

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Dagmar Spáčilová

III. ročník, kombinované studium

Obor: Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

**PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM
PROSTŘEDÍ V REGIONU KONICKO**

Bakalářská práce

Olomouc 2014

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Psychologické aspekty péče o seniory v domácím prostředí v regionu Konicko** vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Ludmírově dne 16. 6. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Dovoluji si tímto poděkovat Mgr. Michaele Pugnerové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek, ale také za čas a ochotu, kterou mi věnovala při jejím zpracování.

Děkuji všem pečujícím osobám za vstřícnost, čas a poskytnutý rozhovor a zároveň děkuji své rodině, přátelům a kolegům za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia na vysoké škole.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	9
1.1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ	10
1.2.1 Kalendářní stáří	11
1.2.2 Biologické stáří	11
1.2.3 Sociální stáří.....	12
1.2.4 Psychické stáří.....	12
2 PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	14
2.1 KLADY A ZÁPORY PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	14
2.2 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA.....	15
2.3 MEZIGENERAČNÍ VZTAHY V RODINĚ.....	17
2.4 LIDSKÉ POTŘEBY	18
3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	20
3.1 SOBĚSTAČNOST OSOBY.....	20
3.2 STUPEŇ ZÁVISLOSTI.....	21
3.3 VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	22
3.4 PEČUJÍCÍ OSOBA.....	23
3.4.1 Důchodové pojištění pečující osoby.....	23
3.4.2 Zdravotní pojištění pečující osoby	24
4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	25
4.1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY SENIORŮ.....	25
4.1.1 Změny psychických funkcí	26
4.1.2 Poslední fáze života.....	28
4.2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PEČUJÍCÍCH OSOB	29
5 REGION KONICKO	32
5.1 OŠETŘOVATELSKÁ A PEČOVATELSKÁ SLUŽBA V REGIONU KONICKO	33
5.2 POBYTOVÉ SLUŽBY V REGIONU KONICKO	34
5.3 POČET VYPLACENÝCH PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI V REGIONU KONICKO.....	35

PRAKTICKÁ ČÁST	36
ÚVOD	37
6 METODOLOGIE VÝZKUMU	38
6.1 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	38
6.2 TYP VÝZKUMU.....	38
6.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
6.4 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DATA	40
6.5 REALIZACE VÝZKUMU	41
6.6 ZPRACOVÁNÍ DAT	42
6.7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ	43
6.7.1 Život osoby pečující.....	44
6.7.2 Vztahy v rodině.....	47
6.7.3 Chování seniora vůči rodině.....	50
6.7.4 Náročnost péče a k tomu odpovídající výše příspěvku na péči.....	51
6.7.5 Volný čas osob pečujících a jejich vize do budoucnosti	53
6.8 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ.....	57
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM OBRÁZKŮ	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

„Chceme-li porozumět nějaké osobě, musíme prožívat její pocity, trpět jejími bolestmi a užívat si její radosti.“

Thérese Jacobs-Stewartová [1]

V současnosti se hodně hovoří o stáří a stárnutí lidstva a s tím souvisí i péče o seniory, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti jsou závislí na pomoci druhé osoby. Nastává otázka, kdo se o tyto osoby postará. V České republice je velká nabídka různých terénních, ambulantních i pobytových služeb. Tyto služby jsou zajišťovány odbornými pracovníky. Senioři, ve většině případů, nechtějí opustit své domovy a chtějí zůstat se svými rodinami. V tyto okamžiky je nutno zvážit, kdo se bude o seniora starat a pečující osoba se musí rozhodnout, jestli bude pečovat i za cenu ztráty zaměstnání. Pokud se jedná o péči dlouhodobou, je tato činnost pro osoby pečující velmi psychicky i fyzicky náročná. Péče rodinného příslušníka o seniora je vnímána jako určité vyjádření povinnosti, lásky a vděčnosti.

Toto téma bakalářské práce bylo vybráno proto, že pracuji na úřadu práce jako sociální pracovník příspěvku na péči a nejčastější klientelou jsou právě senioři a osoby se zhoršeným zdravotním stavem. Při sociálních šetřeních v domácnostech těchto seniorů se setkáváme také s osobami pečujícími a máme možnost nahlédnout do jejich soukromí. Těmto osobám není věnována taková pozornost jako seniorům, proto bychom rádi touto prací přiblížili problematiku pečujících osob, které se často mohou cítit opomíjeny a zaměřili se také na vnímání jejich pocitů z celodenní pomáhající činnosti.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti kapitol. V teoretické části je v první kapitole popsána charakteristika stáří a stárnutí. Druhá kapitola je zaměřena na péči o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. V kapitole třetí jsou popsány základní informace o příspěvku na péči, který je často jediným zdrojem příjmu osob pečujících. Psychologickými aspekty péče o seniory v domácím prostředí a vlivy, které jsou s touto péčí spojeny, jak ve vztazích v rodině, tak ve změně psychiky seniorů i osob pečujících, se zabývá čtvrtá kapitola. Poslední kapitola teoretické části obsahuje základní údaje o regionu Konicko, kde byla zpracována praktická část bakalářské práce.

Cílem bakalářské práce je získat informace o pečujících osobách a zjistit, jak tyto osoby ovlivnila péče o seniory, kterým je přiznán 4. stupeň závislosti příspěvku

na péči v regionu Konicko. K dosažení hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle, kterými chceme zjistit, jak se péčí o seniora změnil život osoby pečující, jak jsou ovlivněny vztahy v rodině a okolí, jak se změnilo chování seniora vůči rodině. Dále byly stanoveny dílčí cíle, kterými chceme zjistit, jak je péče o seniory vnímána, jestli výše příspěvku na péči odpovídá náročnosti péče a zda osoby pečující využívají volný čas a přemýšlí o budoucnosti.

Praktická část bakalářské práce je věnována kvalitativnímu výzkumu metodou strukturovaného rozhovoru, prostřednictvím kterého chceme přiblížit skutečné pocity osob, které poskytují péči seniorům v domácím prostředí, ale také získat jejich názor, jak tato péče ovlivnila jejich osobní život a vztahy v rodině. V praktické části také odpovíme na výzkumné otázky, kterými se přiblížíme k dosažení stanovených cílů. Výzkumné otázky budou pokládány osobám, které poskytují péči nesoběstačným seniorům v regionu Konicko. V závěru práce budou popsány výsledky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V dnešní době není největším problémem stáří a stárnutí nebo obava z ekonomické závislosti, ale spíše obava z duševního života. Senioři jsou na tom dnes lépe i po fyziologické stránce, dnešní senioři vypadají lépe a mlaději než jejich rodiče ve stejném věku. Dnešní populace je ve stáří v průměru zdravější, mladistvější a pohyblivější než byla předcházející generace. Přesto stáří nese velké obavy, jak naložit se stárnutím, které je závěrečnou fází našeho života. Mnozí si začnou uvědomovat, že úseky života procházeli spíš trpně s tím, že se musí nějak přechkat a přetrpět, protože to „pravé“ teprve přijde. Čas ale plynul a čekáním na to „pravé“ se zkrátila budoucnost. Teprve v tuhle chvíli, když si to člověk uvědomí, začne žít intenzivně přítomností. Některé možná zachvátí strach ze stáří a z konce života, není to obava z bílých vlasů či vrásek kolem očí, ale strach z toho, že není čas svůj život napravit, žít jinak a lépe, že už si nemůže nalhávat, že „to pravé“ ještě přijde. Proto by měl člověk svůj život prožívat a žít co nejlépe v každé fázi života (Wolf a kol., 1982).

Věda, která se zabývá souhrnem poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří se nazývá **gerontologie** (řecky gerón = starý člověk, logos = nauka, slovo), (Kalvach, Onderková, 2006). Gerontologie klinická se podle Kalvacha a Onderkové (2006, s. 7) zabývá „*problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří*“, označuje se také jako lékařský obor **geriatrie** (řecky iatró = léčím).

1.1 Charakteristika stáří a stárnutí

Dlouhověkost se stále zvyšuje se zlepšením životních podmínek lidí a zdravotní péče, těžká práce se nahradila stroji (Wolf a kol., 1982). Pojem stáří a stárnutí byl několikrát definován, ale neexistuje ani v medicíně ani ve společenských vědách přesná definice. Je to patrně zapříčiněno velkými rozdíly v projevech stáří u každého jednotlivce. Stárnutí je nevratný proces, který je individuální a je ovlivněn genetickou výbavou člověka, životním prostředím, zdravotním stavem a životním stylem jednotlivce. Projevy stárnutí se objevují dřív, než se začíná hovořit o stáří (Kozáková, Müller, 2006).

Haškovcová (1990, s. 59) uvádí, že stáří je „*takové, jaké je*“, ale interpretace stáří je různá a i člověk se „*dívá na stáří různými očima, rozdílně je přijímá a hodnotí.*“ Haškovcová (1990, s. 59) označuje stáří jako „*přirozené období lidského*

života, které vztahujeme také k ostatním životním obdobím: k dětství, mládí, k době zralosti.“

Podle Rheinwaldové (1999, s. 8) není stáří nemoc, která způsobuje zpomalení myšlení a pohybu, ale tělo i mysl se mohou vytrénovat pro lepší funkčnost i pro starší věk a nemoci, které přibývají s věkem, nejsou údělem stáří, ale výsledkem „*našeho života a životního stylu.*“

Vágnerová (2007, s. 299) charakterizuje stáří jako poslední etapu života, která „*přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.*“

1.2 Periodizace stáří

Stáří se týká všech, každý stárne a pomalu se blíží k určité hranici, kterou můžeme označit za začínající stáří. V moderní době nikdo nechce slyšet, vidět a mluvit o stáří, nikdo nechce být starý (Haškovcová, 2010). Je to určitý ochranný postoj, jak uvádí Haškovcová (2010, s. 9), který ovšem „*likviduje šance poprat se s problematikou stáří a vnitřně je zpracovat.*“

Období stáří lze rozdělit do jednotlivých kategorizací, které se vzájemně prolínají nebo jsou protichůdné. Jarošová (2006) uvádí jako nejrozšířenější a nejznámější věkovou klasifikaci členění lidského života podle Světové zdravotnické organizace (WHO), kde je věkové rozpětí definováno takto:

- 45 – 59 let označován střední (zralý) věk
- 60 – 74 let vyšší věk, rané stáří
- 75 – 90 let počátek vlastního stáří, období senescence (kmetství)
- 90 let a více je považováno za dlouhověkost.

Kozáková a Müller (2006) uvádějí rozdělení podle Světové zdravotnické organizace:

- 60 – 74 let jako rané stáří, vyšší věk
- 75 – 89 let jako vlastní stáří, také pravé stáří
- 90 let a více jako dlouhověkost.

Příhoda (1974) uvádí v literatuře i alternativní označení jednotlivých období:

- 60 – 74 let jako senescence (stárnutí), časné stáří
- 75 – 89 let jako kmetství
- 90 let a více jako patriarchium (velebný stařec), dlouhověkost.

Vágnerová (2007) rozděluje stáří jako poslední etapu života do dvou fází:

- 60 – 75 let jako období raného stáří
- 75 a více let jako období pravého stáří.

Stáří se často vymezuje z pohledu kalendářního, biologického, sociálního a psychického, jak také uvádí ve své knize Kozáková a Müller (2006).

1.2.1 Kalendářní stáří

Mühlpachr (2004) popisuje kalendářní stáří jako dosažení určitého věku, od kterého se projevují změny. Projevuje se i demografické hledisko, to znamená, čím starší populace, tím vyšší je hranice stáří. Kalendářní vymezení stáří má výhodu v jednoduchosti a jednoznačnosti.

Za počátek kalendářního stáří se ve vyspělých zemích považuje věk nad 65 let, ale často se věk 65 – 74 let označuje jako počátek stáří a vlastní stáří je určeno věkem 75 – 80 let. Nad 90 let a více se hovoří o dlouhověkosti. Hranice stáří se stále posouvá do vyššího věku, což způsobuje „*přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu*“ (Kalvach, Onderková, 2006, s. 7).

1.2.2 Biologické stáří

Biologické stáří označuje Mühlpachr (2004) jako konkrétní změny (pokles funkční zdatnosti, atrofie), které jsou často těsně spojeny se změnami způsobenými těmi nemocemi, které mají vysokou četnost ve vyšším věku (například arteroskleróza).

Pacovský a Heřmanová (1981) označují biologický věk jako skutečný věk, odpovídající skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Tento věk má charakteristiky biologické, psychologické a sociální, ale nemusí vždy odpovídat věku kalendářnímu.

Kalvach a Onderková (2006) rozlišují funkční zdatnost seniorů na: **zdatní senioři** - dokážou vykonávat náročné činnosti, jsou na svůj věk ve velmi dobré kondici, **nezávislí senioři** - zvládají dobře každodenní aktivity, nepotřebují žádnou podstatnou podporu rodiny, **křehcí senioři** – potřebují trvalou dopomoc v náročných činnostech (vedení domácnosti, vaření), nezvládají zátěžové situace (změna prostředí), **závislí senioři** - zčásti či zcela nezvládají péči o vlastní osobu, potřebují pomoc s hygienou, s oblékáním, při přemísťování, při jídle, **zcela závislí senioři** – dlouhodobě či trvale

upoutání na lůžku, jsou odkázáni zcela na veškerou pomoc druhých osob, **umírající senioři** – vyžadují specifické potřeby paliativní péče.

Stuart - Hamilton (1999) označil biologické stárnutí jako obecný pojem pro vyjádření celkového stavu lidského organismu. Někdy se užívá pro specifičtější určení biologického věku – anatomický věk (stav kosterní soustavy), karpální věk (stav zápěstních kůstek), fyziologický věk (rychlost metabolismu).

1.2.3 Sociální stáří

Jedinci, kteří žijí stejným životním stylem jako jejich vrstevníci, mají sociální věk srovnatelný s věkem chronologickým (Pacovský, Heřmanová, 1981).

Mühlpachr (2004) označuje sociální stáří jako období, které je kombinací několika změn nebo jsou splněna určitá kritéria, například dosažení důchodového věku. Sociální stáří lze chápat jako změnu životního způsobu a ekonomického zajištění.

Populace seniorů se velmi výrazně liší věkem, zdravotním stavem, sociálním zázemím, vzděláním, životními zkušenostmi, genetickými vlohami pro dlouhověkost, ekonomickými podmínkami. U starých lidí je hlavní příčinou osamělosti ovdovělost. Vysoký věk u seniorů znamená i postupnou ztrátu přátel a příbuzných a často jim zbývají jen vzpomínky na hezké časy. Velkým problémem činí také vysoké nároky při adaptaci na změnu životního stylu, kdy převažuje volný čas a často dochází k poklesu životní úrovně. S procesem stárnutí vyvstává obava z vyčleňování seniorů (věková segregace) z mladší společnosti, která tvoří většinovou část, ale také ze ztráty životní smysluplnosti. Senioři patří do skupiny, která je ohrožena sociálním vyloučením, což má za následek ztrátu sebeúcty frustraci, rezignaci, někdy antisociální chování. Proto je potřeba zabránit vyčleňování starých lidí a snažit se o podporu jejich života například v rodině (Kalvach, Onderková, 2006).

1.2.4 Psychické stáří

Kozáková a Müller (2006, s. 13) ve své knize uvádí, že *„psychické stáří je podmíněno mnoha faktory. Mimo jiné osobnostními rysy, objevováním se charakteristických psychických změn v průběhu stárnutí a ve stáří, reakcí konkrétního člověka na jeho vlastní stáří.“*

Dále Kozáková a Müller (2006) poukazují na souvislost psychického stáří se subjektivním věkem. To znamená, že záleží na tom, jak se člověk cítí a jaké má sebevědomí. Je to znatelné v názorech, činech a postojích člověka.

Psychické stárnutí přináší:

- **změny kognitivních (poznávacích) schopností** – zpomalení psychomotorického tempa, starý člověk může působit dojmem bezradnosti,
- **změny paměti a učení** – staří lidé si obtížně vybaví názvy, koncentrace pozornosti je nižší, nové poznatky těžko drží v paměti, ale staré vzpomínky si dobře vybavují,
- **změny emocionality** – ve stáří se zvyšuje citlivost, hůř se ovládají emoce,
- **zpomalení psychomotorické a percepční činnosti** – zpomalení reakcí a rychlosti rozhodování (Kozáková, Müller, 2006).

Podle Kalvacha a Onderkové (2006, s. 11) dochází k „*podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí*“, ale zdůrazňují, že se osobnost starého člověka zásadně nemění, pokud není ovlivněna závažnou chorobou. Stejně tak bývají zachovány intelektové schopnosti, s věkem klesá jen schopnost nových řešení, zvládat rychle neznámou situaci a problémy. Ve stáří je potřeba pro psychický výkon zajistit dostatečný odpočinek, klid a tolerovat vlastní tempo, staří lidé totiž trpí časovým stresem a obavou z neúspěchu. Staří lidé také potřebují delší čas a větší počet opakování pro zapamatování si informací, než je tomu u mladých lidí (Kalvach, Onderková, 2006).

2 PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

S přibývajícím věkem přibývají nemoci, samotné stáří však není nemocí, je to výsledek životního stylu, prostředí, stravování a různých návyků. Proto je nutné se o neschopné lidi postarat a podle potřeby poskytnout individuální péči. Cílem péče je současný stav zlepšit nebo zabránit jeho zhoršování a poskytovaná péče o seniora by měla být taková, aby se cítil klidný, spokojený a byla zachována jeho lidská důstojnost. Péče o nesoběstačné seniory patří k morálním povinnostem občanů, kteří jsou zdraví a produktivní. Staří lidé žili dříve se svými potomky, dnes se díky změně životního stylu určité zvyklosti změnily, protože v dnešních rodinách obvykle oba partneři pracují a sotva jim zbývá čas postarat se o své děti. Rodiny žijí často v malých bytech, proto se nemohou z prostorových i časových důvodů o rodiče postarat a nesoběstační senioři odcházejí do domovů důchodců či podobných zařízení (Rheinwaldová, 1999).

2.1 Klady a záporny péče v domácím prostředí

Jarošová (2006) ve své knize uvádí, že z poznatků a zkušeností vyplývá, jako optimální způsob péče, setrvání starého člověka co nejdéle ve svém domácím prostředí za podpory a péče jeho rodiny. Pro člověka ve stáří je rodinné zázemí jednou z nejdůležitějších sociálních jistot a hlavním zdrojem očekávané pomoci. Péči rodinnou v domácím prostředí označuje jako pozitivní z důvodu **posílení vzájemných vztahů a pocitu sounáležitosti**. Pečování v domácím prostředí, především dlouhodobé, které je psychicky i fyzicky náročné, představuje však vysokou zátěž pro pečující osobu, což může vést ke **zhoršování vztahů** mezi rodinnými příslušníky, **pečující ztrácí přátele**, má **omezené společenské kontakty**, je **izolován** a často u těchto osob dochází k rozvoji jak **zdravotních**, tak i **ekonomických problémů**. Mnoho rodin často vyhledává odbornou pomoc sociálně zdravotních služeb, podporu a pomoc legislativní a ekonomickou.

Venglářová (2007) se zamýšlí nad schopností přijímat změny, které v životě přichází. Těchto životních změn je mnoho a vyrovnávání se s nimi umožňuje lidem zvládat i velmi obtížné situace, někdy však potřebují pomoc okolí. Každý člověk má od narození určité dispozice, jak reaguje na situace ve svém životě. Při přemístění člověka do jiného prostředí se mohou způsoby jeho chování stát obtížnými. Pokud

se lidé stanou obyvateli různých zařízení, používají způsoby chování, na které byli zvyklí, ale najednou to neplatí a starší člověk je zaskočen novou situací a potřebuje nalézt svoje nové místo. K tomu je nutná podpora personálu. V domácím prostředí je člověk zvyklý a nemusí se vyrovnávat se změnami, které se vyskytují v jiném prostředí.

Umístěním seniora do institucionálního zařízení dochází k zásadním změnám jeho životního stylu, což způsobuje problémy a velkou zátěž. Pobyt v některé z institucí je spojen se **ztrátou osobního zázemí**, starý člověk je vázán k určitému místu, potřebuje někam patřit. Neznámé prostředí vyvolává **úzkost a strach**, senior **ztrácí orientaci** a **pocit bezpečí** známého prostředí. Další změnou je chápána **ztráta soběstačnosti** starého člověka, je prožívána jako postupující úpadek vlastní osobnosti. Senior byl zvyklý na určité aktivity (nákup, úklid), ale v domově důchodců jsou tyto činnosti zajištěny. Přestávají využívat některé své kompetence, postupně je ztrácí, protože personál má tendenci pomáhat seniorům i tehdy, když to není nutné a tím se vypěstuje zbytečná nesoběstačnost. Přesun do ústavního zařízení je seniory často chápán jako blížící se konec života, proto je to pro ně změna značně stresující, dochází k depresím a senior neočekává nic příjemného. Život v zařízení má určitá pravidla a je organizovaný (doba klidu, doba jídla), staří lidé se hůře přizpůsobují. Nejčastějším důvodem odchodu do domova důchodců je nezvládnutí péče o vlastní osobu z důvodu zhoršení zdravotního stavu (Vágnerová, 2007).

Péči v domácím prostředí popisuje Michalík a kol. (2011) jako nezanedbatelnou výhodu pro stát, protože péče v domácím prostředí je levnější než péče, která je poskytována u registrovaných poskytovatelů. Proto je domácí péče v rodině pro stát levnější.

2.2 Pečovatelská služba

Pomoc seniorům při postupné ztrátě soběstačnosti mohou poskytovat rodinní příslušníci, příbuzní, ale také profesionálové, ať v rámci instituce nebo v soukromí seniora. Pečovatelská služba poskytuje pomoc, která z části umožňuje seniorům žít ve vlastním soukromí a navyklym způsobem života. Pro špatně mobilní (pohyblivé) občany plní pečovatelská služba funkci určitého sociálního kontaktu, má vliv na dodržování denního režimu (pravidelnost služby), poskytuje psychickou podporu. Senioři někdy chápou tuto péči více než profesionální a vnímají ji jako projev osobního zájmu, často se proto projeví chybějící potřeba osobního vztahu. Ve vztahu seniora

k pečovateli dochází velmi snadno k méně přiměřeným a emočně vyhranějším podobám. Starý člověk se může na pečovatele nadměrně fixovat a považovat ho za součást svého života. Snadněji ale zaujímá k pečovateli negativní, někdy i konfliktní postoj, obviňuje ho a podezírá ze špatných činů a úmyslů. Někteří staří lidé mají nepřiměřená očekávání a v důsledku toho se cítí zanedbáváni, bývají přesvědčeni, že o ně není dobře postaráno, že jim pečovatelé kupují špatné a předražené potraviny. Pečovatel se může stát terčem negativních emocí starého člověka, zvláště v situaci, kdy starý člověk určitým způsobem strádá a nedokáže své pocity jinak zvládat. Přesto považuje většina seniorů pečovatelskou službu jako významnou pomoc (Vágnerová, 2007).

Haškovcová (2012) označuje pečovatelskou službu jako významnou součást sociálních služeb, která se provádí především v terénu, to znamená v domácnosti osob, které pomoc potřebují. Pečovatelská služba v České republice prošla četnými organizačními změnami a v současné době je velká nabídka pečovatelských služeb, z nichž nejvíce využívanou službou je dovoz teplých obědů.

Pečovatelská služba je zároveň i pomocí pro rodinné příslušníky, kteří poskytují seniorovi péči doma. Většinou je to v případech, kdy pečující osoba je sama a všechny úkony poskytované péče není schopna bez pomoci zvládnout, především je-li senior zcela závislý na pomoci druhé osoby. Pečovatelská služba se poskytuje osobám formou terénní nebo ambulantní služby. Poskytováním **ambulantní služby** se rozumí služba, za kterou senior dochází, je doprovázen nebo dopravován do zařízení sociálních služeb. Tato služba neposkytuje ubytování. **Terénní služba** je poskytována v přirozeném sociálním prostředí seniora. Pečovatelská služba je poskytována ve vymezeném čase, nabízí základní činnosti jako je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, pomoc při zajištění nebo poskytnutí stravy, zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V některých případech, kdy pečující osoba nemůže seniorovi po nějakou dobu (dovolená, hospitalizace osoby pečující) poskytovat potřebnou péči, je využívána **odlehčovací služba** (respitní péče) formou terénní, ambulantní nebo pobytové služby, která umožní pečující osobě nezbytný odpočinek (§ 33, § 40 a § 44 zákona č. 108/2006 Sb.).

Haškovcová (2012) vyjadřuje respitní péči jako odlehčující, úlevovou péči, která je určena především laickým pečovatelům, hlavně rodinným příslušníkům, kteří dlouhodobě poskytují péči nemocnému člověku v domácím prostředí. To znamená,

že na nějakou dobu převezmou péči profesionálové, aby si rodinní příslušníci mohli odpočinout.

Výčet ostatních služeb sociální péče pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku anebo zdravotního stavu, je definován v zákoně o sociálních službách. Například jsou to **osobní asistence, denní stacionáře, centra denních služeb** nebo **týdenní stacionáře** (zákon č. 108/2006 Sb.).

2.3 Mezigenerační vztahy v rodině

Každý je rád doma, zvláště senioři chtějí zůstat co nejdéle ve svém domě či bytě, protože jim různé předměty přináší plno vzpomínek, je to místo, kde sami nebo s partnery prožívají krásné a běžné dny. Pokud ale dojde ke ztrátě soběstačnosti, očekávají senioři pomoc především od své rodiny, což je někdy snadné, ale často i komplikované nebo nedostupné. Záleží na tom, jestli rodina chce a může pečovat, rozhodující je celá řada skutečností. Již malé dítě a později mladý člověk pozoruje, jak se rodiče chovají ke svým rodičům. V dnešní době se klade i velký důraz na ekonomickou a společenskou nezávislost. Stále více seniorů žije samostatně, odděleně od svých již dospělých dětí, které se chtějí osamostatnit a založit si svou vlastní rodinu. Stárnoucí manželé pocítí určitou úlevu po létech péče o děti, ale nadále pomáhají s výchovou vnoučat, finančně podporují. Když dojde k situaci, že rodiče již sami nezvládají a potřebují pomoc, mladí se díky trvalé pomoci nenaučili faktické nezávislosti. Často dochází k tomu, že se mladí starat ani nechtějí, protože ke chtění osobnostně nedozráli. Vnuci jsou často k prarodičům citlivější a sami poskytují potřebnou péči (Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) dále uvádí, že rodinné vztahy komplikují také opakované sňatky, projevuje se neochota poskytnout péči o seniora, který je dalším partnerem matky či otce. Někdy se ale senior nesmíří s novým partnerem svých dospělých dětí. Někdy je problém v dětech, které se přes veškerou vzornou výchovu „nepovedly“ anebo se jedná o rodiče, kteří se o své děti dostatečně nestarali, proto se o ně děti nezajímají. Ideální by bylo, kdyby děti pocítovaly k rodičům úctu a byli slušní, a to i vůči těm, kteří se dopouštěli drobných chyb ve výchově. Dávat lásku a pomoc mohou i cizí lidé. Někteří senioři nemají své děti nebo bydlí daleko, často i v cizině. Pokud senioři přijmou nabízenou pomoc od svých dětí a přestěhují se k nim, může docházet k dalším problémům. Je nutné přizpůsobit bydlení a denní režim rodiny. Kratší dobu péče

o seniora rodina zvládá, ale pokud je péče dlouhodobá (péče trvá několik měsíců či roků), dochází k vyčerpání a neshodám mezi členy rodiny. Senior si obtížně zvyká na nové prostředí, pečující osoba, což většinou bývá žena, která se celá léta stará o rodinu a děti a nyní i seniora, je často unavená a únava vzrůstá. Rodina ztrácí soukromí, musí se vzdát některých aktivit (dovolená, víkendové výlety). Vytvořit souhru mezi nároky rodiny a péči o nesoběstačného seniora je velmi obtížné. Velmi obtížné je, když nesoběstačný senior potřebuje celodenní péči a jeden z členů rodiny, většinou žena (dcera či snacha) řeší tuto obtížnou situaci odchodem ze zaměstnání, často pár let před odchodem do penze. Případný návrat do zaměstnání je velmi obtížný, zvláště v této věkové kategorii. Psychická a fyzická odolnost pečujících může být snížena, neboť ženy i muži středního věku mají své zdravotní potíže a někdy potřebují sami pomoc (Haškovcová, 2010).

2.4 Lidské potřeby

Každý člověk, ať zdravý či nemocný, ať senior či osoba pečující, má určité potřeby, které mu zajišťují určitou kvalitu života. Osoby pečující často na své potřeby zapominají a dávají přednost osobám, o které pečují. Osoby pečující by neměly zapomínat na své fyzické a psychické potřeby, aby měly dostatek sil na tak náročnou činnost, jakou je i péče o nemohoucího seniora. Při poskytování péče a pomoci seniorům je také důležité být pozorný ke všem jeho potřebám, protože ne všechno co pečující osoba dělá, je skutečně to, co senior potřebuje a očekává (Pichaud, Thareauová, 1998).

Nakonečný (in Jarošová, 2006) popisuje potřebu, jako určitý nedostatek, chybění něčeho a jeho nutné odstranění. Vyjadřuje, že každá živá bytost má určitou potřebu pro svůj život a vývoj.

Jarošová (2006) uvádí, že hodnocení a uspokojování potřeb jak zdravého, tak i nemocného člověka každého věku je časté v dnešním ošetřovatelství. Dále Jarošová (2006) uvádí jako nejrozšířenější a nejčastěji používanou hierarchii lidských potřeb podle Abrahama Maslowa, představitele humanistické psychologie.

Hierarchická teorie potřeb (teorie motivačního systému osobnosti) podle Maslowa:

1. **Fyziologické potřeby** – vyjadřují potřeby organismu (potřeba výživy, hygieny, dýchání, spánku, vylučování, pohybu apod.).

2. **Potřeba bezpečí** – tento pocit je vnímám v různých situacích, například při ztrátě pocitu životní jistoty, selhání, jakéhokoliv nebezpečí.
3. **Potřeby sociální** – objevují se v osamělosti a projevují se v potřebě být milován a patřit k nějaké sociální skupině (potřeba se vyjadřovat a být vyslechnut, sounáležitost, potřeba lásky).
4. **Potřeba uznání a sebeúcty** – vznikají při ztrátě respektu, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální jistoty.
5. **Potřeba sebeaktualizace** – projevuje se ve snažení realizace svých schopností, záměrů a najít smysl svého života (Jarošová, 2006).

Pokud má člověk zajištěny fyziologické potřeby, potom se dostává do popředí potřeba bezpečí, kdy se člověk snaží chránit pře různými hrozbami. Cítí-li se v bezpečí a zajištěn, začíná vnímat potřebu být milován a postupně vzroste zájem člověka o pocit sebevědomí a sebeúcty. Důležité je, aby si člověk vážil také sám sebe, získat uznání a respekt těch, na kterých mu záleží. Uvedené potřeby označil Maslow za základní, které vyžadují určitý tzv. „přisun“ určitých objektů nebo podnětů. Vrcholem pyramidy jsou nejvyšší potřeby, nazývané „meta-potřebami“ (seberealizačními potřebami). Zde můžeme zařadit potřebu vzdělávání, tvoření (zejména umělecky), osobního růstu a potřebu usilovat o pravdivé mezilidské vztahy (Říčan, 2004).

Lidské potřeby jsou ovlivňovány různými faktory a záleží na každém jednotlivci a jeho individualitě. Ve stáří se hodnoty potřeb mění a senioři se více fixují na rodinu a cítí se více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), cítí větší závislost na jiných lidech a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí (Vágnerová, in Jarošová, 2006). *„Péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch“* (Jarošová, 2006, s. 33).

3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Postupně se zhoršujícím zdravotním stavem seniora a jeho pokročilým věkem je negativně ovlivněna jeho úroveň soběstačnosti, není schopen si sám zajišťovat denní životní potřeby a starat se o sebe – dochází ke ztrátě soběstačnosti (Jarošová, 2006).

Kromě poskytování služeb sociální péče je součástí sociální péče také pravidelná finanční dávka – příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na péči druhé osoby nebo několika osob. Stát se tímto příspěvkem podílí na zajištění sociálních služeb a jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahájí na základě písemné žádosti, která se podává na tiskopise předepsaném ministerstvem. Přiznání příspěvku na péči je podmíněno uskutečněním sociálního šetření, kde se zjišťuje schopnost soběstačnosti a závislosti na pomoci druhé osoby. Sociální šetření je podkladem pro lékařskou posudkovou službu okresní správy sociálního zabezpečení společně s lékařskými nálezy praktického i odborných lékařů. Posudkový lékař příslušné okresní správy sociálního zabezpečení všechny podklady vyhodnotí a vyhotoví posudek stupně závislosti (Michalík a kol., 2011).

Příspěvek na péči se vyplácí oprávněné osobě (žadatel, osoba, která potřebuje péči), nikoliv osobě pečující, jak tomu bylo do roku 2007, kdy se vyplácel příspěvek při péči o osobu blízkou. Příspěvek na péči je upraven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který je účinný od 1. 1. 2007. V některých případech je příspěvek vyplácen místo oprávněné osobě, jiné fyzické osobě, která byla ustanovena zvláštním příjemcem příspěvku, pokud nemůže oprávněná osoba příspěvek přijímat, nevyužívá příspěvek nebo ho nemůže využívat k zajištění potřebné pomoci. Příspěvek na péči vyplácí od 1. 1. 2012 krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodování o příspěvku na péči. Náklady na příspěvek na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Příjemce příspěvku na péči musí tento příspěvek využít na zajištění potřebné pomoci (zákon č. 108/2006 Sb.).

3.1 Soběstačnost osoby

Haškovcová (2012, s. 149) označuje soběstačnost jako „*schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislý.*“ Soběstačnost postupně klesá s přibývajícím věkem, proto je potřeba usilovat o soběstačnost prevencí, například zdravým způsobem života, u nemocných se jedná o dodržování léčebného režimu

a rehabilitace. Důležitým cílem je sebeobsluha (umět se o sebe postarat). Osoby pečující by se měly snažit o to, aby za seniory nevykonávaly činnosti, které jsou schopni zvládnout, i když pomaleji nebo namáhavěji, aby tak nedocházelo k rychlejší ztrátě soběstačnosti (Haškovcová, 2012).

3.2 Stupeň závislosti

Zákon o sociálních službách vymezuje stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Stupně závislosti posuzuje lékařská posudková služba okresní správy sociálního zabezpečení na základě posouzení zdravotního stavu a výsledku sociálního šetření, které provádí Krajská pobočka úřadu práce. Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v těchto stupních:

- **stupeň I (lehká závislost)** – osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- **stupeň II (středně těžká závislost)** – osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- **stupeň III (těžká závislost)** – osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- **stupeň IV (úplná závislost)** – osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat devět nebo deset základních životních potřeb (§ 8, odst. 2, zákon č. 108/2006 Sb.).

Podle zákona o sociálních službách se za nepříznivý zdravotní stav považuje zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb (§ 3, písm. c), zákon č. 108/2006 Sb.).

Pro stanovení stupně závislosti pro účely příspěvku na péči hodnotí posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- **mobilita** (vstávání, usedání, stoj, změny polohy, chůze alespoň 200 m, chůze po schodech),
- **orientace** (poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, orientace časem, místem a osobou, orientace v obvyklém prostředí),
- **komunikace** (schopnost dorozumět se a porozumět mluvenou řečí a psanou zprávou, používání běžných komunikačních prostředků),
- **stravování** (vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim),
- **oblékání a obouvání** (vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se, manipulace s oblečením),
- **tělesná hygiena** (používání hygienické zařízení, mýt se, osušovat si jednotlivé části těla, celková hygiena, česání, ústní hygiena, holení),
- **výkon fyziologické potřeby** (schopnost včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používání hygienických pomůcek),
- **péče o zdraví** (dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření, používat potřebné léky, pomůcky),
- **osobní aktivity** (vstupovat do vtaů s jinými osobami, dodržování denního programu, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, vyřizovat své záležitosti)
- **péče o domácnost** (nakládat s penězi, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit teplé jídlo, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek (§ 9, odst. 1, zákon č. 108/2006 Sb., příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.).

3.3 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči je stanovena podle přiznaného stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, na rozsahu, intenzitě a náročnosti poskytované péče. Pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc výše příspěvku na péči:

- **800,- Kč** ve stupni závislosti I. (lehká závislost),

- **4.000,- Kč** ve stupni závislosti II. (středně těžká závislost),
- **8.000,- Kč** ve stupni závislosti III. (těžká závislost),
- **12.000,- Kč** ve stupni závislosti IV. (úplná závislost) (§ 11, odst. 2, zákon č. 108/2006Sb.).

3.4 Pečující osoba

Podle Tošnerové (2001) je péče vnímána jako práce v domácnosti se vším, co ji provází.

Rozsah a forma pomoci, která je poskytována nesoběstačným osobám, musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat jejich samostatnost, motivovat je a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby a péče by měla být poskytována v náležité kvalitě (§ 2, odst. 2, zákon č. 108/2006 Sb.).

Osoby, které poskytují péči nebo se nějakým způsobem na péči podílí, bývají označovány jako osoby pečující, které se uvádí ve formuláři „Oznámení o poskytovateli pomoci“. Toto oznámení je povinná příloha k žádosti na příspěvek na péči (zákon č. 108/2006 Sb.).

Pečující osoby jsou většinou rodinní příslušníci (osoby blízké), mohou to být i osoby jiné, které jsou od 1. 1. 2012 označovány jako asistent sociální péče (osoba starší 18 let věku, zdravotně způsobilá), která musí mít s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřenou písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci (§ 83 odst. 2 a 3, zákon č. 108/2006 Sb.).

3.4.1 Důchodové pojištění pečující osoby

Péče o blízkou osobu se v zákonem stanovených situacích považuje za tzv. náhradní dobu pojištění a tato doba se započítává do doby pojištění pro důchod. Jedná se o péči o osoby, které pobírají příspěvek na péči ve stupni závislosti II., III. nebo IV. Doba péče se započítává nejen blízkým osobám, ale také osobám jiným, které žijí s pečovanou osobou ve společné domácnosti. Za osobu blízkou se považuje rodinný příslušník (zákon o důchodovém pojištění vymezuje osobu blízkou jako manžel, manželka, příbuzní v řadě přímé, vlastní a osvojené dítě nebo dítě převzaté do trvalé péče nahrazující péči rodičů, sourozenec, zeť a snacha anebo manžel či manželka

rodiče). Návrh na zahájení řízení o účasti na důchodovém pojištění je možno podat nejpozději do dvou let od skončení péče u okresní správy sociálního zabezpečení (zákon č. 155/1995 Sb.).

3.4.2 Zdravotní pojištění pečující osoby

Zdravotní pojištění je za pečující osoby hrazeno státem, pokud pečují o závislou osobu, které náleží příspěvek na péči ve stupni závislosti II. až IV. Pečující osoba doloží zdravotní pojišťovně, u které je registrována, potvrzení, kterým potvrzuje, že pečuje o osobu v příslušném stupni závislosti (zákon č. 48/1997 Sb.).

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Na počátku stáří je vztah seniorů a jejich dětí ve fázi **vzájemné nezávislosti**. Senioři často pomáhají mladým a chtějí jim být nějakým způsobem užiteční. Nejsou na nikom závislí. V druhé fázi dochází k postupnému **zvyšování závislosti starších lidí** a tím dochází k narušení vztahů. Staří lidé začínají sami potřebovat pomoc, ví, že se mohou stát pro vlastní děti zátěží a cítí se nepříjemně. Projeví se pocit vlastního selhání, cítí se méněcenní a zbyteční, mohou se dostavit depresivní stavy. Třetí fází je **trvalá závislost seniorů**, kdy potřebují stálou péči, což často vede k emočnímu prožívání, který se projevuje úzkostí a strachem z budoucnosti. Proto je nutná i větší emoční podpora. Pokud dojde k dlouhodobější nesoběstačnosti, senior si na tuto závislost zvykne. Je-li ovlivněna rozumová složka například demencí, dochází často k úbytku soudnosti a senior nemá zábrany něco žádat, považuje péči za samozřejmou, může si ji vymáhat, ztrácí schopnost ohledu. Považuje jako samozřejmé, že se děti musí o rodiče postarat (Vágnerová, 2007).

4.1 Psychologické aspekty seniorů

Osobnost člověka se ve stáří často mění a objeví se nepěkné vlastnosti, které v mládí a středním věku dokázal člověk tlumit nebo projevovat přijatelnějším způsobem. Ve stáří se může šetrnost stát lakotou, stupňuje se podezírání a mrzoutství, u žen se stupňuje panovačnost a pořádkumilovnost se může měnit v teror. Ale naopak i hysterické osoby, které otravovaly celé okolí se sklonem ke scénám, se ve stáří často uklidňují (Říčan, 2004).

Také Venglářová (2007) uvádí, že s přibývajícím věkem může docházet k většímu zintenzivnění některých povahových vlastností. Když dochází ve stáří k psychickým změnám, bývá tato změna označována jako zhoršení povahy a do popředí se dostávají negativní rysy člověka.

Schopnost starých lidí se výrazně liší. Existují lidé, kteří mají moudrost a nadhled a naproti tomu jsou lidé, kteří jsou poznamenáni značným psychickým a somatickým úpadkem, což bývá projevem onemocnění, které ovlivní funkčnost centrální nervové soustavy (Vágnerová, 2007).

Pro kvalitní život ve stáří je důležitý pocit pohody, proto je nezbytné udržení přijatelného životního stylu. K tomu je potřeba udržení soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti, vytvoření či udržení potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, udržení sebeúcty proti pocitu nepotřebnosti. Udržení pocitu pohody závisí ve stáří na zvládnání životních zátěží a situací (Vágnerová, 2007).

Senioři dovedou skrývat i některé projevy **emoce** (citové vzrušení, nálada, duševní pohnutí provázené změněným chováním), ale s postupným přibýváním věku se senioři snadno rozpláčou dojetím, hovoří se o emoční labilitě. Může se jednat o kladné podněty (setkání s přáteli, příjemné vzpomínky), ale také záporné podněty (nevlídné slovo či chování) (Haškovcová, 2012).

Jako nejčastější zátěžové situace uvádí Vágnerová (2007) **nemoc a úmrtí partnera**, popřípadě jiných blízkých osob, z čehož vyplývá pocit osamělosti, dále **zhoršení zdravotního stavu**, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických sil, ke ztrátě soběstačnosti a **ztrátu jistoty soukromí**, která je spojena s hospitalizací nebo umístěním do ústavní péče (domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných), což představuje velkou zátěž na adaptaci prostředí.

4.1.1 Změny psychických funkcí

Vágnerová (2007) popisuje proces změny psychických funkcí jako zpomalování a úbytek přesnosti při ukládání a využívání informací v pozdním stáří. Přijímání podnětů je obtížnější při zhoršování zrakových a sluchových funkcí, narůstají negativní změny paměťových funkcí. Častým problémem stáří je **demence** (především Alzheimerova choroba), kdy se jedná o značný úbytek rozumových schopností, nápadné zhoršení paměti, senior se může stát zcela závislým na pomoci jiné osoby. Demence se projevuje také úpadkem v myšlení, ve ztrátě schopnosti logického uvažování, dochází ke zhoršení kontroly emocí, může dojít ke změnám osobnostním, nemocný senior se stává bezohledným, sobeckým, ztrácí schopnost dodržovat normy chování a sociální návyky. Pro členy rodiny je taková změna značně traumatizující.

Demenci označují také Holmerová a kol., (2007, s. 83) jako syndrom, který se rozvíjí „v důsledku patologických změn v mozku“, který tvoří „jednak porucha kognitivních funkcí (myšlení, paměti, orientace, soustředění, schopnost vyjadřovat se a porozumět řeči atd.) a jednak komplexní problematika psychiatrických příznaků

a poruch chování (zejména depresivita u počínajícího syndromu demence, neklid, bloudění, agresivita a podobně ve fázích rozvinuté demence).“

Demence má vážné dopady nejen pro pacienta, ale je problémem pro celou rodinu, protože jde o onemocnění dlouhodobé, chronické a progredující (postupující) onemocnění, kdy pacient postupně potřebuje téměř nepřetržitou péči. Demence má různé příznaky jako jsou zejména poruchy paměti, myšlení, ale taky chování. Je výsledným stavem onemocnění, za nejčastější je považována Alzheimerova choroba a cévní onemocnění mozku. Demence je vždy důsledek choroby, není to důsledek stárnutí, přestože je častější u starších lidí. Pečovat o seniora s demencí klade velké nároky, které často přesahují síly a možnosti pečujících osob (Holmerová a kol., 2007).

Jako stav zmatenosti je považováno **delirium**, které označila Holmerová a kol., (2007, s. 88) jako „*akutní stav, který je reverzibilní (vratný), trvá řádově hodiny až dny. Je přítomna porucha myšlení, orientace, paměti, vnímání, pozornosti, bývá přítomen neklid, agresivita, halucinace i bludy.*“

Holmerová a kol. (2007) označují jako velmi časté onemocnění seniorského věku **deprese**. Jedná se o projevy změny nálad, dlouhodobý smutek, bezmocnost, úzkost, často z neznámých příčin, které se dají při špatné životní situaci (tragická událost) vysvětlit a trvají jen určitou dobu. Ale pokud smutek, špatné nálady, beznaděj, opuštěnost a bezvýznamnost trvají dlouhodobě, není to normální stav, ale onemocnění. Staří lidé neradi hovoří o psychických problémech, protože se za ně stydí.

Deprese je závažná choroba, která zatěžuje nejen nemocné, ale i blízké osoby a osoby pečující. Může docházet k narušení běžných životních funkcí, ale také se zhoršují stávající tělesná onemocnění. Lidé s depresí potřebují více zdravotní péče, zhoršuje se jejich kvalita života. Jako obvyklé příznaky deprese jsou uváděny: smutek, pocity viny, snížení sebedůvěry, poruchy spánku, zhoršené soustředění, nechut' k jídlu, nechut' plánovat budoucnost, myšlenky na sebevraždu. U starého člověka je krajina deprese trochu odlišná, má pocit, že už dosáhl toho, co chtěl nebo naopak přišel o vše, co pro něho mělo nějaký význam. Může mít také pocit, že něco promeškal, zvláště ve vztahu ke druhým lidem. Takový pocit může být důsledkem například při odchodu do důchodu, ztráta partnera, nemoc, invalidita. Proto je nutné, aby se starý člověk zabýval takovými aktivitami, které mu pomohou k návratu k sobě samému (Venglářová, 2007).

Staří bývá také zdrojem vzniku **úzkosti**, staří lidé mají sníženou schopnost přiměřeně reagovat na stresy. Ve stresových situacích cítí člověk obavu, nejistotu,

strach, a pokud se tyto situace stále opakují, člověk je ustrašený a reaguje úzkostným stavem. Je to projev nepříjemných emocí ze starostí, obav, strachu, nejistoty a napětí. Úzkost je sice důležitá pro zlepšení adaptace, zvýšení aktivity, podporuje pozornost a nutí člověka se bránit, ale pokud překročí určitý práh, působí opačně, snižuje se aktivita, zhoršuje se reakce, zužuje pozornost, zhoršuje paměť, vede k poruchám spánku, a může končit i sebevraždou. Déle trvajícím úzkost zhoršuje základní nemoci a podílí se na vyšší úmrtnosti. Úzkost, obavy a deprese patří k nejčastějším problémům stárnoucí populace (Holmerová a kol., 2007).

4.1.2 Poslední fáze života

Holmerová a kol. (2007, s. 97) uvádí, že *„celoživotním zdrojem úzkosti člověka je myšlenka na smrt. Smrt je nutné chápat jako přirozenou součást lidského života a potlačení myšlenek o smrti vede k zastírání této skutečnosti a rozvíjí strach z něčeho neobvyklého.“*

S myšlenkou na smrt nebo strachem z ní se senioři vyrovnávají různě. Staří lidé bývají s touto životní jistotou většinou smířeni, ale pokud chce člověk ještě něco dosáhnout a napravit, bojí se, že smrt mu zruší jeho představy. Člověk věřící je s myšlenkou smrti lépe smířen, přijímá ji klidněji, protože věří v další život po smrti. Starému člověku působí úzkost myšlenka, jak on sám umře, proto mají senioři strach zejména ze způsobu umírání a přejí si zemřít ve spánku nebo náhle při nějaké činnosti. Všichni touží po blízkosti a nabídnutí pomocné ruky, která jim usnadní odchod ze života. Postupné zhoršování zdravotního stavu a blízkost smrti seniora vyžaduje větší podporu rodiny a blízkých přátel, jejich pomoc jak nemocnému, tak i pečujícímu. Pro nemocného je důležité i vyřešení různých záležitostí, protože se často stávají zdrojem stresu, sklíčenosti a tím dochází k prohloubení smutku (Holmerová a kol., 2007).

Haškovcová (2012, s. 148) uvádí, že smrt je *„definitivní zánik každého živého organismu, tedy i člověka.“* Problematikou smrti a umírání se zabývají lékaři, psychologové, biologové, teologové a jejich poznatky jsou souhrnně označovány jako thanatologie. Důležitá je u seniorů prevence sociální smrti (člověk žije, je zdravý, ale chybí mu důležité mezilidské vztahy, pociťuje skutečnou nebo domnělou samotu).

Každý člověk ví, že jeho život má konec, ale touto myšlenkou se v průběhu aktivního života moc nezabývá. Senioři o závěru života přemýšlí více, obávají se

krutého a bolestivého umírání a většina by ráda zemřela doma. Lidé, kteří naplnili svůj život smysluplným konáním, kam musíme zařadit i osoby pečující o seniory, nemají závěr dobrého života zkalen úvahami umírajících, že měli žít jinak a lépe (Haškovcová, 2012).

Životní cyklus každého lidského jedince končí smrtí a s tímto faktem se každý vyrovnává různě. Je téměř nemožné, aby se člověk v průběhu svého života nesetkal se smrtí někoho blízkého. Ne všichni umí přirozeně reagovat na smrt, jde nejen o strach ze smrti, ale také z umírání, zvláště dlouhého a bolestného. Těžko je přijímána smrt jako ukončení lidského života, které je definitivní. Každá ztráta blízkého člověka je provázena zármutkem a bolestí, ale je velmi důležité, aby poslední okamžiky života člověka byly provázeny láskou a proces smíření se smrtí nenechal dramatické stopy u pozůstalých (deprese, snížení imunitního systému) (Šimíčková - Čížková a kol., 2010).

4.2 Psychologické aspekty pečujících osob

Pečující osoby o seniora v domácím prostředí bývají rodinní příslušníci (manžel, manželka, dospělé děti), popřípadě širší rodina a přátelé. Tato péče může trvat pár měsíců, ale může trvat i několik let. Společnými prvky v poskytování péče je **hluboký smutek**, protože někdo, na kom nám záleží, ztrácí svou soběstačnost, utrpěl zranění, ztrácí svou mobilitu a nikdy již nebude schopen sám normálního životního fungování. Dále je to **otřes** v rodině, protože se život převrátil naruby, pocit **izolace**, který je způsobený činnostmi mimo normu (oblékání, chůze, hygiena, dýchání), vše, co jiní považují za dané, se stává centrem pozornosti. Dalším prvkem je **frustrace**, kterou prožívají všichni jako zklamání z neúspěchu a **stres**, který pečující osoby pocítují, protože nemají dostatek volného nebo osobního času, z čeho plyne další společný prvek, který se vyskytuje u osob poskytujících péči – těžká **deprese**. Tyto sdílené emoce jsou společným prvkem pečujících osob. Existuje také další sdílená emoce, která není tak často rozpoznána, je to vnitřní síla, o které většina pečujících osob neví, že ji má – statečnost pokračovat bez ohledu na bolest (Tošnerová, 2001).

Tošnerová (2001) uvádí některé faktory, které mají významnou souvislost se zátěží pečujících osob, například bydlení ve společné domácnosti, potřeba pravidelné péče, zdravotní stav osoby, o kterou je pečováno, chybí podpora rodiny či příbuzných,

potíže při komunikaci. Zátěž se zvyšuje, pokud pečovaná osoba nespolupracuje a je pasivní nebo vyvíjí odpor nebo agresivitu.

Pečující osoby využívají **empatií** (schopnost vcítění se do pocitů druhé osoby) v různé míře proto, aby pochopili a rozuměli pocitům osob, o které pečují. Přiblížit se pocitům starých lidí je velmi nesnadné, zvláště pokud je osoba pečující výrazně mladší, protože bariéru tvoří odlišné životní zkušenosti a odlišný způsob uvažování. S empatií je spojená určitá psychická zátěž, proto by se s ní mělo zacházet opatrně, neboť může přispět ke vzniku **syndromu vyhoření** (Haškovcová, 2012).

Musil (2010) označil syndrom vyhoření (burnout syndrom) jako vyprahlost, vyhoření, selhávání z důvodu vyčerpání, což se projevuje jako ztráta zájmu, radosti, ztráta ideálů, úbytek energie, vytrácení smyslu života, sebedoceňování.

Pinesová a Aronson (in Musil, 2010, s. 35) soudí, že *„vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“*

Projevy vzniku symptomů syndromu vyhoření jsou v tomto postupném procesu viditelné v oblasti psychické, fyzické i sociální. Na počátku je **nadšení**, kdy má jedinec vysoké ideály a svou činnost chce vykonávat co nejlépe i za cenu přetěžování. Protože se úspěch nedostává, přechází jedinec do fáze **frustrace**, kdy své úkoly stále hůř zvládá a projevuje se zklamáním. Ve fázi **apatie a stagnace** se u jedince projevují příznaky neurotické, polevuje ve své činnosti a úsilí. Postupně se tak jedinec dostává do fáze **vyčerpání**, je skleslý, unavený, zklamaný a projevují se obtíže a problémy psychické, sociální i zdravotní. Proto je nutné udržování životosprávy, naučit se relaxování a vytvářet si pozitivní postoj k životu (Musil, 2010).

Také Kebza a Šolcová (2003) uvádí jako rozhodující význam pro zvládání všech stresových situací, aktivní přístup k životu a schopnost bojovat svými silami se všemi obtížemi, které nás v životě provází. Jako aktivní přístup k životu autoři uvádí některé zásady: vnímat to, co se kolem nás děje, nebát se změn a přijímat je jako běžné a přirozené a považovat je za určitou příležitost ukázat své schopnosti, snažit se aktivně čelit stresujícím událostem a počítat s nimi, neboť se jim v dnešním světě nevyhneme, umět stres oddělovat od jiných životních aktivit a vzájemně je nepřenášet, rozvíjet vztahy s ostatními lidmi, vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí, přijetí aktivní

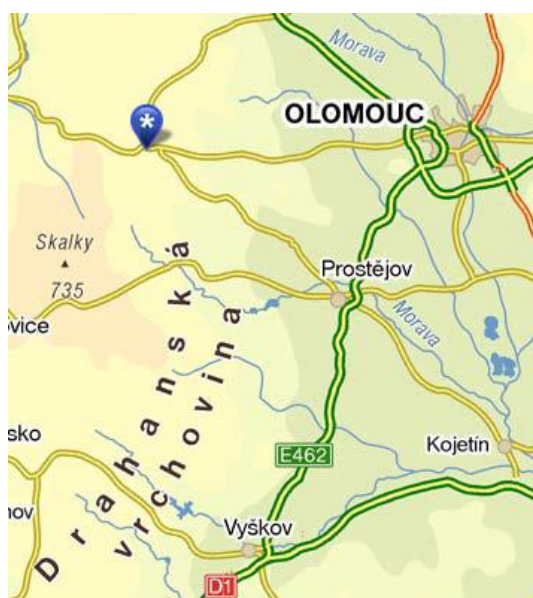
odpovědnosti za své zdraví. To vše je důležité a nezbytné jako úspěšná prevence syndromu vyhoření.

5 REGION KONICKO

Region Konicko (správní obvod obce s rozšířenou působností Konice) tvoří svazek 21 obcí: Bohuslavice, Brodek u Konice, Březsko, Budětsko, Dzbel, Hačky, Horní Štěpánov, Hvozd, Jesenec, Kladky, Konice, Lipová, Ludmírov, Ochoz, Polomí, Raková u Konice, Rakůvka, Skřípov, Stražisko, Suchdol a Šubiřov. Největší město správního obvodu obce s rozšířenou působností (ORP) je Konice (místní části Čunín, Křemenec, Ladín, Nová Dědina, Runářov). První písemná zpráva o Konici pochází z roku 1305. Region Konicko, který náleží do okresu Prostějov, se rozprostírána jihozápadě Olomouckého kraje o rozloze 178 km². Konice leží v nadmořské výšce 423 m na severu Drahanské vrchoviny [2].

Počet obyvatel za posledních několik let v regionu Konicko stále klesá, což je způsobeno především migrací z důvodu nedostatku pracovních příležitostí, nízké platové úrovně a malé možnosti bydlení. Tuto skutečnost vykazují také výsledky Českého statistického úřadu. Správní obvod Konice měl v roce 2000 celkem 11 676 obyvatel, v roce 2005 celkem 11 483 obyvatel, v roce 2010 celkem 11 149 obyvatel a stav k 31. 12. 2012 byl celkem 11 049 obyvatel [3]. Průměrný věk obyvatelstva správního obvodu Konice má vzrůstající tendenci, kdy v roce 2007 byl průměrný věk 40,9 a v roce 2011 byl průměrný věk 42,2 [2].

Obrázek č. 1 Poloha Konice na pomezí Drahanské vrchoviny a Hané (viz modrý ukazatel).



Zdroj: [2]

Obrázek č. 2 Mapa správního obvodu obce s rozšířenou působností Konice



Zdroj: [4]

5.1 Ošetřovatelská a pečovatelská služba v regionu Konicko

V regionu Konicka působí Charita, což je účelové zařízení římskokatolické církve, které bylo zřízeno 13. 7. 1993 arcibiskupem olomouckým. Jako nestátní nezisková organizace poskytuje ošetřovatelskou a pečovatelskou službu, která zajišťuje seniorům a postiženým občanům služby v oblasti zdravotní, sociální, duševní i duchovní. Charitní pomoc je zaměřená na pomoc potřebných lidem v nouzi bez rozdílu rasy, národnosti, vyznání nebo státní příslušnosti. Činnost Charity Konice je zaměřena na osoby s chronickým onemocněním, osoby s tělesným a zdravotním

postižením, rodiny s dětmi. Jde o služby terénní s kapacitou 218 osob, větší část služeb je poskytována od pondělí do pátku od 7:00 – 16:00 hodin, ale podle požadavků uživatele může být poskytována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. **Ošetřovatelská služba** - provádí registrované zdravotní sestry, jedná se o úkony indikované lékařem (převazy, aplikace inzulínu, měření krevního tlaku, ošetření stomií, odběry krve). Pro těžce nemocné pacienty zajišťuje personál charity zapůjčení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (WC křesla, invalidní vozíky, chodítka, polohovací lůžka). Poskytování zdravotních výkonů plně hradí zdravotní pojišťovny. **Pečovatelská služba** - pomáhá lidem se sníženou soběstačností, především v oblasti osobní péče a péče o domácnost (pomoc při hygieně, zajištění stravy – dovážka obědů, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu). Posláním pečovatelské služby Charity Konice je pomoc lidem, kteří nejsou schopni si sami vlastními silami zajistit základní životní potřeby z důvodu snížené soběstačností, a tím je podporováno jejich začlenění do běžného života. Cílem této služby je umožnit člověku setrvat ve vlastním domácím prostředí a takto zabránit nebo oddálit odchod do zařízení ústavního typu [5].

5.2 Pobytové služby v regionu Konicko

Charitní zařízení poskytuje od roku 1993 pečovatelskou a ošetřovatelskou službu také uživatelům **Domu s pečovatelskou službou Konice** s kapacitou 10 bytů, který je majetkem Města Konice a jeho provozovatelem je Charita Konice. Toto zařízení je určeno seniorům bez nutnosti potřeby celodenní péče jiné osoby. Charita Konice dále provozuje služby v pobytovém zařízení – **Dům pokojného stáří Bohuslavice** s kapacitou 47 lůžek, cílovou skupinou jsou senioři od 60 let se sníženou soběstačností. Mimo poskytovaných služeb Charity Konice, nabízí region Konicko služby pobytové také v dalších dvou ústavních zařízeních, která poskytují bydlení seniorům se sníženou soběstačností. Je to **Domov důchodců Jesenec** s kapacitou 82 uživatelů, jehož zřizovatelem je Olomoucký kraj, cílovou skupinu tvoří osoby se zdravotním postižením a přiznaným invalidním důchodem III. stupně (50 – 65 let) a senioři od 65 let se sníženou soběstačností. Dalším pobytovým zařízením od roku 2000 (dříve dům s pečovatelskou službou) je **Domov pro seniory Ludmírov** s kapacitou 36 lůžek. Zřizovatelem je Obec Ludmírov, cílovou skupinou jsou senioři se sníženou soběstačností od 65 let věku [6].

5.3 Počet vyplácených příspěvků na péči v regionu Konicko

Příspěvek na péči, který upravuje ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, byl vyřizován a vyplácen od 1. 1. 2007 Městským úřadem Konice. Od 1. 1. 2012 o příspěvku na péči rozhoduje a vyplácí Úřad práce České republiky, Krajská pobočka v Olomouci, Kontaktní pracoviště Konice. V tabulce č. 1 jsou uvedeny počty vyplácených příspěvků na péči osobám starším 18 let v regionu Konicko za období roku 2007 až 2011. Údaje za rok 2012 a 2013 jsou zrušením a zneprístupněním programových zdrojů nezjistitelné. Dostupné jsou opět informace od 1. 1. 2014 - stav vyplácených příspěvků na péči k 30. 4. 2014 je v I. stupni závislosti - 160 příspěvků, ve II. stupni závislosti - 125 příspěvků, ve III. stupni závislosti - 79 příspěvků a ve IV. stupni závislosti - 59 příspěvků, celkem 423 příspěvků na péči. Informace jsou čerpány z interních zdrojů MPSV – data z informačního systému OK služby, která jsou přístupná pouze zaměstnancům).

Tabulka č. 1 Počet vyplácených příspěvků na péči osobám starším 18 let v regionu Konicko

Počet vyplácených příspěvků na péči osobám starším 18 let v regionu Konicko					
	Rok (stav k 31.12.)				
Stupeň závislosti	2007	2008	2009	2010	2011
I. stupeň	213	196	178	159	144
II. stupeň	199	170	146	145	137
III. stupeň	61	64	100	103	87
IV. stupeň	34	62	82	72	71
CELKEM	507	492	506	479	439

Zdroj: Data z informačního systému OK služby

V tabulce jsou uvedeny počty vyplácených příspěvků na péči osobám starším 18 let věku v regionu Konicko, ve stupni závislosti I. až IV. Tyto počty jsou uvedeny za jednotlivé roky 2007 až 2011 se stavem k 31. 12. Za jednotlivé roky jsou v tabulce uvedeny součty vyplácených příspěvků.

PRAKTICKÁ ČÁST

ÚVOD

Tato výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na stanovení cíle, dílčích cílů a na volbu typu výzkumu. V bakalářské práci je dále popsána charakteristika výzkumného souboru, metoda získávání dat a realizace výzkumu. Získaná data jsou zpracována a analyzována. Na závěr výzkumné části jsou interpretovány zjištěné výsledky a doporučení.

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se budeme zabývat rozpracováním výzkumné části bakalářské práce.

6.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je získat informace o pečujících osobách a zjistit, jak tyto osoby ovlivnila péče o seniory, kterým je přiznán IV. stupeň závislosti příspěvku na péči v regionu Konicko.

Dílčí cíle bakalářské práce:

1. Zjistit, jak změnila péče o seniora, život osoby pečující.
2. Zjistit, jaký vliv má péče o seniora na vztahy v rodině a okolí.
3. Zjistit, zda nesoběstačnost seniora ovlivnila jeho chování vůči rodině.
4. Zjistit, zda péče o seniora je vnímána jako náročná a výše příspěvku na péči je odpovídající náročnosti.
5. Zjistit, zda osoby pečující využívají volný čas a přemýšlí o budoucnosti.

6.2 Typ výzkumu

Pro zvolené téma bakalářské práce byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Jako záměr výzkumné části bakalářské práce je zjistit, zda vytipované osoby pečující ovlivnila péče o seniora v domácím prostředí. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu je snaha o vytvoření představy o náročnosti poskytování péče nesoběstačným seniorům. Kvalitativní výzkum označuje Gavora (2000) jako zjišťování informací slovní formou, což má větší význam než čísla. Vyjadřuje kvalitativní výzkum jako hluboké poznání, sblížení se zkoumanou osobou a pronikání do situací, které zkoumaná osoba prožívá. Gavora (2000, s. 148) uvádí, že „*cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě. Kvalitativní výzkumníci se soustřeďují spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich mysli.*“

Švaříček a Šeďová (2007) označují kvalitativní výzkum jako proces zkoumání jevů a problémů, jehož cílem je získat obraz těchto jevů a záměrem výzkumníka, který

provádí kvalitativní výzkum, je za pomoci různých postupů a metod reprezentovat to, co lidé prožívají, jak chápou a vytvářejí sociální realitu.

„Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace“ (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11).

6.3 Výzkumný soubor

Bakalářská práce je zaměřena na osoby pečující o seniory ve IV. stupni závislosti příspěvku na péči v regionu Konicko. Hlavním kritériem bylo najít osoby, které pečují o seniory s nejnižší soběstačností především z důvodu imobility (snížená schopnost pohybu) a kteří pobírají příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti. Osoba ve IV. stupni závislosti (úplná závislost) je osoba, která není schopna podle § 8, odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, zvládat devět nebo deset základních životních potřeb. Osoby, které jsou v této praktické části označeny jako respondenti, byly vybrány na Úřadu práce ČR, Kontaktním pracovišti Konice, referátu nepojistných sociálních dávek, z agendy příspěvku na péči. Byl vybrán jeden respondent, který pečuje při zaměstnání, dva respondenti, kteří příspěvek za poskytovanou péči mají jako jediný zdroj příjmů a další dva respondenti, kteří pobírají částečný invalidní důchod. Celkem bylo vybráno pět respondentů, jeden muž a čtyři ženy.

Tabulka č. 2 Výzkumný soubor respondentů

Výzkumný soubor respondentů (stav k 28.2.2014)							
Respondenti	Věk	Zaměstnání	Délka péče	Doba pobírání PnP	Věk seniora	Stupeň závislosti	Pečovatelská služba
Respondent č. 1	50 let	zaměstnán	5 měsíců	5 měsíců	79	IV.	NE
Respondent č. 2	54 let	nezaměstnán	6 let	7 let	91	IV.	ANO
Respondent č. 3	45 let	nezaměstnán	8 let	7 let	65	IV.	NE
Respondent č. 4	54 let	část. inval. důchod	8 let	7 let	89	IV.	NE
Respondent č. 5	55 let	část. inval. důchod	5 let	5 let	79	IV.	ANO

Zdroj: Spisová dokumentace příspěvku na péči

Tabulka uvádí výzkumný soubor respondentů k 28. 2. 2014. Celkem zahrnuje pět respondentů ve věku od 45 let do 55 let, kteří pečují o seniory ve IV. stupni závislosti příspěvku na péči ve věku od 65 let do 91 let. Délka péče respondentů je v rozmezí od 5 měsíců do 8 let a doba pobírání příspěvku na péči je v rozmezí 5 měsíců do 7 let. Zaměstnání vyjadřuje zaměstnanost, nezaměstnanost a pobírání částečného invalidního důchodu respondentů. Pečovatelská služba označuje využívání této služby při poskytování péče respondenty.

6.4 Metoda získávání data

Při získávání dat byla použita technika analýzy dokumentů a rozhovoru.

Jako podklad pro výběr výzkumného souboru byla využita metoda – **analýza dokumentů.**

Podle Miovského (2006, s. 98) je analýza dokumentů definována v širším pojetí jako „*analýza jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací.*“ V užším pojetí je analýza dokumentů založena na analýze existujícího materiálu, výzkumník nové materiály a data nevytváří, nemůže je změnit, ale pracuje s již existujícími materiály.

V agendě příspěvku na péči byla využita spisová dokumentace seniorů, o které vybraní respondenti pečují. Z této dokumentace byly získány základní informace o seniorech (věk, stupeň závislosti, doba pobírání příspěvku na péči, využívání pečovatelské služby), ale také o respondentech (věk, zaměstnání, příbuzenský vztah, délka péče). Některé informace byly zjištěny ze záznamu ze sociálního šetření, který je součástí spisové dokumentace (společná domácnost, zdravotní stav seniora, počet dětí).

Další technikou pro získání dat byl zvolen **strukturovaný rozhovor (interview)**. Pro realizaci této techniky byly sestaveny a vytvořeny otevřené otázky, které byly v průběhu rozhovoru postupně pokládány respondentům. V kvalitativním výzkumu je rozhovor považován za nejčastější metodu pro získávání dat. Hendl (2005, s. 173) označil strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami jako „*řadu pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět.*“ Dále uvádí jako nevýhodu, časovou náročnost výzkumníka při získávání informací rozhovorem a následném srovnání dat. Jako výhodu označil snadnější analýzu dat, protože data ze strukturovaného rozhovoru, se svojí strukturou výrazně neliší.

Strukturovaný rozhovor, pořadí a znění otázek, je podle Miovského (2006) pevně dané, pro tazatele závazné a neumožňuje příliš velké změny či úpravy. Jako nevýhodu označuje omezený prostor tazatele pro rozvíjení tématu. Stejně tak Chráska (2007) uvádí přesný postup formulace připravených otázek v daném pořadí při strukturovaném rozhovoru. Výhodu vidí ve stejných podmínkách respondentů a tím lepšího zpracování výzkumníkem. Gavora (2002) tento druh rozhovoru vidí jako méně náročný, protože má určitý plán a tím se liší od běžného povídání si.

6.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl prováděn během února 2014. Nejdříve byli vybraní respondenti telefonicky osloveni, byl jim vysvětlen důvod, proč byli osloveni, byli seznámeni s cílem bakalářské práce a zároveň byli požádáni o spolupráci na výzkumu. Všichni respondenti byli seznámeni s anonymitou tohoto výzkumu a s tím, že nebudou také uváděna jejich jména a vesnice, kde žijí. Respondenti ochotně spolupráci přislíbili a byly dohodnuty termíny pro vedení rozhovorů, které vyhovovaly jejich časovým podmínkám.

Všechny rozhovory byly vedeny v domácnostech respondentů v různé dny a v jinou dobu s ohledem na jejich vytíženost. Rozhovory probíhaly v rozmezí asi 3 týdnů, v časovém intervalu přibližně 45 - 60 minut. Všechny rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a postupně přepisovány do písemné formy a pak z diktafonu vymazány. Ze strany respondentů se projevila velká ochota a dobrá spolupráce. Někteří respondenti byli v odpovědích struční, někteří měli radost, že je projeven zájem také o jejich osobu a byli i více komunikativnější. Po ukončení rozhovoru bylo respondentům poděkováno za jejich čas, ochotu a velkou vstřícnost.

Seznam otázek pro strukturovaný rozhovor:

Pro získání informací k dosažení dílčích cílů, které vedou ke splnění hlavního cíle, byly stanoveny tyto otázky, kladené při rozhovoru respondentům:

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora?
2. Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit?
3. Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora?
4. Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení?

5. V čem vidíte klady či záporny péče v domácím prostředí?
6. Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat?
7. Pomáhá Vám rodina v péči o seniora?
8. Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb?
9. Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat?
10. Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině?
11. Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete?
12. Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny?
13. Považujete péči o seniora za náročnou? V čem?
14. Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného?
15. Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující?
16. Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem?
17. Máte pocit izolace od společenského dění?
18. Máte nějaký volný čas pro sebe?
19. Jste připraven(a) na smrt seniora?
20. Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat?

6.6 Zpracování dat

Pro zpracování dat byly využity přepsané rozhovory z diktafonu. Tento způsob je pojmenován jako **transkripce**. Hendl (2005, s. 208) označil transkripci jako „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby*.“ Důležitá místa se mohou zvýraznit podtrháváním. Miovský (2006) uvádí, že transkripce je jeden z prvních kroků, který má velký význam ve výzkumu, zejména z hlediska jejich zkreslování.

Po přepsání textu byla využita technika **barvení textu**, což je podle Miovského (2006) technika úprav a příprava dat na jejich analýzu. Využívaná je zejména při práci s papírovou verzí. Pasáže, které se týkají určitých tematických celků (odpovídají výzkumným otázkám), se mohou barevně označovat v textu (Miovský, 2006). Barvení textu přispělo k usnadnění orientace a byla označována místa, která se týkala určitých úseků.

Ke zpracování takto připravených dat byla využita technika **kódování**. Miovský (2006, s. 219) označil kódování jako „*přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoliv snadno pracovat s většími významovými celky.*“ Podle Hendla (2005) byla provedena kategorizace kódu (symbolu), který byl přiřazován k jednotlivým úsekům textu.

6.7 Analýza získaných výsledků

Na základě provedených rozhovorů s respondenty a jejich následnou analýzou, u kterých byla využita technika otevřeného kódování, byly stanoveny tyto okruhy:

- Život osoby pečující
- Vztahy v rodině
- Chování seniora vůči rodině
- Náročnost péče a k tomu odpovídající výše pobíraného příspěvku
- Volný čas osob pečujících a jejich vize do budoucnosti

Tyto okruhy posloužily ke splnění dílčích cílů a k přiblížení se k cíli hlavnímu.

Po zanalyzování rozhovorů byla použita metoda **zakotvené teorie**. Jedná se o teorii, která je „*induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentujeme. Nezačíná se teorií, kterou bychom poté následně ověřovali. Začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, aby se vynořilo to, co je v této oblasti významné*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14).

Metoda zakotvené teorie je složena ze tří druhů kódování – otevřené, axiální a selektivní (Strauss, Corbinová, 1999). Pro tuto bakalářskou práci bylo použito **kódování otevřené**.

Otevřeným kódováním je myšlena „*část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43). Na základě tohoto kódování dojde k rozebrání údajů na samostatné části, jejich prostudování a zjišťování podobností a rozdílností. Otevřeným kódováním přicházíme k novým objevům na základě zvažování a zkoumání našich vlastních i cizích myšlenek (Strauss, Corbinová, 1999).

V této části je proveden rozbor rozhovorů, který je zařazen do jednotlivých kategorií. Součástí každé kategorie jsou texty, které jsou doplněny jednotlivými citacemi odpovědí respondentů získaných z rozhovorů. Doplněny jsou pouze ty citace respondentů, které dané texty dokládají.

Celkem bylo pro stanovené okruhy vytvořeno 9 kategorií:

Život osoby pečující

Kategorie č. 1 – Rozhodnutí pečovat o seniora aneb beru to jako samozřejmost.

Kategorie č. 2 – Umístění seniora do ústavního zařízení, aneb pokud budu péči zvládat, tak určitě ne.

Vztahy v rodině

Kategorie č. 3 – Ohlasy rodiny aneb s mým rozhodnutím souhlasili.

Kategorie č. 4 – Pomoc rodiny aneb bez jejich pomoci bychom to nezvládli.

Chování seniora vůči rodině

Kategorie č. 5 – Chování seniora aneb, když má lepší chvílky, reaguje na nás pozitivně.

Náročnost péče a k tomu odpovídající výše příspěvku na péči

Kategorie č. 6 – Péče o seniora a její náročnost aneb náročnou velmi, ale zároveň taky přirozenou a automatickou věc.

Kategorie č. 7 – Finanční zajištění péče aneb pro velkou náročnost je to celkem málo.

Volný čas osob pečujících a jejich vize do budoucnosti

Kategorie č. 8 – Soukromý život respondentů aneb mám pocit izolace.

Kategorie č. 9 – Smrt seniora aneb bojím se toho, co bude.

6.7.1 Život osoby pečující

Tato oblast je zaměřena na údaje, které byly zjištěny z rozhovorů s respondenty, především na to, co vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora a zda nepřemýšleli o umístění seniora do ústavního zařízení. Před vedením rozhovorů byla provedena analýza dokumentů, kdy byly ze spisů vybrány potřebné informace o osobách pečujících a seniorech (viz. tabulka č. 2).

Po analýze rozhovorů byly zařazeny tyto kategorie:

- Kategorie č. 1 – Rozhodnutí pečovat o seniora aneb beru to jako samozřejmost.

- Kategorie č. 2 – Umístění seniora do ústavního zařízení, aneb pokud budu péči zvládat, tak určitě ne.

Kategorie č. 1: Rozhodnutí pečovat o seniora aneb beru to jako samozřejmost

Tato kategorii je zaměřena na rozhodnutí pečovat, co k tomu respondenty vedlo a proč se tak rozhodli.

V rozhovorech s respondenty, jak je uvedeno výše, nás zajímalo, co je vedlo k tomuto rozhodnutí. Z analyzovaných rozhovorů vyplynulo, že většina oslovených respondentů brala pečování o seniora jako **povinnost**.

Respondent č. 1: *„Nechtěli jsme se sourozenci dát otce do domova důchodců, bral jsem to jako povinnost se o otce postarat.“*

Respondent č. 2: *„...neviděla jsem jinou možnost.“*

Respondent č. 3: *„Všechno vyplynulo ze situace, brala jsem to jako samozřejmost....“*

Dva z respondentů se rozhodli pečovat po zhoršení zdravotního stavu seniora, neviděli jinou možnost, nikdo jiný pečovat nemohl. Dva respondenti opustili kvůli péči zaměstnání. K rozhodnutí vedlo také to, že nechtěli dát seniora do ústavního zařízení.

Respondent č. 1: *„Nechtěli jsme se sourozenci dát otce do domova důchodců....“*

Respondent č. 2: *„Nejdříve jsem dojížděla a pečovala také sestra, ale zdravotní stav se zhoršil, proto jsem opustila zaměstnání a nastěhovala se k mamince....“*

Respondent č. 3: *„...věděla jsem, že by v domově dlouho nežila.“*

Respondent č. 5: *„Byly to zdravotní problémy a stav, že už se babička nemohla starat sama o sebe....“*

Jeden z respondentů se rozhodl vystřídat v péči otce, který kvůli zdravotním problémům již nebyl schopen se o manželku postarat.

Respondent č. 4: *„...myslela jsem si, že to zvládne, ale po roce to už tak nešlo, zdravotní stav maminky se horšil a otec sám péči nezvládal, proto jsem se rozhodla, že se budu starat já.“*

Zajímalo nás také to, co museli respondenti ve svém životě změnit po rozhodnutí pečovat. Jeden z respondentů uvedl, že péče ovlivnila jeho soukromý život tím, že musel slevit z některých společenských aktivit, ale zaměstnání opustit nemusel. Dva respondenti naopak museli **opustit zaměstnání** a zbylí dva respondenti mají sami

zdravotní problémy, ale kdyby byli zdraví, nerozmýšleli by se a zaměstnání by také opustili. Většina respondentů musela změnit režim dne.

Respondent č. 1: „Ze zaměstnání jsem neodešel, mám možnost kdykoliv zaběhnout domů....“

Respondent č. 2: „...jsem opustila zaměstnání a odstěhovala jsem se z města na vesnici.“

Respondent č. 3: „...jsem v invalidním důchodu..., ale kvůli péči, bych odešla i ze zaměstnání.“

Respondent č. 4: „Největší změnou byla výpověď v zaměstnání....“

Respondent č. 5: „...jsem v částečném invalidním důchodu, nemusela jsem odcházet ze zaměstnání....“

Během rozhovoru jsme se dotazovali také na to, zda respondenty péče vyčerpává a cítí únavu. Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastěji co cítí je právě **únavu** a zejména **psychické vyčerpání**.

Respondent č. 1: „...cítím se vyčerpaný a unavený, je to velmi náročné zvláště na psychiku.“

Respondent č. 2: „...někdy se cítím hodně vyčerpaná....“

Respondent č. 3: „...je to náročné, hlavně na po psychické stránce....“

Respondent č. 5: „Ano, je to náročné, jsem unavená, ale zapojuje se rodina, hodně mi to pomáhá.“

Na co si v péči respondenti také stěžovali, bylo **nedocení péče** ze strany seniora a stereotyp, který denně zažívají.

Respondent č. 3: „...pěkné slovo už neslyším, jen že za vše můžu, nedostane se mi ani žádného ocenění.“

Respondent č. 4: „Unavená jsem hlavně ze stereotypu....“

Kategorie č. 2: Umístění seniora do ústavního zařízení, aneb pokud budu péči zvládat, tak určitě neuvažuji

Vzhledem k tomu, že jsme se z rozhovorů dozvěděli, že je péče o seniora náročná a vyčerpávající, zajímalo nás, zda respondenti uvažují nebo uvažovali o umístění seniora do ústavního zařízení.

Z rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů o této možnosti ani nepřemýšlela. Dva respondenti o této možnosti uvažovali, avšak zatím dále pečují.

Respondent č. 1: „*Přemýšlel a několikrát, ale zatím jsem schopen to zvládnout.*“

Respondent č. 5: „*Stát se může cokoliv, ale pokud to bude možné a budeme to zvládat, tak se o babičku postaráme.*“

Většina z respondentů se rozhodla pečovat doma a nepřemýšlejí nad tím, umístit seniora do ústavního zařízení, zajímala nás otázka, v čem vidí klady a zápory péče v domácím prostředí. Všichni z respondentů se shodli na tom, že kladem je to, že mohl senior zůstat v domácím prostředí, které zná a s blízkými osobami. Nejčastěji je to splnění všech potřeb seniora, které by v ústavním zařízení nebylo možné a s tím související vytvoření režimu dne na přání seniora.

Respondent č. 2: „*...pohodlí maminky, určitě ji mohu věnovat více péče, než by měla v nějakém zařízení a přizpůsobím vše jejím potřebám.*“

Respondent č. 3: „*Maminka je mezi svýma, určitě má doma více síly, vím, že v zařízení by byla již zcela bez zájmu....*“

Respondent č. 4: „*...maminka je s blízkými a režim dne se přizpůsobuje jejím potřebám a jak se cítí nejlíp, což by v nějakém zařízení neměla.*“

Jako zápor respondenti nejčastěji uváděli právě psychické vyčerpání a náročnost na čas. Jako zápor také uváděli **zátěž rodiny**. Jeden z respondentů uvedl, že jako zápor vidí to, že péči poskytuje ve vesnici, kde je **nedostupnost sociálních služeb**.

Respondent č. 2: „*Jako zápor vidím odstěhování na vesnici, protože hlídání ve městě je lehčí, je tam více služeb.*“

Respondent č. 4: „*...ale je to na úkor velké zátěže rodiny.*“

6.7.2 Vztahy v rodině

V této oblasti jsme se zaměřili na vzájemné vztahy v rodině, jak rodina vnímá respondenta, který pečuje o seniora, zda ho podporuje či naopak odsuzuje. V rozhovorech jsme se zajímali o to, zda s péčí rodina pomáhá a jak nahlíží ostatní lidé z okolí na respondenta, který se rozhodl pečovat.

- Kategorie č. 3 – Ohlasy rodiny aneb s mým rozhodnutím souhlasili.
- Kategorie č. 4 – Pomoc rodiny aneb bez jejich pomoci bychom to nezvládli.

Kategorie č. 3: Ohlasy rodiny aneb s mým rozhodnutím souhlasili

V této kategorii se zajímáme zejména o to, jak reagovali ostatní členové rodiny na rozhodnutí respondentů pečovat. Všichni z dotazovaných respondentů odpověděli, že jejich rozhodnutí zbytek rodiny přijal pozitivně. Někteří slíbili i pomoc, a samotní rodinní příslušníci by nevolili jinak. Jeden z respondentů uvedl, že jeho rozhodnutím se většině rodiny ulevilo, že je problém vyřešen.

Respondent č. 1: „*Sourozenci souhlasili a slíbili pomoc.*“

Respondent č. 2: „*Manžel mi nechal volnou ruku, nechal rozhodnutí na mně....*“

Respondent č. 3: „*Pozitivně, bylo to moje rozhodnutí.*“

Respondent č. 4: „*Pozitivně, všem se ulevilo, že je problém vyřešen.*“

Respondent č. 5: „*Rodina se k tomu postavila kladně....*“

Jeden z respondentů uvedl, že jeho děti měly obavu, že bude izolován od ostatních lidí a psychicky to nezvládne.

Respondent č. 2: „*...dcery měly obavy, že budu uzavřená na vesnici v domku.*“

Zajímala nás také skutečnost, jak nahlízejí na rozhodnutí a následnou péči lidé z okolí (sousedé, přátelé). Z rozhovorů vyplynulo, že reakce lidí jsou velmi různé. Často se setkávají se **závistí**, že „sedí doma“ a berou za to finanční ohodnocení nebo naopak **litují**, že museli změnit způsob života, nemají žádné zájmy a koníčky, izolovali se od ostatních.

Respondent č. 2: „*...někteří si klepali na hlavu, že jdu z města na vesnici, že jsem odešla ze zaměstnání.*“

Respondent č. 4: „*...často jsem teď slyšela slova jako: ty se máš, ty jsi doma a nemusíš do práce, jako by mi záviděli i ty peníze, které dostávám.*“

Respondent č. 5: „*...Samozřejmě se najdou i tací, kteří odsuzují a vidí jen příspěvek na péči....*“

Jsou uváděny, ale i reakce pozitivní a **obdivující**. Někteří přátelé slíbili **pomoc a podporu** v případě potřeby.

Respondent č. 2: „*...někteří projeví obdiv, což jsem nepřijala, není co obdivovat....*“

Respondent č. 3: „*Přijali to spíš pozitivně.*“

Respondent č. 5: „*...ale přátelé nás podporují, a když potřebujeme, tak pomohou.*“

Vzhledem k tomu, že většinu času tráví respondenti péčí o seniora, zajímalo nás, zda se změnilы vztahy v rodině od doby, co pečují. Většina respondentů uvedla, že péče jejich vztahy **utužila**, nenarušila, dokonce i posílila a že se dokázali domluvit.

Respondent č. 1: „*V podstatě se nic nezměnilo....*“

Respondent č. 2: „*Vztahy se postupně vyvíjely, vlastní rodina to přijala a vztahy to nějak nenarušilo....*“

Respondent č. 4: „*...vždy jsme se dokázali domluvit.*“

Respondent č. 5: „*...nám péče o ni neublížila, naopak nás posílila.*“

Podle zjištěných výsledků, však vyvstávají situace, kdy se v rodině nemohou domluvit, vznikají **hádky a rozepře** a to zejména kvůli financím.

Respondent č. 1: „*...jsem očekával větší pomoc sourozenců, což vede k napětí a občasným hádkám s manželkou.*“

Respondent č. 2: „*...vztahy se sourozenci se po hádkách kvůli penězům změnilы.*“

Kategorie č. 4: Pomoc rodiny aneb bez jejich pomoci bychom to nezvládli

Tato kategorie je zaměřena na pomoc rodinných příslušníků. Zajímalo nás, zda by se respondenti bez jejich pomoci při péči obešli nebo ji naopak potřebují. Také nás zajímalo, zda kromě rodinných příslušníků využívají dostupných sociálních služeb.

Podle odpovědí respondentů bylo zjištěno, že bez pomoci rodiny si nedokážou péči představit. Většinou pomáhají manželé nebo sourozenci, nejčastěji **pomáhají** s domácími pracemi, hygienou nebo přípravou stravy. Jeden z respondentů uvedl, že je pro něho velmi důležitá **morální podpora**, kterou mu poskytuje dcera, která jezdí na návštěvy.

Respondent č. 1: „*Bratr přijde občas, ale spíš jen na návštěvu, sestra jezdí někdy na víkend, tak trochu pomůže, nejvíce pomůže manželka s vařením a úklidem....*“

Respondent č. 2: „*...hlavně mám od ní morální podporu....*“

Respondent č. 3: „*...hlavně potřebuji pomoc s koupáním a přemisťováním....*“

Respondent č. 4: „*...bez jejich pomoci bych to vůbec nezvládala.*“

Respondent č. 5: „*Rodina mi pomáhá, bez nich bych to nezvládala....*“

V dotazech jsme se zaměřili i na oblast pomoci jiných služeb než rodiny. Dva respondenti využívají pomoci pouze rodinných příslušníků. Zbytek respondentů využívá sociálních služeb pouze výjimečně. Využívají **služeb Charity**, která je nejvíce dostupná v tomto regionu.

Respondent č. 2: „...využívám Charitní službu 2 krát týdně na hygienu a koupání, jiných služeb nevyužívám.“

Respondent č. 4: „...občas jen zdravotní péči Charity.“

Respondent č. 5: „...když jsou všichni v práci, tak mi pomáhá i Charita, za což jsem velmi ráda.“

6.7.3 Chování seniora vůči rodině

Tato oblast je zaměřena na seniora, jeho chování vůči respondentům a ostatním členům rodiny.

- Kategorie č. 5 – Chování seniora aneb, když má lepší chvílky, reaguje na nás pozitivně.

Kategorie č. 5: Chování seniora aneb, když má lepší chvílky, reaguje na nás pozitivně

Respondenti poskytují péči seniorům celodenně, vzhledem k tomu, že jsou senioři zcela závislí na jejich pomoci ve stupni závislosti IV – úplná závislost. Proto jsme se v rozhovorech zaměřili na otázku chování seniora vůči nim.

Zajímalo nás, zda se změnilo chování seniora od doby, co je o něho pečováno. Ve většině případů nám bylo sděleno, že se jejich chování výrazně změnilo. Došlo k velkým **změnám nálad**, které jsou způsobeny velkým množstvím léků, odkázáním na pomoc druhých osob a s tím spojenou **nesamostatností**.

Respondent č. 1: „Chování mění pořád, má různé nálady, často je zlostný a zlý.“

Respondent č. 2: „...mívala hodně léků a byla hodně nervózní, špatně reagovala, někdy také nadávala.“

Respondent č. 3: „...nikdy nenadávala, ale teď nadává často, večer musí mít léky na zklidnění.“

Někteří respondenti však uvedli, že došlo i ke zklidnění, že senioři oceňují jejich pomoc, možnost zůstat v domácím prostředí a jsou milí a přívětiví nebo uvedli, že ke „zklidnění“ seniora mohlo dojít i tím, že už postupem času **ztratil energii**.

Respondent č. 2: „...odebrala jsem i prášky na spaní a došlo ke zklidnění, možná je to i celkovou ztrátou energie.“

Respondent č. 4: „Maminka je hlavně klidnější, než bývala dřív, když byla ještě schopna nějaké malé činnosti, bála se, jak to s ní bude dál, jestli se péče o ni zvládne, ale teď vidí, že je o ni postaráno, tak je spokojená.“

Respondent č. 5: „Je klidnější a spokojenější, než když byla v nemocnici, je ráda, že je v domácím prostředí.“

Kromě respondentů tráví senior čas i s ostatními členy rodiny, proto nás zajímala reakce na tyto členy rodiny. Podle sdělení respondentů je chování k ostatním členům rodiny stejné, jako k osobám pečujícím. Avšak někteří respondenti uvedli, že chce mít senior svůj klid, že je zvyklý pouze na osobu pečující, s ostatními nekomunikuje a když je více lidí v místnosti, reaguje nervózně.

Respondent č. 1: „...nejlíp se chová ke mně, protože mě potřebuje a moji pomoc. Na sestru je hodně zlý, často jí nadává.“

Respondent č. 2: „...vůči manželovi měla vždy averzi, když mi pomáhá, tak se na něho upřeně dívá s nedůvěřivostí, ale k ostatním členům rodiny se chová neutrálně.“

Respondent č. 3: „...když je více lidí, hluk a smích jí vadí, bere to jako výsměch, vadí jí více lidí pohromadě.“

6.7.4 Náročnost péče a k tomu odpovídající výše příspěvku na péči

Tato oblast je zaměřena na náročnost péče pro respondenty, a zda výše příspěvku odpovídá této náročnosti. Zvolili jsme tyto kategorie:

- Kategorie č. 6 – Péče o seniora a její náročnost aneb náročnou velmi, ale zároveň taky přirozenou a automatickou věc.
- Kategorie č. 7 – Finanční zajištění péče aneb pro velkou náročnost je to celkem málo.

Kategorie č. 6: Péče o seniora a její náročnost aneb náročnou velmi, ale zároveň taky přirozenou a automatickou věc

Tato kategorie je zaměřena na pocity náročnosti respondentů a dále, zda považují péči o seniora imobilního náročnější než o psychicky nemocného.

Z analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že považují péči náročnou jak **fyziicky**, tak i **psychicky**. Velkým problémem je **nedostatek času** na soukromý život a **zhoršení vztahů** v rodině. Avšak někteří respondenti i přes velkou náročnost považují péči za automatickou věc.

Respondent č. 1: „*Ano péče je náročná. Často změní postoj mezi členy domácnosti.*“

Respondent č. 2: „*...Je to psychicky náročné, často omezující, ale vnímám to jako povinnost.*“

Respondent č. 3: „*Je náročná, jak po fyzické stránce, ale hlavně po psychické stránce.*“

Respondent č. 4: „*Ano, hlavně na čas, musím být stále k dispozici.*“

Respondent č. 5: „*...je to fyzicky i psychicky náročné....*“

Když jsme se zaměřili na otázku, o kterého seniora pečovat je podle respondentů těžší, většina se shodla, že o psychicky nemocného a to z důvodu jeho nečekané reakce. Pokud je senior psychicky nemocný, osoba pečující mu nemůže naplánovat režim dne, nikdy neví, co udělá, potřebuje neustálý dohled.

Respondent č. 1: „*Péče o psychicky nemocného člověka je rozhodně náročnější, nikdy nevíte, co udělá.*“

Respondent č. 2: „*V mém případě se to tak trochu skloubilo dohromady, maminka je zcela imobilní, ale má i psychické problémy. Myslím, že je péče o psychicky nemocného je horší, špatně se dělá režim dne, je potřeba neustálý dohled.*“

Respondent č. 3: „*Péče o psychicky nemocného je mnohem horší.*“

Respondent č. 4: „*...to je určitě, u psychicky nemocného nikdy nevíte, co ho napadne a co udělá.*“

Jeden z respondentů považuje péči o psychicky nemocného seniora jako stejně náročnou ve srovnání s péčí o seniora imobilního.

Respondent č. 5: „*Vzhledem k tomu, že jsem si prošla obojím, péče je náročná stejně v obou případech.*“

Kategorie č. 7: Finanční zajištění péče aneb pro velkou náročnost je to celkem málo

Tato kategorie je zaměřena na výši příspěvku na péči, zda její výše odpovídá náročnosti péče. Většina respondentů nesouhlasí s výší příspěvků, považují ji za nedostačující. I respondenti, kteří pobírají invalidní důchod nebo jsou zaměstnaní, by si nedokázali představit, že by měli pobírat příspěvek pouze ve výši 12. 000 Kč.

Respondent č. 1: *„Je mi to jedno, mám svůj příjem, ale bez něj by to bylo málo, žívím ještě děti.“*

Respondent č. 2: *„Musím si hradit všechny náklady na byt ve městě a žívíme dceru na vysoké škole, nemám jiný příjem, je to náhrada mé mzdy, tak je to dost málo.“*

Respondent č. 3: *„...pro velkou náročnost je to celkem málo.“*

Respondent č. 4: *„V porovnání s platy na vesnici, tak to jde, ale jinak, když mám žít rodinu a dceru na škole, je to málo.“*

Respondent č. 5: *„Pokud bych byla sama a závislá pouze na příspěvku, tak je to nedostačující....“*

6.7.5 Volný čas osob pečujících a jejich vize do budoucnosti

V posledním okruhu se zaměřujeme na volný čas respondentů, trávený mimo péči o seniora, a pokud jim nějaký čas zbývá, jak ho tráví nebo jak by ho trávit chtěli. Dále nás zajímalo, jak si respondenti představují budoucnost, až senior zemře, zda si tuto skutečnost vůbec připouští.

- Kategorie č. 8 – Soukromý život respondentů aneb mám pocit izolace.
- Kategorie č. 9 – Smrt seniora aneb bojím se toho, co bude.

Kategorie č. 8: Soukromý život respondentů aneb mám pocit izolace

V této kategorii jsme se zaměřili na volný čas respondentů. Každý člověk má právo na soukromý život, ve kterém se může věnovat svým zálibám, aktivitám a odpočinku.

Nejdříve nás zajímalo, zda mají respondenti nějaký volný čas při péči o seniora. Z rozhovorů vyplynulo, že pouze jeden z respondentů má pro sebe volný čas,

a to pouze proto, že mu pomáhá rodina. Ostatní respondenti nemají žádný volný čas pro sebe, někdy pouze pár hodin nebo jen v domácnosti.

Respondent č. 1: „*Tak od 20:00 do 22:00, jinak pracuji nebo pečuji.*“

Respondent č. 2: „*Čas pro sebe mám, ale jen co se týká domácnosti nebo si čtu....*“

Respondent č. 3: „*Soukromý čas pro sebe nemám, nemůžu nikam odejít, jen večer ji převážíme vedle k bratrovi, kde má svůj pokoj a spí tam, ale jinak ji mám celý den u sebe doma.*“

Respondent č. 4: „*Málo, spíš jen večer....*“

Respondent č. 5: „*Když je manžel nebo dcera doma, tak mi umožní mít čas i pro sebe.*“

Respondenti většinou poprosí rodinné příslušníky o pomoc, aby měli trochu volného času a mohli se věnovat své rodině nebo svým zálibám.

Respondent č. 4: „*...nebydlím s mamkou, bydlí s ní setra s rodinou, která dle potřeby dohlédne a pomůže.*“

Respondent č. 5: „*Když je manžel nebo dcera doma, tak mi umožní mít čas i pro sebe.*“

Tím, že jsme se během rozhovorů dozvěděli, že respondenti nemají téměř žádný volný čas pro sebe, nás zajímalo, zda se cítí izolovaní od ostatních lidí a společnosti. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že tři z respondentů cítí velkou izolovanost od společenského dění, naopak dva respondenti se izolovaní necítí, zejména proto, že navštěvují při péči zaměstnání anebo pomůže rodina, a tak občas najdou volný čas pro sebe a mohou se účastnit nějakých aktivit.

Respondent č. 1: „*Částečně, pracuji, takže jsem pořád v kontaktu s lidmi, ale společenských aktivit ubylo.*“

Respondent č. 5: „*Když má dcera volno nebo dovolenou, tak nabídne, že se o babičku postará, ať se můžeme s manželem taky někam podívat a odpočinout si.*“

Tři z respondentů uvedli, jak již bylo zmíněno výše, že cítí velkou izolovanost od společnosti a aktivit. Jeden z respondentů uvedl, že i kdyby se chtěl zúčastnit některých aktivit, nemůže, protože se často z různých akcí z důvodu nedostatku času omluví, a poté už ho nikdo nikam nepozve.

Respondent č. 2: „*Určitý pocit izolace mám....*“

Respondent č. 3: „*To jo, to mám a hodně.*“

Respondent č. 4: „...nemůžu, kam chci, na žádné akce, párkrát se omluvím, že nemůžu, a příště mi už nikdo neřekne.“

Zajímalo nás také, zda by respondenti přivítali setkávání s dalšími lidmi, kteří také pečují o seniory. Zda si myslí, že by jim to v něčem pomohlo. Většina respondentů se shodla na tom, že setkávání s lidmi, kteří pečují o seniory, by jim nic nedalo a v ničem nepomohlo a nic by jim to nepřineslo. Rádi by se setkávali spíše s přáteli, se kterými by se zasmáli a mluvili o jiných věcech než o péči.

Respondent č. 1: „Nepomohlo, jen občas s některými mluvím, ale nic mi to nepřináší.“

Respondent č. 2: „Rozhodně nepomůže, potkávám se s některými na nákupech, ale slyším jen fňukání a nařikání a stěžování. Já si ráda povídám, ale chci slyšet spíš veselé příběhy, chci se zasmát. Potřebuju se nabít a ne poslouchat jen řeči o penězích.“

Respondent č. 4: „To si nemyslím, lepší je se scházet s lidmi, kteří nemají problémy nebo je mají jiné, nechci se pořád bavit jen o péči, chci ale slyšet i jiné zážitky a prožívání.“

Pouze dva respondenti si myslí, že by jim setkávání pomohlo v tom, že si uvědomují, že v tom nejsou sami.

Respondent č. 3: „...občas slyším problémy druhých, pak si řeknu, že v tom nejsem sama.“

Respondent č. 5: „...Určitě jsou rady a zkušenosti ostatních dobré.“

Kategorie č. 9: Smrt seniora aneb bojím se toho, co bude

Poslední kategorie je zaměřena na budoucnost, ve které nastane to, že senior zemře. Během rozhovoru nás zajímalo, jestli si tuto myšlenku respondenti vůbec připouští a zda si dovedou tuto skutečnost, která je součástí života, představit. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že většina je připravena na smrt seniora, téma smrti pro ně není tabu, jsou s touto skutečností smířeni a berou ji jako přirozenou a samozřejmou věc.

Respondent č. 1: „S tím musí člověk počítat, že to přijde.“

Respondent č. 2: „Na tohle jsem připravena, tahle otázka není pro mě žádné tabu, dokud byla maminka schopna vnímat, tohle téma jsme hodně probíraly.“

Respondent č. 3: „Beru to jako součást života a přirozenou věc.“

Dva z respondentů si však tuto možnost nechtějí připustit, nepřemýšlejí nad tím, myslí si, že se s touto skutečností nesmíří a bojí se, jak budou pokračovat v životě dál.

Respondent č. 4: *„Ne, nejsem, vím, že to někdy přijde a bojím se toho, co bude dál.“*

Respondent č. 5: *„Sice je to součástí života, ale na tohle se člověk asi nikdy nepřípraví.“*

Jako poslední, co nás během rozhovoru zajímalo, souvisí právě se smrtí seniora a to, zda respondenti přemýšlí nad tím, co bude, až senior zemře a oni přestanou pečovat. Zajímaly nás jejich plány a vize do budoucnosti. Tři z respondentů nám odpověděli, že této skutečnosti, která může kdykoliv nastat se bojí, protože se dostanou ze dne na den do situace bez příjmů. Bojí se, že si budou muset hledat práci, kterou budou velmi těžce shánět.

Respondent č. 2: *„Budu si muset hledat ještě práci, záleží, kdy se to stane, možná bych šla do předčasného starobního důchodu, asi se s manželem vrátíme zpět do trvalého bydliště“.*

Respondent č. 3: *„Budu muset řešit svou situaci, mám jen částečný důchod, asi si budu muset hledat práci.“*

Respondent č. 4: *„To je moje noční můra, nevím, kde budu shánět nějakou práci, člověk zůstane ze dne na den bez příjmu.“*

Respondentům, kteří jsou smířeni se smrtí a berou ji jako přirozenou součást života se uleví od zátěže a budou mít možnost trávit čas jinak. Jeden z respondentů uvedl, že doufá v péči své rodiny.

Respondent č. 1: *„Budu mít víc času, pojedeme s manželkou na dovolenou.“*

Respondent č. 5: *„Pak bude doufám rodina pečovat o mě.“*

6.8 Interpretace zjištěných výsledků a doporučení

Jako hlavní cíl bakalářské práce bylo stanoveno získat informace o pečujících osobách a zjistit, jak tyto osoby ovlivnila péče o seniory, kterým byl přiznán IV. stupeň závislosti příspěvku na péči v regionu Konicko. Pro dosažení tohoto cíle, byly stanoveny výzkumné otázky, které byly pokládány respondentům z regionu Konicka. Těmito otázkami jsme se snažili odpovědět na dílčí cíle, pomocí kterých jsme se přiblížili hlavnímu cíli. Jako dílčí cíle bylo stanoveno zjistit, jak změnila péče o seniora, život osob pečujících, zjistit, jaký vliv má péče o seniora na vztahy v rodině a okolí, zda nesoběstačnost seniora ovlivnila jeho chování vůči rodině. Také jsme se snažili zjistit, zda péče o seniora je podle osob pečujících vnímána jako náročná a výše příspěvku na péči je odpovídající náročnosti a také vyzkoumat, zda osoby pečující využívají volný čas a přemýšlí o budoucnosti.

Prostřednictvím kvalitativního výzkumu a metody strukturovaného rozhovoru jsme dospěli k těmto skutečnostem: po provedené analýze rozhovorů jsme zjistili, že pečovat o seniora se respondenti rozhodli sami a brali to jako automatickou věc. Rodiče se o ně postarali, tak berou jako samozřejmé, že se teď o ně postarají sami. S nikým se moc neradili, a nezajímá je názor jiných osob z okolí. Většina respondentů neuvažuje o tom, že by umístili seniora do ústavního zařízení. Dále bylo zjištěno, že i přesto, že respondenty péče psychicky vyčerpává, nevolili by jinak. Kromě psychického vyčerpání pociťují respondenti i fyzickou náročnost, stereotyp a zvýšené neshody v rodině.

Někteří z respondentů museli opustit zaměstnání, ale přesto svého rozhodnutí nelitují. Museli ve svém životě udělat hodně změn. Nemohou se věnovat svým zájmům, museli změnit režim dne, cítí se izolovaní od společnosti a psychicky vyčerpaní.

Jako klad domácí péče považují respondenti to, že je senior v domácím prostředí, splní seniorům veškeré přání a potřeby, přizpůsobí jim režim dne. Stejně tak jako je uváděno v literatuře, považují péči za pozitivní zejména proto, že dochází k posílení vzájemných vztahů mezi seniorem a osobou pečující, ale také mezi ostatními rodinnými příslušníky. Péče má však rovněž i zápory, které dotazovaní respondenti vnímají. V literatuře se jako zápor považuje psychická i fyzická náročnost, ztráta přátel osob pečujících, omezení společenských kontaktů, izolovanost nebo zdravotní a ekonomické problémy. Analýzou rozhovorů můžeme všechny tyto skutečnosti, které

uvádí literatura potvrdit. Mnoho z respondentů si stěžovalo právě na psychickou náročnost, izolovanost od společenského dění, omezení aktivit, kterými se dříve bavili.

Z výsledků bylo také zjištěno, že rozhodnutí pečovat, nijak zvlášť neovlivnilo rodinné vztahy, právě naopak jsme zjistili, že vztahy byly upevněny, zbytek rodiny slíbilo pomoc a podporu. Právě pomoc rodinných příslušníků je pro respondenty velmi důležitá, většina z nich by si nedokázala představit péči bez jejich pomoci. Když pomůže rodina, mohou se respondenti věnovat aspoň nějaký čas svým aktivitám a snížit tak pocit izolovanosti od společnosti. Většina z dotazovaných nevyužívá dostupných sociálních služeb. Pouze dva z respondentů využívají služeb Charity. Během rozhovorů bylo zjištěno, že by někteří ocenili více sociálních služeb v tomto regionu.

Zjistili jsme také, že reakce ostatních osob (sousedů) jsou různé. Někteří obdivují respondenty s tím, že by to nezvládli, ostatní mají tendence spíše pomlouvat a závidět příspěvek na péči, který za náročnou péči náleží. Výzkumem jsme zjistili, že tento příspěvek je pro všechny respondenty nedostačující a někteří ho mají jako jediný zdroj příjmu, což je pro ně dosti obtížné.

Další skutečností, která vyplynula z rozhovorů je to, že chování seniora se změnilo od doby, co se zhoršil jeho zdravotní stav. Došlo ke zhoršení jeho chování vůči respondentům, ale i k rodině. Osoby pečující se cítí nedocenené, neslyší vlídného slova. Najdou se však i výjimky, kdy jsou senioři laskaví a milí na respondenty, váží si toho, že se o ně někdo postará.

Všichni respondenti se shodli na tom, že péče o seniora je velmi náročná, jak fyzicky tak psychicky. Většina se také shodla na tom, že péče o psychicky nemocného seniora je mnohem náročnější než o seniora imobilního, protože u psychicky nemocného člověka můžeme těžko předpokládat jeho reakce.

Z výsledků také vyplynulo, že respondenti nemají potřebu se scházet s lidmi, kteří pečují o stejně postiženého seniora. Raději by přivítali společnost někoho, s kým by se zasmáli, nebo řešili jiné běžné věci než péči. Jak již bylo řečeno výše, respondenti nemají moc času na to, scházet se s ostatními lidmi, z důvodu vyčerpávající péče, kterou denně „absolvuji“. Cítí se izolovaní od společnosti. Nemají žádný volný čas, pouze tehdy, když jim pomůže rodina nebo přátelé. Všichni z dotazovaných však nemají takovou možnost.

Zajímavou skutečností bylo, že většina respondentů je připravena na smrt seniora, považují smrt za přirozenou a počítají s tím, že tato chvíle přijde. Někteří

si plánují dovolenou, jiní se budou muset vrátit do zaměstnání, jehož hledání bude velice obtížné. Někteří respondenti si nedokážou představit, co budou dělat, až skončí s poskytováním péče.

Výsledky, které byly získány prostřednictvím rozhovorů, nám přinesly mnohé zajímavé skutečnosti, které nám přispěly k tomu, že jsme si odpověděli na dílčí cíle a následně splnili hlavní cíl bakalářské práce.

Po shrnutí všech získaných výsledků z prováděného výzkumu doporučujeme pro praxi:

- Více pečovat o mezigenerační vztahy v rodině a vést děti k větší úctě ke stáří.
- Zlepšení podpory státu pro osoby pečující, které poskytují celodenní péči seniorům, kdy příspěvek na péči je jediným zdrojem jejich příjmu.
- Větší podpora státu pečujícím osobám, které poskytují péči seniorům v domácím prostředí.
- Větší dostupnost pečovatelských a odlehčovacích služeb na vesnicích.
- Umožnit osobám pečujícím více odpočinku a relaxačních metod.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na osoby pečující, které poskytují péči seniorům, kteří jsou nesoběstační a potřebují pomoc druhé osoby téměř ve všech úkonech péče o vlastní osobu. Těmto seniorům byl přiznán IV. stupeň závislosti příspěvku na péči, což je úplná závislost. Tento příspěvek využívají senioři na úhradu poskytované péče.

Hlavním smyslem práce bylo ukázat náročnost péče o seniory v domácím prostředí a vlivy, které působí nejen na seniory, ale hlavně na osoby, které péči poskytují. Práce byla rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsme se zabývali problematikou stáří, stárnutí a psychickými problémy, které stáří přináší. Zaměřili jsme se na péči v domácím prostředí, na jejich klady a zápory a mezigenerační vztahy v rodině, zvláště tam, kde dojde u seniora ke ztrátě soběstačnosti a potřebuje pomoc druhé osoby. V práci se zmiňujeme také o možnosti podpory pečujících osob, které se cítí mnohdy nedoceny. Pečující osoby mohou využít nejen státního příspěvku – příspěvek na péči, ale také některých služeb sociální péče (pečovatelská služba, odlehčovací služba), které slouží pro ulehčení a odpočinek pečujících. Těchto služeb je na vesnicích nedostatek, stejně tak i v regionu Konicko a využívání služeb ze vzdálenějších měst je finančně více nákladné. Pečující osoby nejčastěji využívají pomoc rodinných příslušníků, ale i takto největší část péče vykonávají sami. V práci popisujeme základní údaje o příspěvku na péči, který náleží nesoběstačnému seniorovi na úhradu poskytovaných služeb. V teoretické části popisujeme také psychologické aspekty seniorů i osob pečujících, zmiňujeme se o poslední fázi života člověka. S touto myšlenkou se pečující vyrovnávají různě, někdo je smířen, někdo vyjadřuje obavy z budoucnosti. Na závěr teoretické části jsme se zmínili o regionu Konicko, v kterém probíhaly rozhovory s osobami pečujícími.

Praktická část bakalářské práce byla prováděna formou kvalitativního výzkumu, s využitím strukturovaného rozhovoru, který byl pokládán pěti osobám pečujícím – respondentům. Nejdříve byla provedena analýza dokumentů, abychom zjistili základní údaje o respondentech a seniorech. K tomuto účelu byly použity spisové dokumentace příspěvku na péči. Při rozhovoru jsme získávali informace o tom, jak se změnil život osob pečujících při péči o seniory a jak ovlivnil vztahy a chování v rodině. Praktická část je zaměřena především na pečující osoby a na zpracování rozhovorů s těmito osobami. Zajímalo nás, jak osoby pečující vnímají péči v domácím prostředí a v čem

vidí klady a zápory této péče. Z důvodu náročnosti péče jsme zjišťovali, jestli je pro pečující osoby dostatečná výše příspěvku na péči, většina byla spíš nespokojena, protože je to často jejich jediný příjem.

Z výzkumné části bakalářské práce bylo také zjištěno, že péče o seniora je velmi náročná po stránce fyzické a hlavně psychické. Pečující nemají dostatek času pro sebe, aby mohli relaxovat, odpočívat a ztrácí kontakt s okolím. Cítí se proto velmi unavení a vyčerpaní, zvláště proto, že se jedná o dlouhodobé poskytování péče seniorům s úplnou závislostí na pomoci druhé osoby. Rodiny osobám pečujícím většinou pomáhají, ale často dochází k vzájemným neshodám. Péče o seniora v domácím prostředí je sice velmi významná, ale pro osoby pečující vyčerpávající a únavná, změní se jejich režim dne a většinu času přizpůsobují seniorům.

Při zpracování výzkumné části jsme si ověřili také mnohé poznatky z teoretické části bakalářské práce. Téma bakalářské práce, které bylo zpracovááno a kterému jsme se věnovali, nabízí mnoho zjištění a nových informací, které jsou přínosem nejen pro nás, ale věříme, že budou také přínosem a obohacením pro ostatní a možným tématem pro další výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, 416 s. ISBN 80-7038-158-2.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva a kol., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLOUŠOVÁ, Drahomíra, M. KROBOTOVÁ a kol. *Diplomové a závěrečné práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, 116 s. ISBN 80-244-0458-3.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 511, s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MUSIL, Jiří. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. 1. vyd. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna, 2010, 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 298 s. ISBN 08-044-81.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974, 495 s. ISBN 14-429-74.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.

- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. Scan; sv. 2. ISBN 80-85834-60-X.
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 3. uprav. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
- ŠVARŤÍČEK, Roman, K. Šedřová a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, I. interní klika FNKV Praha 10, 2001, 62 s. ISBN 80-238-8001-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WOLF, Josef a kol., *Umění žít a stárnout*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1982, 368 s. Bez ISBN.

Internetové zdroje

[1] JACOBS-STEWARTOVÁ, Thérèse. *Citáty slavných osobností* [online]. [cit. 2014-05-16]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/therese-jacobs-stewartova/>

[2] DOSEDĚLOVÁ, Simona. *Sociodemografická analýza území obce s rozšířenou působností Konice v letech 2007-2011* [online]. 2012 [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.charitakonice.cz/index.php/ke-stazeni/podpora-stredned-plan-ss-konicka>

[3] Počet obyvatel správního obvodu ORP Konice na webových stránkách Českého statistického úřadu [online]. 2012 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: [http://notes.czso.cz/xm/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/c829adbc9c64fcd2c1256fb3002e1650/\\$FILE/7103_stav.xls](http://notes.czso.cz/xm/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/c829adbc9c64fcd2c1256fb3002e1650/$FILE/7103_stav.xls)

[4] Mapa správního obvodu obce s rozšířenou působností Konice [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: http://www2.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/mapa_so_orp_konice

[5] *Výroční zpráva za rok 2012*. Charita Konice [online]. 2013 [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: <http://www.charitakonice.cz/index.php/ke-stazeni/vyrocni-zprava>

[6] DOSEDĚLOVÁ, Simona. *Sociodemografická analýza území obce s rozšířenou působností Konice v letech 2005-2006* [online]. 2007 [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: <http://www.kpsskonicka.cz/index.php?t=analyzy>

Legislativa

ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1995, částka 41, s. 1986-2010. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=155/1995&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1997, částka 16, s. 1-1264. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 164, s. 7021-7048. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Počet vyplácených příspěvků na péči osobám starším 18 let v regionu
Konicko

Tabulka č. 2: Výzkumný soubor respondentů (stav k 28. 2. 2014)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Poloha Konice na pomezí Drahanské vrchoviny a Hané

Obrázek č. 2: Mapa správního obvodu obce s rozšířenou působností Konice

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Charakteristika výzkumného souboru

Příloha č. 2: Rozhovory s respondenty

Příloha č. 1 – Charakteristika výzkumného souboru

Respondent č. 1

Pan J.: 50 let, ženatý, dvě děti, zaměstnaný, péče poskytována od roku 2013. Péče o otce, který bydlí v rodinném domku pana J., v samostatné domácnosti.

Otec: 79 let, vdovec, 3 děti, příspěvek na péči přiznán od října 2013 ve IV. stupni závislosti. Po náhlém zhoršeném zdravotním stavu je sám neschopen chůze, je orientován osobou, někdy je zmatený a dezorientovaný časem, schopen obtížně komunikovat.

Respondent č. 2

Paní Z.: 54 let, vdaná, tři děti, nezaměstnaná, péče poskytována od roku 2008. Péče o matku, která bydlí v rodinném domku, kam se paní Z., po ukončení zaměstnání, v roce 2011 přestěhovala.

Matka: 91 let, vdova, tři děti, příspěvek na péči přiznán od ledna 2007, od roku 2011 ve IV. stupni závislosti. Zdravotní stav již omezuje dušení, smyslové a fyzické schopnosti, špatné vnímání, bez komunikace slovní, spíš jen oční kontakt.

Respondent č. 3

Paní R.: 54 let, vdaná, tři děti, částečně invalidní důchod, péči poskytuje od roku 2006. Péče o matku, která bydlí u syna v sousedním domě, den tráví ve společné domácnosti s dcerou.

Matka: 89 let, vdova, tři děti, příspěvek na péči přiznán od ledna 2007 ve IV. stupni závislosti. Je zcela imobilní, dezorientovaná, špatná komunikace.

Respondent č. 4

Paní M.: 45 let, vdaná, jedno dítě, nezaměstnaná, péči poskytuje od roku 2006. Péče o matku, která bydlí s manželem v rodinném domě ve stejné vesnici jako paní M.

Matka: 65 let, vdaná, dvě děti, příspěvek na péči přiznán od ledna 2007 ve IV. stupni závislosti. Je zcela imobilní, nehybnost horních končetin, částečně orientovaná, špatná komunikace.

Respondent č. 5

Paní J.: 55 let, vdaná, jedno dítě, částečně invalidní důchod, péči poskytuje od roku 2009. Péče o matku, která bydlí u paní J. v rodinném domě.

Matka: 79 let, vdova, dvě děti, příspěvek na péči přiznán od ledna 2009, od července 2013 ve IV. stupni závislosti. Je zcela imobilní, dezorientovaná, nekomunikuje.

Příloha č. 2 – Rozhovory s respondenty

RESPONDENT Č. 1

Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora? „Nechtěli jsme se sourozenci dát otce do domova důchodců, bral jsem to jako povinnost se o otce postarat.“

Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit? „Ze zaměstnání jsem neodešel, mám možnost kdykoliv zaběhnout domů, ale musel jsem uspořádat svůj soukromý život a hodně slevit ze svých společenských aktivit.“

Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora? „Ano, cítím se vyčerpaný a unavený, je to velmi náročné zvláště na psychiku.“

Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení? „Přemýšlel a několikrát, ale zatím jsem schopen to zvládnout.“

V čem vidíte klady či zápory péče v domácím prostředí? „Pro otce je domácí prostředí určitě lepší, ale pro rodinu je to vyčerpávající, v tom vidím nevýhodu a také ve stereotypu.“

Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat? „Sourozenci souhlasili a slíbili pomoc.“

Pomáhá Vám rodina v péči o seniora? „Sourozenci jen výjimečně, spíše jen sestra, ale jinak pomáhá moje manželka nebo děti.“

Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb? „Bratr přijde občas, ale spíše jen na návštěvu, sestra jezdí někdy na víkend, tak trochu pomůže, nejvíce pomůže manželka s vařením a úklidem, jiných služeb nevyužívám.“

Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat? „Žádné reakce lidí jsem neslyšel.“

Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině? „V podstatě se nic nezměnilo, jen jsem očekával větší pomoc sourozenců, což vede k napětí a občasným hádkám s manželkou.“

Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete? „Chování mění pořád, má různé nálady, často je zlostný a zlý.“

Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny? „Ke každému se chová jinak, nejlíp se chová ke mně, protože potřebuje mě a moji pomoc. Na sestru je hodně zlý, často jí nadává.“

Považujete péči o seniora za náročnou? V čem? „Ano, péče je náročná. Často změní postoj mezi členy domácnosti.“

Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného? „Péče o psychicky nemocného člověka je rozhodně náročnější, nikdy nevíte, co udělá.“

Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující? „Je mi to jedno, mám svůj příjem, ale bez něj by to bylo málo, žívím ještě děti.“

Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem? „Nepomohlo, jen občas s některými mluvím, ale nic mi to nepřináší.“

Máte pocit izolace od společenského dění? „Částečně, pracuji, takže jsem pořád v kontaktu s lidmi, ale společenských aktivit ubylo.“

Máte nějaký volný čas pro sebe? „Tak od 20:00 do 22:00, jinak pracuji nebo pečuji.“

Jste připraven(a) na smrt seniora? „S tím musí člověk počítat, že to přijde.“

Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat? „Budu mít víc času, pojedeme s manželkou na dovolenou.“

RESPONDENT Č. 2

Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora? „Nejdříve jsem dojížděla a pečovala také sestra, ale zdravotní stav se zhoršil, proto jsem opustila zaměstnání a nastěhovala se k mamince, neviděla jsem jinou možnost.“

Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit? „V roce 2011 jsem opustila zaměstnání a odstěhovala jsem se z města na vesnici.“

Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora? „Jak kdy, někdy se cítím hodně vyčerpaná, ale když jsem chodila do práce a jen jsem dojížděla, tak to bylo mnohem vyčerpávající.“

Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení? „Ne, rozhodla jsem se pečovat doma.“

V čem vidíte klady či záporny péče v domácím prostředí? „Jako klad vidím pohodlí maminky, určitě ji mohu věnovat více péče než by měla v nějakém zařízení a přizpůsobím vše jejím potřebám. Jako zápor vidím odstěhování na vesnici, protože pečování ve městě je lehčí, je tam více služeb.“

Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat? „Manžel mi nechal volnou ruku, nechal rozhodnutí na mně, dcery měly obavy, že budu uzavřená na vesnici v domku, ale přijaly to také celkem kladně.“

Pomáhá Vám rodina v péči o seniora? „Manžel se za mnou přestěhoval do domku, dcery mě podporují psychicky, občas přijedou a pomůžou, hlavně mám od nich morální podporu.“

Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb? „Večer mi pomůže manžel, jinak využívám Charitní službu 2 krát týdně na hygienu a koupání, jiných služeb nevyužívám.“

Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat? „Ohlasy jsou různé, někteří projevili obdiv, což jsem nepřijala, není co obdivovat, někteří si klepali na hlavu, že jdu z města na vesnici, že jsem odešla ze zaměstnání.“

Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině? „Vztahy se postupně vyvíjely, vlastní rodina to přijala a vztahy to nějak nenarušilo, ale vztahy se sourozenci se po hádkách kvůli penězům změnily.“

Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete? „Jednu dobu mívala hodně léků a byla hodně nervózní, špatně reagovala, někdy také nadávala. Některé léky jsem přestala podávat, odebrala jsem i prášky na spaní a došlo ke zklidnění, možná je to i celkovou ztrátou energie.“

Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny? „Na mě je zvyklá, vůči manželovi měla vždy averzi, když mi pomáhá, tak se na něho upřeně dívá s nedůvěřivostí, ale k ostatním členům rodiny se chová neutrálně, její vnímání je už špatné.“

Považujete péči o seniora za náročnou? V čem? „Jako náročnou velmi, ale zároveň taky jako přirozenou a automatickou věc. Je to psychicky náročné, často omezující, ale vnímám to jako povinnost.“

Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného? „V mém případě se to tak trochu skloubilo dohromady, maminka je zcela imobilní, ale má i psychické problémy. Myslím, že je péče o psychicky nemocného je horší, špatně se dělá režim dne, je potřeba neustálý dohled.“

Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující? „Musím si hradit všechny náklady na byt ve městě a živíme dceru na vysoké škole, nemám jiný příjem, je to náhrada mé mzdy, tak je to dost málo.“

Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem? „Rozhodně nepomůže, potkávám se s některými na nákupech, ale slyším jen fňukání a nařikání a stěžování. Já si ráda povídám, ale chci

slyšet spíš veselé příběhy, chci se zasmát. Potřebuju se nabít a ne poslouchat jen řeči o penězích.“

Máte pocit izolace od společenského dění? *„Určitý pocit izolace mám, záleží na povaze, já se s tím smířila.“*

Máte nějaký volný čas pro sebe? *„Čas pro sebe mám, ale jen co se týká domácnosti nebo si čtu, jdu pracovat na zahrádku, ale nemůžu nikam jít, musím být stále doma.“*

Jste připraven(a) na smrt seniora? *„Na tohle jsem připravena, tahle otázka není pro mě žádné tabu, dokud byla maminka schopna vnímat, tohle téma jsme hodně probíraly.“*

Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat? *„Budu si muset hledat ještě práci, záleží, kdy se to stane, možná bych šla do předčasného starobního důchodu, asi se s manželem vrátíme zpět do trvalého bydliště“.*

RESPONDENT Č. 3

Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora? *„Všechno vyplynulo ze situace, brala jsem to jako samozřejmost, věděla jsem, že by v domově dlouho nežila.“*

Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit? *„Sama jsem nemocná, jsem v invalidním důchodu, takže jsem byla doma, ale kvůli péči bych odešla i ze zaměstnání. Určitě se musel změnit režim v celé domácnosti.“*

Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora? *„Občas určitě, je to náročné, hlavně po psychické stránce, pěkné slovo už neslyším, jen že za vše můžu, nedostane se mi ani žádného ocenění.“*

Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení? *„Ne, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.“*

V čem vidíte klady či zápory péče v domácím prostředí? *„Maminka je mezi svýma, určitě má doma více síly, vím, že v zařízení by byla již zcela bez zájmu, domácí prostředí je pro ni lepší a zápory, je to náročné hodně na psychiku.“*

Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat? *„Pozitivně, bylo to moje rozhodnutí.“*

Pomáhá Vám rodina v péči o seniora? *„Bez pomoci bych to nezvládla, potřebuju pomoc s koupáním a přemisťováním.“*

Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb? *„Jen mi pomáhá rodina, žádné služby nevyužívám.“*

Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat? „Přijali to spíš pozitivně.“

Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině? „U nás naštěstí ne.“

Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete? „Vzhledem k dlouhodobé péči se stav hodně změnil, maminka bývala hodná, nikdy nenadávala, ale teď nadává často, večer musí mít léky na zklidnění.“

Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny? „Potřebuje svůj klid, je nervózní, když je více lidí, hluk a smích ji vadí, bere to jako výsměch, vadí jí více lidí pohromadě.“

Považujete péči o seniora za náročnou? V čem? „Je náročná, jak po fyzické stránce, ale hlavně po psychické stránce.“

Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného? „Péče o psychicky nemocného je mnohem horší.“

Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující? „Záleží na okolnostech, jaká je situace celé rodiny, ale pro velkou náročnost je to celkem málo.“

Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem? „Na setkávání není čas, občas slyším problémy druhých, pak si řeknu, že v tom nejsem sama.“

Máte pocit izolace od společenského dění? „To jo, to mám a hodně.“

Máte nějaký volný čas pro sebe? „Soukromý čas pro sebe nemám, nemůžu nikam odejít, jen večer ji převážíme vedle k bratrovi, kde má svůj pokoj a spí tam, ale jinak ji mám celý den u sebe doma.“

Jste připraven(a) na smrt seniora? „Beru to jako součást života a přirozenou věc.“

Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat? „Budu muset řešit svou situaci, mám jen částečný důchod, asi si budu muset hledat práci.“

RESPONDENT Č. 4

Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora? „Nejdříve pečovala sestra, ale nastoupila do práce, otec šel do důchodu, myslela jsem si, že to zvládne, ale po roce to už tak nešlo, zdravotní stav maminky se horšil a otec sám péči nezvládal, proto jsem se rozhodla, že se budu starat já.“

Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit? „Největší změnou byla výpověď v zaměstnání a uspořádání jiného režimu dne.“

Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora? „Unavená jsem hlavně ze stereotypu a z toho, že skoro nikam nemůžu.“

Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení? „Pokud budu péči zvládat, tak určitě ne.“

V čem vidíte klady či záporny péče v domácím prostředí? „Jako klad je určitě to, že je maminka s blízkými a režim dne se přizpůsobuje jejím potřebám a jak se cítí nejlíp, což by v nějakém zařízení neměla, ale je to na úkor velké zátěže rodiny.“

Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat? „Pozitivně, všem se ulevilo, že je problém vyřešen.“

Pomáhá Vám rodina v péči o seniora? „Ano, bez jejich pomoci bych to vůbec nezvládala.“

Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb? „Pouze pomoc rodiny, sociálních služeb nevyužívám, občas jen zdravotní péči Charity.“

Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat? „No, je to různé, ale často jsem teď slyšela slova jako: ty se máš, ty jsi doma a nemusíš do práce, jako by mi záviděli i ty peníze, které dostávám.“

Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině? „Nijak zvlášť, staráme se o maminku od mala, nemoc se stále zhoršovala, takže množství péče stále přibývalo, je to už tak dlouhá doba, že to tak už nikdo ani nevnímal, vždy jsme se dokázali domluvit.“

Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete? „Maminka je hlavně klidnější, než bývala dřív, když byla ještě schopna nějaké malé činnosti, bála se, jak to s ní bude dál, jestli se péče o ni zvládne, ale teď vidí, že je o ni postaráno, tak je spokojená.“

Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny? „Mamka je hodná, je na nás na všechny hodná.“

Považujete péči o seniora za náročnou? V čem? „Ano, hlavně na čas, musím být stále k dispozici.“

Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného? „To jo, to je určitě, u psychicky nemocného nikdy nevíte, co ho napadne a co udělá.“

Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující? „V porovnání s platy na vesnici, tak to jde, ale jinak, když mám živit rodinu a dceru na škole, je to málo.“

Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem? „To si nemyslím, lepší je se scházet s lidmi, kteří nemají

problémy nebo je mají jiné, nechci se pořád bavit jen o péči, chci ale slyšet i jiné zážitky a prožívání.“

Máte pocit izolace od společenského dění? *„Ano, to mám, nemůžu, kam chci, na žádné akce, párkrát se omluvím, že nemůžu, a příště mi už nikdo neřekne.“*

Máte nějaký volný čas pro sebe? *„Málo, spíš jen večer, protože nebydlím s mamkou, bydlí s ní setra s rodinou, která dle potřeby dohlédne a pomůže.“*

Jste připraven(a) na smrt seniora? *„Ne, nejsem, vím, že to někdy přijde a bojím se toho, co bude dál.“*

Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat? *„To je moje noční můra, nevím, kde budu shánět nějakou práci, člověk zůstane ze dne na den bez příjmu.“*

RESPONDENT Č. 5

Co Vás vedlo k rozhodnutí pečovat o seniora? *„Byly to zdravotní problémy a stav, že už se babička nemohla starat sama o sebe, potřebovala dohled a naši pomoc.“*

Co jste ve svém životě musel(a) kvůli péči změnit? *„Vzhledem k tomu, že mám dlouhodobě zdravotní problémy a jsem v částečném invalidním důchodu, nemusela jsem odcházet ze zaměstnání, v podstatě se zase tak moc nezměnilo.“*

Cítíte vyčerpání a únavu z každodenní péče o seniora? *„Ano, je to náročné, jsem unavená, ale zapojuje se rodina, hodně mi to pomáhá.“*

Přemýšlel(a) jste o tom, že byste umístil(a) seniora do nějakého ústavního zařízení? *„Stát se může cokoliv, ale pokud to bude možné a budeme to zvládat, tak se o babičku postaráme.“*

V čem vidíte klady či záporny péče v domácím prostředí? *„Kladné je určitě to, že může být v domácím prostředí s rodinou.“*

Jak reagovala Vaše rodina na rozhodnutí pečovat? *„Rodina se k tomu postavila kladně a všichni říkali, že pokud to zvládneme, necháme si babičku doma.“*

Pomáhá Vám rodina v péči o seniora? *„Rodina mi pomáhá, bez nich bych to nezvládala, už jen kvůli mým zdravotním problémům.“*

Využíváte pomoc blízkých osob nebo sociálních služeb? *„Využívám hlavně pomoc rodiny, ale když jsou všichni v práci, tak mi pomáhá i Charita, za což jsem velmi ráda.“*

Jaké jsou ohlasy ostatních lidí z okolí (sousedů, přátel) na Vaše rozhodnutí pečovat? *„S nikým jsem to neprobírala, bylo to naše rozhodnutí. Samozřejmě se najdou i tací, kteří odsuzují a vidí jen příspěvek na péči, ale přátelé nás podporují, a když potřebujeme, tak pomohou.“*

Jak péče o seniora ovlivnil(a) Vaše vztahy v rodině? „Do péče o babičku je zapojená část rodiny a nijak nám péče o ni neublížila, naopak nás posílila.“

Změnilo se chování seniora za dobu, co o něj pečujete? „Je klidnější a spokojenější, než když byla v nemocnici, je ráda, že je v domácím prostředí.“

Jaké je chování seniora vůči Vám a ostatním členům rodiny? „Když má lepší chvílky, reaguje na nás pozitivně, usmívá se, chytá nás za ruku, a když nás slyší mluvit, tak se snaží zvednout hlavu. Je hodná.“

Považujete péči o seniora za náročnou? V čem? „Vzhledem k tomu, že je babička ležák a sama se nepohne, je to fyzicky i psychicky náročné, bez rodiny bych to nezvládla.“

Myslíte si, že péče o seniora imobilního je náročnější nebo méně náročná, než o psychicky nemocného? „Vzhledem k tomu, že jsem si prošla obojím, péče je náročná stejně v obou případech.“

Myslíte si, že výše příspěvku na péči je dostačující? „Pokud bych byla sama a závislá pouze na příspěvku, tak je to nedostačující, musím být 24 hodin k dispozici.“

Myslíte si, že by Vám v něčem pomohlo scházet se s lidmi, kteří stejně jako vy pečují o seniora? V čem? „V rodině máme známou, která se starala o své nemohoucí rodiče, tak mi hodně poradila a také hodně poradí sestry z Charity. Určitě jsou rady a zkušenosti ostatních dobré.“

Máte pocit izolace od společenského dění? „Když má dcera volno nebo dovolenou, tak nabídne, že se o babičku postará, ať se můžeme s manželem taky někam podívat a odpočinout si. Takže ani ne.“

Máte nějaký volný čas pro sebe? „Když je manžel nebo dcera doma, tak mi umožní mít čas i pro sebe.“

Jste připraven(a) na smrt seniora? „Sice je to součást života, ale na tohle se člověk asi nikdy nepřipraví.“

Přemýšlíte nad tím, co budete dělat, až přestanete pečovat? „Pak bude doufám rodina pečovat o mě.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dagmar Spáčilová
Katedra:	Psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Psychologické aspekty péče o seniory v domácím prostředí v regionu Konicko
Název v angličtině:	The psychological aspects of the care of the seniors in the home environment in Konice region.
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na osoby pečující o seniory ve IV. stupni závislosti příspěvku na péči. Práce je rozdělena na teoretickou část, která je věnována stáří, osobám pečujícím, jejich péči o nesoběstačné seniory v domácím prostředí a psychologickým aspektům, které se mohou při dlouhodobé péči projevit. V praktické části je využito kvalitativního výzkumu, kdy byly vedeny rozhovory s pečujícími osobami. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivnila péče o seniory pečující osoby.
Klíčová slova:	Senior, stáří, soběstačnost, osoba pečující, domácí prostředí, příspěvek na péči, psychologické aspekty péče
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on the person caring for the elderly in IV. degree of dependence of the care allowance. The work is divided into a theoretical part, which is devoted to old age, carers, their care for dependent elderly in the home environment and psychological aspects that may occur during long-term care. In the practical part is based on qualitative research, which was a conducted interview with carers. The main aim of this thesis was to determine how affected the care of elderly caregivers.

Klíčová slova v angličtině:	Senior, age, self-sufficiency, carers, home environment, care allowance, psychological aspects of care
Přílohy vázané v práci	Příloha č. 1 – Charakteristika výzkumného souboru Příloha č. 2 – Rozhovory s respondenty
Rozsah práce:	67 + 10 stran příloh
Jazyk práce:	Čeština