012). Podobné výsledky byly získány z dotazníkového šetření na Praze 7, jelikož se ukázalo, že nejčastějším zdrojem informací pečujících osob je internet, následně lékaři, rodina nebo přátelé (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Pečující jsou málo informováni o nabídce sociálních a zdravotních služeb. Chybí koordinátor, od kterého by se pečovatel dozvěděl ucelenější informace (Šimoník, 2015). Pomoci se zorientovat v nepřehledném labyrintu sociálních služeb může sociální poradenství (Haškovcová, 2010). Vojtíšek (2018) pojednává o tzv. „care manažerovi“, tedy určitém koordinátorovi péče, jímž by byl sociální pracovník

zaměstnaný na obci, který by prováděl depistáž ohrožených lidí, poskytoval poradenství a koordinoval péči konkrétního jedince.

V současné době jsou neformální pečovatelé do jisté míry podporováni prostřednictvím důchodového systému, nemocenského pojištění, zákoníku práce a nepřímou prostřednictvím sociálních služeb (Průša, 2016). Jejich postavení však není dostatečně ukotveno, a to vede k vyřazení rodinných příslušníků ze společenského a profesního života (Pospíšil, 2015). Samotná péče, především pokud je dlouhodobá a fyzicky náročná, představuje pro pečující osobu vysokou zátěž, která může vést ke zhoršení vztahů v rodině, ke ztrátě přátel, k izolaci, rozvoji zdravotních a ekonomických problémů (Jarošová, 2006).

Z hlediska ekonomické aktivity byla více než polovina pečujících ekonomicky aktivní, o trochu více než třetina ve starobním důchodu a pouhý zlomek pouze pečoval (MČ Praha 7 a 8, 2012). Analýza ukázala, že 45 % pečujících pracovalo v zaměstnání na plný úvazek, 7 % na částečný úvazek a 21 % bylo pečujících ve smyslu zákona (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Kombinace péče se zaměstnáním je však velmi náročná. Pouze zlomek zaměstnavatelů je ochoten nabízet zkrácenou či flexibilní pracovní dobu. S nárůstem intenzity péče neformální pečovatelé často opouštějí svá zaměstnání, přičemž návrat do zaměstnání po ukončení péče je též obtížný (Pospíšil, 2015). Ukazuje se, že je velmi těžké skloubit práci s péčí. Práce má pro pečující pozitivní význam nejen z finančních důvodů, ale také pro svůj relaxační a socializační rozměr (Geissler a kol., 2015). Aby pečující mohli pracovat a současně pečovat, musejí mít buďto flexibilní pracovní dobu nebo se v péči střídat s příbuznými, sousedy či placenými pečovateli (Dudová, 2015). Pro zapojení pečovatelů na trh práce je nezbytnou podmínkou dostupnost podpůrných služeb jako např. terénní zdravotně-sociální péče nebo ambulantní služby (Šimoník, 2015).

Střední generace pečujících potřebuje a bude i nadále potřebovat odbornou pomoc sociálně-zdravotních služeb, duchovní, legislativní a ekonomickou podporu (Jarošová, 2006). Pečujícím nejvíce vadí, že v důsledku péče mají málo volného času, nemohou se věnovat svým zálibám a účastnit se společenského života. V důsledku nedostatku odpočinku se cítí být psychicky vyčerpaní. Svou finanční situaci hodnotí též negativně (Šimoník, 2015). Nejisté postavení neformálních pečovatelů, sociálně-ekonomické postavení, nedostatečná informovanost a vzdělávání se mohou odrazit v nevhodné péči o závislé osoby (Pospíšil, 2015). Součástí péče o seniory musí být podpora rodiny a zapojení členů rodiny do poskytovaných služeb (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Jednou z neefektivnějších investic v rámci péče o seniory je vzdělávání a podpora neformálních pečovatelů. Ta vede ke zvýšení produktivity této skupiny a lepším výsledkům

péče, nižším nákladům pro zdravotní a sociální systém a ke snížení zdravotních komplikací (tamtéž). Vzdělávání pečujících přispívá k posilování kompetencí v pečování. Je zároveň určitým nástrojem podpory, který přispívá k efektivnějšímu zvládnutí péče i role pečovatele (Geissler a kol., 2015). V národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 je uvedeno, že rodinní příslušníci pečující o seniory musí být maximálně podporováni prostřednictvím vzdělávání, psychologického poradenství, odlehčovací služby, finanční kompenzace a trhu práce (MPSV, 2014).

V Národní strategii rozvoje sociálních služeb pro rok 2016–2025 se uvádí, že role rodinných pečovatelů je pro systém dlouhodobé péče velmi významná, přesto je nedocněna. Je zde vymezen globální cíl, který usiluje o nastavení dlouhodobě udržitelného systému dostupných služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci. Strategickým cílem je zlepšení postavení pečujících osob a pečující rodiny. Mezi specifické cíle patří zvýšení sociálně-finančního zabezpečení, zvýšení podpory pečujících pomocí sociálních a zdravotních služeb, zlepšení informovanosti, vzdělávání a zvýšení podpory neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy (Pospíšil, 2015).

Doporučení, která od neformálních pečujících vzešla, byla následující: vytvoření katalogu kompenzačních pomůcek, více vzdělávání pro neformální pečující, více lůžek v domově pro seniory a v odlehčovací službě a také rozšíření nabídky fakultativních služeb (Charita Nový Hrozenkov, nedatováno b). Neformální pečovatelé z Prahy 7 v rámci analýzy uváděli potřebu občasné pomoci s péčí v týdnu nebo o víkendech od pečovatelské služby nebo terénní respitní péče, odbornou psychologickou pomoc, ale také zájem o více informací o způsobu péče a pomoci příjemci péče a o konkrétní pomoc s vyřizováním úředních záležitostí (Divoká, Kubíčková, Šotolová, 2017). Mezi nejvíce poptávané formy pomoci v rámci průzkumu patří možnost urgentního umístění blízké osoby do příslušného zařízení v případě náhlé potřeby. Více než čtvrtina by uvítala občasnou pomoc s péčí v průběhu víkendu či večera, necelá čtvrtina finanční podporu, necelá pětina pomoc v domácnosti a další pětina uvedla pomoc s ošetrovatelskými úkony. Mezi další služby, o které by měli pečující velký zájem, patří doprava, půjčovny pomůcek a fyzioterapie či rehabilitace (MČ Praha 7 a 8, 2012).

Z hlediska pohledu pečujících na péči do budoucna si přibližně jedna pětina není jista, zda by náročnější péči zvládla. Mezi pečujícími, kteří nějakou představu mají, převažují ti, kteří se domnívají, že by péči spíše zvládli. Z celkového počtu 23 % uvedlo, že by pečovat nedokázalo. Odpovědi se lišily u pečujících, kteří pečují méně často od těch, kteří pečují intenzivně. Většina pečujících (76 %) nemá v plánu současný stav péče měnit, protože jim

vyhovuje. Ti, kteří o změnách přemýšlejí, uvažují o změně v podobě zapojení více blízkých nebo sociálních a zdravotních služeb (FDV, 2018).

5.2 Formální péče

Formální služby bývají využívány až v případě, kdy neformální poskytovatelé chybí nebo péči nezvládají (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Z dotazníkového šetření též vyplynulo, že k umístění do zařízení dochází až tehdy, když péči blízké osoby nezvládají. Nejčastějšími důvody, které respondenti uváděli, jsou fyzická a psychická náročnost, vyšší kvalita péče v instituci, s tím spojené nezvládnutí úkonů péče doma a doporučení lékařů (FDV, 2018).

5.2.1 Služby sociální péče

Tato kapitola je zaměřena vzhledem k obsahu výzkumné části pouze na některé ze služeb sociální péče, a to terénní. Služby sociální péče pomáhají lidem zajistit jejich soběstačnost nejen fyzickou, ale i psychickou. Jejich cílem je podpořit život lidí v jejich přirozeném prostředí a zapojit je do běžného života. V případech, kdy jim to jejich stav neumožňuje, se snaží zajistit důstojné zacházení. Služby sociální péče jsou poskytovány ve formě terénní, ambulantní a pobytové (Zákon č. 108/2006 Sb.). U terénní a ambulantní formy služeb se předpokládá funkce preventivní, neboť jejím účelem je předcházet zhoršování situace klientů dlouhodobé péče. Záměrem je aktivizace a podpora sociálních vazeb klientů. Samotným dohledem nebo přítomností pečující osoby se může zamezit nežádoucím jevům, jako je např. podvýživa, dehydratace, pády, sociální izolace, úzkosti a depresivní stavy, snižování kognitivních funkcí atd (Suda, Kodymová, 2014).

Tabulka 1 zřehledňuje počty služeb, klientů a neuspokojených žádostí v roce 2017 a 2019:

terénní služby sociální péče	počet služeb v rámci ČR v roce 2019	počet služeb v rámci hl. m. Prahy v roce 2019	počet klientů v roce 2017	počet neuspokojených žádostí v roce 2017
osobní asistence	171	24	7 437	1 403
tísňová péče	17	4	2 107	0
pečovatelská služba	701	44	100 189	5 171
odlehčovací služba	229	29	11 769	2 635

Tabulka 1 – Počty služeb, klientů a neuspokojených žádostí v roce 2017 a 2019

Zdroj: MPSV (vlastní zpracování)

Osobní asistence je terénní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Služba je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí osob a přizpůsobuje se činnosti, které osoba potřebuje (Zákon č. 108/2006 Sb). Tato služba je jednou z mála služeb, která je vhodná pro klienty s různým typem a stupněm zdravotního postižení. Služba je pro klienty sice hodně finančně nákladná, přesto je žádaná. Kapacita je však nedostatečná (Geissler a kol., 2015). Tabulka 1 na s. 27 ukazuje, že v ČR je celkem 171 služeb osobní asistence, které poskytují terénní služby seniorům, z toho 24 je pražských (Registr poskytovatelů sociálních služeb, © 2006-2019). V roce 2017 ji využívalo 7 437 dospělých klientů. Celkově bylo zaznamenáno 1 403 neuspokojených žádostí (MPSV, 2018). Výhodou je, že služba není časově omezena. Její nevýhoda spočívá v poměrně vysoké úhradě (Haškovcová, 2010). Hlavními překážkami pro využívání služby jsou pro pečovatele cena a nedostatek informací o službě (Šimoník, 2015). V roce 2017 bylo v rámci osobní asistence zaměstnáno 4 937 lidí. Očekává se, že jejich počet se bude v průběhu let zvyšovat s tím, že v roce 2050 by jich mělo být přibližně 12 900 (Horecký, Průša, 2019).

Tísňová péče je terénní služba, prostřednictvím níž se poskytuje neustálá dálková hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny riziku ohrožení zdraví nebo života (Zákon č. 108/2006 Sb). Služby tísňové péče nejčastěji poskytují neziskové organizace, ale také některé městské úřady (Matoušek, 2007a). Tyto služby poskytují ale i soukromé organizace. V ČR bylo zatím zaregistrováno 17 služeb tísňové péče, z nichž 4 jsou pražské. Všechny poskytují služby seniorům. V roce 2017 měla celkem 2 107 dospělých klientů (MPSV, 2018) viz Tabulka 1 na s. 27. Podle průzkumu z roku 2012 tuto pomoc na Praze 7 a 8 využila jen část seniorů. Jednalo se o pouhých 6 % (MČ Praha 7 a 8, 2012). V roce 2017 měla tísňová péče celkem 217 zaměstnanců. I u této služby se očekává jejich nárůst v roce 2050 na přibližně 300, což je oproti ostatním zde uvedeným službám nepatrný rozdíl (Horecký, Průša, 2019).

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, ale také rodinám s dětmi. Úkony jsou poskytovány ve vymezeném čase (Zákon č. 108/2006 Sb.) V České republice je pečovatelská služba zřizována většinou obcemi a o něco méně nestátními neziskovými organizacemi (Matoušek, 2007a). Tuto službu nejčastěji využívají pečující, jejichž péče je střednědobá a méně intenzivní, kteří častěji žijí mimo domácnost opečovávaného. O službu však mají zájem i ti pečující, jejichž péče je intenzivnější, což tato služba není schopna zajistit vzhledem k omezené pracovní době (Šimoník, 2015). Naopak v zahraničí je možné si pečovatelskou službu objednat i na 24 hodin denně (Matoušek, 2007a).

Pro některé rodiny je služba finančně nedostupná zejména v případě potřeby pomoci s více úkony. Vadila jim také nemožnost pracovníků v sociálních službách provádět úkony zdravotní péče (Geissler a kol., 2015). Nejčastěji využívají tuto službu pečovatelé, kteří se starají o seniora. Silnou stránkou služby je územní a kapacitní dostupnost (Šimoník, 2015). Z Tabulky 1 na s. 27 lze vyčíst, že aktuální počet registrované terénní pečovatelské služby poskytující služby seniorům na území ČR je 701, z toho 44 je té pražské (Registr poskytovatelů sociálních služeb, © 2006-2019). V roce 2017 měla v rámci celé ČR 100 189 klientů a celkem bylo zaznamenáno 5 171 neuspokojených žádostí. Zaměstnanců pečovatelské služby bylo v témže roce 10 571 (MPSV, 2018). Předpokládá se, že v roce 2050 jich bude kolem 28 200 (Horecký, Průša, 2019).

Odlehčovací služba může být poskytována ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Jejím cílem je umožnit pečující osobě odpočinek (Zákon č. 108/2006 Sb). O tuto službu mají větší zájem pečující, jejichž péče je náročná, starají se celodenně a dlouhodobě a žijí ve společné domácnosti s opečovávanou osobou (Šimoník, 2015). Za problematickou je považována finanční náročnost služby pro poskytovatele kvůli nepravidelné obsazenosti lůžek (Geissler a kol., 2015). U odlehčovacích služeb je pozitivně hodnocen přístup pracovníků, pracovní doba i kvalita služby. Oproti tomu dostupnost a kapacitní možnosti byly hodnoceny negativně (Šimoník, 2015). V roce 2017 ji využívalo, jak zobrazuje Tabulka 1 na s. 27, 11 769 dospělých klientů a bylo neuspokojeno celkem 2 635 žádostí (MPSV, 2018). Z celkového počtu registrovaných odlehčovacích služeb (229) pro seniory je 29 pražských. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, © 2006-2019). Z hlediska personálního zabezpečení bylo v odlehčovací službě v roce 2017 zaměstnáno 6 110 lidí (MPSV, 2018). Očekává se, že v roce 2050 jich bude okolo 8 400 (Horecký, Průša, 2019).

Pomoc ze strany služeb musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je, a tím zabraňovat prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Horecký a Průša (2019) upozorňují na neexistenci plánu tvorby kapacit sociálních služeb pro seniory, který by reagoval na předpokládaný rostoucí počet osob potřebujících péči. Přicházejí s návrhy v podobě navýšení investic do této oblasti, změny systému financování, navýšení kapacit sociálních služeb a deregulace soukromého sektoru.

5.2.2 Zdravotní služby a sociálně-zdravotní pomezí

Druhy zdravotní péče se dělí na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou péči. Ty se dále dělí dle účelu na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně-rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou a klinickofarmaceutickou péči. Zdravotní péče se z hlediska formy dělí na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Do zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta patří návštěvní služba, domácí péče, kterou je ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče (Zákona č. 372/2011 Sb.)

Cílem domácí péče je zachování důstojnosti a kvality života pacienta a jeho rodiny, udržení a zvýšení soběstačnosti, edukace k zodpovědnosti za vlastní zdraví, dosažení pohody, zabezpečení komplexní péče, dodržování léčebného režimu, psychická podpora pacienta a jeho rodiny (Krátká, Šilhavá, 2008 podle Juhásové a kol., 2016). K běžným činnostem domácí péče patří ošetrování chronických ran, aplikace inzulínu, fyzioterapie, poradenství související např. s kompenzačními pomůckami (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

„Hranice mezi zdravotní a sociální péčí se s přibývajícím věkem klientů ztenčuje, často není zřejmé, kdy se již nejedná o zdravotní péči, ale o péči sociální“ (Prudká, 2015, s. 50). Dlouhodobým problémem tohoto pomezí je nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klienta. Kompetence dlouhodobé péče jsou rozdělené mezi Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, mezi kraje, obce, zdravotní pojišťovny a domácnosti. To vede ke vzniku nerovností v péči o klienty s obdobnými potřebami. Potřeby nesoběstačného člověka nejsou řešeny komplexně, což může vést k nedostatečnému uspokojování jeho potřeb. Zároveň nedochází ke koordinovanému návaznému přechodu uživatele mezi systémem zdravotní a sociální péče (Pospíšil, 2015). Návaznost je nedostatečná. Zdravotní a sociální služby se liší odpovědností veřejné správy, organizací péče, standardy péče a financováním (Geissler a kol., 2015).

Mnoho let se hovořilo o reformě dlouhodobé péče, která měla integrovat sociální a zdravotní služby dlouhodobé péče (Průša, 2011, podle Dudové, 2015). Koncept dlouhodobé péče vznikl v prvním desetiletí 21. století jako transformované pojetí péče o lidi s dlouhodobě omezenou nebo ztracenou soběstačností a s potřebou zdravotních i sociálních služeb. Koncept Long-term care (LTC) rozpracovává transformační představy z 80. let, které jsou spjaté s tzv. principem 4D: deinstitucionalizace, desektorializace, deprofesionalizace a demedicinalizace.

LTC je považován za třetí zdravotně sociální sektor. Přestože jeho základem je propojení domácí nelékařské zdravotní péče a pečovatelské služby doplněné rozvojem domácí hospicové péče, přetrvávajícím cílem je vytvoření personalizovaně komplexního systému

vytvořeného ze širokého spektra komunitních služeb a podpůrných činností (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Kalvach (2014, s. 24) pojednává o tzv. SIPS: „*Systém integrovaných podpůrných služeb by měl být uceleným souhrnem informací, znalostí, dovedností, aktérů a přístupů, které lze v dlouhodobé podpoře lidí se závažnou, ohroženou, omezenou či ztracenou soběstačností a jejich rodin využít*“. Věcný záměr zákona odmítla Legislativní rada vlády ČR (Háva, 2013, podle Dudové, 2015). Snahy o koordinaci pomocí konceptů dlouhodobé zdravotně sociální péče a ucelené rehabilitace selhaly (Geissler a kol., 2015). Společná nabídka domácích sociálních a zdravotních služeb pro seniory je nedostatečná (Haškovcová, 2010). Poskytovatelů, kteří nabízejí obě služby, je málo. Poskytování služeb jedním poskytovatelem by bylo přínosnější (Geissler a kol., 2015).

V současné době v této oblasti sehrává důležitou roli praktický lékař, který uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci. V rámci péče o seniory by měl spolupracovat s rodinou, ale také s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými organizacemi (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Posuzuje zdravotní stav pro účely sociálních dávek a žádosti o terénní či pobytové služby (Šimoník, 2015). Vlivem stárnutí populace a růstem počtu nemocných demencemi bude stoupat i poptávka po větším počtu geriatrů a psychiatrů specializovaných na geriatrickou psychiatrii (Geissler a kol., 2015).

Zdravotní a zdravotně sociální podporou je paliativní nebo hospicová péče, jejímž cílem není zadržování či urychlování smrti, ale zmírňování obtíží a zkvalitňování života (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, tělesné a duševní strádání (Tomeš a kol., 2015). Umírající lidé vzdorují tělesnému, psychickému, sociálnímu a duchovnímu utrpení, ztrátě soběstačnosti a s ní související nezabezpečení a prázdnotě zbývajících času. Proto musí být paliativní péče komplexní, tedy bio-psycho-socio-spirituální. Musí zajistit zabezpečení v podobě jídla, hygieny a základního ošetřování, dále musí zajistit komunikaci a vytvářet bezpečný prostor (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Rozlišuje se mezi obecnou paliativní péčí, která zmírňuje bolest a speciální paliativní péčí, která se snaží zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho rodině. Hospice jsou financovány z více zdrojů, které jsou nesystémové. Paliativní a hospicová péče je těžko dostupná (Tomeš a kol., 2015). Pro ucelenou paliativní péči je nezbytná trvalá dostupnost lékaře, tzv. specializovaného paliativce (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

„Důsledkem demografického stárnutí bude zvýšený nárůst požadavků na sociální a zdravotní péči, který s sebou bude přinášet i vyšší nároky na udržitelné fungování obou systémů. Na tuto situaci je nutné se připravit a realizovat kroky vedoucí k zefektivnění poskytování sociální a zdravotní péče“ (MPSV 2014, s. 37). Vizí Národního akčního plánu v oblasti péče o

seniory s omezenou soběstačností je: „široká nabídka provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatелů, která bude reagovat na specifické potřeby seniorů s omezenou soběstačností“ (MPSV 2014, s. 38). Bez široké nabídky provázaných sociálně zdravotních služeb a pečovatелů reagujících na specifické potřeby seniorů s omezenou soběstačností nebude možné zajistit péči o stárnoucí populaci důstojným způsobem. V oblasti profesionální péče proto musí dojít k propojení zdravotnických, sociálních a ostatních služeb, které jsou poskytovány v domácím prostředí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Česká republika, na rozdíl od ostatních evropských zemí, nemá legislativně ukotvené poskytování dlouhodobé péče, přestože služby tohoto typu jsou poskytovány (Prudká, 2015). V Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 je uvedeno, že ke změně by přispělo nové legislativní opatření, které by upravilo poskytování zdravotních a sociálních služeb, zajistilo odpovídající materiální a technické vybavení, personální obsazení, standard péče a průhledné financování. Jsou zde vymezeny cíle, které se týkají sociálně-zdravotního pomezí. Strategickým cílem je naplňovat potřeby klientů na základě prostupných sociálních a zdravotních služeb. Specifické cíle obsahují zákonné vymezení druhů či parametrů sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče, vymezení kompetencí aktérů a zajištění personálních zdrojů (Pospíšil, 2015).

5.3 Souhrn

Neformální pečovatелé, jimiž jsou nejčastěji rodinní příslušníci, tvoří většinu všech poskytovatелů dlouhodobé péče a jsou nejpřirozenější a nejpreferovanější formou pomoci. V české společnosti se předpokládá, že za zajištění potřeb nesoběstačných členů rodiny jsou primárně odpovědní příbuzní. Poskytování péče v rámci rodiny je založeno na principu solidarity. Rodina však musí chtít, umět a moci pečovat. Odborníci i politici se shodují na tom, že setrvání seniora s omezenou soběstačností v jeho přirozeném prostředí je lepší než péče ústavní. Přesto v české společnosti do určité míry přetrvává přesvědčení, že ten, kdo je povinen se postarat, je stát. V porovnání s péčí v instituci je pro stát neformální péče méně nákladná. Hlavními pečujícími osobami jsou nejčastěji děti a manželé, převážně se jedná o ženy. Pečující na péči většinou nejsou sami, ale pomáhají jim ještě příbuzní nebo služby. Výsledky průzkumu realizovaného v roce 2012 a analýzy potřeb pečujících z roku 2017 se od sebe příliš neliší. Shodují se v tom, že pečující nejvíce pomáhají s péčí o domácnost, dokonce i v tom, že častými problémy pečujících jsou psychické problémy a nedostatek času. Odborníci se shodují na tom, že častými bariérami v poskytování péče je vzdálenost bydlišť, péče o jiného člena rodiny a pracovní povinnosti. Z dotazníkového šetření FDV vyplynulo, že se intenzita péče liší pouze u

těch, kteří žijí ve společné domácnosti a těch, kteří nikoliv, ale vzdálenosti nehrají takovou roli. Výsledky analýzy a průzkumu se opět shodovaly v tom, že častými zdroji informací neformálních pečovatелů z oblasti sociálních a zdravotních služeb jsou internet, lékaři, příbuzní nebo přátelé. Přestože v ČR určitá podpora pečujících existuje, stále není dostatečná.

Z terénních služeb sociální péče, které poskytují péči seniorům, byla vybrána osobní asistence, tísňová péče, pečovatelská služba a odlehčovací služba. Z jejich vzájemného porovnání vyplynulo, že pečovatelská služba je nejrozšířenější službou, přesto má stále velký počet neuspokojených žádostí. Počet neuspokojených žádostí je poměrně velký i u odlehčovací služby a osobní asistence. Problémem sociálních služeb je neexistující plán tvorby kapacit sociálních služeb pro seniory, který by reagoval na předpokládaný růst počtu osob potřebujících péči. Z tohoto důvodu bylo navrženo navýšení investic do této oblasti, změny systému financování, navýšení kapacit sociálních služeb a deregulace soukromého sektoru.

Mezi zdravotní služby, které jsou poskytovány v domácím prostředí, patří návštěvní služba a domácí péče, která je ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní. Cílem domácí péče je, podobně jako u služeb sociální péče, zachování důstojnosti a zvýšení soběstačnosti. Kromě pacienta je zde zmíněna i podpora jeho rodiny. Takovéto služby by se daly z hlediska jejich obsahu zahrnout do tzv. sociálně-zdravotního pomezí. Dlouhodobým problémem tohoto pomezí je však nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klienta.

6 SDÍLENÁ PÉČE

V obecné rovině se jedná o kombinaci péče rodinných příslušníků, integrovaných sociálních a zdravotních služeb, a to jak ve formě terénní, tak ambulantní i pobytové (Janečková a Dragomirecká, 2018). Kombinace neformální péče s terénní nebo ambulantní službou je hned druhou nejpreferovanější podobou péče po té neformální (Vávrová, Vaculíková, 2017). Účelem kombinace péče neformálních a formálních pečovatелů je setrvání pečované osoby v přirozeném domácím prostředí (Geissler a kol., 2015). Pokud neformální pečovatel nežije ve společné domácnosti příjemce péče, zvyšuje se potřeba zapojení do péče dalších členů rodiny, přátel a služeb (Truhlářová a kol., 2015).

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že neformálních pečovatелů, kteří se o péči dělí s profesionály, je necelá jedna pětina (FDV, 2018). Podle údajů poskytovatelů přibližně pět set uživatelů ve III. a IV. stupni závislosti využívá ambulantních a terénních služeb, což vypovídá o tom, že je poskytována sdílená péče i u lidí vysoce závislých na pomoci jiné osoby za předpokladu značné podpory ze strany neformálních pečovatелů (Suda, Kodymová, 2014).

Je třeba zmínit, že využívání formální péče v domácím prostředí naráží na některé problémy a komplikace, kterými jsou např. nekvalitní péče nebo nevhodná doba jejího poskytování, neochota seniorů přijmout péči intimního charakteru od cizí osoby či úplný bojkot této péče. Bez terénních služeb, které budou dostatečně kvalitní a nebudou potřebovat neustálou kontrolu ze strany rodinných příslušníků klienta, by představovala péče v domácím prostředí příliš velkou zátěž pro střední a starší generaci pečujících, kteří budou do důchodu odcházet později (Dudová, 2015).

Spojení neformální a formální péče umožňuje rodinnému pečovateli skloubit péči se zaměstnáním, a tím může předcházet i syndromu vyhoření a z kvalitnění péče (Truhlářová a kol., 2015). Sociální služby, především služby odlehčovací a služby poskytované osobě závislé, jsou považovány za důležitý nástroj podpory pečujících osob. Nedostatečné množství těchto služeb považují pečovatelé za velký problém (Geissler a kol., 2015). Je velmi důležité vytvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit a tím podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí s důrazem na jeho individuální potřeby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Záměr zákona o dlouhodobé péči, který připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, měl přinést systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. Podporoval mimo jiné i sdílenou péči, která měla napomoci k udržení seniora nebo zdravotně znevýhodněného v jeho přirozeném prostředí (Válková, Holmerová, 2011). Systémy dlouhodobé péče (zdravotní a sociální) nejsou dostatečně propojeny, což může způsobovat nedostatečné naplňování potřeb klientů dlouhodobé péče. Legislativa nejasně definuje kompetence aktérů. V souvislosti s tím je třeba podporovat zdravotně-sociální pracovníky, kterých je nedostatek, a zapojit je do multidisciplinárních týmů v rámci zdravotnických zařízení a zároveň je napojit na sektor sociálních služeb a na neformální pečovatele (Pospíšil, 2015).

„Veřejné služby přesto hrají a nadále musí hrát nezastupitelnou roli v poskytování péče; rodina ani trh samy o sobě potřebu péče o stárnoucí populaci nepokryjí. Mezigenerační solidarita nemůže ve vyspělém sociálním státu fungovat pouze na bázi jednotlivých rodin, ale odehrává se na úrovni celé společnosti a jejích generací. Zajistit důstojné stárnutí a umírání pro všechny není možné bez veřejné podpory reagující na různorodé životní situace“ (Dudová, 2015, s. 166–167). Za ideální péči o nesoběstačné jedince se považuje sdílená a integrovaná zdravotní a sociální péče, tedy péče rodiny, státu a trhu (Triantafillou et al., 2010 podle Dobiášové, Kotrusové a Hošťálkové, 2015). Jiný pohled je takový, že se koncept sdílené péče sice zdá být snadným řešením, avšak nesystematickým, tudíž by měl být pouze doplňkovým nástrojem (Vojtíšek, 2018).

Z rozhovorů v rámci analýzy potřeb seniorů na Praze 7 vyplynulo, že se cítí provinile kvůli tomu, že rodinu zatěžují. Není jim příjemné být závislí na příbuzných, a z tohoto důvodu si přejí kombinaci neformální a formální péče. Určitý vliv na jejich pocity měla i osobní zkušenost s péčí o blízkého v minulosti (Janovský a kol., 2017).

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že pro třetinu osob je přípustná péče pouze člena rodiny nebo blízké osoby, přesto si velká část přeje, aby se o ně starali blízcí v kombinaci s pracovníky profesionální služby, jelikož připouští, že by blízcí domácí péči nemuseli zvládat vlastními silami a mohli by potřebovat pomoc profesionálů (FDV, 2018).

V rámci výzkumu realizovaném v rámci Charity Nový Hrozenkov se zkoumala i vzájemná komunikace neformálních pečovatelů a pracovníků Charity. Jejich komunikace v průběhu poskytování péče by se dala rozdělit do několika etap. Těmi jsou vyjednávání péče, koordinace v průběhu služby a hodnocení služby. Značný význam však má komunikace neformální, která dodává lidský rozměr vzájemné interakci, prohlubuje vztahy, a která v sobě zároveň skrývá potenciál zpětné vazby (Charita Nový Hrozenkov, nedatováno b). V rámci jiného výzkumu, který se zaměřoval na pečovatelskou službu, bylo zjištěno, že se míra vzájemné interakce odvíjí od zájmu a ochoty rodiny se na péči spolupodílet. Pracovníci pečovatelské služby vnímají roli neformálního a formálního sektoru jako vzájemně se doplňující a kompenzující. Pro pečovatelky je užitečné, když jsou u jednání se zájemcem o službu přítomni také příbuzní, jelikož jim mohou usnadnit vstup do domácnosti a blíže je seznámit se situací klienta. Kontakt s příbuznými je pro ně důležitý pro vyřizování administrativních záležitostí, pro ověřování skutečné situace a stavu, ale také pro případ nouze (Kubalčíková, 2012).

Přínosy spolupráce se zaměstnanci Charity neformální pečující spatřovali ve větším prostoru pro zařizování vlastních záležitostí, v pomoci s náročnou péčí, ve větším množství času na rodinu, ve větší jistotě odvislé od zajištění jejich příbuzného v době jejich nepřítomnosti, v možnosti zapůjčení kompenzačních pomůcek, v prostoru pro zapojení do sociálního dění, v potenciálu chození do zaměstnání, ve zlepšení či stabilizaci vlastního zdravotního stavu, v neposlední řadě ve zlepšení orientace v administrativě a zákonných náležitostech vztahujících se k péči (Charita Nový Hrozenkov, nedatováno b).

Potenciál sdílené péče spočívá v tom, že podílení rodiny a sociálního okolí na péči posiluje autonomii příjemce péče a zlepšuje kvalitu jeho života. Na základě této myšlenky by měla převažovat domácí péče doplněná o terénní a ambulantní služby (Truhlářová a kol., 2015). Rostoucí poptávku nebude možné plně pokrýt pouze poskytováním formální, tj. profesionální pomoci. Na významu tedy nabývají neformální pečovatelé. Modely péče, které jsou

považovány za nejvíce efektivní, jsou ty, u nichž dochází k vědomé spolupráci mezi formálním a neformálním sektorem (Kubalčíková, 2012). Kombinace neformální a formální péče v domácím prostředí může být velmi účinným nástrojem jak z hlediska kvality péče o příjemce péče, tak z hlediska podpory neformálních pečovatелů (Truhlářová a kol., 2015).

6.1 Souhrn

Sdílená péče je kombinací péče rodinných příslušníků a integrovaných sociálních a zdravotních služeb ve formě terénní, ambulantní i pobytové. Kombinace neformální péče s terénní nebo ambulantní službou je hned druhou nejpreferovanější podobou péče po té neformální. Z dotazníkového šetření FDV vyplynulo, že neformálních pečovatелů, kteří péči sdílí s formálními poskytovateli, je necelá jedna pětina. Podle údajů poskytovatelů se u pěti set uživatelů, kteří jsou vysoce závislí na péči, uskutečňuje sdílená péče v domácím prostředí za vysoké spoluúčasti neformálních pečovatелů.

Přínos sdílené péče spočívá např. v tom, že umožňuje rodinnému pečovateli skloubit péči se zaměstnáním, což může být prevencí syndromu vyhoření a přispět ke zkvalitnění péče. Nedostatečné množství těchto služeb považují pečovatelé za velký problém. Proto je podstatné vytvoření jejich dostatečné nabídky.

Pohledy odborníků na sdílenou péči se různí. Jedni ji považují za ideální podobu péče, druzí na ni pohlíží jako na nesystematický nástroj, který by měl být pouze doplňkový.

Z dotazníkového šetření FDV vyplynulo, že pro třetinu osob je přípustná péče pouze člena rodiny nebo blízké osoby, přesto si velká část přeje, aby se o ně starali blízcí v kombinaci s pracovníky profesionální služby, jelikož připouští, že by blízcí na domácí péči nemuseli sami stačit. Z rozhovorů v rámci analýzy potřeb seniorů na Praze 7 se zjistilo, že se cítí provinile kvůli tomu, že rodinu zatěžují. Určitý vliv na jejich pocity měla i osobní zkušenost s péčí o blízkého v minulosti. Dotazníkové šetření taktéž odhalilo, že většina lidí si přeje, aby o ně pečoval někdo z blízkých, přesto velká část by si přála i sdílenou péči, protože předpokládají, že pečující nemusí péči sami zvládnout.

Z výzkumu realizovaného v rámci Charity Nový Hrozenkov vyplynulo, že má velký význam neformální komunikace mezi rodinnými pečovateli a pracovníky Charity. V rámci jiného výzkumu, který se zaměřoval na pečovatelskou službu, bylo zjištěno, že se míra vzájemné interakce odvíjí od zájmu a ochoty rodiny se na péči spolupodílet. Kontakt s rodinou klienta je pro ně důležitý na samém začátku při vyjednávání, seznamování a s tím neodmyslitelně spojenou administrativou, ale i v případech nouze.

Přínosy sdílené péče neformální pečující spatřovali ve větším množství času, v pomoci, v jistotě, v pomůckách k zapůjčení, v možnosti zapojení do sociálního dění a zaměstnání, ve stabilizaci vlastního zdravotního stavu, ve větší orientaci v administrativě a zákonech.

Potenciál sdílené péče spočívá v posílení autonomie příjemce péče prostřednictvím zapojení více osob do péče, které by minimalizovalo jeho závislost na jednom pečovateli. Jelikož se předpokládá, že rostoucí poptávku nebude možné zcela pokrýt pouze poskytováním formální pomoci, neformální pečovatelé nabývají na významu. Účinným nástrojem péče v domácím prostředí by mohla být kombinace neformální péče s tou formální, která by mohla být přínosná pro obě strany.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metodologická část začíná zdůvodněním zvolené výzkumné strategie. Na to navazuje definice cíle výzkumu a výzkumných otázek. Za těmi následuje popis zvolené techniky sběru dat, výzkumného souboru, samotného sběru dat, jejich následné analýzy a interpretace. Kapitola je zakončena souhrnem.

7.1 Výzkumná strategie

Pro výzkumnou část diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jejímž hlavním úkolem je objasnění toho, jak neformální pečovatelé z Prahy 7 v jejich situaci, kdy pečují, rozumí tomu, co se děje, proč jednají tak či onak, jakým způsobem organizují aktivity všedního dne spolu s pečovatelskými úkony a jak interagují s ostatními lidmi, tedy s formálními pečovateli a jinými odborníky. Tato strategie umožňuje získat ucelený pohled na předmět studie.

7.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je porozumění kontextu sdílené péče v domácím prostředí, popis rozložení péče, zjištění toho, jaký pohled mají neformální pečovatelé na průběh péče a jaké jsou jejich představy o péči v domácím prostředí, a to se zaměřením na území městské části Praha 7. V návaznosti na to výstup v podobě doporučení.

7.3 Výzkumné otázky

1. Co podle pečujících mělo vliv na sdílení péče a volbu služeb?
2. Jak je péče rozdělena?
3. Jak pečující pohlíží na péči a její průběh?
4. Vystávají v průběhu péče nějaké nesnáze?
5. Jaké mají pečující představy o pokračování péče a optimální péči?

Z výzkumných otázek byla utvořena klíčová témata, která byla podrobena zkoumání v průběhu výzkumu: sdílená péče a její kontext, rozdělení úkonů péče, pohled neformálních pečovatelů na sdílenou péči a představy o péči v domácím prostředí.

7.4 Technika sběru dat

Výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl zvolen za účelem ponechání jak dotázanému, tak tazateli více volnosti. Na samém počátku byl vytvořen přibližný okruh otázek a z toho postupně sestaven podrobný seznam. Některé otázky byly konkrétní, jiné ponechávaly dotazovanému větší volnost. Znění a pořadí otázek se flexibilně měnilo podle toho, jak plynul rozhovor. Tazatel v průběhu rozhovoru pokládal doplňující otázky za účelem rozvinutí odpovědi a nechával si prostřednictvím doptávání upřesnit, jak respondent danou věc míní, pokud jeho vyjádření nebylo jednoznačné nebo dostatečně srozumitelné.

V příloze č. 1 na samém konci diplomové práce jsou obsaženy sociodemografické údaje jak pečujících, tak příjemců péče. Jsou tam uvedené i otázky rozhovoru s neformálními pečovateli, kterých je celkem 18. Jedná se převážně o otázky otevřené. Tematickými oblastmi byly okolnosti spojené se sdílením péče, rozdělení úkonů, pohled pečujících na průběh péče a jejich představy o péči v domácím prostředí.

7.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro rozhovory tvoří neformální pečovatelé, kteří pečují o seniory mající trvalý pobyt na Praze 7 a zároveň pobírají příspěvek na péči nebo o něj teprve žádají a kteří současně sdílí péči s formálními poskytovateli péče (terénními službami) v Praze 7. Vzhledem k takto předem stanoveným podmínkám pro výběr byli osloveni na příslušném kontaktním pracovišti Úřadu práce. Nikdo nebyl do rozhovoru nucen, tudíž zapojení každého bylo naprosto dobrovolné. Všichni respondenti byli vybráni prostřednictvím nenáhodného záměrného výběru. Celkem se zapojilo dvacet pečovatelů. Zastoupení mužů a žen v roli pečujících je u tohoto souboru poměrně vyrovnané, neboť žen se zapojilo jedenáct a mužů devět.

Tabulka 2 zobrazuje základní charakteristiku hlavních pečovatelů a příjemců péče:

HP	pohl.	věk	rod. stav	příb. vztah	PP	pohl.	věk	rod. stav
HP1	žena	59	vdaná	dcera - matka	PP1	žena	85	vdova
HP2	žena	36	svobodná	dcera - matka	PP2	žena	75	vdova
HP3	žena	61	vdaná	neteř - teta	PP3	žena	97	vdova
HP4	muž	53	svobodný	syn - matka	PP4	žena	72	rozvedená
HP5	žena	45	svobodná	dcera - matka	PP5	žena	74	vdova
HP6	žena	58	vdaná	snacha - tchán	PP6	muž	88	vdovec
HP7	muž	36	svobodný	vnuk - prarodič	PP7	žena	95	vdova
HP8	muž	61	ženatý	syn - matka	PP8	žena	87	vdova
HP9	muž	77	ženatý	manžel - manželka	PP9	žena	77	vdaná
HP10	žena	75	vdaná	dcera - matka	PP10	žena	99	vdova
HP11	muž	68	ženatý	syn - matka	PP11	žena	90	vdova
HP12	žena	69	vdaná	manželka - manžel	PP12	muž	83	ženatý
HP13	žena	64	vdaná	dcera - matka	PP13	žena	89	vdova
HP14	muž	60	ženatý	syn - matka	PP14	žena	89	vdova
HP15	muž	84	ženatý	bratr - sestra	PP15	žena	78	svobodná
HP16	muž	43	svobodný	syn - otec	PP16	muž	78	vdovec
HP17	žena	39	svobodná	dcera - matka	PP17	žena	76	vdova
HP 18	žena	58	vdaná	dcera – matka	PP 18	žena	86	vdova
HP 19	muž	65	ženatý	syn – matka	PP19	žena	86	vdova
HP 20	žena	62	vdaná	dcera - matka	PP20	žena	85	vdova

Tabulka 2 – Zastoupení HP a PP podle pohlaví, věku, stavu a vztahu

Tabulka 3 zachycuje počet pečujících a příjemců péče v jednotlivých věkových kategoriích:

věkový rozsah	30–44	45–59	60–74	75–89	nad 90
pečující	4	4	9	3	0
příjemce péče	0	0	2	14	4

Tabulka 3 – Počet pečujících a příjemců péče ve věkových kategoriích

Z Tabulky 3 je na první pohled patrné, že největší zastoupení mají pečující ve věku od 60–74 let a příjemci péče ve věku od 75–89 let.

Mezi pečujícími z Tabulky 2 na s. 40 je 14 lidí v manželském svazku, což může do jisté míry svědčit o jisté vztahové stabilitě a soudržnosti. Zbylých 6 je svobodných. Mezi respondenty tedy není nikdo rozvedený. Jiné je to u příjemců péče, neboť mezi nimi převažují ovdovělí (16). V manželském svazku jsou (2), svobodný (1) a rozvedený (1).

Z hlediska příbuzenského vztahu převažují pečující dcery o své matky (8). Druhou nejpočetnější dvojicí jsou pečující synové o své matky (5). Manželé pečující o své partnery jsou 2, syn pečující o otce (1), neteř pečující o tetu (1), bratr pečující o sestru (1), vnuk pečující o babičku (1), snacha pečující o tchána (1). Různých kombinací dvojic je celkem osm.

Jelikož Tabulka 2 na s. 40 neobsahuje kompletní charakteristiku neformálních pečovatelů, je alespoň popsána na tomto místě. Deset respondentů má středoškolské vzdělání a stejně tak deset vysokoškolské. Z toho by se dalo odvodit, že se jedná o lidi s vyšším sociálním statutem, kteří mají určité hodnoty, které mohou mít vliv na rozhodnutí pro aktivní péči. Respondenti se základním vzděláním zde nemají žádné zastoupení.

Z hlediska pracovní aktivity je zaměstnáno celkem devět pečujících, z toho šest na plný úvazek a tři na částečný, přičemž jeden při starobním důchodu a druhý při mateřské dovolené. Dva respondenti jsou OSVČ. Tři respondenti jsou ve starobním důchodu a k tomu mají brigádu. Pouze ve starobním důchodu je šest respondentů. Mezi respondenty tedy převažují ti, kteří jsou, ačkoli v různé míře, pracovně aktivní.

Podle délky péče se dělí na ty, kteří pečují kratší dobu (méně než půl roku, půl roku a rok), středně dlouho (dva až čtyři roky) a dlouhodobě (pět a více let). Zastoupení je ve všech kategoriích podobné. Kratší dobu pečuje osm respondentů, středně dlouho sedm a dlouhodobě pět. Se službami jich krátkodobě péči sdílí deset, středně dlouho sedm a dlouhodobě pouze tři.

Naprostá většina pečujících má bydliště v Praze, pouze jeden bydlí mimo Prahu. Jedenáct bydlí v jiné části Prahy. Z nich dva na Praze 3, tři na Praze 4, jeden na Praze 8, tři na Praze 9 a poslední dva na Praze 12. Pečujících, kteří bydlí na Praze 7, je celkem osm. Z těchto

osmi pět bydlí ve stejné domácnosti. Ve dvou případech se jedná o manžely a ve zbylých třech o děti. Z celkového počtu pečujících z Prahy 7 dva bydlí ve stejném domě. V obou případech jde o děti. Pouze jeden pečující (dítě) z Prahy 7 bydlí v jiném domě. Z toho je patrné, že většina pečujících je pražských. Vzhledem k poměrně dobré dopravní infrastruktuře v rámci hlavního města Prahy je jejich dostupnost relativně rychlá.

7.6 Sběr a zaznamenávání dat

Sběr dat započal v létě 2018 a skončil v létě 2019. Délka rozhovorů se pohybovala mezi třiceti a šedesáti minutami. Všichni respondenti byli na začátku seznámeni s tématem diplomové práce a byli předem ubezpečeni o tom, že jejich odpovědi budou anonymizovány a budou použity pro účely výzkumu v rámci diplomové práce. Zvolenou technikou transkripce byl selektivní protokol, tudíž byly přepisovány převážně ty informace, které jsou relevantní z hlediska zaměření výzkumu. Pro zachování autenticity nebyly odpovědi podrobeny korektuře.

7.7 Analýza a interpretace dat

Přepsaná data byla podrobena analýze tak, že byly prostřednictvím otevřeného kódování odpovědi nejprve rozděleny na jednotky podle jejich významu. Těmito jednotkami byla většinou souvětí. Jednotkám byly přiděleny kódy, tedy označení v podobě slova nebo krátké fráze. Poté došlo k jejich sumarizaci a kategorizaci na základě obsahové podobnosti. Posléze došlo k interpretaci toho, o čem data vypovídají a proč k popsáním jevům dochází.

7.8 Souhrn

Výzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativní výzkumné strategie. Cílem výzkumu je porozumění kontextu sdílené péče v domácím prostředí na Praze 7, popis rozdělení péče a zjištění toho, jak pečovatelé pohlíží na průběh péče a jaké mají představy o péči. Výstupem je doporučení. Z výzkumných otázek byla utvořena klíčová témata, která byla podrobena zkoumání. Technikou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor je utvořen ze dvaceti neformálních pečovatelů pečujících o seniory, kteří byli vybráni nenáhodným záměrným výběrem na základě předem stanovených kritérií. Sběr dat trval jeden rok. Data byla autenticky přepsána pomocí techniky selektivního protokolu, a následně podrobena analýze a interpretaci.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

8.1 Sdílená péče a její kontext

Účelem této kapitoly je přiblížení sdílené péče formálních a neformálních pečovatelů. Obsahuje informace o tom, s jakými službami pečující sdílí péči, objasňuje, z jakých důvodů péči sdílí a co mělo vliv na výběr jednotlivých služeb.

V rámci sdílené péče jsou klíčovými osobami neformální pečovatelé, kteří si uvědomují, že je pro seniora jejich **blízkost** i ostatních rodinných příslušníků velice důležitá: „Člověk, kór pokud je sám, stejně potřebuje kontakt toho blízkyho. Stejně to nejde jako že, když je u něj služba, tak bysme maximálně zvedli telefon: ‚Ahoj dědo, jak se máš?‘ To taky nejde.“ Fyzická blízkost je tedy prakticky nenahraditelná moderními technologiemi. Většina z nich upřednostňuje své blízké před cizími a je klidnější, když je má po svém boku: „Ta máma je stejně klidnější, když ji doprovázíme my, než kdyby ji doprovodil někdo cizí.“

Příbuzní dodávají příjemcům péče **pocit bezpečí**: „Když je to koupání s pečovatelkami a jsem u toho, tak ví, že jsem tady, a je to prostě v pohodě.“ To vyplývá i z výpovědi dalšího respondenta: „Když tam jsem já, tak se babička cítí v bezpečí. Když u toho nejsem, tak ty pečovatelky jí říkají, že jsem je poslal já a babička se uklidní.“ Pocit bezpečí bývá oslaben obzvláště nedůvěřivostí a nejistotou, která je posílena ztrátou paměti u lidí trpících demencí, kteří se neorientují v každodenních situacích a každá návštěva formálních pečovatelů pro ně znamená v podstatě „nové seznamování“: „Posledně tady byla ta její oblíbená (ošetřovatelka) a máma se ptala, kdo to je.“ Toto se projevilo i u jiného seniora: „Protože pro babičku je každý den a každá návštěva nověj zážitek. Vždycky jí leze někdo cizí do bytu. Ona si nepamatuje, že tam ta paní chodí denně. A každý den nám říká do telefonu: ‚Je tady nějaká paní.‘ A já jí vždycky říkám: ‚To je v pořádku, paní je hodná, je ode mě.‘“

Dalším podstatným prvkem je **časová dostupnost** příbuzných, kteří dokáží na potřeby, na rozdíl od služeb, reagovat pohotově: „Pokud je někdo doma z rodiny, tak je to okamžitý, operativní. Jsou okamžiky, které se řeší nejlépe, když je tam člověk z té rodiny jako třeba když upadnou nějaké předměty apod.“

Rodina tedy v rámci sdílené péče sehrává nepochybně významnou roli. Dalo by se říci, že v mnoha ohledech nezastupitelnou: „Aby domácí péče mohla fungovat, musí fungovat rodina.“

Mezi služby, s nimiž v současné době pečující sdílí péči, patří pečovatelská služba, domácí zdravotní péče a domácí hospicová péče. Ve většině případů pečující sdílí péči

s pečovatelskou službou, jedná se o devatenáct z dvaceti. V pěti případech jde o kombinaci pečovatelské služby a domácí zdravotní péče a v jednom případě o domácí hospicovou péči.

Tabulka 4 ilustruje všechny důvody pro sdílení péče, které pečující uváděli. Většinou jich uváděli vícero zároveň. Tyto důvody jsou dále rozčleněny na ty, které se týkají příjemců péče, pečujících, a na ostatní.

Důvody pro sdílení péče		
příjemce péče	neformální pečovatel	ostatní důvody
zdravotní stav	zdravotní stav	neschopnost dalších členů rodiny pečovat
omezená soběstačnost	vysoký věk	vzdálenost bydlišť
přání zůstat v domácím prostředí	dovolená	
potřeba pečující osoby stejného pohlaví	potřeba pomoci	
potřeba kontaktu	práce	
potřeba podnětů	péče nebo hlídání jiného člena rodiny	
potřeba dohledu		

Tabulka 4 – Důvody pro sdílení péče

Důvod pro sdílení péče, jímž byl **zdravotní stav**, pečující zmiňovali nejen u příjemce péče, ale také u sebe, jelikož též mají své zdravotní problémy: „Řeším svoje zdravotní problémy, sice to není nic vážného, ale...“, „Jsem špatnej na záda.“, „Sám mám problém s pohybem.“ Ty jsou pro některé z nich velkou bariérou v poskytování péče, která jim péči výrazně znesnadňuje.

Kromě zdravotních komplikací zmiňovali **omezenou soběstačnost seniora**: „Protože přestala zvládat včas dojít na toaletu a koupání.“ Pečující, kteří bydlí daleko, některé úkony nejsou schopni zvládat: „Já jsem totiž nevěděl, jestli si bere příslušný prášky, takže tou službou jsem měl zajištěný, že je dostane.“

Často zmiňovaným důvodem bylo také **přání seniora zůstat ve svém domácím prostředí**, na které je zvyklý: „Jeho přání a rozhodnutí zůstat doma.“ Pozoruhodné je, že někteří nesouhlasili ani s přestěhováním k pečující osobě a její rodině: „Ona nechce ze svého prostředí někam jinam, že bychom si ji my vzali domů, takže chce zůstat tam, kde je zvyklá.“

Projevila se zde i **potřeba péče od osoby stejného pohlaví**. Jednalo se především o péči, která je intimního charakteru, jako je tělesná hygiena, kterou muži (často synové) nebyli s to provádět: „*Potřebuje pomoc při koupání. Já jí ale při nejlepší vůli neporadím. A ona se bude cítit především blbě.*“ Důvodem byl zejména vzájemný stud a pocit, že nejsou kompetentní: „*Je to nutnost, protože já nedokážu a někdy ani moje žena (snacha příjemce péče) nedokáže takové věci, jako umějí oni. Myslím hlavně co se týče péče o toho člověka samotného. Třeba to koupání a takovýhle záležitosti.*“

Dalšími důvody byla **potřeba kontaktu** s jinou osobou nebo jiného **podnětu**.

Pro pečující, kteří nežijí ve společné domácnosti nebo nepečují nepřetržitě, je velice důležité, aby jejich blízký byl **pod dohledem**: „*Já bych chtěla, aby tam chodily (pečovatelky) i o těch víkendech, protože mně jde o tu kontrolu. Jakmile by se něco dělo, dají echo. Člověk by aspoň mohl zakročit.*“

Někteří **pečující** také uváděli, že už jsou sami **vyššího věku**: „*Taky nejsme nejmladší.*“, „*Přece jen už mi není dvacet.*“ Ve výzkumném souboru se v jednom případě nachází pečující, který je dokonce starší než příjemce péče a ve druhém pečující stejného věku.

Vyskytla se zde i **potřeba pomoci**, zpočátku jen se zajištěním obědů po dobu, kdy byla pečující osoba na dovolené, která posléze vedla k rozšíření služby.

Dále byla zmiňována potřeba pomoci v době nepřítomnosti hlavního pečovatele: „*Potřebuju si dojít dopoledne nakoupit, tak jsem se obrátila na tu pečovatelskou službu, jestli by někdo s tou maminkou v to dopoledne byl.*“ nebo za jeho přítomnosti: „*Máma je tuhá, neudělá krok, nepohne rukama, nic... Takže na to (koupání) musí být dva lidi.*“

Někteří potřebovali péči vykryt někým dalším v době, kdy jsou v práci: „*Když my jsme v práci, tak vlastně nebyl nikdo, kdo by s ní šel k lékaři.*“, „*Už jsem na to sama nestačila, nedalo se to zvládat s prací.*“

Mezi respondenty byli i pečující, kteří kromě **péče** o jejich blízkého pečují ještě **o jiného člena rodiny**. Jednalo se buďto o rodiče partnera: „*Spolu s manželkou pečuju ještě o nesoběstačnou tchyni.*“ nebo o hlídání vnoučat: „*Já mám dvě vnučky, jejichž rodiče jsou strašně vytížený, takže na ně mají málo času, tak já je musím vyzvedávat a hlídat.*“

Neschopnost ostatních členů rodiny pečovat byla buďto úplná: „*Nikdo další z naší rodiny není schopen o ni pečovat.*“ nebo jen částečná: „*Byli jsme dohodnuti, že dcery se postarají mezitím, co my budeme na dovolené, ale nikoliv o to polední jídlo, protože to nejsou schopny v rámci svých povinností zastávat, a že tedy domluvíme pečovatelskou službu.*“

Častým důvodem byla **vzdálenost bydliště**: „Bydlím na druhé straně Prahy.“ a s tím spojená doba strávená na cestách: „Máme sice bydliště ve stejném městě, ale dojížděcí doba je dlouhá.“

Vlivy na výběr služeb byly různé. Tabulka 5 obsahuje ty nejčastěji zmíněné:

Vlivy na výběr služeb		
pečovatelská služba	domácí zdravotní péče	domácí hospicová péče
vzdálenost	péče zdarma	zkušenosti
místo	pravidelnost péče	znalost personálu
internet	praktický lékař	
praktický lékař	lékař v nemocnici	
poradenství zaměstnanců v sociálních nebo zdravotních službách		

Tabulka 5 – Vlivy na výběr služeb

Pečující často zmiňovali, že je při výběru ovlivnila **vzdálenost** poskytované péče: „Já jsem hledala něco, co je blízko.“, „Protože je to ve stejné ulici.“ S tím souvisí i **místo** poskytované služby: „..., že je to podle místa bydliště tety, čili spadala do toho okruhu podle místa bydliště.“ Nutno dodat, že výhodou Prahy 7 je, že vzdálenosti mezi službami a různými institucemi jsou velmi krátké a jejich dostupnost je tedy poměrně dobrá.

Někdo si službu vyhledal sám přes **internet**, „Našel jsem ji (pečovatelskou službu) sám přes internet.“ Někdo takto postupoval, až když se nějakým způsobem o službě dozvěděl a chtěl jeho prostřednictvím pouze získat bližší informace: „Já jsem potom šla na internet, abych se s tím seznámila.“, přičemž někoho posléze ovlivnily i tamější reference.

Poradenství bylo poskytováno jak zaměstnanci z **oblasti zdravotních služeb**, „Zdravotní sestry mi poradily, že by mi mohly s tím koupáním pomoci pečovatelky.“, tak i těch **sociálních**: V odlehčovací službě nám nabídli, že by maminka mohla využívat pečovatelskou službu.“ Někdy i počáteční odebírání obědů v rámci pečovatelské služby může časem vést k rozšíření služeb, jako v tomto případě: „Dozvěděli jsem se od ní (koordinátorky), že mají pečovatelskou službu, když jsem s ní projednával obědy.“

U pečovatelské služby a domácí zdravotní péče bylo často zmiňováno doporučení **praktického lékaře**. Pouze u domácí zdravotní péče měl vliv navíc ještě předpis **lékaře**

z *nemocnice* před propuštěním do domácí péče. U domácí zdravotní péče byl podstatný i fakt, že je *péče neplacená a pravidelná*: „*Že je zdarma a že je možný, aby k vám docházely každý den provádět zdravotní úkony.*“

U hospicové péče měla na výběr vliv *osobní zkušenost*, ale i zprostředkovaná zkušenost známých a *znalost personálu*: „*Na základě své zkušenosti, ale i jiných lidí. Obrátila jsem se na ně už před lety, když jsem pečovala o svou umírající matku, takže jsem věděla, že jsou tam kvalitní. A taky některý lidi znám osobně.*“

8.2 Rozdělení úkonů péče

Tato podkapitola poskytuje určitý přehled o rozdělení úkonů péče mezi neformální a formální pečovatele, ale také příbuzné. Uvedené úkony víceméně odpovídají potřebám, které jsou uvedeny v příloze č. 1 k vyhlášce 505/2006 Sb. Lišily se akorát v tom, že nebyly zapojeny dvě potřeby, a to komunikace a orientace, a to z toho důvodu, že se vztahují spíše ke stavu příjemců péče a nedá se u nich tak dobře posoudit, nakolik v těchto potřebách pomáhá pečující osoba.

Do zkoumaného vzorku byli zahrnuti hlavní pečující, služby (pečovatelská služba, domácí zdravotní péče, domácí hospicová péče) a ostatní příbuzní. Sousedé, ani přátelé či známí zapojeni nebyli, a to z toho důvodu, že jejich pomoc byla ojedinělá, nepravidelná a nebylo u nich konkretizováno, s čím přesně pomáhají. Většinou se u nich jednalo o občasný dohled nebo drobnější výpomoc. Podmínkou tedy bylo pravidelné podílení se na péči.

Časová náročnost péče byla nejprve rozdělena na denní koeficient v rozmezí od 3x denně po 1x za devadesát dní a následně přepočítána na týdenní koeficient.

U některých úkonů byly započítány i dílčí činnosti u každé osoby zvlášť, ale na grafech pro jejich velké množství a specifčnost zobrazeny nejsou. Pro představu se jedná o tyto činnosti:

- péče o zdraví (vyzvedávání léků, dávkování léků, podávání léků, ošetřování, injekce, měření krevního tlaku, komunikace s lékaři, cvičení)
- osobní aktivity (vyřizování osobních záležitostí, pochůzky, aktivity volného času)
- péče o domácnost (nákupy, vaření, donáška jídla, úklid, praní prádla, hospodaření s penězi)
- tělesná hygiena (koupání, péče o nehty, úprava vlasů)
- mobilita (pomoc se vstáváním a chůzí, doprovod, doprava)

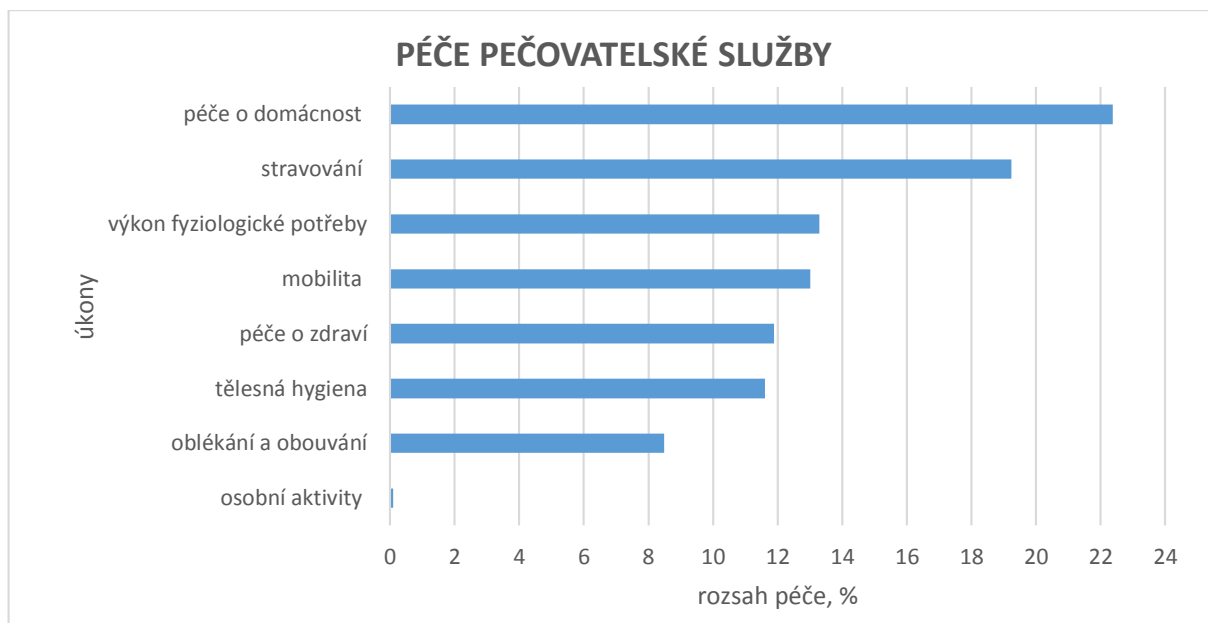
Graf 1 ukazuje, že hlavní pečující nejvíce pomáhá příjemci péče se stravováním a péčí o zdraví, o trochu méně s osobními aktivitami a výkonem fyziologické potřeby, ale také s mobilitou. Nejméně pomáhá s oblékáním a obouváním, s péčí o domácnost a tělesnou hygienou.



Graf 1 – Péče hlavního pečovatele

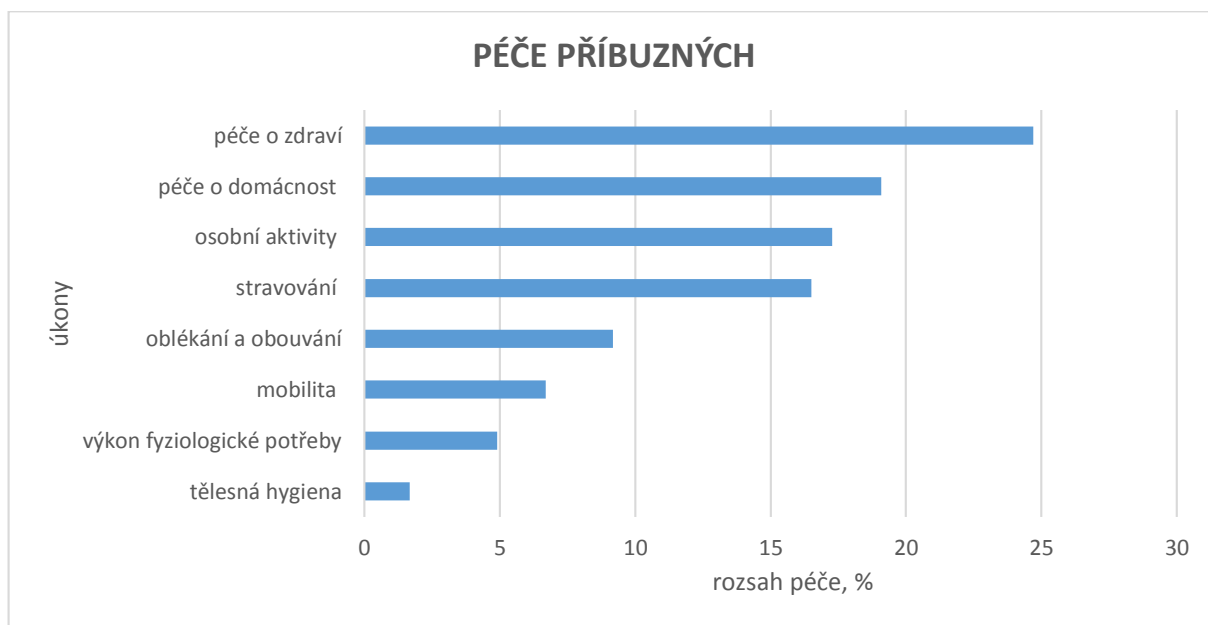
U domácí zdravotní péče i domácí hospicové péče z hlediska potřeb, tak jak jsou konkretizovány ve výše zmíněné vyhlášce na s. 16, vyšlo, že pomáhají pouze s činnostmi, které jsou spojené s jednou potřebou, kterou je péče o zdraví. Nepotvrdilo se tedy, že by tyto služby pomáhaly i s úkony péče o vlastní osobu. Z výpovědi jednoho respondenta by se dalo odhadovat, že s pečovatelskými úkony pomáhají sestry domácí zdravotní péče spíše u těch lidí, kteří nemají nikoho z rodiny, kdo by jim s nimi pomohl v určitou denní dobu: „*Mají složitější případy, kdy ta péče není taková, takže pomáhají přebalovat a umývat, přemístit. I s hygienou občas musí pomoci.*“ Jelikož příjemci péče, kteří jsou zahrnuti ve výzkumném vzorku, využívají domácí zdravotní péči v kombinaci s pečovatelskou službou, tyto úkony zastává pečovatelská služba nebo hlavní pečovatel.

Pečovateľská služba dle Grafu 2 nejvíce pomáhá s péčí o domácnost, poté se stravováním, méně často s výkonem fyziologické potřeby a mobilitou, s péčí o zdraví a tělesnou hygienou. Poměrně málo pomáhá s oblékáním a obouváním. Nejméně často pomáhá s osobními aktivitami, které nedosáhly ani jednoho procenta. Z toho by se dalo usuzovat, že tomu tak může být proto, že s tímto úkonem pomáhají z části hlavní pečovatelé a z části příbuzní.



Graf 2 – Péče pečovateľské služby

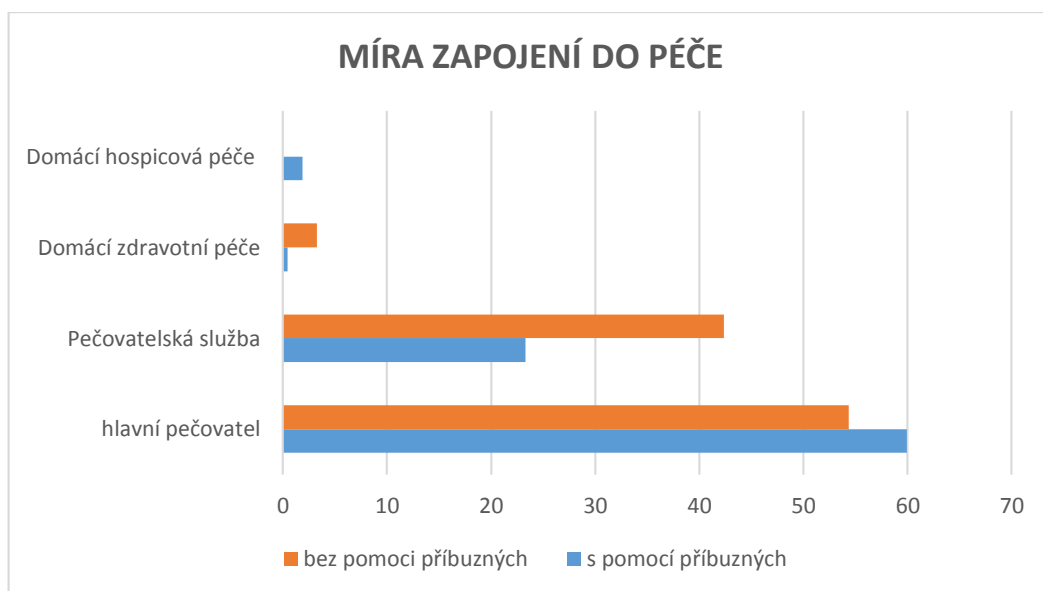
Graf 3 znázorňuje potřeby, s nimiž pomáhají ostatní příbuzní, avšak bez hlavního pečovatele. Mezi ně patří tito členové rodiny: dcera/syn, vnučka, pravnučka, zeť/snacha, neteř a manžel vnučky. Ti nejčastěji pomáhají s péčí o zdraví, o něco méně s péčí o domácnost, osobními aktivitami a stravováním. Nejméně pomáhají s oblékáním a obouváním, mobilitou, výkonem fyziologické potřeby a s tělesnou hygienou.



Graf 3 – Péče příbuzných

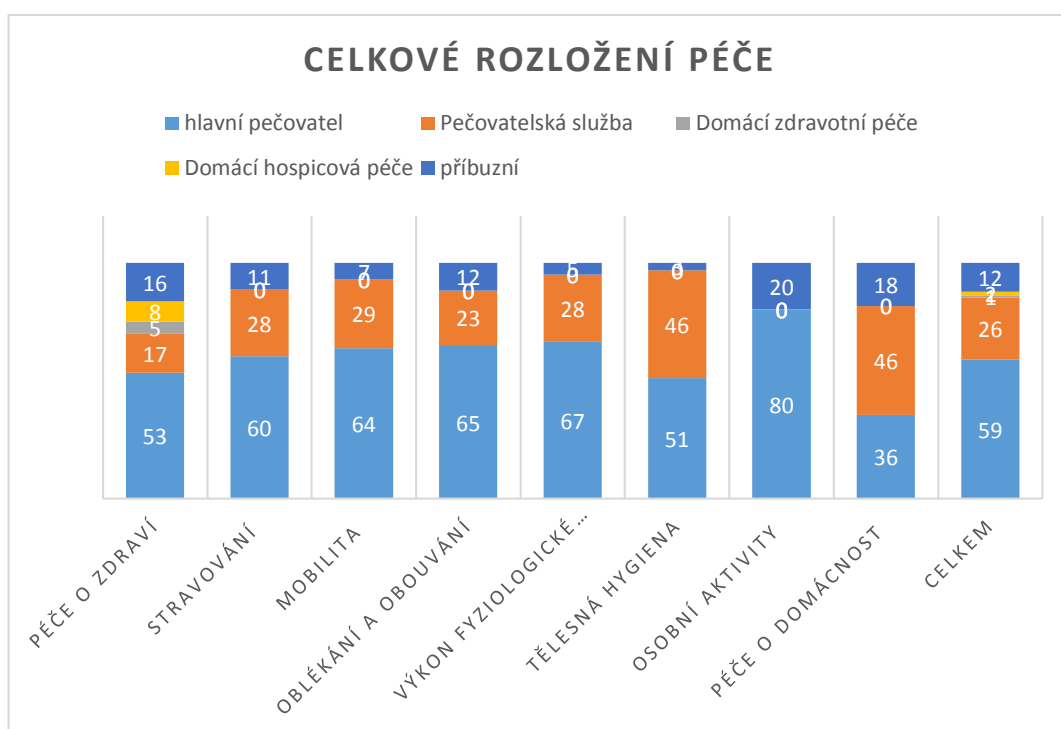
Mezi pečujícími se našli i ti, kteří kromě toho, že jim pomáhaly služby, byli na péči z rodiny sami. Celkem jich bylo osm. Pro představu je zde uvedena bližší charakteristika těchto pečovatelů. Vyskytují se mezi nimi ti, kteří jsou jedináčci, dále ti, kteří pečují o někoho dalšího ve své domácnosti, po jednom se jednalo o manžela, dále o člověka s vlastními zdravotními problémy a člověka bez partnera. U většiny z nich zde mohlo hrát roli ještě jejich pracovní vytížení a vzdálenost bydlišť, jelikož mezi nimi převažovali ti, kteří nežijí ve společné domácnosti s příjemcem péče.

Graf 4 zobrazuje míru zapojení formálních a neformálních pečovatelů a příbuzných do péče. Je v něm zřehledněn určitý rozdíl mezi mírou zapojení jednotlivých služeb a hlavního pečovatele v případě, kdy přijímá pečující pomoc ze strany příbuzných a v případě, kdy je hlavní pečující na péči kromě služeb z rodiny sám. U těch, kteří jsou bez pomoci příbuzných, se projevila větší pomoc ze strany služeb, zejména pečovatelské služby. Zajímavé je, že u hlavního pečovatele se to neprojevilo, jelikož ten se naopak zapojuje více v případě, kdy pomoc ze strany příbuzných přijímá.



Graf 4 – Míra zapojení do péče

Z Grafu 5 vyplývá, že celkově nejvíce péče zastává hlavní pečovatel, kterého následuje pečovatelská služba, poté příbuzní, domácí hospicová péče a po ní domácí zdravotní péče. U domácí zdravotní péče může mít do jisté míry vliv na její nízké zapojení i fakt, že je poskytována zdarma a je tedy omezena časově s omezeným počtem výkonů v závislosti na předpisu lékaře a také to, že pacienti, než aby si za péči připlatili, si raději vystačí s omezenou variantou péče. Hlavní pečovatelé nejčastěji v porovnání s ostatními pomáhají s osobními aktivitami. Z potřeb, s nimiž často pomáhá pečovatelská služba, jsou to péče o domácnost a tělesná hygiena. Příbuzní často pomáhají s osobními aktivitami a s péčí o domácnost.



Graf 5 – Celkové rozložení péče

8.3 Pohled neformálních pečovatелů na sdílenou péči

Tato podkapitola pojednává o tom, jak neformální pečovatелé nahlíží na sdílenou péči, tedy jak pohlíží na formální pečovatелe a jiné odborníky, jaká je jejich vzájemná komunikace, jak vnímají péči po finanční stránce, na jaké nesnáze během péče naráží a v čem spatřují klady a zápory takovéto podoby péče.

8.3.1 Pohled neformálních pečovatелů na profesionály

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že si, aniž by si to vždy uvědomovali, všímají převážně **vlastností** a **měkkých dovedností** (kompetence v oblasti chování). **Tvrdé dovednosti** (odborné znalosti a dovednosti) zmiňovali méně často. To bezpochyby souvisí s povahou pomáhající profese, kde se klade důraz převážně na emoční inteligenci.

Respondenti ve většině případů uváděli, že jsou spokojeni s přístupem formálních pečovatелů. Někteří vyjádřili nespokojenost s přístupem některých pečovatelek nebo ošetřovatelek, ale většinou se jednalo jen o jednotlivce, tedy výjimky. Roli zde sehrávají vzájemné sympatie: „*Některý byly příjemnější, některý míň. Někdy si maminka stěžovala, někdy byla spokojená. To je prostě individuální, jak si sedly.*“ Přístupovali k tomu většinou jako k něčemu, co je přirozené, neboť připouští, že si všichni lidé nemusí být sympatičtí. Jeden respondent pojmenoval, že mu vadilo, že se zdravotní sestra chovala sebestředně a její pracovní disciplína byla nízká: „*Mezi nima je tam jedna, která opravdu mluví jen sama o sobě, takže ji musím upozornit, aby aspoň mámě změřila ten tlak. Ta už to dělá jen ze setrvačnosti. Nechová se profesionálně.*“

Vlastnosti

Mezi nejčastěji zmiňované pozitivní vlastnosti formálních pečovatелů a jiných odborníků patřila **vlídnost**, **vstřícnost** a **spolehlivost**.

Vstřícnost se projevila např. v ochotě lékaře hospicové péče zodpovídat jakékoli dotazy: „*Řekl, že když se na něco, co nás zajímá, budeme potřebovat zeptat, tak se máme ptát. To je pro nás uklidňující.*“, což se ukázalo být nejen pro klienta, ale i pro jeho rodinu velice důležité. U pečovatelské služby se vstřícnost projevila v ochotě přizpůsobit se časově stavu klienta: „*Vychází vstříc, když vím, že máma v těch vedrech není schopna se rozhybat, tak jim řeknu, aby přišly až po obědě, než ji dám dohromady.*“ U praktického lékaře jeho nepřetržitou telefonickou pohotovostí: „*Řekl, že kdyby byl problém, mohu mu zavolat kdykoli.*“

Spolehlivost formálních pečovatелů se projevuje ve schopnosti něco zařídit: „*Je na ni spoleh. Ví, že když jí něco svěřím, tak že se na ni mohu spolehnout, že to zařídí.*“ Důvěra

pečujících není nic samozřejmého, ale je postupně utvářena: „*My jako příbuzní máme důvěru, kterou jsme si museli osvojit a věříme, že bude pod kontrolou.*“

Měkké dovednosti

Mezi nejčastěji zmiňované měkké dovednosti patří ***komunikační dovednosti*** a ***vyjednávání***.

Komunikační dovednosti se projeví ve výřečnosti: „*Ona je taková povídavá, takže to je fajn.*“, v otevřenosti a pravdomluvnosti: „*Mluví s ním narovinu a otevřeně, což je velice důležitý. Nechlácholit zbytečně planými nadějemi.*“, což bylo obzvlášť oceněno u lékaře a zdravotní sestry hospicové péče, jejichž přístup byl individuální: „*Vědí, jak reagovat. Musí reagovat individuálně. Musí odhadnout, jak s ním mluvit.*“ Zmiňována byla také schopnost komunikovat s příjemcem péče jako s rovnocenným partnerem: „*Rozhovor nebyl nadřazený, ale úplně normální, přirozený.*“

Vyjednávací schopnosti se projeví v souvislosti s jednáním s dalšími odborníky v zájmu klienta: „*Když byla nemocná, tak to vlastně paní pečovatelka zajišťovala s praktickou lékařkou. Lépe odhadnou, kdy je to závažné a je potřeba zasáhnout, a kdy ne.*“

Tvrdé dovednosti

Nejčastěji zmiňovanými tvrdými dovednostmi bylo ***poradenství*** a ***předávání praktických dovedností***.

Poskytováno bylo základní poradenství: „*Na začátku dávala rady (pečovatelka), jak co zařídit.*“, „*Poradily (zdravotní sestry) mi ohledně kompenzačních pomůcek.*“ Dále se jednalo o praktické rady týkající se péče o domácnost: „*Doporučily mi přehlášení smluv na plyn a elektřinu, protože se jim zdá, že nakládá s těmi věcmi trochu nezodpovědně.*“ Další rady byly z oblasti ošetrovatelství: „*Dokázala poradit (pečovatelka) s ošetřováním nohy na základě zkušenosti z praxe.*“ a také konzultace: „*Já s nimi (zdravotními sestrami) konzultuji ty její otlaky, modřiny, proleženiny. Taky jaké na to používat prostředky. Doporučily mi některé krémy, gázu a nafukovací matraci proti proleženinám.*“ Vyskytly se zde i rady z oblasti psychologie: „*Byla tu jedna sestra od nich (z hospicové péče), která byla schopna dávat i psychologické rady.*“, „*Poradila (pečovatelka), jak se chovat někdy. My to neumíme. My nejsme školený na případy stařecký demence.*“

Praktické dovednosti byly předávány na základě názorných ukázek. Jednalo se převážně o fyzickou manipulaci s člověkem, který je omezen v pohyblivosti. Předvedly např., jak pomoci takovému člověku vstát: „*Naučily mě, jakým způsobem se s mámou fyzicky manipuluje. To mi*

jen dvakrát ukázaly, že tak jak to dělám já, že jí určitě nezvednu, zatímco tak, jak to dělají ony, to nedělá problém.“, jak rozleželého člověka rozpochybovat a přebalovat: „Po návratu z nemocnice mi pomohly maminku rozchodit. Takže ona, když ležela, tak mě musely naučit, jak ji mám přebalovat vleže a takový ty věci, které jsem neznala a neuměla.“ S přebalováním bylo potřeba blíže seznámit více neformálních pečovatelů. Pečovatelky také dovedou předvést bezpečný způsob vstupu do vany: „Přinesla sedátko do vany a ukazovala, jak se do ni vstupuje.“ Zdravotní sestra z hospicové péče neformálnímu pečovateli ukazovala, jak postupovat v době jejich nepřítomnosti: „Manželovi když bylo špatně, tak mu zavedla kanylu, dala mu léky a mně ukázala, jak to mám dělat.“ U domácí zdravotní péče bylo zmíněno pouze to, že zdravotní sestra naučila neformálního pečovatele trik ohledně užívání léků, které původně odmítal příjemce péče užívat.

8.3.2 *Vzájemná komunikace pečujících a ostatních odborníků*

Způsoby komunikace

Většina neformálních pečovatelů je s formálními poskytovateli péče v **telefonickém spojení**. Pro pečující je velice důležité vědomí, že v případě, že by se něco přihodilo, na to nejsou sami a mohou se na někoho obrátit. Toto je důležité i pro některé příjemce péče. Možnost nepřetržitého volání byla oficiálně pouze u hospicové péče, ale ve skutečnosti se ochota přijímat hovory nebo odpovídat na zprávy mimo pracovní dobu projevila i u praktického lékaře a pečovatelek. Někteří respondenti se zmínili o tom, že v případě, kdy není koordinátor pečovatelské služby k zastížení, mohou mu alespoň zanechat vzkaz prostřednictvím záznamníku, na který je schopen do druhého dne odpovědět.

Osobní kontakt je druhým nejvyužívanějším způsobem komunikace. Častější byl u příjemců péče, u nichž byla péče intenzivnější. Pečující ho vyhledávají zejména z organizačních důvodů a kvůli potřebě vysvětlení určitých věcí, ve výjimečných případech za účelem kontroly. Pečující si uvědomují, že je občasný osobní kontakt důležitý, ale nemohou ho běžně realizovat vzhledem k jejich nedostatku času, ale i k vyčerpání pečovatelek a jiných odborníků.

Písemná korespondence je využívána nejméně často. Posílání e-mailů není tak časté a zanechávání vzkazu na papíru ojedinelé.

Vyskytlo se zde i pár pečujících, kteří s pečovateli nepřichází běžně do kontaktu. Důvod byl buďto takový, že se v případě potřeby obrací přímo na koordinátorku nebo že je s nimi v kontaktu sám příjemce péče. Jednalo se zejména o jedince, jejichž kognitivní schopnosti nebyly omezeny.

Předávání informací

Pečující si nejčastěji předávají **informace o průběhu péče**: „*Všechno sdílíme. Ten člověk je vlastně taková součást naší rodiny. Tomu vždycky z legrace říkáme předávací protokol. Říkáme si, kdy měla prášky, jestli byla na záchodě. No všechno prostě. Jestli v noci spala, takže jestli bude potřebovat odpočívat přes den, nebo nebude. Všichni zkrátka musíme vědět všechno.*“ Jiný respondent uvedl, že: „*...ona mi vždycky řekne, byly jsme tam a tam, bylo to tak a tak, maminka to a to.*“ Z odpovědí také vyplynulo, že je pečovatelky upozorňují na nějaký problém: „*Ona mi občas zavolala, že se jí něco nelíbí, že měla máma něco na kůži. Když je nějaký problém, tak nám dá vědět, nebo my jí.*“ Další uvedl, že: „*Pečovatelka mě upozornila na problém s placením, protože mamka jí vnucovala spropitné. Všechno jsme si osobně vyříkaly a nastavily jsme jinej proces.*“

Oproti tomu u domácí zdravotní péče se vzájemná komunikace a spolupráce mezi neformálním pečovatelem a zdravotní sestrou příliš neprojevila. Zdá se, že se péče převážně odehrává jen mezi odborníkem a pacientem.

8.3.3 Finanční stránka péče

Na finanční stránku nahlíží respondenti různě. Roli zde sehrává mnoho faktorů: finanční situace seniora a jeho rodiny, postoj vůči subjektu financování péče (odpovědnost státu vs. odpovědnost rodiny), míra podpory pečující osoby příjemcem péče v minulosti, vzájemné vztahy a další.

Vzhledem k tomu, že velká část financí seniorů je vkládána do bydlení, různých poplatků (elektřina, voda, plyn, služby, pojištění, operátor apod.), léků, potravin, kompenzačních pomůcek a dopravy, mnoho peněz jim nezbyvá. Proto potřebují různé příspěvky a spolu s nimi mnohdy ještě podporu rodiny.

Vliv na finanční podporu ze strany rodiny

Příbuzní to často považují za nutnost a zároveň samozřejmost, jelikož k blízkému člověku mají **citové pouto** a **snaží se** mu **oplatit** jeho **někdejší péči**, hmotnou a emocionální **podporu** tou svou: „*Ale tak to nepočítám, máma taky nepočítala, co do mě dala, když jsem studovala. Co šlo, to šlo. Je to přirozený. Dokud to jde, tak to jde.*“ Otáčení péče je vidět i na tomto příkladu: „*Protože to probíhalo ze začátku tak, že jsme s babičkou vyrůstali. Pak jsme za ni jezdili na návštěvy, kdy ona mi vařila obědy, až se to začalo otáčet, že jsem vařil já jí a postupně to přibývalo až na kompletní péči.*“ **Dobrý vztah** zde sehrává také podstatnou roli: „*Já bych tohle nedělala pro nikoho, koho bych neměla strašně ráda.*“

Finanční podpora rodiny a státu

Na tom, že tito senioři nadále mohou žít ve svých bytech, má z velké části podíl právě *finanční podpora ze strany rodiny nebo státu* v podobě příspěvku na bydlení: „*Tatínek (tchán) bydlí v tom bytě 65 let a přestěhujte ho na závěr života někam jinam... To nejde jako... Takže on, díky tomu, že má nějaký ty příspěvky na bydlení, tak tam může bydlet ještě, ale jinak on defakto důchod odevzdá na nájem. Tohleto je prostě jako špatný. Ale nedá se nic dělat. Tak to s manželem dotujeme, co to jde.*“ Těm seniorům, kteří vydají veškerý svůj důchod na nájem, platí příbuzní to ostatní: „*Maminka si platí ten byt. Její důchod je ale malý, takže všechno ostatní platím já. Nákupy, pojištění a tak.*“

Někteří hradí i oblečení a benzín za své cesty kvůli péči: „*Větší položky, oblečení nebo něco takového hradíme z našeho rozpočtu (spolu s manželem). Ten benzín platím. Ono se to nezdá, ale denně je to 20 km, a když se to sečte, tak nádrž teda lítá.*“ Jiní zase hradí léky, pleny a pomůcky: „*Musela jsem pochopitelně nakoupit pomůcky, pleny. No tak to nebylo tak hrozný, bylo to potřebný. Některé léky. Na tu bolest, to se doplácí dost. Pojízdné křeslo, sedátko, odlehčení na matraci.*“

Příjemců péče, kteří zatím nepobírají příspěvek na péči a zažádali si o něj poprvé, je celkem sedm. Tito lidé si služby nejčastěji hradili ze starobního a pozůstalostního důchodu, někteří si již museli sáhnout do svých úspor a ostatní ještě finančně podporoval hlavní pečující nebo i jiní příbuzní. Vzrůstající náklady je často donutí k tomu zažádat stát o příspěvek na péči: „*To byl jeden z důvodů, proč my jsme zažádali o ten příspěvek na péči, protože jsme věděli, že nám začnou stoupat ty náklady. Už je to častější, už to narůstá. Už to jede, peníze lítaj.*“

Mezi zbylými třinácti je osm těch, u nichž probíhá další řízení o příspěvku (jedno opětovné posouzení a zbytek návrhy na změny výše), tudíž jejich míra závislosti nemusí odpovídat výši dávky. Ti, kteří pobírají příspěvek v I. stupni (880 Kč), jsou dva, příspěvek II. stupně (4 400 Kč) sedm, III. stupně (8 800 Kč) tři a IV. stupně (19 200 Kč) jeden. Převažují tedy ti, kteří příspěvek pobírají. Nejpočetnější skupinou je ta s druhým stupněm.

U příjemců příspěvku na péči, kteří si zažádali o zvýšení sami (7), většinou výše dávky neodpovídala současnému stavu, intenzitě péče a vzrůstajícím nákladům: „*Nemluvě o tom, že když se sečte pečovatelská služba, nájem, tak my (příbuzní) jsme třeba 15 000 Kč v mínusu každé měsíce vzhledem k tomu, co babička bere za penzi. Proto žádáme, jestli bysme nedostali vyšší příspěvek. Máme teď ten první stupeň (880 Kč) a babička už je naprosto závislá na cizí pomoci.*“

Zbylým šesti výše příspěvku většinou stačila na úhradu služby, ale ne u všech to stačilo pro úhradu péče neformálním pečovateli. Ti si často museli ještě přivydělávat vlastní prací.

Nemožnost rozšíření služeb z důvodu nízkého příspěvku se zde projevila jen ve třech případech: „*Všechno tohleto jde objednat (úkony od služeb), ale pro ty seniory je to opravdu drahý.*“ Pečující osoba, která pečuje intenzivně spolu se svým bratrem, zmínila, že nemohou využívat pečovatelskou službu tak často, jak by potřebovali, protože se párkrát do roka snaží ušetřit na odlehčovací službu. Dodala, že by jim pomohlo, kdyby byla služba finančně dostupnější: „*Pečovatelku tady nemůžeme mít tak často, protože vždycky musíme ušetřit, abysme mohli mít s bráchou jednou za půl roku tejdén volna, no... A ono to volno fakt potřebujete, když je to 24hodinová péče. Nám by pomohlo, kdyby ta služba byla finančně dostupnější, aby tu někdo mohl bejt dýl.*“

Mezi respondenty se vyskytli ti, kteří **nedovedli posoudit**, zda je služba nákladná či nikoliv, protože buďto nemají představu o adekvátní částce, nebo zatím neznají výši měsíční úhrady, jelikož využívají službu teprve krátce: „*Já samozřejmě znám ceník, ale jelikož to máme první měsíc, tak nejsem schopná říct, kolik to bude činit, až to sečtou.*“

Pečující, kteří pohlíží na ceny vlastní pečovatelské služby jako na **cenově přijatelné**, takto soudí na základě porovnání: „*Třeba ty pečovatelský služby, které jsou zajišťované městskou částí, tak ty jsou trochu levnější, ale taky to není úplně zadarmo.*“ Roli zde hrála i finanční zajištěnost pečující osoby: „*Nepřišlo mi to vůbec nákladné. Jsem dobře zajištěná, takže mi to vůbec nevadilo. Takže jsem si to vlastně vůbec nepřipouštěla.*“ Pečující, jehož blízký nově pobírá vyšší příspěvek ve výši 19 200 Kč, vyjádřil, že: „*je to zvladatelný. Hodně stojí ty pleny, čerstvá strava, lůžko, matrace, ale vyjdeme se vším.*“ Pečující tedy z příspěvku hradí i jiné potřebné věci než jen ty, pro který je určen. Přestože má jeho matka zažádáno o domov pro seniory, tak nyní konstatuje: „*Kdybych ji měl v nějakém tom zařízení, tak to sfoukne její důchod a ten příspěvek a ještě máte věci okolo. Bylo by to tak na hraně. Když jsem s ní doma, tak jsem schopn zařídit spoustu věcí.*“ Domácí péči tedy zhodnotil jako výhodnější variantu.

Vliv příspěvku na cenovou přijatelnost je patrný z tohoto úsudku: „*Někomu se zdá péče drahá, ale já nemohu říci, že by to byla katastrofa, když maminka má příspěvek na péči.*“ Někdo dokonce zdůraznil cenu služby, kterou vnímá jako nízkou, obzvláště cenu obědů, za kterou by si příjemce péče sám neuvařil: „*Nepřijde mi to nákladné, protože, když si uvědomím, že je to 120 Kč za hodinu. No a za cenu těch obědů by si člověk nedokázal uvařit, takže ty suroviny by nakupoval a navíc by si vařil trošku jinou skladbu té stravy, takže by za ty peníze opravdu neuvařil. Takže to mi vůbec nepřijde přemrštěný.*“ V souvislosti s cenou služby byla zmíněna i její přijatelnost na to, že je tato práce vnímána jako náročná: „*Já myslím, že to je dobrý. Není to přehnaný a upřímně řečeno, není to lehká práce těch pečovatelek.*“

Respondenti, kteří pohlíželi na péči jako na **finančně náročnou**, takto usuzovali na základě finančního zajištění příjemce péče a nutnosti dopláčení ze svého: „*Je to náročný, no. Maminka má důchod 5 000 Kč. K tomu sice dostává příspěvek na péči (4 400 Kč), no ale i tak je to problém, protože jenom nájem bytu je 5 000 Kč, tak to stejně musím doplácet.*“ V případě intenzivní péče též museli příjemce péče podporovat ještě příbuzní: „*Moc z toho příspěvku (13 200 Kč) nezbyde. Stejně mám musíme finančně pomáhat s bráchou ještě.*“

Pečující, který zhodnotil péči jako nákladnou, zároveň oceňoval, že na ni přispívá stát, a připouští, že na tom někteří lidé mohou být i hůř: „*Nákladný to samozřejmě je, ale je příjemný, když na to stát člověku ještě přispěje. My na tom se ženou ještě nejsme tak špatně, ale dokážu si představit, že někteří lidé, kteří žijou sami, nebo nemají nějak dobrý vztah k dětem a příbuzněm, tak že pro ně může být problém si tu péči dovolit.*“

8.3.4 Nesnáze v průběhu péče

Nesnáze, s nimiž se neformální pečující v průběhu péče potýkají, byly rozděleny na ty, které jsou spojené se sdílenou péčí, a na ty, které souvisí s péčí obecně. V rámci sdílené péče jsou nesnáze rozděleny podle toho, zda se týkají služeb nebo příjemce péče.

Tabulka 6 zpřehledňuje vyskytující se v rámci sdílené péče s tím, že je rozdělena na nesnáze, které se více týkají sociálních služeb a nesnáze týkající se příjemců péče:

Nesnáze v rámci sdílené péče	
u sociálních služeb	u příjemců péče
nedostatek pracovníků v sociálních službách	počáteční odpor vůči přijímání pomoci od cizího člověka a bojkot péče
nízké finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách	nezájem o rozšíření služeb
	odpor vůči tělesné hygieně
	fabulace

Tabulka 6 – Nesnáze v rámci sdílené péče

Neformální pečovatelé se často shodovali na tom, že problémem terénních sociálních služeb je nízké **finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách**: „*Vím, že je za to málo peněz, že to chce málokdo dělat.*“ a současně si uvědomují, že je péče náročná: „*Ty lidi jsou světice. Špatně kolikrát zaplacený, protože těch peněz tolik nemají a ta práce není jednoduchá.*“ Zdůrazněna byla i psychická náročnost: „*Já se nedivím. A speciálně u tohohle to vydržet... To ohodnocení není nic moc. Ono je to strašně na psychiku náročný.*“ Z jejich pohledu by situaci

mohlo zlepšit jejich vyšší finanční ohodnocení: „...*takže kdyby měly třeba ty peníze lepší, tak asi by to bylo pro ně motivující.*“

S neadekvátním finančním ohodnocením a náročností péče je pochopitelně o tuto pozici malý zájem a **pracovníků v sociálních službách je nedostatek**, což se odráží ve vysokém vytížení současných pracovníků, v nízké flexibilitě služby a v nedostatečném uspokojení poptávky: „*Já vím, že asi je to těžkým protože těch lidí (pečovatelek), je tu strašně málo a těch lidí, o které je potřeba se starat, je čím dál tím víc, takže ti pracovníci jsou strašně vytížený.*“ Několik chybějících pracovníků je velmi znát, jelikož se to projevuje na chodu služby: „*Vím, že jim chyběj asi dvě nebo tři pečovatelky. Ono se to nezdá, ale to je sakra znát.*“

U příjemců péče bylo často zmiňováno, že především **na samém začátku odmítali jakoukoli péči ze strany služeb**: „...*že tedy domluvíme pečovatelskou službu, ale maminka se tomu bránila.*“ Přesvědčování někdy trvá hodně dlouho: „*Ona se strašně bránila, protože nechtěla, aby tam někdo chodil. Trvalo v podstatě dva roky, než tam ta pečovatelka přišla.*“ Dokonce se i stalo, že senior službu odhlásil, protože měl pocit, že to je zbytečné a také proto, že vyžadoval klid: „*Maminka ty obědy bez našeho vědomí odhlásila, protože měla pocit, že to nepotřebuje a nechtěla, aby za ní někdo chodil.*“ Tento problém je častý především u lidí s demencí, neboť nedokáží objektivně posoudit svou situaci, domnívají se, že to zvládají. Když už se služba tedy začne využívat, neformální pečující v tuto chvíli sehrává velmi důležitou roli, protože svého blízkého dobře zná a může formálního pečovatele blíže seznámit s biografií jeho blízkého, jejíž znalost může napomoci ve vzájemném sbližování: „*Je problém ji náfázovat na tu pečovatelku. Hledáme takovej způsob, aby ona sama chtěla aspoň něco. Aby se všichni nesnažili chovat proti její vůli. Důležité je, aby pečovatelka znala kontext.*“ Postupem času si obvykle senioři na formální pečovatele zvyknou: „*S tou pečovatelkou to zpočátku vnímala, jako že někdo tu práci musí dělat, takže ona tam musí bejt a potom si teda v průběhu na ni zvykla, že se na ni začala těšit a začaly spolu hodně komunikovat, ale ne první den, ani druhý, mělo to nějaký vývin.*“

Když už senioři nějaké služby využívají, **ne vždy mají zájem o rozšíření těchto služeb**: „*Pečovatelská služba má širokou škálu úkonů, ale i kdybyste chtěla, tak je nemůžete využít, když si to nepřeje ta máma.*“ Pečující tedy často berou ohledy na přání jejich blízkého: „*Tu pečovatelskou službu využívám jen párkrát. To není pravidelné. Ale asi budu muset... Zase oni mají úplně jinej přístup a máma to zhodnotí a řekne: ‚Ale tak jak mě umyje V... (snacha), tak ony mě neumyjí.‘*“ Pečujícím by větší zapojení služby pomohlo, přesto se snaží vyjít vstříc blízkému: „*Ideální péči bych si představovala tak, že by přišli a postarali se o ni se vším všudy.*“

Oni by to udělali, ale já to nechci, protože maminka se nechce od nikoho nechat sprchovat. Jenom ode mě. Ale bylo by to možný. Ony byly hrozně ochotné.“

Problematická byla tělesná hygiena, kterou senioři s omezenou pohyblivostí nebo trpící demencí většinou nemají v oblibě: „*U koupání jsem musela být zpočátku s pečovatelkou, protože teta byla nedůvěřivá vůči cizím lidem. Navíc nesnáší, když jí někdo sahá na hlavu, takže při koupání kladla odpor. To byl velký boj. Nechtěla se koupat.“* Koupání se tedy musí omezovat na minimum nebo se oddaluje: „*Ono je to s tím hletím těžký, protože mámě se kolikrát nechce, takže se to odloží. Takže jsme se domluvily (s pečovatelkou), abychom ji moc netrápily, že to koupání bude dvakrát v týdnu. Když si máma postaví hlavu, tak s ní nikdo nehne.“*

Dalším problémem, který se často vyskytoval u lidí trpících demencí, byla v tzv. **fabulace** (vymyšlení): „*Je trošku problém s maminkou, protože ona ne vždycky říká věci tak, jak jsou, no. Takže já vlastně občas nevím, jak to vlastně je. Takže bych jim vlastně měl volat já. Ale to se mi nechce, abych ji devalvoval před nimi, no. Takže tohle je možná komplikovaný, že máme rozdílné informace.“* Pečující tedy někdy musí ověřovat pravdivost sdělených informací: „*Když se zeptám mámy, jestli u ni někdo byl, tak odpoví, že ne. Vidím, že je mokrej hadr v koupelně, tak řeknu: ‚Někdo tady byl, že jo?‘. Ona: ‚Jo.‘“* Fabulace je spjata i s neschopností odhadu vlastních reálných schopností: „*Jednou nám tam přišli z pečovatelské služby a babička jim tam začala vyprávět, jak si sama vleze do vany a přitom už to nezvládne. Strašně dlouho žila v takovém tom: ‚Já si všechno udělám sama.‘ Zkrátka mimo realitu.“*

Tabulka 7 znázorňuje nesnáze, s nimiž se pečující potýkají v průběhu péče obecně. Ty jsou dále rozčleněny na ty, které se vztahují více k příjemcům péče a ty které k neformálním pečovatelům.

Nesnáze v rámci péče obecně	
u příjemců péče	u neformálních pečovatelů
omezení autonomie	prohození rolí
samota a nedostatečný kontakt	vzdálenost bydlišť
problém s ovládáním technologií	frustrace
nesouhlas s přestěhováním	stres
finanční nedostupnost domovů pro seniory	psychická nepohoda
	nedostatek času pro sebe
	péče o seniora na úkor jiných členů rodiny a naopak

Tabulka 7 – Nesnáze v rámci péče obecně

Nesnáze u příjemců péče

Senioři s omezenou soběstačností často špatně snášejí, když pocítují, že jejich **autonomie** je **nízká**: „Maminka je nešťastná, že se kolem ní něco děje, o čem ona neví. Že jí někdo cizí organizuje život.“ Jeden pečující si dokonce v souvislosti s tím položil otázku: „Zastupování je z právního hlediska sice čisté, ale jak to udělat, aby měl člověk zároveň pocit, že to je jakoby z jeho vůle?“

Samota spolu s nedostatečným kontaktem byly zmiňovány jako problematické u lidí, kteří žili v bytě sami: „Moje máma je taková hrozně společenská. Relativně těžko nese, že podstatnou část dne je doma sama.“ Nedostatečná komunikace může mít vliv i na rozpoložení člověka: „Připadá mi taková zádumčivá, protože není ten kontakt, neodpovídá, málo mluví.“

Není novinkou, že se senioři vyššího věku s **moderními technologiemi** příliš nepřátelí. Je tomu dáno tím, že takovéto technologie nevyžívali po většinu života a učení s postupem času klesá. Těžkosti s ovládáním mají ale i u techniky, kterou dříve ovládali bez problémů: „Maminka si přestala rozumět s mobilním tlačítkovým telefonem. Volá v noci a poté to típne, aniž by věděla, co s tím telefonem dělá.“ Pokud je senior doma sám, příbuzní se mu snaží radit na dálku: „Po telefonu jsem se jí snažila poradit, jaký čudlík na ovladači zmačknout, aby si rádio, které má v televizi, přepnula na televizi.“ Někdo paradoxně nezvládne ovládat ani na první pohled jednoduché technologie: „Tam je problém, že babička se nezvládne naučit, že

má nějaké tlačítko (tísňové tlačítko) a zmačknout, kdyby něco. Ona když nám upadla, tak je úplně mimo. Úplně se rozhodí. “ Podobně tomu bylo u seniora, který nedoslýchal, tudíž neslyšel zvonek, ale neporozuměl světelné signalizaci zvonku: „Mysleli jsme si, že ta signalizace nám pomůže, ale mylili jsme se, protože ona si to nedokáže v hlavě propojit. Zdá se, že to ani nevnímá. “

Pečující se často setkávají s **odmítnutím**, když nabízí svým blízkým, **aby se přestěhovali** k nim: „Nabízela jsem jí, aby se k nám přestěhovala, ale prostě nechce. V žádném případě. Tady je šedesát let. “ Někdy je sestěhování přípustné jen pro jednoho z páru: „Já bych ji mohla nechat tady u nás, ale manžel, víte jak. Jako není to jeho máma a abychom měli společnou koupelnu a záchod, nenesl by to prostě dobře, no. Tak proto raději platíme dva nájmy, no. “ Někteří pečující jsou ochotni tuto nabídku vznést, přestože ve svém bytě nemají dostatek místa: „Byla nabídka, aby šla k nám. Upřímně řečeno si to nedovedu představit, protože bydlíme v paneláku (2+1), takže by to potřebovalo zásahy. Máma na to: ‚V žádném případě!‘ K sestře se také odmítá stěhovat. Ona na tom bytě hrozně lpí a chce tam zůstat, což chápu. Lpí na těch věcech okolo sebe. Říkala nám: ‚Holčičky hlavně mě nikam nedávejte. ‘ “ Senioři si mnohdy nepřejí přestěhovat se do domova pro seniory a pečující si uvědomují, že by to mohlo mít negativní dopad: „Jakýkoli přesun by pro ní byla konečná. By úplně ztratila zájem o život už. I nevědomky. Babička, když byla ještě mladší, tak říkala: ‚To mě radši rovnou zastřelte, než mě dát do domova důchodců!‘ “

Dalším zmiňovaným problémem byla **finanční nedostupnost domovů pro seniory** a nejistá kvalita péče: „Když jsem to obvolával, tak až mi to vyrazilo dech někde. Tam, kde jsou na pokoji tři, to bylo za 18 000 Kč měsíčně, kde jsou dva, tak to bylo 28 000 Kč a jednolůžkový 34 000 Kč. Tak to jsem si říkal, to je jak nejlepší hotel. A když jsem to porovnával, tak se to o moc nelišilo. Jako pod 28 000 Kč jsem nenašel nic. A ještě ani nemá člověk jistotu, jaká ta péče bude. “ Když už ví pečující o nějakém zařízení, které je sice daleko, ale jeví se mu jako kvalitní, hodnotí ho jako finančně nedostupné: „Znám jedno zařízení, úžasný. Tam bych tu mamku poslala okamžitě. Je to od nás nesmírně daleko, ale 35 000 Kč měsíčně. Tak mi řekněte, kdo si to může dovolit. “ Pečující registrují výstavbu nových domovů pro seniory a už teď si kladou otázku, kdo si to bude moci dovolit: „Všiml jsem si výstavby nových obytných projektů na jednom pražském sídlišti. Což o to, zájem zřejmě v budoucnu bude, ale ne všichni místní staří lidé na to budou mít finance. “ Pečující, který konstatuje, že peníze sehrávají v péči o seniory velkou roli: „Když máte peníze, není co řešit nikdy. Tak jde všechno zařídit a udělat. Když ty peníze nejsou, nebo jich je málo nebo tak akorát, tak člověk musí počítat, že těžko budeme s manželem dávat 20 000 Kč měsíčně za domov. Na to prostě nemáme, no. “

Nesnáze u neformálních pečovateli

Neformální pečovatelé se musí na začátku péče i v jeho průběhu vyrovnávat s různými nesnáze, které jsou pro ně zatěžující.

Na začátku péče se obvykle musí vypořádat se změnou v podobě **prohození rolí**: „Člověk se dostává do role, na kterou nikdy nebyl zvyklý a která mu není příjemná vždycky.“ Změna rolí se týká obvykle rodičů a jejich dětí, kdy na sebe přebírají děti odpovědnost za rodiče, kterou předtím nesli rodiče za ně: „...protože já jako dcera jsem byla vždycky zvyklá, že spíš rodiče se starali o mě a teďka najednou je to opačně.“

Další nesnáz spočívá ve **vzdálenosti mezi bydlišti**, kvůli které musí cestující strávit poměrně hodně času na cestách: „Bydlím na druhé straně Prahy, takže rozhodně je to časově náročný. To je asi taková základní věc.“ Tento problém by byl vyřešen větší vzájemnou blízkostí: „Kdyby máma měla garsonku vedle nás, tak je to o něčem jiném. Tak tam doběhnu. Ale já tohle dělat nemůžu. Já tady mám dlouhou cestu.“

Péče o blízkého je pro pečující mnohdy **stresující**. Když pečující nebydlí spolu, nebo jsou přes den mimo byt, např. v práci nebo na nákupu, nejsou zcela v klidu, jelikož je stresují samotné myšlenky na blízkého: „Já nejsem klidnej, když tam nejsem, tak tam aspoň volám.“ Pečující často přemýšlí nad tím, zda se něco špatného neděje a mají výčitky, že u něj nejsou: „My z toho týden nespíme. A furt si představujeme, ona je tam chudák sama. Ted' nemůže vstát z křesla a nikdo jí nepomůže. Když tam nejsem, tak mám výčitky, že tam je sama.“ Někteří se stresují neustále: „Stresuju se nejen, když jsem na nákupu, ale i když jsem s ním doma.“

Častý kontakt s příjemcem péče popisují jako psychicky náročný, kvůli němuž jsou **pečující v psychické nepohodě**: „Protože když jste takhle s tím člověkem furt, tak ono vám to taky bere strašně sil. A už nejste sama v duševní pohodě a už jste třeba nervózní a naštvaná, přestáváte to zvládat, máte deprese.“ Pokud emoce neventilují, prožívají napětí: „Je to neuvěřitelně psychicky náročný. Já to v sobě dusím. Už to někdy se mnou cloumá. Vnitřně se naštvu.“ Snaží se to ovládat, ale ne vždy to jde: „Já to ještě jakž takž zvládám, ale už mi selhává psychika. Přestávám se občas ovládat a jsem nerudnej. Nepůsobí to ale na ni (matku) dobře.“

Tělesný a kognitivní **úpadek** je pro pečující velmi **frustrující**: „Protože vy vlastně roky sledujete, jak se vám člověk ztrácí před očima. Je to horší a horší. Není to nic ke zlepšení stavu.“ Jejich pomoc nesměruje k pozitivnímu cíli v podobě zlepšení: „Každá pomoc má za cíl zlepšení. Tady se zlepšení konat nebude, to má jenom zhoršující tendenci. Tady jde o udržení stavu do té konečné fáze.“ Nemožnost léčby je také tíží: „Je to hrozná nemoc (Alzheimerova choroba). Je to strašně smutný vidět, jak ten člověk chátrá. Na to neexistuje žádný řešení. Mě by nikdy

nenapadlo, že ta matka z těch dlouhověkových, fyzicky zdravých jedinců, půjde takovouhle cestou.“

V důsledku péče, obzvláště u té intenzivní, **nemají čas pro sebe**: „Pořádně si neodpočínu.“ Někteří si nemohou vzít ani dovolenou: „Dovolená nepřichází v úvahu.“ Volnočasové aktivity se též nedají s péčí skloubit: „Moje koníčky jdou stranou.“ Zkrátka jejich život je redukován na péči: „Nemůžu žít svůj život.“

U některých **se péče o seniora dostává do konfliktu s péčí o jiného člena rodiny a naopak**. Pečující, který intenzivně pečuje o svou matku ve společné domácnosti, uvedl, že se to negativně odráží v partnerském životě: „Máme občas s manželkou rozdílné názory ohledně péče. Takže se to stává takovou třecí plochou mezi náma.“ Rozhodování o tom, čemu dají přednost, pro ně není jednoduché: „Sestra má vnučky, já mám vnučky. Ted' mám problém: ‚Kdy já tam pojedou?‘ Protože vnučka nemá školku, tak ji budeme týden mít. Manžel je schopen ji pohlídat, ale ne celý den. A ted' mám v hlavě: ‚Za tou mámou bych měla, vždyť jí musím připravit léky. Bude tady ale vnučka... Jestlipak to ten dědeček (manžel) zvládne...‘ “

8.3.5 Klady a zápory sdílené péče

Klady a zápory sdílené péče	
klady	zápory
stimul a kontakt	neflexibilita pracovníků
pomoc a dohled	střídání personálu

Tabulka 8 – Klady a zápory sdílené péče

Klady

Pracovníci terénních služeb mohou být určitým *podnětem* pro příjemce péče. Pro někoho může být už jen samotná přítomnost někoho jiného pozitivním **stimulem**: „Už jen to, že přijdou, je pro mámu vzpruha.“ Jejich **kontakt** s příjemcem péče má pozitivní vliv: „I že s ní chvíli komunikují, tak pro ní je to taková změna.“ Prostřednictvím komunikace mohou navodit nová témata pro konverzaci s hlavním pečovatelem: „Určitě to, že má nějaký vyžití nebo že se stýká s více lidma. Díky tomu pak máme témata, o kterých se můžeme bavit. Protože samozřejmě i oni přijdou na různý jiný témata.“

Pečující si často cenili **pomoci** pracovníků: „Kdyby tahle služba nebyla, tak nevím, co bysme dělaly. Protože když bydlíte dál, tak by to byl pomalu neřešitelný problém.“, kteří jim ulehčují například práci v domácnosti: „ty obědy mi pomáhají v tom, že nemusím mámě vařit.“

Díky jejich pomoci mají pečující trochu více času na jiné povinnosti: „*Mám díky tomu více času pro sebe. Nakoupím si, zařídím si určité věci.*“

Dále byla zmiňována pomoc a **dohled** u příjemce péče: „*Že teta má pocit, že žije ve svém a že jí jenom choděj pomáhat a kontrolovat.*“ Podobně se vyjádřil i jiný respondent: „*To, že je na maminku dohlíženo, pomáháno jí. Případně, kdyby se něco stalo a já nebyl někde poblíž, tak by mohly včas zasáhnout.*“

Zápory

Zápory sdílené péče spatřovali v **neflexibilitě pracovníků** a v nutnosti dojednávání určitých záležitostí s časovým předstihem. Péče tedy má jasný harmonogram, který lze jen těžko měnit: „*Většinou jsou ty časy domluvený dopředu a má to dost jasnej řád více méně na minuty danej pro všechny. Ty pečovatelky mají víc klientů, takže některý můžou chodit vyložené na to ráno, některé zase odpoledne. Že bych třeba řekla urgentně, že chci jít někam v sobotu odpoledne, tak to úplně nejde, abych řekla: ‚Pojďte mi sem na čtyři hodiny.‘ Zaprvé na to nemám tolik peněz a za druhý ty lidi (pečovatelky) mají taky nějaký svůj program, takže se to musí řešit dopředu.*“

Střídání personálu bylo většinou spatřováno jako nepříznivé pro seniora, který se není schopen adaptovat na změny: „*...že se tam ti lidé měnili. Když byla ta její pečovatelka nemocná a chodila tam jiná, tak si na ni nemohla zvyknout.*“, někdy i pro samotné pečující, kteří si dokonce vyžádali, aby za nimi chodil jen jeden pečovatel: „*Akorát třeba ze začátku, než se to ustálilo, tak nám třeba vyměňovali pečovatelku, ale to my jsme si tak nějak vyprosili, aby chodil více méně jeden člověk, aby si na tu maminku a na nás zvyknul. Abysme se líp poznali.*“

8.4 Představy o péči v domácím prostředí

Z odpovědí vyplynulo, že pečující se na krizové situace spojené se zhoršením zdravotního stavu nijak zvlášť nepřipravují. Ti, kteří ano, tak činí v podobě žádostí o umístění do domovů pro seniory. Většina ale nemá dopředu promyšlený plán: „*Kdyby se zhoršil její stav, tak nevím, jak bysme postupovaly. Doopravdy nevím...*“ V případě, že by jejich blízký byl nepohyblivý, nevědí, jak by postupovali: „*Tatínek (tchán) není ležák, že jo. Kdyby byl ležák, to už by byl problém... A co dělat jako, jo? To bysme museli, jaký možnosti jsou. Člověk to taky z hlavy neví.*“ Většinou problém řeší až ve chvíli, kdy nastane: „*Tohle jsou věci, který řešíte, až když se to stane. Ono to vždycky může dopadnout jinak. Člověk může zakopnout, upadnout, skončit v nemocnici a nikdy nevíte, co se stane v tomhle věku.*“

Představy o udržitelnosti péče do budoucna

Mezi pečujícími se našli ti, kteří nevědí, jestli je současná podoba péče, ale i obecně vzato péče v domácím prostředí, udržitelná do budoucna, ale i ti, kteří se domnívají, že ano a nikoliv.

Ti, kteří odpověděli, že *neví, zda je péče udržitelná* zároveň poukazovali na to, že mají sami své zdravotní problémy: „*No nevím, jak dlouho to vydržím. Protože já mám také své zdravotní problémy, které potřebuju řešit.*“ Podobně odpověděla i pečující, která je sama vyššího věku: „*Víte, mně bude 75 let. Jak já na tom budu zdravotně, abych to ještě zvládala všechno...*“

U odpovědí, kde převažovaly názory, že *péči shledávají udržitelnou* do budoucna, hrála roli vůle postarat se o člověka, aby mohl být v domácím prostředí: „*Musí. Tam jsou totiž jen dvě možnosti: buď to ji někam umístit, čemuž se bráníme, nebo to vydržet.*“ To platilo i u dalšího respondenta: „*Otázka, kterou si pečující kladou každý den: ‚Co bude, když se zdravotní stav zhorší?‘ Je to o morálních hodnotách, mentálním nastavení a rozhodnutí. Příklad bych to k jízdě v autě: ‚Když se jede, tak se jede!‘*“ Zároveň, jak bylo vyřčeno, zde sehrávají důležitou roli hodnoty, mentální nastavení a rozhodnutí člověka.

V odpovědích často zaznívalo, že udržitelnost péče v domácím prostředí je do velké míry podmíněna zdravotním stavem: „*Já si myslím, že jo, když nebude máma potřebovat větší péči a nezhorší se jí zdravotní stav.*“ Podstatnou roli zde sehrává i kondice a pohyblivost: „*Tak zatím ano. Jestliže maminka zůstane v tomhleto stavu, tak určitě ano. Záleží na její kondici, ani ne tak na pečovatelce. Ale co já vím, třeba nebude moct chodit za půl roku, že jo. Nebo já nevím, co se stane. Nebo si může zlomit nohu. Jestli se stav bude jen pomalu zhoršovat, tak by to šlo.*“ Někdo by rozhodnutí o další péči ponechal na odbornících: „*Doufám, že do budoucna zůstane vše tak, jak je teď. Kdyby se zhoršil zdravotní stav, tak by to musel posoudit odborník, jestli je to na ústav nebo na něco. To nedokážu posoudit.*“

Našel se zde i ten, kdo posuzoval udržitelnost z finančního hlediska: „*Já pevně věřím, že jo. Tak já mám do důchodu ještě 15 let, tak to snad nějak doklepeme no... Kdybychom pak byli v podobný situaci oba, tak to by bylo horší, protože jsem OSVČ takže důchod je malej, tak pak by mohl nastat samozřejmě problém. No ale snad to nějak zvládneme...*“

Někteří doufají, že bude péče v domácím prostředí nadále udržitelná, pokud by se rozšířila o další úkony služeb: „*Pravděpodobnost, že asi budeme do budoucna muset využít ještě nějaký jiný služby (rozšíření služeb PS), se tam nabízí. Vím, že chodí ohřívat obědy nebo je jdou nakrmit.*“ Pečující, který by se pokusil dojednat intenzivnější péči u pečovatelské služby, uvažoval takto: „*Pokud by stav maminky byl stejnej, tak by se to dalo nějak ukočírovat,*

ale co když bude stav takovej, že bude ležák, na záchod si nedojde, tak to už bude velkej problém. To bych musel prokonzultovat, jestli mají intimnější péči. Zřejmě asi jo. A už by se to muselo prostě řešit nějakým tímhle tím způsobem. Hodiny navýšit.“ Pečující, která již v současné době uvažuje o rozšíření, uvedla: *„Uvažuji o rozšíření péče minimálně dvojnásob, protože je to odlehčení. Já si myslím, že zatím to jde, ale to víte, že nikdy nevíme, kam až to půjde, kdyby už potom nechodila. Takže mi potom udělá dobře, když mi přijde pečovatelka odpoledne a já vim, že si budu moct něco zařídit úplně v klidu.“*

Respondent, který zhoršující se stav momentálně řeší přechodem z plného úvazku na poloviční: *„Právě proto jsem se rozhodla pro ten poloviční úvazek, protože mi to už přišlo neudržitelný. Tím trpěla i rodina, s nimiž maminka bydlí. Mají málo času. Přijdou z práce a teď tam nějaký problémy do toho. Bylo to už takový jako velice vypjatý. Máma tím, že tam byla většinu času sama, tak to taky nebylo dobře. To už prostě potřebuje, aby tam někdo s ní byl prostě větší část toho dne.“*

Někdo by přešel na jinou službu: *„To bych taky rád věděl. Já bych rád, aby jo, ale nebude to určitě udržitelné. Akorát čas se nedá odhadnout. Protože ten stav se bude horšit určitě. Nakonec bude potřeba sáhnout až po hospicové péči.“*

Někteří uvažují o sestěhování nebo o ústavní péči: *„To, že by tam byl někdo přes noc, by se řešilo přestěhováním sem (k dceři) nebo do nějakýho opravdu ústavu, v okamžiku, kdy naznáme, že je nebezpečný, aby zůstávala sama, že ohrožuje sebe i okolí.“* Respondentka, která by upřednostnila ústavní péči, než aby se od ní její manžel přestěhoval k otci, aby o něj mohl pečovat, se vyjádřila následovně: *„A že bysme se rozdělili a manžel šel bydlet k tatínkovi (tchánovi), to je hrozně citlivá otázka a je to hrozně těžký. Ale člověk to musí brát taky tak, že už není nejmladší a má taky nějaký svůj život. Takže asi ho jedině někam umístít, no. Bud' to do penzionu nebo do zařízení, kde by byla i lékařská péče.“* Z toho by se dalo vyvodit, že v případě, kdy nedojde k sestěhování, přichází na řadu poslední varianta, kterou je domov pro seniory nebo zdravotnické lůžkové zařízení.

Respondenti, kteří **péči v domácím prostředí neshledávají za udržitelnou**, zmiňovali tyto důvody: *„Po pravdě řečeno úplně moc ne. Musím teda říct, že u nás jsou teď aktuální změny, jako že jsem mámu musela dát na zatím teda odlehčovací pobyt, ale uvidíme teda, jak to bude probíhat, jak si tam zvykne. Jestli by už nezůstala někde natrvalo, no. Protože já už jsem to absolutně přestala zvládat... Já s mámou nebydlím a nejsem to úplně vzhledem ke svému pracovnímu vytížení schopna zajistit.“* Respondent, který už nyní shání domov pro seniory, to vidí jako nejlepší možné řešení jak pro něj, tak pro jeho matku: *„To spíš bych si představoval, že bych ji měl někde, kam bych mohl dojíždět, kde bych to neměl tak daleko, byla by v tom*

kolektivu, dostala by se na zahradu, občas by tam přišel někdo na nějaký vystoupení. Takže tohle by bylo lepší jak pro mě, tak určitě i pro ni. Protože musí člověk koukat z pohledu druhého taky. Já to neberu tak, že bych ji chtěl někam uklidit.“ Vliv na rozhodnutí pro ústavní péči má tedy pracovní vytížení pečujících, vzdálenost bydlišť a časová náročnost péče odvislá od soběstačnosti.

Představy o optimální péči v domácím prostředí

Představy o optimální péči v domácím prostředí byly různé. Někomu se zdála ideální čistě **rodinná péče**, podobně jako tomu bylo v minulosti u vícegeneračních rodin, na které si pamatují z jejich dětství: *„Protože si pamatuju, jak to bylo ještě s mejma prarodičema. To většinou žilo více generací v jednom domě, takže se na té péči podíleli všichni. Ty sociální služby dřív nebyly, takže si to mezi sebou tak rozdělili, takže to bylo jasně daný a všichni se na tom nějakým způsobem automaticky podíleli.“* Podobnou představu a zkušenost z dětství má i tento respondent: *„Ideální by bylo, kdyby člověk měl rodinný domek, tzv. bungalov, tzn. přízemní domek, kdyby se otevřely francouzské dveře a starší člověk by mohl na zahradu někam do stínu. Byla by to rodina početnější. Že by tam viděli ty děti, jak si hrajou. Kde by člověk byl v širším kruhu, tak jak to bývalo dřív. Dřív bylo normální, že žily velké rodiny pohromadě.“*

Pro optimální domácí péči je důležité i vhodně uzpůsobené prostředí, tedy **bydlení**. Mezi ty, které jsou považovány jako vhodné pro seniory, patří tyto: chata, bungalov, dva činžovní byty ve vzdálenosti 100 až 800 metrů nebo dva byty na stejném patře a dvoupatrový dům o dvou bytových jednotkách. Zároveň zde bylo zdůrazněno, že bydlení je potřeba mít dopředu promyšlené s velkým časovým předstihem.

Dále pečující zmiňovali jednotlivé **komponenty** optimální **domácí péče**, jako je funkční komunikace mezi příjemcem péče, jeho rodinou a formálními pečovateli a jejich vzájemné sympatie, služba poskytující 24hodinovou péči, která by byla finančně dostupná.

Pečující, kteří se zaměřovali spíše na **přístup formálního pečovatele**, ho popisovali jako pracovníka, který je vlídný a dobře naladěný, který má individuální a aktivní přístup ke klientům, které respektuje, zachovává jejich autonomii a má pro ně pochopení.

Mnohokrát zde zaznělo, že je to **individuální** a závislé na dané situaci, stavu a potřebách konkrétního člověka. Někdy se představy pečujících mohou rozcházet s představami těch, co péči potřebují: *„Já bych si představovala, aby máma byla v čistém, hezkém prostředí, ale vím, že to je nemožné, protože máma má ráda zase hodně věcí kolem sebe. Člověk by si představil třeba úklid pečovatelek na střídačku s námi, ale tady je to nemožné, protože ani nám neumožní uklidit, protože něčeho se nemůžete dotknout.“*

8.5 Doporučení

Jednotlivá doporučení byla sestavena na základě potřeb nebo nedostatků, které byly vyvozeny z výpovědí respondentů nebo přímo z jejich vyřčených návrhů. Některá doporučení jsou zejména pro lokalitu Praha 7, jiná jsou obecnějšího rázu.

Doporučení	
Potřeby	Návrhy
24hodinová terénní péče	zavedení osobní asistence a terénní odlehčovací služby
finanční podpora neformálních pečovatelů a pracovníků v sociálních službách	samostatná dávka pro pečující a navýšení platů pracovníků v sociálních službách
dostupné a flexibilní dopravní služby pro hendikepované	posílení dopravních služeb pro hendikepované s osobními asistenty
doprovod do stacionáře	doprovody do stacionáře osobními asistenty nebo dobrovolníky
zajištění ohrožených seniorů	častější depistáže sociálních pracovníků obce
dočasné krizové bydlení	více obecních bytů pro lidi v nouzi
místa v domovech pro seniory	senior cohousing podporovaný obcemi
propojení zdravotních a sociálních služeb	sloučení pečovatelské služby a domácí zdravotní péče

Tabulka 9 – Doporučení

Pečující by potřebovali zástup po dobu, kdy oni pečovat nemohou: „*Ono jde o to, že já jsem pátrala po tom, kdo by mě vystřídal, když oni (dcery nebo synové) nemohli. Že by mě třeba vystřídal na hodinu, na dvě.*“ Další respondent dodal, že by toto uvítal, aby si mohl zařídit své záležitosti: „*A dneska když jdete k lékaři, tak to není záležitost na půl hodiny, když potřebujete někam dojet. A mezitím tady potřebuju nějakého zástupce. A synové mají svou práci, takže nemohou přijít na pokyn, aby tu někdo byl. Nedomluvíte to prostě okamžitě.*“ Příbuzní tedy nejsou vždy schopni hlavní pečovatele zastoupit. Poptávka je také po službách, které by toto byly schopny zajistit pohotově: „*Ideální by bylo, kdyby existovala služba, kterou by bylo možné narychlo domluvit v případě kdy ten člověk, který pečuje, je třeba nemocný nebo v nemocnici.*“ Pečující poptávají i noční služby. Ty by jim pomohly zejména v případě, kdy nebydlí ve stejné domácnosti. Využity by byly i po dobu, kdy jsou na dovolené či o víkendech, aby si mohli odpočinout. Toto by se dalo vyřešit poskytováním služeb osobní asistence, která na Praze 7 chybí nebo odlehčovací služby, po které je velká poptávka: „*Kdyby bylo víc takovejhle míst jako je odlehčovací služba. Aby se tam ty lidi dali dát aspoň třeba na ten tejdén. My jsme to řešili v březnu a oni už neměli místo až do září. A já doufám, že mě maj na nástěnce prostě*

s vykřičníkem, že bych v září si fakt potřebovala odfrknout.“ Vzhledem k tomu, že na Praze 7 je pouze jedno místo, kde se tato služba poskytuje v pobytové formě a poptávka převyšuje nabídku, navrhuji, aby tato služba byla poskytována i v terénní formě, a to převážně.

Někteří neformální pečovatelé konstatovali, že by si za péči zasloužili větší finanční odměnu a úlevy: „*Že si prostě obecně myslím, že by ten stát měl na to přispívat trochu víc. A nějaký prostě úlevy pro ty pečující. Prostě tak, aby se to dalo zvládnout finančně. Aby ten člověk mohl dožít třeba doma, ale aby ty pečující dokázali zvládat trochu i svůj osobní život. Aby mohli jet na dovolenou občas, chodit do práce kdyžtak...*“ Kombinaci práce a péče v případě potřeby intenzivní péče hodnotí jako těžko zvladatelnou. Ti, kteří by se chtěli péči věnovat naplno, by potřebovali být adekvátně finančně ohodnoceni, aby to nahradilo jejich ušlou mzdu: „*Když musíte chodit do práce a člověk potřebuje celodenní péči, tak je to špatný. No, ale kdyby člověk mohl zůstat doma a měl k tomu adekvátní peníze, tak třeba ještě budiž.*“ V tomto případě navrhuji, aby pečující byli podporováni prostřednictvím zvláštní dávky, která by se vyplácela přímo jim, nikoliv tedy z příspěvku na péči, který se vyplácí klientovi. U pracovníků v sociálních službách, jejichž práce je nedostatečně finančně ohodnocena, navrhuji navýšení platů.

U dopravních služeb pro hendikepované bylo zmiňováno, že: „*se to musí objednávat hodně dopředu. Dále uváděli, že klienta sice odvezou, ale už nepřivezou zpět: „Oni ji odvezou k tomu lékaři, ale už nepřivezou, protože tam na ni nebudou čekat.*“ nebo některá služba nerozvážela seniory v dopoledních hodinách kvůli rozvážení dětí do školských zařízení: „*Byl tam ten problém, že to vždycky muselo být mimo dobu, kdy oni vozí hendikepované děti do školy a ze školy. Že jich je asi málo.*“ či nedoprovázela od domu k autu a neměla k dispozici ani invalidní vozík: „*A já jsem si bláhově myslel, že to funguje jako sanitka, že naložej toho člověka, odvezou, ale ono to tak není, protože oni jsou akorát ochotný křesílko s tím člověkem naložit do auta. Nemohou zajistit dopravu z bytu do toho auta, nebo nejsou ani zařízený na to, když ten člověk dojde, protože je zrovna v lepší kondici, s chodítkem k tomu autu, tak tam nemají ani svoje křeslo, na který by ho přeložili. Prostě jsou zařízený jenom na to, přijed'te si a my vám tady najdeme místo s tím vozíkem.*“ Jelikož je po takovýchto službách velká poptávka, navrhuji, aby byla navýšena jejich kapacita a aby měly k dispozici i asistenty, kteří by mohli klienta doprovázet.

Poptávány byly i doprovody do stacionáře, které by ušetřily pečujícím mnoho času, obzvláště těm, kteří za příjemcem péče dojíždí. Pro některé toto bylo nepřekonatelnou bariérou, kvůli které službu ani nezačali využívat: „*A když jsem nad tím přemýšlela, tak mě by to stálo hodně času navíc, ji tam (do stacionáře) odvážet a zase přivážet.*“ Respondent se stejným

problémem: „*Tam je potřeba se přihlásit předem na konkrétní den. A zase bych ji tam musel dovést a přivést zpátky. Pro mě to zatím ztrácí smysl.*“ Doprovody by tedy pečující velice ocenili: „*Já vim, že je tady v Praze spousta stacionářů, kde je možný tyhle ty lidi dát dohromady, aby spolu byli přes den, ale nevím o žádném, kterej by zařídil to, že by tam toho člověka přivezli a odvezli. A to si myslím, že by byla dobrá služba.*“ Vzhledem k velkému vytížení pečovatelek navrhuji, aby doprovody zajišťovali osobní asistenti nebo dobrovolníci z neziskových organizací.

Zmíněna byla též potřeba depistáže ohrožených seniorů ze strany pečujícího, který vycházel z vlastní zkušenosti, kdy pečoval o takového seniora, který byl vysokého věku, bydlel sám, byl izolovaný od okolního světa a jeho soběstačnost byla omezena. Tento pečující zároveň vycházel z dobrých zkušeností s depistáží ve své obci: „*Já si osobně myslím, že by měli vytipovat seniory vysokého věku, kteří jsou osamělí a začít s nimi spolupracovat na obci. Navštívit je třeba s malým dárkem, vidět a zeptat se, jestli by tu sociální službu nechtěli využívat, když jsou sami. My s manželkou žijeme v obci, kde je 10 000 obyvatel, kde si vedou starší občany a samozřejmě je navštěvují. Těch lidí je méně, takže se to u nás realizovat dá.*“ Taktéž považují depistáž za důležitou a navrhuji navýšení počtu sociálních pracovníků na obcích, aby mohly být depistáže častější, ohrožení lidé včas nalezeni, aby se s nimi mohlo začít pracovat zavčas.

Návrh, který zde byl vznesen, se týkal též dočasného bydlení pro ohrožené seniory: „*Obce by měly počítat s tím, že ti lidé (ohrožení senioři) budou potřebovat u nich týden bydlet.*“ Proto navrhuji, aby Městská část Praha 7 měla dostatečné množství takovýchto bytů pro případ krize.

Často poptávaná byla péče v domově pro seniory: „*Když někdo potřebuje tu celodenní péči, tak ty lidi nemáte kde umístit.*“, která je pro mnoho lidí nedostupná (kapacitně, místně, i finančně). Na základě zkušenosti ze zahraničí jeden pečující navrhl, aby obce investovaly do nemovitostí, z nichž by byly domovy pro seniory typu senior cohousing (komunitního) podobně jako je tomu v Austrálii: „*Kdyby každá ta místní správa dokázala vyčlenit nemovitost, aby se tam mohli takhle shlukovat ti staří lidé, kteří by nad sebou měli dozor. Já jsem docela dlouho žila v Austrálii, kde se vyskytuje sdílené bydlení. V tom domě bylo těch lidí třeba jenom osm a byl tam někdo ve dne v noci s nimi. No, a když to máte v místě bydliště nebo aspoň poblíž, tak tam můžete za tím příbuzným často chodit.*“ Navrhuji, aby domovů takového typu bylo více, aby senioři, kteří nemají funkční rodiny nebo o které rodina nemůže pečovat, mohli zůstat alespoň v důvěrně známé lokalitě, kde by jejich sociální vazby mohly být zachovány.

Vzhledem k tomu, že potřeby seniorů dlouhodobé péče jsou bio-psycho-socio-spirituální, považují za podstatné, aby terénní péče, která je nyní rozdělena mezi zdravotní a sociální systém, což je neefektivní, byla komplexní. Z tohoto důvodu navrhuji, aby pečovatelská služba byla sloučena s domácí zdravotní péčí, jelikož se v některých případech a úkonech doplňují. Toto by se dalo uskutečnit pomocí legislativních a organizačních změn a také prostřednictvím společného financování.

8.6 Souhrn

V rámci sdílené péče v domácím prostředí sehrávají neformální pečovatelé velice významnou úlohu. Jejich blízkost je pro příjemce péče velmi důležitá a prakticky nenahraditelná. Příbuzní dodávají seniorům nejen pocit bezpečí, ale a i klidu. Bez pomoci rodiny by péče v domácím prostředí byla těžko realizovatelná. Mezi služby, s nimiž pečující sdílí péči, patří převážně pečovatelská služba, méně často v kombinaci ještě s domácí zdravotní péčí a pouze v jednom případě jde o domácí hospicovou péči. Důvodů pro sdílení péče je poměrně hodně, proto jsou rozčleněny na ty, které se týkají příjemců péče, pečujících a na ostatní. Nejčastěji zmiňovanými byl zdravotní stav příjemce i pečujícího, omezená soběstačnost příjemce péče, přání seniora zůstat v domácím prostředí, pracovní povinnosti pečujícího a vzdálenost jejich bydlišť. Vlivů na volbu služeb je taktéž více, proto jsou rozděleny podle služeb. U pečovatelské služby hrála roli zejména její vzdálenost a doporučení odborníků. U domácí zdravotní péče skutečnost, že je pravidelnou, neplacenou službou předepsanou lékaři. A u domácí hospicové péče měla vliv na výběr zkušenost a znalost personálu.

Péče je většinou rozdělena mezi hlavní pečovatele, služby, ale i příbuzné. Jsou však případy, kdy podpora příbuzných chybí. Ukázalo se, že když příbuzní do péče nejsou zapojeni, na péči se podílí více pečovatelská služba. Zjistilo se, že hlavní pečovatel nejvíce pomáhá se stravováním, s péčí o zdraví a osobními aktivitami. Pečovatelská služba zastává nejvíce domácí práce, poté pomáhá se stravováním a s výkonem fyziologické potřeby. Příbuzní dohromady nejvíce pomáhají s péčí o zdraví, s péčí o domácnost a s osobními aktivitami. U všech dohromady nejvíce péče v porovnání s ostatními zastává hlavní pečující, který často pomáhá s osobními aktivitami, pečovatelská služba s péčí o domácnost a tělesnou hygienou, příbuzní s osobními aktivitami a taktéž s péčí o domácnost.

Pohled pečujících na sdílenou péči je poměrně obsáhlý, neboť zahrnuje pohled na formální pečovatele a jiné odborníky, vzájemnou komunikaci pečovatelů mezi sebou navzájem a s jinými odborníky, finanční stránku péče, nesnáze vyskytující se v průběhu péče a nakonec klady a záporny sdílené péče. Bylo zjištěno, že u formálních pečovatelů a odborníků si všimají

zejména vlastností a měkkých dovedností. Jejich vzájemná spolupráce probíhá nejčastěji přes telefon, méně často osobně a nejméně písemně. Jedná se zejména o sdílení informací ohledně průběhu péče a organizační záležitosti. Na vnímání finanční stránky má vliv mnoho faktorů. Ukázalo se, že významnou roli ve financování péče sehraává finanční podpora rodiny a státu.

Nesnází, na které pečující v průběhu péče naráží je mnoho. Jsou rozděleny na ty, které se týkají spíše sdílené péče a ty, které se týkají péče obecně. U sdílené péče jsou dále rozčleněny na problémy, které se vztahují k pracovníkům v sociálních službách, kterými jsou jejich nedostatek a neadekvátní finanční ohodnocení. Ty, které jsou vztaženy k příjemcům péče, jsou počáteční odpor vůči přijímání péče od cizího člověka a odmítání péče, nezáměr o rozšíření služeb, odpor vůči tělesné hygieně a fabulace. V průběhu péče se nacházejí další problémy. Některé se vztahují více k příjemcům péče, jiné k neformálním pečovatelům. Mezi ně patří zejména omezení autonomie, samota a nedostatek kontaktu, problém s ovládním technologií, nesouhlas s přestěhováním a nedostupnost domovů pro seniory. Dále se jedná o prohození rolí, vzdálenost bydlišť, stres, frustraci, psychickou nepohodu, nedostatek času a péči o více členů rodiny.

Klady, které pečující nejčastěji ve sdílené péči spatřují, spočívají ve stimulu a kontaktu, v pomoci a dohledu. Zápory naopak vidí v neflexibilitě pracovníků a ve střídání personálu.

Představy pečujících jsou rozděleny do dvou, přičemž jednou je představa o udržitelnosti péče a druhou představa o optimální péči. Na udržitelnost péče jsou různé pohledy. Někteří odpověděli, že nevědí. Zbylí odpověděli buďto kladně nebo záporně. U kladných odpovědí se projevilo určité působení vůle. Roli zde mohou sehraávat ale i jejich hodnoty, mentální nastavení a rozhodnutí pro péči. Naopak u záporných odpovědí byly zmiňovány důvody v podobě pracovního vytížení, vzdálenosti bydlišť a časové náročnosti péče odvislé od soběstačnosti. Představy o optimální péči byly poměrně různorodé, jelikož každý se zaměřil na trochu něco jiného. Vyskytly se zde představy o vícegenerační rodině, o bydlení a o přístupu pečovatele. Dále byly zmíněny jednotlivé složky optimální domácí péče. Pečující se shodovali na tom, že představy o optimální péči jsou individuální, jelikož závisí na stavu, situaci a potřebách každého člověka.

Výzkumná část je zakončena kapitolou obsahující doporučení.

9 DISKUSE

Vzhledem k demografickému stárnutí populace v seniorské populaci přibývá ovdovělých a osamocených žen s nižším potenciálem zdraví a s vyšší potřebou podpůrných služeb (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Tento jev se vyskytl i u výzkumného souboru této diplomové práce, v němž většina pečujících pečuje o své ovdovělé příbuzné. Podle Čeledové, Kalvacha a Čevely (2016) obvykle bývají neformálními pečovateli o seniory děti (převážně dcery) a jejich manželé. Méně často o ně pečují snachy a vnoučata. U výzkumného vzorku se taktéž jednalo převážně o děti. Manželů, snach a vnoučat bylo méně. Překvapivé bylo poměrně vyrovnané zastoupení mužů a žen v roli pečovatelů.

Pokud neformální pečovatel nežije ve společné domácnosti příjemce péče, zvyšuje se potřeba zapojení do péče dalších členů rodiny, přátel a služeb (Truhlářová a kol., 2015). Toto se projevilo i u tohoto výzkumného souboru, jelikož vzdálenost bydlišť byla uváděna jako jeden z důvodů využívání terénních služeb.

Jarošová (2006) uvádí, že nejčastějšími bariérami péče jsou geografická vzdálenost bydlišť, povinnost ke členům prokreační rodiny, pracovní povinnosti, špatné vztahy a nedostatečná kompetence péči poskytovat. Některé z vyjmenovaných překážek se projevíly i v tomto výzkumu. Byly jimi např. vzdálenost bydlišť, péče o více členů rodiny a pracovní povinnosti.

Podobně jako u Dudové (2015), která poukazovala na problémy spojené s využíváním formální péče v domácím prostředí, se i v tomto výzkumu projevíly nesnáze v podobě neochoty přijmout péči intimního charakteru od cizí osoby a odmítání péče, oproti tomu nekvalitní péče, ani nevhodná doba jejího poskytování se nepotvrdily.

Ačkoli jedním z cílů domácí péče je i práce s rodinou pacienta (Krátká, Šilhavá, 2008 podle Juhásové a kol., 2016), u neformálních pečovatelů, kteří pečovali o seniory, kteří zároveň využívali služeb domácí zdravotní péče, se spolupráce s rodinou, na rozdíl od péče hospicové, příliš neprojevila. Důvodem by mohl být nízký počet uživatelů této služby ve výzkumném vzorku. Nabízí se zde však i otázka, zda na takovýto výsledek nemohl mít vliv přístup zdravotnického personálu, který v praxi, obzvláště té nemocniční, bývá zaměřen převážně na pacienta a už méně na jeho sociální prostředí oproti sociální sféře.

Výsledky střednědobé koncepce rozvoje sociálních služeb Městské části Praha 7 (Městská část Praha 7, 2018) ukazují, že v této lokalitě je zvýšená potřeba transportu kvůli chybějícím nemocnicím, dále zde chybí služby osobní asistence, pečovatelská služba s domácí zdravotní péčí jsou zbytečně rozděleny mezi více poskytovatelů, jsou zde rezervy v depistáži

atd. Všechny tyto výše zmíněné potřeby a nedostatky se potvrdily i v rámci výzkumu diplomové práce.

Je třeba připustit, že diplomová práce má i své limity, které mohly mít určitý vliv na výsledky výzkumu. Už jen to, že ve výzkumném vzorku nemají žádné zastoupení lidé se základním vzděláním, podněcuje k zamyšlení nad příčinou. Mohla na to mít vliv větší koncentrace vzdělaných lidí ve velkoměstě, nebo tito lidé mají omezený přístup ke zdrojům pomoci v podobě služeb či na to mělo vliv něco úplně jiného? Do výzkumného souboru se taktéž nepodařilo zahrnout více pečovatелů, kteří sdílí péči s domácí hospicovou péčí a osobní asistencí. Jedním z důvodů mohl být jejich velmi ojedinělý výskyt v této lokalitě, ale i omezená kapacita a u hospicové péče navíc ještě úzce vymezená cílová skupina této služby. Jelikož byl výzkumný vzorek převážně utvořen z pečujících, kteří sdíleli péči s pečovatelskou službou, domnívám se tedy, že pro další výzkum by bylo přínosné, kdyby počet pečujících byl u všech služeb vyrovnanější. Protože byl výzkumný soubor utvořen pouze z neformálních pečovatелů, byl získán víceméně homogenní pohled na dané téma. Kdyby však do něj byl zapojen i personál terénních služeb, mohl by být rozšířen o další úhly pohledu.

Je třeba brát v potaz, že kdyby byly stejné otázky kladeny někomu jinému, např. seniorům, kteří již péči přijímají, pravděpodobně by byly získány odlišné odpovědi a důraz by byl kladen na něco jiného. Nesnáze by mohli spatřovat v úplně něčem jiném a jejich představy o péči by mohly být taktéž jiného charakteru. Na druhou stranu u nich více hrozí, že by se na dané téma nedokázali dívat s určitým nadhledem a odstupem, jelikož se jich to bezprostředně týká.

Vzhledem ke zvolené kvalitativní výzkumné strategii, se nedají výsledky této práce generalizovat. Stejně tak je potřeba si uvědomit, že respondenti pochází z rodin, které jsou funkční a soudržné, tudíž u nich sdílená péče byla realizovatelná. Kdežto u rodin, kde nepanují příliš dobré vztahy, by už sdílená péče nemusela fungovat v takové míře nebo by nebyla uskutečnitelná. Z tohoto důvodu se domnívám, že sdílená péče je realizovatelná jen pro určitou část populace.

10 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala sdílenou péčí o seniory v domácím prostředí. Byla rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a výzkumnou část. Cílem diplomové práce bylo porozumění kontextu sdílené péče v domácím prostředí, popis rozložení péče, zjištění toho, jaký pohled mají neformální pečovatelé na průběh péče a jaké jsou jejich představy o péči v domácím prostředí, a to se zaměřením na území městské části Praha 7. Výstupem bylo doporučení.

Teoretická část začala historickým vývojem péče o seniory. Na to navázala kapitola, která blíže seznámila s kontextem péče o seniory v podobě deinstitucionalizace, mezinárodních i národních dokumentů, demografického stárnutí a potřeb seniorů s omezenou soběstačností. Další kapitola vymezila role jednotlivých subjektů v péči o seniory. Na to navázala kapitola o oblastech péče o seniory, kterými byla neformální péče a formální péče v podobě služeb sociální péče, zdravotních služeb a sociálně-zdravotního pomezí. Teoretická část byla završena kapitolou o sdílené péči.

Výzkumná část byla rozdělena do dvou částí. První z nich tvořila metodologie výzkumného šetření, kde byla popsána výzkumná strategie, cíl výzkumu, výzkumné otázky, technika sběru dat, výzkumný soubor, sběr a zaznamenávání dat a analýza s interpretací dat. Druhou částí byla kapitola o výsledcích výzkumu. Těch bylo dosaženo na základě předem definovaných klíčových témat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s celkem dvaceti respondenty, kterými byli neformální pečovatelé o seniory, kteří péči sdílí se službami.

Zjistilo se, že v rámci sdílené péče v domácím prostředí sehrávají neformální pečovatelé velice významnou úlohu. Jejich blízkost je pro příjemce péče velice důležitá, jelikož jim dodává pocit bezpečí a klidu. V tom jsou prakticky nenahraditelní. Bez jejich pomoci by se péče v domácím prostředí uskutečňovala velmi těžce. Nejčastějšími důvody pro sdílení péče byly zdravotní stav příjemce péče i pečujícího, omezená soběstačnost příjemce péče, přání seniora zůstat v domácím prostředí, pracovní povinnosti pečujícího a vzdálenost jejich bydliště. Mezi služby, s nimiž pečující sdíleli péči, patřila pečovatelská služba, domácí zdravotní péče a domácí hospicová péče. U pečovatelské služby měla vliv na výběr její vzdálenost a doporučení odborníků. U domácí zdravotní péče fakt, že je pravidelnou službou, která je zdarma hrazená pojišťovnou na základě předpisů lékařů. A u domácí hospicové péče sehrála roli ve výběru zkušenost a znalost personálu.

Hlavní pečovatelé na péči většinou nebyli sami, ale kromě služeb přijímali pomoc i ze strany příbuzných. Mezi hlavními pečovateli se našli i ti, kteří podporu příbuzných neměli. U nich se projevovalo větší zapojení pečovatelské služby. Hlavní pečovatel má na starost z velké

části stravování, péči o zdraví a osobní aktivity. Pečovatelská služba naopak zastává do velké míry péči o domácnost, stravování a výkon fyziologické potřeby. Příbuzní dohromady nejvíce pomáhají s péčí o zdraví, domácnost a s osobními aktivitami. Z hlediska celkového porovnání nejvíce práce zastávají neformální pečovatelé.

Neformální pečovatelé u formálních pečovatelů a ostatních odborníků kladou důraz zejména na jejich vlastnosti a měkké dovednosti. Na tvrdé hledí mnohem méně. Nejčastěji s nimi sdílí informace o průběhu péče a řeší organizační záležitosti prostřednictvím telefonu, méně často osobně a nejméně písemně. Pohled na finanční stránku byl různorodý a ovlivněn mnoha faktory. Podstatným zjištěním bylo, že v oblasti financování péče v domácím prostředí sehrává významnou roli rodina a stát. Nejčastější nesnáze zmiňované v souvislosti se sdílenou péčí byly nedostatečné finanční ohodnocení a s tím související nedostatečný počet pracovníků v sociálních službách, bojkot péče na jejím začátku, nezájem o rozšíření služeb, odpor vůči tělesné hygieně a fabulace. Problémy vyskytující se u seniora v průběhu péče obecně jsou omezení autonomie, samota a nedostatek kontaktu, problém s ovládáním technologií, nesouhlas s přestěhováním a nedostupnost domovů pro seniory. Neformální pečovatel se vypořádává s prohozením rolí, se vzdáleností bydliště, stresem, psychickou nepohodou, nedostatkem volného času pro sebe a s péčí o více členů rodiny.

Nejčastěji zdůrazňovanými klady péče byly stimul a kontakt, pomoc a dohled, naopak nejčastější záporny byly spatřovány v neflexibilitě pracovníků a střídání personálu.

Pečující vyjadřovali své představy o péči z hlediska udržitelnosti do budoucna a o optimální péči. Zjistilo se, že u těch, kteří spatřují péči jako udržitelnou, mohla mít vliv jejich vůle, ale také hodnoty, mentální nastavení a rozhodnutí pro péči. Ti, kteří na péči pohlíželi jako na neudržitelnou, zmiňovali důvody v podobě pracovního vytížení, vzdálenosti bydlišť a časové náročnosti péče u seniorů s vysoce omezenou soběstačností. Představy o optimální péči byly různé. Někdo ji popisoval jako vícegenerační rodinu, někdo zdůrazňoval bydlení a někdo zase přístup pečovatele. Dále byly zmíněny jednotlivé složky péče, jako je funkční komunikace, sympatie, 24hodinová péče a finančně dostupná péče. Důraz byl kladen především na její individualitu.

Vzhledem k tomu, že v nedávné době došlo novelizací zákona o sociálních službách k navýšení příspěvku na péči ve třetím a čtvrtém stupni, bylo by jistě zajímavé zjištění, zda pečující, jejichž blízcí pobírají příspěvek na péči více let, jeho zvýšení pocítují výrazně, jestli vnímají zlepšení jejich situace, zda mohou díky tomu využívat více pomoci ze strany služeb a jestli se to odrazí i ve větším počtu lidí, kteří mohou setrvat v domácím prostředí a zmenší se poptávka po pobytových sociálních službách.

Výsledky této diplomové práce naznačují, že současný stav terénní sdílené péče u výzkumného vzorku je do určité míry funkční, přesto není zcela uspokojivý a je tedy třeba pracovat na jeho zlepšování. K tomu bude zapotřebí systémových změn. Demografické prognózy se postupně naplňují a o to naléhavější je, aby s určitým časovým předstihem došlo k přenastavení služeb, financování a lidských zdrojů tak, aby byla výsledná péče kvalitní, efektivní a ku prospěchu všem zúčastněným.

11 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BICKOVÁ, Lucie, 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-0-7.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ, 2014. *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu - 2011* [online]. [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-obyvatel-podle-dat-scitani-lidu-2011-57nxh52aw2>

ČSÚ, 2018a. *Průměrný věk obyvatel Prahy k 31.12. - územní srovnání* [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&z=T&f=TABULKA&skupId=1372&katalog=30845&pvo=DEM01D02-PHA&pvo=DEM01D02-PHA&str=v33&c=v3~8_RP2018#w=

ČSÚ, 2018b. *Vybrané demografické údaje o hlavním městě Praze podle správních obvodů v roce 2017*. Statistická ročenka Hl. m. Prahy – 2018 [online]. [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo-bflqa060au>

ČSÚ, 2019. *Senioři* [online]. [cit. 2019-05-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

DIVOKÁ, Lenka, Eva KUBÍČKOVÁ a Miloslava ŠOTOLOVÁ, 2017. *Shrnutí šetření: analýza potřeb pečujících na Praze 7*. Evetdata, z.s. Praha. [online]. [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://www.praha7.cz/wp-content/uploads/2018/05/Anal%C3%BDza-pot%C5%99eb-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%ADch.pdf>

DOBIÁŠOVÁ, K., M. KOTRUSOVÁ a J. HOŠŤÁLKOVÁ, 2015. Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících. *General Practitioner / Prakticky Lekar*, roč. 95, č. 4, s. 161-166. ISSN 00326739.

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

FDV, 2018. *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“*. Praha: Fond dalšího vzdělávání.

GEISLER, Hana a kol., 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-72-629008.

HAVRDOVÁ, Zuzana, 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80-87398-06-7.

HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA, 2019. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-907053-4-0.

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

CHARITA NOVÝ HROZENKOV, nedatováno a. *Sdílená péče na Horním Vsacku: Analýza úrovně součinnosti poskytovatele sociálních služeb a rodin pečujících o osobu blízkou* [online]. [cit. 2019-01-18]. Dostupné z:

<https://www.nhrozenkov.charita.cz/res/archive/014/001887.pdf?seek=1537114740>

CHARITA NOVÝ HROZENKOV, nedatováno b. *Sdílená péče na Horním Vsacku: Zhodnocení účinnosti komunikace a práce s cílovou skupinou neformálních pečujících v kontextu zvýšení podílu sdílené péče* [online]. [cit. 2019-01-18] Dostupné z:

<https://www.nhrozenkov.charita.cz/res/archive/014/001888.pdf?seek=1537114819>

JANEČKOVÁ, Hana a Eva DRAGOMIRECKÁ, 2018. Sociálně intervenční projekty zaměřené na ovlivnění aktuální situace rodinných pečujících a podporu rodinných pečujících v komunitě. *Fórum sociální práce*, s. 58-77. ISSN 23366664.

JANOVSKÝ, Vít a kol., 2017. *Smart home care na Praze 7: Studie proveditelnosti*. Praha [online]. [cit. 2019-02-05]. Dostupné z:

<https://www.praha7.cz/wp-content/uploads/2018/05/Studie-proveditelnosti-Chytr%C3%A1-dom%C3%A1c%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf>

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.

JUHÁSOVÁ, I. a kol., 2016. Respekt a důstojnost v péči o seniory v agenturách domácí ošetrovatelské péče. *General Practitioner / Praktický Lékař* [online]. roč. 96, č. 6, s. 261-266. ISSN 00326739.

KALVACH, Zdeněk, 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-07-5.

KACZOR, Pavel a Michal KACZOR, 2018. Stárnutí obyvatelstva versus ekonomická aktivita seniorů. *Sociální práce* [online]. roč. 18, č. 2, s. 7-21. ISSN 1805-885X.

KRHUTOVÁ, Lenka, 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2012. Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby. *Sociální práce|Sociálna práca*, Brno: ASVSP, roč. 12, č. 4, s. 89-101. ISSN 1213-6204.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2013. *Deinstitucionalizace*. In. Matoušek, Oldřich. (Ed.), *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

LINHART, Jiří, 2007. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy: 30000 hesel*. Litvínov: Dialog. ISBN 80-7382-006-4.

Listina základních práv Evropské unie (Úřední věstník EU, C 326, 26. 10. 2012)

Madridský plán a jiné strategické dokumenty, 2007. Praha: Gerontologické centrum a EV public relations. ISBN 978-80-254-0174-3.

MATOUŠEK, Oldřich, 2007a. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich 2007b. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

MČ PRAHA 7 a 8, 2012. *Podpora rodinných pečujících o seniory: názorový průzkum na téma potřeby a problémy rodinných pečujících o osoby ve věku 60-ti let a starší v oblasti sociálních služeb v MČ Praha 7 a 8* [online]. [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: <https://www.praha8.cz/file/OFI/PODPORA-RODINNYCH-PECUJICICH-O-SENIORY-nazorovy-pruzkum-2012.pdf>

MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 7, 2018. *Střednědobá koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotních služeb 2018 – 2022* [online]. [cit. 2019-01-21] Dostupné z: <https://www.praha7.cz/wp-content/uploads/2018/05/Pl%C3%A1n-rozvoje-zdravotn%C3%ADch-soci%C3%A1ln%C3%ADch-a-n%C3%A1vazn%C3%BDch-slu%C5%BEeb.pdf>

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MPSV, 2007a. *Deset závazků Regionální implementační strategie (RIS) pro region EHK k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro stárnutí*. [online]. [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3488>

MPSV, 2007b. *2. světové shromáždění o stárnutí*. [online]. [cit. 2017-02-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1215>

MPSV, 2007c. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě a podporující sociální začlenění do společnosti*. [online]. [cit. 2017-02-26] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

MPSV, 2013. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>

MPSV, 2014. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online]. [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

MPSV, 2018. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2017*. © Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha [online]. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2017.pdf

MZV, 2000. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 15/2000 Sb. m. s. o Dodatkovém protokolu k Evropské sociální chartě

POSPÍŠIL, David, 2015. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3.

PRUDKÁ, Šárka, 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-839-0.

PRŮŠA, Ladislav, 2016. *Respitní péče: analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické [online]. Praha [cit. 2017-02-03]. ISBN 978-80-87953-30-3. Dostupné z:
<http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/018/002021.pdf?seek=14846399223>

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

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, © 2006-2019. *Iregistr.mpsv.cz* [online]. [cit. 2019-07-6]. Dostupné z:
http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1562431610162_8

SUDA, Radek a Pavla KODYMOVÁ, 2014. Možnosti a limity systémových změn sociálních služeb a sociální práce v kontextu nastavení integrované sociálně-zdravotní péče. *Fórum sociální práce*. č. 2, roč. 4., 42-61. ISSN 1804-3070.

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

ŠIMONÍK, Pavel, 2015. *Podpora neformálních pečovatелů - závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: Fond dalšího vzdělávání.

TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠ, Igor, 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5.

TOMEŠ, Igor a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

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

TRUHLÁŘOVÁ a kol., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

VÁLKOVÁ Monika a Iva HOLMEROVÁ, 2011. Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca* [online]. č. 8 [cit. 2017-02-04]. Dostupné z:

<http://socialni prace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=377>

VÁVROVÁ, Soňa a Jitka VACULÍKOVÁ, 2017. Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku., roč. 17, č. 6, 80-94. ISSN 12136204.

VOJTÍŠEK, Petr, 2018. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3709-9.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 129 ze dne 12. dubna. 2000 o krajích, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Zákon č. 108 ze dne 14. března. 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Zákon č. 329 ze dne 13. října. 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Zákona č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

Zákon č. 47/2019, ze dne 31. ledna 2019 kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

12 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 – Počty služeb, klientů a neuspokojených žádostí v roce 2017 a 2019	27
Tabulka 2 – Zastoupení HP a PP podle pohlaví, věku, stavu a vztahu.....	40
Tabulka 3 – Počet pečujících a příjemců péče ve věkových kategoriích	41
Tabulka 4 – Důvody pro sdílení péče	44
Tabulka 5 – Vlivy na výběr služeb	46
Tabulka 6 – Nesnáze v rámci sdílené péče	58
Tabulka 7 – Nesnáze v rámci péče obecně	61
Tabulka 8 – Klady a zápory sdílené péče	64
Tabulka 9 – Doporučení	69
Graf 1 – Péče hlavního pečovatele	48
Graf 2 – Péče pečovatelské služby	49
Graf 3 – Péče příbuzných.....	49
Graf 4 – Míra zapojení do péče	50
Graf 5 – Celkové rozložení péče.....	51

13 SEZNAM ZKRATEK

ADL	Activity of daily living
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long-term care
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NNO	Nestátní neziskové organizace
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PnP	Příspěvek na péči
RIS	Regionální implementační strategie
SIPS	Systém integrovaných podpůrných služeb
UNESCO	Organizace OSN pro vzdělávání, vědu a kulturu

PŘÍLOHA 1.

Sociodemografické údaje

pečující:

- pohlaví: žena/muž
- věk:
- rodinný stav:
- vzdělání: ZŠ/SŠ/VŠ
- osoba blízká:
- bydliště (název městské části/města):
- bydlení ve stejném domě/bytě s příjemcem péče:

příjemce péče:

- pohlaví: žena/muž
- věk:
- rodinný stav:
- vzdělání: ZŠ/SŠ/VŠ
- osoba blízká:
- bydliště (název městské části/města):
- příspěvek na péči:

Otázky rozhovoru

- 1) Jste pracovně aktivní?
- 2) Jak dlouho péči poskytujete sám/sama a jak dlouho se službou/službami?
- 3) Co všechno vedlo ke sdílení péče s formálními poskytovateli péče?
- 4) Co mělo vliv na výběr služby/služeb?
- 5) Kdo další se na péči podílí?
- 6) Kdo s čím pomáhá?
- 7) Kdo a jak často pečuje během týdne?
- 8) Jak na Vás působí přístup formálních pečovatелů, příp. zdravotnického personálu k Vám a Vašemu blízkému?
- 9) Jakým způsobem spolu s formálními pečovateli, příp. zdravotnickým personálem nejčastěji komunikujete?
- 10) Předáváte si navzájem s formálními pečovateli důležité informace související s péčí o Vašeho blízkého? Pokud ano, jaké?
- 11) Předávají Vám formální pečovatелé své odborné znalosti a dovednosti? Pokud ano, jaké?
- 12) Vyskytují se v rámci sdílené péče a péče obecně nějaké nesnáze?
- 13) Jaké jsou podle Vás klady a zápory sdílené péče?
- 14) Jak vnímáte péči po finanční stránce?
- 15) Kdo a z čeho péči hradí?
- 16) Přijde Vám takováto podoba péče udržitelná do budoucna?
- 17) Jak by podle Vás měla vypadat optimální sdílená péče o seniory v domácím prostředí?
- 18) Napadá Vás ještě něco dalšího, co souvisí s tématem rozhovoru a co by nemělo zůstat opomenuto?