

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

VLADIMÍRA VOTAVOVÁ

III.ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**KVALITA ŽIVOTA OSOB PEČUJÍCÍCH O SVÉ BLÍZKÉ
V SENIORSKÉM VĚKU**

Bakalářská práce

OLOMOUC 2013

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne: 16.4.2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podnětné připomínky při zpracování této bakalářské práce. Poděkování patří také pečujícím osobám, které se účastnily výzkumu v rámci této práce, za vstřícnost, čas a cenné informace. Rovněž děkuji své rodině a přátelům za jejich pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	10
1.1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU	10
1.2 STÁŘÍ	11
1.2.1 Kalendářní stáří	12
1.2.2 Biologické stáří	12
1.2.3 Sociální stáří	12
1.3 PERIODICITA STÁŘÍ	13
1.4 PROJEVY STÁRNUTÍ A NEMOCI STÁŘÍ	14
2 PEČUJÍCÍ OSOBA A OSOBA BLÍZKÁ	16
3 PÉČE O SENIORA V RODINĚ	17
3.1 KDO PEČUJE	18
3.2 PODOBY RODINNÉ PÉČE	19
3.3 NEMOCNÝ V RODINĚ	20
3.4 POZITIVA A NEGATIVA RODINNÉ PÉČE	20
3.5 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH OSOB	21
3.6 PODPORA PEČUJÍCÍCH	23
3.7 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	24
3.8 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	25
3.8.1 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby	26
3.8.2 Výše příspěvku na péči	28
3.8.3 Práva a povinnosti pečujících v souvislosti s příspěvkem na péči	29
4 KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH OSOB	31
4.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	31
4.2 HLAVNÍ ROVINY KVALITY ŽIVOTA	32
4.3 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA DLE VĚDNÍCH OBORŮ	32
4.4 DEFINOVÁNÍ KVALITY ŽIVOTA	33
4.5 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	34
4.5.1 Dimenze kvality života za účelem měření	34
4.5.2 Kvalita života pečujících	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST	38
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	39

5.1	DEFINICE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	39
5.2	STANOVENÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	40
5.3	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40
5.4	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	41
5.5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	41
5.6	METODY SBĚRU DAT.....	42
5.7	PRŮBĚH ZÍSKÁVÁNÍ VÝZKUMNÝCH DAT.....	43
5.8	VYHODNOCOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	44
5.9	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 1.....	45
5.10	PŘÍPADOVÁ STUDIE Č. 2.....	53
5.11	VÝZKUMNÁ ZPRÁVA.....	61
	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64

Seznam obrázků

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (http://www.skuhry.com , 2008)	22
Obrázek 2 Model kvality života pečovatelů dle White et al. (in Vaňurová, 2008)	36

ÚVOD

„Nikdo není zbytečný na světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému.“ Ch. Dickens

(Křivohlavý, 1989)

Skutečnost, že se lidé dožívají stále vyššího věku a s tím související fakt, že se vzrůstajícím věkem klesá schopnost být v mnoha ohledech soběstačný, vybízí k zamyšlení, kdo se o tyto lidi postará. Nabízí se možnost využít některou ze široké nabídky terénních, ambulantních či pobytových sociálních služeb, kde je péče zajišťována profesionálními pracovníky. Většina starších lidí si však přeje co nejdéle setrvat doma, v kruhu své rodiny. Rodina je potom postavena před otázku, kdo z jejích členů na sebe tuto úlohu převezme. V momentě, kdy k rozhodnutí dochází, není nikdy možné určit, jak dlouho péče potrvá. Mohou to být týdny, měsíce, ale i roky a zajišťování péče tak může zásadním způsobem zasahovat do různých oblastí života pečujících osob. Autorka této práce se v rámci své profese setkává s osobami, které se ocitají v situaci, kdy musí během relativně krátké doby vyřešit, jak se o svého člena rodiny postarají a rovněž s těmi, které péči svým blízkým zajišťují již několik let. Jedná se tedy o laické pečující, rodinné příslušníky, kteří s poskytováním péče nemají žádné zkušenosti a často jim chybí i přehled o tom, jaké možnosti jako pečující osoby mají. Přesto jsou pevně rozhodnuti k tomu, že se o své blízké postarají. Velká pozornost je zaměřena spíše na osoby, o které je pečováno. Na to, je-li jim péče poskytována v náležité kvalitě a rozsahu. Zájem o pečující osoby je spíše v pozadí a ony si tak mohou připadat opomíjeny.

Důvodem pro výběr tématu „*Kvalita života osob pečujících o své blízké v seniorském věku*“, bylo upozornit na problematiku pečujících osob. Popsat, co vše péče o seniora v rámci rodiny obnáší a v jakých oblastech ovlivňuje kvalitu jejich života. Hlavní myšlenkou je zjistit, jak sami pečující vnímají náročnost své role, jak zvládají uspokojit své potřeby tak, aby jejich život neztrácel na kvalitě.

Tato bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol a tvoří ji část teoretická a část praktická. V první kapitole teoretické části se věnujeme charakteristice stáří a stárnutí a co sebou toto období života přináší. Další kapitoly jsou již směřovány k osobám pečujícím. Zabýváme se pojmy osoba blízká a osoba pečující. V kapitole týkající se péče o seniora v rodině je popisován princip, na jakém je rodinná péče založena, kdo nejčastěji péči poskytuje, a jaké potřeby a možnosti podpory pečující osoby mají. Čtvrtá kapitola uzavírá

teoretickou část, je zde popisována kvalita života tak, jak ji definují různí autoři. Zmíníme také, ve kterých rovinách a dimenzích lze kvalitu života měřit a posuzovat.

Pátá kapitola je věnována praktické části, která je založena na kvalitativním výzkumu. Použili jsme zde metodu případové studie, prostřednictvím které chceme poskytnout hlubší pohled do běžného života pečujících osob. Přinést tak autentické výpovědi o tom, co konkrétně práce pečujících obnáší. Zjistit jejich potřeby, možnost trávení volného času a také jejich názor, zda je pro ně finanční podpora státu dostačující. Jedním z dílčích cílů této práce je získat také srovnání náročnosti péče o seniora se somatickým postižením a péče o seniora s postižením psychickým. Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké psychosociální potřeby mají pečující osoby a jaká je kvalita jejich života v souvislosti s poskytováním rodinné péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Složení lidské populace se v současné době mění. Na celém světě přibývá starších lidí a Česká republika není výjimkou.

Ekonomický a sociální vývoj a s tím související zlepšení životních a pracovních podmínek, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana, přispívají k eliminaci předčasných úmrtí v dětském nebo produktivním věku. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a stáří se stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí.

(Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008)

Se vzrůstajícím podílem starších lidí ve společnosti stoupá také počet těch, kteří již nejsou schopni se o sebe sami postarat. Aby bylo možné hodnotit kvalitu života osob, které na sebe vzaly úlohu pečovat o své blízké v seniorském věku, je třeba si nejdříve popsat, kdo je vlastně za seniora považován, jaká specifika období stáří přináší a co vše tedy může ovlivnit míru zajišťované péče o tyto osoby a tím i život osob, které jim péči poskytují.

1.1 Osoba seniorského věku

V odborné literatuře se v souvislosti s tímto pojmem objevuje několik různých termínů. Říčan (2004) například uvádí, že pojem senior byl odvozen od řeckého slova geront neboli starý muž. Gerontologie je věda o stáří a geriatrie je medicínský obor zabývající se stářím. Latinský překlad slova geront zní senex, od čehož jsou odvozeny lékařské pojmy senilní a senilita. Tyto pojmy jsou v dnešní společnosti vnímány spíše pejorativně, a proto je vhodnější používat termín senium = stáří.

Dle Kozákové (in Kozáková, Müller, 2006) výraz geront evokuje nesoběstačného člověka. Za významově neutrální termín, který se v současné době ustálil a nahrazuje specifické označení starého člověka, považuje autorka označení senior. V psychologii se můžeme setkat s výrazem senescent, který je již nyní považován za zastaralý. V běžné mluvě se nejčastěji setkáváme s pojmy důchodce a starý.

Sak a Kolesárová (2012) získali na základě empirických výzkumů realizovaných v letech 2007-2011 mimo jiné také poznatky o tom, že česká populace si pojem senior nejčastěji spojuje se stářím a starým člověkem. Na druhém místě identitu seniora tvoří jeho ekonomický status (role), tedy důchodce, dědeček, babička. Třetí nejvýznamnější charakteristiku

představuje zdravotní stav seniora. Senior je tedy českou populací vnímán, jako člověk s nemocemi, podlomeným zdravím, zdravotními problémy. Svým výzkumem také zjistili, že dle české populace se člověk stává seniorem mezi 60. až 70. rokem života.

Při hledání odpovědi na otázku s jakým věkem je senior spojován a co se nejčastěji pod pojmem senior vybaví, vycházeli Sak a Kolesárová ze skutečnosti, že se jedná o kategorii, v níž se protínají biologicko-medicínské aspekty se sociologickými. Uvádí, že „*senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“ (Sak, Kolesárová, 2012)

1.2 Stáří

Stáří je životní fáze člověka, která je ohraničena dvěma časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí. Spodní věková hranice tak přísně dána není, neboť jevy a procesy tvořící stáří, vstupují do života člověka postupně. Teprve souhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří. (Sak, Kolesárová, 2012)

Pojmem stáří se obecně označuje poslední fáze ontogeneze. Je to poslední vývojová etapa, která uzavírá a završuje život. (Čevela, et al., 2012)

Pacovský, Heřmanová (1981, s. 57) popisuje stáří jako „*specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy.*“

Na otázku od kdy můžeme člověka pokládat za starého, není snadná odpověď. U téhož člověka můžeme pozorovat v některé oblasti pokles výkonnosti, zatímco v jiném ohledu je výkon ještě stabilně zachován nebo dokonce i stoupá. Ve stáří se také, více než v jiném období lidského života, prosazují rozdíly mezi jedinci. Někteří si zachovávají tělesnou zdatnost a duševní svěžest do vysokého věku, u jiných se projevují známky stárnutí velmi brzy. Vliv na to, kdy je člověk pokládán za starého mají i společenské změny, zlepšení zdravotní péče, ale také zátěže, které jsou v dnešní době na člověka kladené. Tyto kladné a záporné vlivy tlačí hranici stáří a stárnutí jedním nebo druhým směrem. (Langmeier, Krejčířová, 2007)

Stáří člověka lze posuzovat podle různých hledisek. Tradičně se rozlišuje stáří kalendářní, biologické a sociální

1.2.1 Kalendářní stáří

Nejdůležitějším ukazatelem toho, jak je člověk starý, je považován právě kalendářní věk. Pacovský, Heřmanová (1981) tento věk nazývají také chronologický nebo matriční a uvádí, že je dán datem narození. Čevela, et al. (2012) uvádí, že dosažení kalendářního stáří je dáno dovršením určitého věku, čím je dána jeho jednoznačnost. Hranice kdy je dosaženo stáří, se však neustále posouvá do vyššího věku. Je to dáno tím, že se v průběhu historie zlepšuje zdravotní stav a po řadu generací se prodlužuje délka života. Dle tohoto autora však kalendářní věk nevypovídá nic o individuálních involučních změnách a ani o sociálních rolích. (Čevela, et al., 2005)

Chronologický věk nemůže být tedy pokládán za spolehlivý ukazatel životního stavu daného jedince. Přinejlepším může naznačovat stav průměrného člověka. (Stuart-Hamilton, 1999).

1.2.2 Biologické stáří

Biologický nebo také funkční či skutečný věk dle Pacovského a Heřmanové (1981) odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Dále autoři uvádí, že tento věk má charakteristiky biologické, psychologické a sociální a nemusí být vždy v souladu s věkem kalendářním. Dle Čevely, et al. (2012) jde o souhrn nevratných biologických změn, jejichž vnějším vyjádřením je pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví, změny postavy, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, fyziognomie obličeje, chování atd. K vnitřnímu, tedy subjektivním vnímání věku, patří vnímání úbytku nebo naopak dostatku sil, tedy vnímání vlastní výkonnosti a životní perspektivy.

1.2.3 Sociální stáří

V sociálním stáří se odráží změny v sociálních rolích, postojích, sociálním potenciálu, souhrn znevýhodnění a typických životních událostí. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. S tímto souvisí i přijetí role penzisty a starého člověka, ztráta perspektiv a aspirací. (Čevela, et al. 2012). Pacovský, Heřmanová (1981) uvádějí, že jedinci, kteří nemají životní styl odlišný od života jejich vrstevníků, mají sociální věk totožný s věkem chronologickým.

1.3 Periodicita stáří

Jak již bylo v předcházející podkapitole zmíněno, stáří lze členit podle různých hledisek. Každé vývojové období člověka je děleno do různých období a období stáří není tedy žádnou výjimkou. Existuje několik způsobů klasifikace stáří a jeho periodického rozdělení. Nejčasněji se vychází z kalendářního věku. Nejznámější a nejpoužívanější je klasifikace stáří dle Světové zdravotnické organizace.

Světová zdravotnická organizace se na doporučení expertů přidržuje patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl rovněž akceptován OSN v roce 1980. U osob určitého věku můžeme orientačně odhadnout jejich potřeby, rizika a nároky vůči společnosti a v tom také spočívá význam periodizace. (Mühlpachr, 2004)

Dle Světové zdravotnické organizace je období lidského věku s ohledem na seniorské kategorie děleno takto:

- 60-74 let vyšší věk neboli rané stáří
- 75-89 let stařecký věk neboli senium, též vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost.

(Haškovcová, 2012)

Príhoda (1974) používá pro stáří pojem senium a uvedl alternativní označení této etapy:

- 60-74 senescence (stárnutí)-pojem rané stáří pokládá za méně vhodný
- 75-89 kmetství (z latinského comes) přeneseně moudrý stařec
- 90 a více patriarchium (řecky archaios-starý, presbys – stařec, v česku patriarcha-velebný stařec)

Podle Stuart-Hamiltona (1999) získává oblibu rozdělení osob starších 65 let na kategorie

- třetího věku, ta představuje aktivní a nezávislý život ve stáří a
- čtvrtého věku, ve kterém je člověk při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé.

Vágnerová (2007) se stejně jako Stuart-Hamilton zmiňuje o období čtvrtého věku a označuje tuto etapu, jako období s narůstajícími problémy způsobenými ubýváním tělesných a mentálních schopností.

1.4 Projevy stárnutí a nemoci stáří

V průběhu procesu stárnutí dochází k somatickým, psychickým a sociálním změnám. Příčiny některých z nich ovlivnit nelze, jsou dány genetickou dispozicí, jiné ovlivnitelné více či méně jsou a to například způsobem života, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém daný jedinec žije, a také lepšími možnostmi léčby a její účinností. (Pacovský, Heřmanová 1981).

Typickým projevem pravého stáří je zhoršení zdravotního stavu a specifický charakter nemocí. Ve stáří lidé často trpí polymorbititou¹. Zvyšuje se výskyt různých chorob, jejich průběh bývá komplikovanější a nemoci se stávají často chronické. Je to způsobeno tím, že organismus už se nedokáže bránit tak, aby zvládnul i běžná onemocnění jako dřív. (Vágnerová, 2007)

V souvislosti se seniorským věkem se často hovoří o tzv. geriatrické křehkosti, tu Haškovcová (2012) popisuje jako nižší úroveň potenciálu zdraví v důsledku postupné involuce. Znamená to, že senior je náchylnější k úrazům způsobených pádem více než mladší člověk. V oblasti psychiky se křehkost projevuje emotivní labilitou (snadno se dojmou, často se jich citově dotkne i poznámka, která nebyla nijak špatně míněna).

Kalvach (2008) uvádí nejčastější choroby, které se ve stáří vyskytují. Těmi jsou především osteoporóza, osteoartróza, ateroskleróza (zvláště ischemická choroba srdeční, ischemická choroba mozku), arteriální hypertenze, Alzheimerova choroba a jiné formy demence, katarakta, věkem podmíněná makulární degenerace sítnice, zlomeniny předloktí a stehenní kosti, a také ne tak často zmiňované proleženiny.

Choroby typické pro stáří mohou mít za následek významné omezení fyzických schopností, způsobují také psychické problémy, které se mohou projevovat kolísáním emočního ladění, zvýšenou citlivostí, úzkostností, unavitelností a nevykonností. Nemoci pohybového ústrojí, omezují především lokomoci.

Velmi častým problémem stáří bývá demence, která mívá za následek úplnou ztrátu soběstačnosti jedince. V průběhu postupující demence může docházet ke změnám osobnosti, nemocný se může stát nápadně sobeckým, obhroublým, bezohledným, ačkoliv v minulosti

¹ Polymorbitita - výskyt různých závažných chorob současně - <http://slovník-cizich-slov.abz.cz> [online],[cit. 2012-12-27]

takový nikdy nebyl. Nemocní ztrácejí své sociální návyky, nerespektují běžné normy chování. Tato výrazná změna osobnosti, je značně traumatizující pro nejbližší členy rodiny. Častým projevem postojů k seniorům trpícím demencí je snížení kontaktů s nimi na minimum. (Vágnerová, 2007)

Ve stáří se zhoršuje také smyslové vnímání. Což má za následek omezení při některých pracovních činnostech, ale často i možnosti rekreace (poslech hudby, četba apod.). Poruchy sensorické percepce často také významně ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což se může projevovat podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

Zhoršuje se paměť, především krátkodobá, člověk si není schopen vzpomenout na nové události, ale zážitky dávno minulé mu zůstávají v paměti velmi dobře uchovány. Bývají však často obsahově a emočně zkresleny. Se zvyšujícím se věkem také zřetelně klesá inteligence. (Langmeier, Krejčířová, 2005)

V seniorském věku není zdraví² chápáno, jako neexistence nemoci, ale spíše jako míra soběstačnosti a zachování pocitu pohody. V tomto období se více projevuje neschopnost vykonávat běžné činnosti a schopnost postarat se adekvátně jak o svou osobu, tak o svou domácnost. Poměr osob, u kterých dochází ke snížení soběstačnosti a vede až k závislosti na pomoci jiné osoby, narůstá úměrně s věkem nejvíce však po 75 roce života. (Vágnerová, 2007)

Péče o nesoběstačné seniory může být zajišťována v zařízení rezidenčního typu, poměrně vyšší zastoupení má však péče zajišťovaná seniorům v jejich domácím prostředí, kde o ně mohou pečovat jak profesionálové, tak jejich rodinní příslušníci, tedy osoby blízké a právě jimi se budeme zabývat v následující kapitole.

² „Definice zdraví podle WHO „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absence choroby...“ (VAĎUROVÁ, 2005, s. 11.)

2 PEČUJÍCÍ OSOBA A OSOBA BLÍZKÁ

Pečující osobou je v této práci chápána osoba, která péči nezajišťuje jako profesionál v rámci svého zaměstnání, ale jako laik, který se stará o svého příbuzného v domácím prostředí.

Matoušek (2008) popisuje pečující osobu jako tu, která pečuje o příbuzného nebo souseda. K této činnosti je motivována rodinnými pouty nebo přátelskými vazbami a provádí ji bez jakékoli formální smlouvy a nároku na odměnu.

Vzhledem k tomu, že se později v této práci budeme zabývat také sociálním zabezpečením pečujících osob, a to konkrétně příspěvkem na péči, bude i osoba pečující a dále také osoba blízká popisována ve vztahu k tomuto příspěvku a k zákonům s ním souvisejících, což je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů.

Dle občanského zákoníku se za osobu blízkou považuje příbuzný v řadě přímé, což je sourozenec, manžel, registrovaný partner. Za osoby blízké lze pokládat také jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném, kdyby újmu, kterou utrpěla jedna z nich, by druhá právem pocítovala, jako újmu vlastní. (§ 116, zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník).

Zákon o důchodovém pojištění považuje za osoby blízké manžele, příbuzné v řadě přímé, což je dítě vlastní i osvojené, za určitých podmínek také dítě převzaté do trvalé péče nahrazující péči rodičů, sourozenci, zeť, snacha a manžel rodiče, a to kteréhokoli z manželů. (§ 24, zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění).

3 PÉČE O SENIORA V RODINĚ

„Péče o staré lidi je opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti vykonávat“ (Waerness, in Jeřábek, 2005, s. 10). Pověštinou okruh lidí zajišťující péči o tyto osoby tvoří členové jejich rodin, je to tedy z velké části rodinná péče.

Rodina byla historicky první strukturou zabezpečení starých osob. V tradičních společnostech to byl jakýsi vzájemný projektivní závazek. Rodiče se nejdříve starali o své děti, které když dospěly, pečovaly o své staré rodiče. (Reml in Jeřábek, 2005)

Topinková (in Tošnerová, 2001) uvádí, že v rodině je péče založena na principu vděčnosti, lásky a vzájemného sdílení. Tyto vztahy také zdůrazňuje Hilary Graham (in Jeřábek, 2005 s. 10), která péči definuje jako *„práci z lásky“*. Jeřábek (2005, s. 10) uvádí doslovný překlad jejího výroku, a to, že *„péče... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne“*. Tuto myšlenku Jeřábek (2005) dále rozebírá a uvádí, že v této charakteristice péče o nesoběstačného starého člověka je obsažena jak emoce, tak i pevné sepětí a závislost mezi osobu pečující a tou, která péči potřebuje.

Péče o starého člověka, která je mu poskytována v rámci rodiny, je založena především na poutu solidarity. Vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny poskytující péči svému blízkému. Rozhodnutí o tom, že péči o svého člena, který se již o sebe nemůže z různých důvodů postarat sám, je velmi závažné. Je potřeba jednotnosti při rozhodování, zda se o svého člena bude rodina starat. Zde hraje velkou roli jaké hodnoty a normy rodina respektuje a také jaké vzory chování se v rodině vyskytují. Někdy není zapotřebí žádných slov a je jisté, že rodina je ochotna a schopna se o svého člena postarat. Někdy je třeba situaci více prodiskutovat, je-li péče v silách rodiny a jestli péči bude schopna zajišťovat jen jedna osoba, nebo se na péči bude podílet osob více. Vše se také odvíjí od toho, v jakém rozsahu je třeba péči zajistit. Zda půjde o občasný odvoz k lékaři nebo donášku obědů, nákupů, či je třeba zajistit úklid domácnosti, pomoc při hygieně nebo zda zdravotní stav pečovaného vyžaduje celodenní péči, případně dohled. Z toho také vyplývá časová náročnost péče. Je nutno vzít do úvahy, je-li rodina schopna se v péči střídát nebo péči zajistí jen jeden člen, který si bude muset možná dohodnout se svým zaměstnavatelem zkrácení pracovního úvazku, případně změnit zaměstnání nebo i zůstat ze zaměstnání doma. Pečující tím také může řešit svoji situaci, kdy je momentálně bez zaměstnání. Zcela jistě tato nová situace, která souvisí

s péčí o starého a nesoběstačného člena, více či méně změni dosavadní chod pečující rodiny. Bude tedy zapotřebí přeorganizovat život rodiny, často se i zřící vlastních priorit na úkor společných potřeb fungování rodiny jako celku. (Jeřábek, 2005)

Nelze však očekávat, aby se pečující osoba z důvodu péče o svého blízkého člena rodiny vzdala veškerých závazků ke svým dětem, všech příležitostí spojených s vlastní životní spokojeností, ztratila své zdraví, finanční bezpečnost a vztahy s ostatními členy společnosti, ale také své identity jako osoby. (Levin in Jeřábek, 2005)

3.1 Kdo pečuje

Péče se týká vztahu nejméně dvou lidí. Ten kdo se stará, tedy pečující a ten kdo péči potřebuje. Ve valné většině jsou to členové rodiny. (Bartoňová in Jeřábek, 2005)

Prvním nejčastějším příkladem toho, kdo zajišťuje rodinou péči, je manželka, která pečuje o svého nesoběstačného manžela. Jsou to právě manželky, které poskytují nejdůslednější a nejspolehlivější péči svým nemohoucím partnerům a kdo nejdéle ze všech skupin pečujících brání tomu, aby byl jejich partner umístěn do institucionální péče.

Druhou nejčastěji se vyskytující skupinou pečovatelů jsou děti rodičů v seniorském věku. Také v tomto případě nejčastěji péči zajišťují ženy, tedy dcery nebo snachy. Ty se také zapojují nejčastěji do péče v případě, kdy péči zajišťuje manžel své nesoběstačné manželce.

Péče o seniora závislého na pomoci jiné osoby může být v rámci rodiny zajišťována společně více generacemi. (Jeřábek, 2005)

Tímto tématem se zabývá také Bartoňová (in Jeřábek, 2005) a shodně uvádí, že mezi pečujícími převládají ženy. Dále dodává, že právě ženy jsou považovány za tradiční poskytovatelky neformální péče a převládají i v oblasti ošetřovatelství a v činnostech formální péče.

Otázku genderových rolí v péči o závislé osoby řeší též Rubášová (in Jeřábek, 2005), ta uvádí, že žena měla vždy v rodině roli poskytovatelky péče. Plynule přecházela od péče o děti k péči o své stárnoucí a nemohoucí rodiče a prarodiče. Tato pozice je samotnými ženami vnímána jako přirozená a cítí, že primární odpovědnost leží na nich i přes to, že tato činnost je vysoce náročná a vyžaduje trénink a postupné učení se jak se o nesoběstačného co nejlépe postarat. Důvodem, proč péči v rodině nejčastěji zajišťuje žena, může být dle Rubášové (in Jeřábek, 2005) skutečnost, že pro rodinu je více výhodné, pokud se výtěžné činnosti a kariéry vzdává ten, kdo vydělá méně peněz a kdo má menší vyhlídky na kariéru

postup v zaměstnání. České rodiny jsou tradičně dvoupříjmové a v případě ztráty jednoho příjmu si co do životní úrovně většinou pohorší.

Možnostmi finančního a sociálního zajištění pečujících osob se budeme v této práci zabývat ve čtvrté kapitole.

3.2 Podoby rodinné péče

Péče o seniora zajišťovaná rodinou může mít různé podoby. Záleží na tom, jak intenzivně a jak naléhavě senior péči potřebuje. Jeřábek (2005) rozlišuje tři stupně péče a to podle toho, jak časově, fyzicky a psychicky je péče náročná.

Péče podpůrná

Tato forma je nejméně náročná. Patří sem například drobné opravy v domácnosti, doprava k lékaři, obstarávání osobních záležitostí na úřadech apod. Tato forma péče je rodinou zajišťována většinou nepravidelně, dle potřeby. Není při ní zapotřebí společné bydlení ani příliš vynaloženého času. Je zde však zahrnuta také složka emocionální a oběma stranami je chápána jako důležitá a významná.

Péče neosobní

Tato podoba péče je o stupeň náročnější. Zde jsou zahrnuty činnosti, které jsou spojeny s péčí o domácnost, jako je úklid, vaření, praní a žehlení prádla. Vyžaduje již určitou pravidelnost, nelze ji odložit a pro pečovanou osobu je nepostradatelná. Je tedy i více časově náročnější. Obsahuje složku materiální i emocionální. Lze ji však stále vykonávat tak, že pečující do domácnosti svého blízkého dochází nebo ji může zajistit i někdo jiný než člen rodiny. Například pečovatelská služba donášku oběda či sousedé nebo jiná osoba sjednaná na úklid, praní prádla a další drobné domácí práce.

Osobní péče

Tento stupeň je považován za nejnáročnější. Obsahuje činnosti, které jsou velmi psychicky, fyzicky i časově náročné, spojené jak se zajištěním chodu domácnosti, tak i s péčí v oblasti hygieny, fyziologických potřeb, podávání stravy včetně krmení a dále pak s polohováním na lůžku, posazováním, přenášením. Charakteristické pro osobní péči je, že musí být zajišťována pravidelně, opakovaně, prakticky 24 hodin denně. Přítomnost pečující osoby je nepřetržitá, neboť senior se bez pomoci není schopen obejít, je na ní závislý. Tato

forma péče je také pro pečující osoby nejvíce zatěžující. Vyžaduje se od nich vytrvalost, obětavost a značná odpovědnost. Takto náročná péče může být doprovázena občasnou beznadějí, bezmocí a osamělostí. Zde hraje velkou roli právě rodina pečujícího, funguje zde solidarita a spoluodpovědnost. (Jeřábek, 2005)

3.3 Nemocný v rodině

Zdravotní stav jedince ovlivňuje situaci v celé rodině. Tato zátěž prokáže, zda je rodina schopna soudržnosti v kritické chvíli, zda posílí nebo vede k jejímu rozpadu. Péče o nemocného je aktivována emocionálně i rozumově, citovým vztahem i vědomím povinnosti. Stejně jako jedinec, který se vyrovnává se svou závažnou nemocí, prochází i blízcí členové jeho rodiny jednotlivými fázemi, které vedou k vyrovnání se změnami. Nejdříve se objevuje fáze popření, která vyjadřuje potřebu bránit nemocného. Objevují se pocity bezmocnosti, úzkosti, strachu z budoucnosti. Rodina neví, co má dělat, jak žít dál, je dezorientovaná. Někdy reagují příliš aktivně nebo naopak rezignují. Snaží se pro svého blízkého něco udělat, i když jejich činy mají spíše subjektivní smysl nežli by se daly objektivně pochopit. Kontakt s nemocným je pro zdravé členy rodiny velmi náročný. Nemoc jejich blízkého jim připomíná vlastní zranitelnost, symbolizuje ohrožení jejich vlastní existence. Péče o nemocného je fyzicky i psychicky vyčerpávající, vynaložené úsilí nemusí odpovídat vyvolanému efektu, což může následně způsobit pocit marnosti, ale i negativní změny v citovém vztahu k nemocnému a může vést až k syndromu vyhoření, obzvláště je-li péče dlouhodobá. (Vágnerová, 2004)

V návaznosti na tuto zátěž dochází i ke změně v sebehodnocení pečujícího, který se může obviňovat z toho, že svou roli nezvládl, že neudělal vše, co bylo možné a nemá již další šanci to napravit. Závažná choroba blízkého člověka může být významným mezníkem mezi idealizovaným minulým životem a spíše negativně hodnocenou současností a budoucností. (Vágnerová, 2004)

3.4 Pozitiva a negativa rodinné péče

Pozitiva domácí péče vyplývají především ve vztahu k pečované osobě. Skutečnost, že může pobývat ve svém domácím prostředí za přítomnosti blízkých osob, má příznivý vliv na jeho psychiku, což také přímo ovlivňuje jeho imunitní systém a hraje nezastupitelnou roli v procesu uzdravování. Snižuje se také riziko kapénkových infekcí, které vznikají v souvislosti s pobytem v institucionálních zařízeních. (Bartoňová, in Jeřábek, 2005)

Z hlediska pečujícího má velký význam skutečnost, jak on sám vnímá péči, kterou poskytuje. Jakou má poskytovaná péče vliv na jeho psychiku, tělesné zdraví a život obecně. Důležitou úlohu zde hraje intenzita domácí péče, která je spojena se zdravotním stavem pečované osoby. Stejně významné je i hledisko společné domácnosti, zda pečující za pečovanou osobou dojíždí nebo bydlí společně. Dalším významným faktorem je také typ zaměstnání pečujícího. Tohle všechno velkou měrou ovlivňuje dobu, kterou pečující věnuje pečované osobě a nikoli činností ohledně vlastní rodiny, ale také své vlastní osoby. (Bartoňová, in Jeřábek, 2005)

Dlouhodobá péče o nesoběstačného člověka je náročná psychicky i fyzicky, ale také sociálně, neboť může vést až k sociální izolaci. Nelze pominout ani finanční náročnost, která může být pro některé rodiny velmi citelná. (Rubášová, in Jeřábek, 2005)

Tošnerová (2002) uvádí, že u pečujícího se může stěží pociťovat pocit uspokojení, který vyplývá z možnosti pomáhat svému blízkému, s pocitem rozmrzelosti, ztráty duševní rovnováhy, ztráty soukromí a také z toho, že nemůže nijakým způsobem ovlivnit skutečnost, že osoba, o kterou pečuje, slábne a schází. Tyto rozdílné pocity mohou vyvolat u pečujícího pocit viny a stres. Míra těchto pocitů může záviset na tom, jaký měl pečující vztah s příjemcem péče, i na tom, jakou pečovatelskou zodpovědnost cítí, či jakým aktivitám se pečující během dne věnuje ať už profesionálním, sociálním nebo volnočasovým.

3.5 Potřeby pečujících osob

Velmi často pečující upřednostňují potřeby pečované osoby před svými vlastními, což může ovlivnit i kvalitu jejich života. V této kapitole se budeme tedy věnovat především potřebám pečujících osob, které se ničím neliší od potřeb intaktní populace.

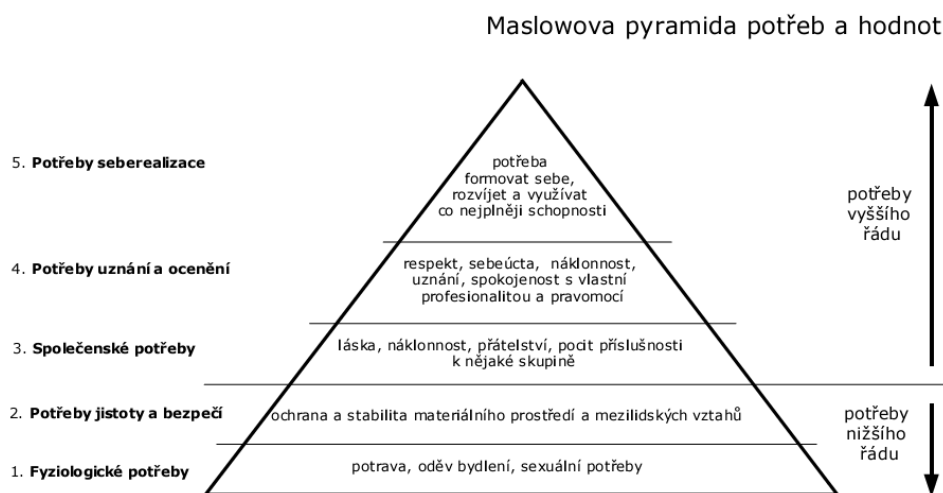
„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“. Touha po něčem nás vede k činnostem, kterými tuto potřebu uspokojujeme. (Šamánková, 2011). Matoušek (2008) popisuje potřebu jako *„motiv k jednání“*. A dále uvádí, že její neuspokojení vede k deprivaci a ke strádání.

Potřeby jsou pokládány za základní formu motivů. Nejznámější teorie motivace tvrdí, že člověk je poháněn touhou dosáhnout svého maximálního potenciálu, ovšem pokud se mu do cesty nepostaví překážky. Tyto překážky pak představují vše, co člověku brání v jeho plném rozvoji. (Šamánková, 2011)

Nejčastěji uváděnou teorií lidských hodnot je motivační teorie potřeb Abrahama Maslowa. Ta bývá znázornována v podobě pyramidy, kde jsou jednotlivé typy potřeb hierarchicky uspořádány. Je-li uspokojena potřeba nižší, objeví se obvykle potřeba další. Žádná s těchto potřeb však nemůže být chápána jako izolovaná nebo nějak ohraničená. Záleží totiž na tom, v jakém poměru jsou uspokojovány či neuspokojovány ostatní potřeby. (Nešporová, 2008)

Maslow definuje základní životní potřeby takto:

1. Fyziologické potřeby – potraviny, tekutiny, teplo, pohyb, spánek, sex apod.
2. Potřeba bezpečí – jistota, spolehlivost, nepřítomnost strachu, úzkosti a chaosu
3. Potřeba sounáležitosti – láska, přijetí, spolupatříčnost
4. Potřeba uznání – sebeúcta, sebedůvěra, respekt
5. Potřeba seberealizace – touha stát se tím, čím se člověk může stát nebo je schopen se stát (Nešporová, 2008; Šamánková, 2011)



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (<http://www.skuhry.com>, 2008)

Do jaké míry jsou uspokojovány potřeby pečujících osob, je ovlivněno několika faktory. Především je to individualita každého jedince. Optimistický, otevřený a vyrovnaný jedinec bude své potřeby naplňovat většinou snadněji než ten, kdo je spíše pesimistický a uzavřený. Záleží také na sociálním prostředí, na jeho rodině na ekonomickém zajištění, dosaženém

vzdělání a pracovním vyčerpáním. V neposlední řadě je to pocit zdraví nebo nemoci, který může posunout kvalitu i kvantitu potřeb, včetně jejich naplnění. (Šamánková, 2011)

Tošnerová (2002) ve své příručce pro pečující osoby uvádí seznam otázek, určených příjemci péče a pečujícím osobám, s jejichž pomocí mohou tyto osoby zjistit úroveň svého zdraví, bezpečí a pohodlí. Otázky pro osobu, které je péče poskytována, jsou zaměřeny na oblasti zajištění stravy, hygieny, spánku, čistoty a bezpečí domácího prostředí, lékařské péče, finančních záležitostí, využívání i jiných pomocných služeb a kontrolu kvality péče poskytované v domácím prostředí.

Pečující by si měl na základě seznamu vytvořeného pro něj odpovědět na to, zda má alespoň jeden den v týdnu volno, jestli má v noci minimálně 7 hodin klidného spánku, zda navštěvuje alespoň tři přátele nebo příbuzné týdně, dodržuje pravidelné preventivní prohlídky, užívá jen ty léky, které jsou mu předepsány pro zachování zdraví, konzumuje tři přiměřená jídla denně, zajímá se o informace ohledně poskytování celodenní péče. Také by si měl pečující umět odpovědět na otázku, zda zná svá práva a zda má v pořádku své právní a finanční záležitosti, včetně poslední vůle.

Pro pečujícího je dle Tošnerové (2002) důležité, aby dokázal zhodnotit sám sebe ve vztahu k pečované osobě a také to, jakou měrou je do péče zainteresován, zda péči vykonává opravdu jen v tom rozmezí, které je pro jeho svěřence nezbytné, anebo se již plně odevzdal potřebám pečované osoby a jeho vlastní potřeby pro něj již nemají žádný význam.

3.6 Podpora pečujících

Tošnerová (2002) doporučuje pečujícím, aby se chránili před tělesným a psychickým vyčerpáním a to tím, že se budou o sebe starat stejnou měrou, jako o své svěřence, aby udržovali své zdraví a nacházeli způsoby, jakými se budou vyrovnávat se svou situací. Pro pečující je velmi důležité, aby si dokázali uvědomit své pocity, dokázali je také sdělit ostatním členům rodiny, přátelům nebo profesionálům. Komunikace s rodinou a přáteli může sice na jedné straně pomoci pečujícím zbavit se pocitu osamělosti, nabýt pocitu, že zvládá odpovědnost spojenou s poskytováním péče, případně poskytnout úlevu, pokud s osobou, o kterou pečuje, stráví nějaký čas i někdo jiný. Na straně druhé se může setkat také s negativním hodnocením své práce, s kritikou toho jakým způsobem vede domácnost nebo jak je postaráno o svěřence. Nejdůležitější však je, aby se zvládáním péče byl spokojen

pečující a v neposlední řadě i osoba, o kterou je pečováno. Autorka doporučuje ziniciovat častější rodinné schůzky, zapojit i ostatní členy rodiny do péče, aby lépe pochopili složitost této činnosti a vtáhnout je do spoluzodpovědnosti na poskytování péče.

Pečující by si měli umět stanovit reálné cíle, definovat své priority, co je v jejich silách zvládnout a co ne a podle toho se také řídit. Nebát se obrátit s prosbou o pomoc na svou rodinu, přátele a sousedy. Nespoléhat se na to, že jim druzí budou nabízet svou pomoc, musí si o ni umět říct sami.

Mimo podpory a pomoci členů rodiny existují i další možnosti jak pečujícím jejich práci usnadnit. Lze využít i profesionálních služeb, například v podobě úklidových agentur, které mohou pečujícím ulehčit práci a oni tak budou mít více času věnovat se sami sobě, své rodině a svým koníčkům. Je možné také využít sociálních služeb, které jsou nabízeny v místě bydliště nebo jeho okolí. Další a velmi důležitou podporou pro pečující je jejich finanční zajištění. To může mít podobu dávek sociální péče, případně daňového zvýhodnění pečujících osob a také jejich účasti na důchodovém a zdravotním pojištění.

3.7 Služby sociální péče

Služby sociální péče společně se službami sociální prevence a sociálním poradenstvím definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dne 1. ledna 2007.

Jednou ze sociálních služeb, které lze ve spojení s domácí péčí využít, je *odlehčovací služba*. Tato služba je poskytována osobám, jejichž soběstačnost je omezena z důvodu věku, zdravotního stavu nebo chronického onemocnění, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Forma poskytované péče je terénní (v přirozeném sociálním prostředí), ambulantní (osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována jinou osobou do zařízení sociálních služeb a součástí této služby není ubytování), případně pobytová (spojena s ubytováním v zařízení sociálních služeb). Je možné využít také *pečovatelskou službu*, případně služby *osobního asistenta*. Obě tyto služby mají stejnou cílovou skupinu, jako služba odlehčovací, nejsou však poskytovány pobytovou formou. Pečovatelská služba nabízí formu terénní i ambulantní, kdežto osobní asistent zajišťuje péči pouze v přirozeném sociálním prostředí osoby vyžadující péči a na rozdíl od pečovatelské služby není nijak časově omezena. Je čistě na osobě, které je péče poskytována, jaké činnosti a v jakém čase

bude chtít zajistit. Je třeba také zmínit, že osobní asistent nezajišťuje péči o domácnost, pouze podporuje klienta při činnostech spojených s běžným chodem domácnosti (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Všechny výše uvedené služby mají pro pečující osobu tzv. respitní neboli úlevovou funkci. Umožní jim zasloužený odpočinek, načerpat síly, případně si obstarat své osobní záležitosti, které mohou být spojeny např. s návštěvou úřadu, lékaře nebo jejich hospitalizací či rekreací.

Matoušek (2008) uvádí, že respitní péče je poskytována lidem dlouhodobě pečujícím o postižené. Nejčastěji probíhá formou dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře, či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti.

Zákon o sociálních službách definuje i další služby sociální péče, které jsou určeny osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje péči jiné fyzické osoby. Jsou to například *centra denních služeb* a *denní stacionáře*, ty jsou poskytovány ambulantní formou. Pobytovou službou na časově omezenou dobu jsou potom *týdenní stacionáře*. Všechny výše uvedené služby zajišťují mimo jiných také pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a aktivizační činnosti, při kterých může senior rozvíjet a zdokonalovat své schopnosti a dovednosti. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Po dobu, kdy senior tráví čas v některém z těchto zařízení, může osoba, která o něj běžně pečuje, být v zaměstnání nebo se věnovat jiným činnostem, což může příznivě ovlivnit také kvalitu jejich života.

Výčet služeb, jejichž cílovou skupinou jsou senioři, není zdaleka kompletní. Záměrem však bylo přiblížit alespoň ty služby, které jsou nejčastěji využívány v kombinaci s péčí zajišťovanou osobami blízkými v domácím prostředí.

3.8 Příspěvek na péči

Péče o blízkou osobu může být různě časově, psychicky i fyzicky náročná. Pokud se jedná o péči pouze podpůrnou, případně neosobní, je zde předpoklad, že péči lze zajišťovat při zaměstnání. Pečující je tedy po finanční stránce zajištěn svou mzdou, případně invalidním či starobním důchodem nebo hmotným zabezpečením či dávkami v hmotné nouzi. Jestliže však zdravotní stav pečované osoby vyžaduje péči ve větším rozsahu, a je nezbytná pravidelná každodenní pomoc, není již v silách pečujících vykonávat současně i své povolání.

V těchto případech pečující velmi často opouštějí svá zaměstnání a ocitají se bez finančních prostředků. Tuto situaci je možné řešit prostřednictvím dávky sociální péče a tou je příspěvek na péči. Ten je vyplácen osobě, o kterou je pečováno, nikoli osobě pečující, jak tomu bývalo v minulosti, formou příspěvku při péči o blízkou osobu nebo jinou osobu³. Tento příspěvek byl s účinností od 31. prosince 2006 zrušen a od 1. ledna 2007 nahrazen novou dávkou sociální péče, a to již zmíněným příspěvkem na péči.

Příspěvek na péči je zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, jestliže jim tuto péči poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče⁴ či registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu. Nárok na tento příspěvek mají osoby trvale hlášené na území České republiky, osoby, jimž byl udělen azyl, občanovi členského státu Evropské unie a dalším osobám, které jsou uvedeny v §4 zákona o sociálních službách. Všechny osoby uvedené v tomto paragrafu musí splňovat další podmínky stanovené tímto zákonem nebo zvláštními právními předpisy⁵. Žádost o tento příspěvek podává výše uvedená osoba v písemné podobě na tiskopisu předepsaném Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR u krajské pobočky Úřadu práce ČR. Náklady na tento příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Stát se tímto příspěvkem podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Osoba, která pobírá příspěvek na péči, jej musí využít na zajištění potřebné pomoci. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.8.1 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby

Stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby jsou definovány zákonem o sociálních službách. Posuzuje je lékařská posudková služba okresní správy sociálního zabezpečení, která

³ Byl vyplácen dle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

⁴ Asistent sociální péče může být dle § 83 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pouze fyzická osoba, zdravotně způsobilá, starší 18 let věku, musí mít s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřenou písemnou smlouvu o poskytování pomoci a tuto činnost nevykonává jako podnikatel.

⁵ Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů

Nařízení Rady (EHS) č. 1612/68 ze dne 15. října 1968 o volném pohybu pracovníků uvnitř společenství

vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření provedeného Krajskou pobočkou Úřadu práce ČR, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzující osoby. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči hodnotí okresní správa sociálního zabezpečení schopnost zvládat základní životní potřeby, kterých je celkem deset:

- mobilita.
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost

Blíže jsou tyto oblasti specifikovány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která je prováděcím právním předpisem zákona o sociálních službách.

S ohledem na skutečnost, že se tato bakalářská práce zabývá osobami pečujícími o osoby v seniorském věku, bude i posuzování stupňů závislosti a částky příspěvku na péči uváděny pouze pro věkovou kategorii nad 18 let, pro nižší věkovou kategorii jsou částky i kritéria pro hodnocení příspěvku na péči odlišné.

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

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat (dále jen není schopna zvládat) tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

- stupni III (těžká závislost), jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (§8, odst. 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se dle výše uvedeného zákona rozumí zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Funkční schopnosti jsou pak hodnoceny s využíváním zachovalých potenciálů a kompetencí osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo využitím zdravotnického prostředku. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.8.2 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku závisí na rozsahu, intenzitě a náročnosti péče, kterou je potřeba věnovat posuzované osobě v porovnání s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé osobě téhož věku. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálním zabezpečení)

Částky, které náleží osobě starší 18 let věku, činí dle aktuálního znění zákona o sociálních službách za kalendářní měsíc:

- 800,-Kč v I. stupni závislosti,
- 4 000,-Kč ve II. stupni závislosti,
- 8 000,-Kč ve III. stupni závislosti,
- 12 000,-Kč ve IV. stupni závislosti.

Dle zákona č. 366/2011 Sb., kterým se od 1. ledna 2012 měnila některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, lze tyto částky zvýšit o 2000,- Kč za kalendářní měsíc, jde-li o rodiče pobírajícího příspěvek na péči, který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku, v případě, že rozhodný příjem společně posuzovaných osob je nižší než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob s ní společně

posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu.⁶ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Toto ustanovení je uváděno pouze pro úplnost, i když se s největší pravděpodobností nebude vztahovat k osobám seniorského věku, kterých se posuzování příspěvku na péči v souvislosti s touto prací týká.

3.8.3 Práva a povinnosti pečujících v souvislosti s příspěvkem na péči

Zákon o sociálních službách ukládá pečujícím osobám také povinnosti. Jsou jimi oznamovací povinnost hlásit přijetí oprávněné osoby (osoba, které byl přiznán příspěvek na péči) k hospitalizaci a propuštění z hospitalizace a dále povinnost hlásit úmrtí oprávněné osoby. Lhůta je tímto zákonem stanovena do 8 dnů od doby, kdy některá z výše uvedených skutečností nastala. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Pečující mívají často obavu z toho, jak budou zajištěni v případě, že jejich blízký zemře dříve, než je mu příspěvek na péči přiznán nebo vyplacena částka náležející za příslušný měsíc, ve kterém oprávněná osoba zemřela. Tuto situaci řeší § 16 zákona o sociálních službách.

Přechod nároku na příspěvek na péči

V případě, že žadatel o příspěvek na péči zemřel dříve, než bylo o nároku na příspěvek pravomocně rozhodnuto, vstupuje do dalšího řízení a nabývá nárok na částky splatné do dne smrti osoba blízká, která byla uvedena v žádosti o příspěvek na péči, případně byla v průběhu péče hlášena jako osoba pečující. V případě, kdy oprávněná osoba zemřela a příspěvek jí byl již přiznán, vyplatí se splatné částky příspěvku na péči, které nebyly do dne smrti oprávněné osoby vyplaceny, pečující osobě, která byla hlášena dle podmínek zákona o sociálních službách (§ 16, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Důchodové pojištění pečujících osob

Legislativně je také upravena otázka důchodového pojištění pečujících osob. Důchodového pojištění jsou účastny osoby, které pečují o osobu blízkou starší 18 let ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná

⁶ Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů

závislost). U osob blízkých se požaduje splnění podmínky společné domácnosti⁷. Podmínky pro prokázání péče a podání přihlášky k účasti na důchodovém pojištění řeší také zákon o důchodovém pojištění. (§5 odst. 1) písm. s) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění).

Zdravotní pojištění pečujících osob

Za osoby pečující o osobu blízkou ve II. stupni závislosti nebo III. stupni závislosti nebo IV. stupni závislosti, je plátcem zdravotního pojištění stát. (§7 odst. 1) písm. g) zákona č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění). Což v praxi znamená, že pečující osoba doloží zdravotní pojišťovně, u které je registrována, potvrzení prokazující, že je osobou pečující o osobu v příslušném stupni závislosti. Toto potvrzení si vyžádá pečující osoba u příslušné pobočky Úřadu práce.

Daňové zvýhodnění pečujících osob

Dani nepodléhá příjem, který plyne z péče o blízkou osobu pobírající příspěvek na péči, a to do výše poskytovaného příspěvku.(§ 4, odst. 1) písm i) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů)

Starost pečujících o to, jakým způsobem budou finančně zajištěni, je jedna z oblastí, která může mít negativní vliv na kvalitu jejich života. Následující kapitola se bude blíže zabývat vytyčením pojmu kvality života a v jakých oblastech je možné se jí zabývat.

⁷ Dle §115 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, domácnost tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby.

4 KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH OSOB

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Co je chápáno pod pojmem kvalita života? Slovo kvalita je odvozeno od latinského „qualitas“ či "qualis", tedy „jaký“. Český výraz pro kvalitu zní „jakost“ a ta může být například dobrá, prvotřídní nebo naopak špatná. Životem rozumíme život obecně, případně život určitého druhu jedinců, zde jde o život lidí.(Křivohlavý, [online]).

Zájem o kvalitu života je zakořeněn v dávné minulosti. Holandský psycholog Bergsma (in Křivohlavý [online].) k tomuto tématu píše „*Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě*“

Pojem „kvalita života“ byl poprvé zmíněn v roce 1920, tehdy jej použil Pigou ve své práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Nebyl však přijat s nadšením. Jeho znovuobjevení nastalo až v souvislosti se dvěma zásadními událostmi. Jednou z nich je ta, kdy Světová zdravotnická organizace zahrnuje do definice zdraví také fyzickou, duševní a sociální pohodu. Což vyvolalo diskuse o měřitelnosti tohoto konceptu. Druhou událostí bylo v 60. letech 20. století uvedení pojmu kvalita života do politiky v souvislosti s rostoucími sociálními nerovnostmi mezi jednotlivými západními společnostmi. Do politiky jej konkrétně zavedli J. F. Kennedy a L.B. Johnson. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

V Evropě pojem kvalita života použil ve svém programu Římský klub, což je nevládní organizace založená v roce 1968. Jednou z hlavních aktivit Římského klubu bylo zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Klub se zaměřoval na zkoumání a řešení globálních problémů (Helečka, in Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Také Sičák (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005) uvádí, že termín kvalita života byl původně používán v souvislosti se zhoršujícím se životním prostředím.

Gurková (2011) uvádí, že v odborném jazyce se termínem kvalita života popisují negativní i pozitivní stránky života. Hodnocení, zda je či není náš život kvalitní, je založené na porovnávání úrovně naší existence s tím, co od života očekáváme, a také na porovnávání našeho života se životem druhých lidí.

4.2 Hlavní roviny kvality života

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různých oblastí lidského života, od fyzických funkcí až po oblasti související s dosahováním cílů a prožíváním životního štěstí.

Hovoří-li se o kvalitě života ve vztahu k životu jednotlivce (individua), vybíráme z celé problematiky kvality života jen jeho dílčí oblast. Engel a Bergsma (in Křivohlavý, [online].) "mapují" celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách. V makro, mezo a personální rovině.

Makro-rovina se týká velkých společenských celků (světadíl, určitá země). Život je chápán jako absolutní morální hodnota. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah (boj s terorismem, hladomorem, epidemiemi).

Mezo-rovina se zaměřuje na život malých sociálních skupin (škola, rodina, tým lékařů). Zde se kromě respektu k morálním hodnotám otvírají otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování či neuspokojování základních potřeb jednotlivých členů dané skupiny.

Personální (osobní) rovina se zabývá životem jednotlivce. Každý sám hodnotí kvalitu svého života. Jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti či napětí. Zrcadlí se zde vlastní představy, naděje, očekávání, přesvědčení daného jedince.

Vymezení takového pojetí kvality života má význam pro další části této práce. V praktické části této práce se budeme pohybovat na rozhraní mezo-roviny a personální roviny, jelikož budeme zkoumat určitou sociální skupinu (určitý okruh pečujících osob) a zároveň budou jednotlivé aspekty života subjektivně hodnotit sami jednotlivci (pečující osoby).

4.3 Vymezení kvality života dle vědních oborů

Při vymezení toho, co kvalita života vyjadřuje, se nejčastěji setkáváme s pojmem multidimenzionální, multidisciplinární, má tedy vysokou míru komplexnosti. (Gurková, 2011)

Koncept kvality života se stal v posledních dvaceti letech nedílnou součástí všech vědních oborů. Z oblasti ekonomie a politiky se postupně přenesl i na pole sociologie, psychologie, lékařství, ošetrovatelství a pedagogiky, kde získal své stálé místo. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

Vzhledem k jejímu multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru nestojí kategorie kvality života na jednom teoretickém základu. Přesné vymezení a identifikace jednotlivých aspektů a faktorů ovlivňujících kvalitu života, se staly předmětem zájmu zkoumání. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Každá vědní kategorie definuje kvalitu života z jiného úhlu pohledu a její přesné vymezení je velmi obtížné.

Medicína na ni pohlíží ve vztahu ke zdraví. V tomto oboru se prosazuje označení „*Health-Related –Quality of Life*“ tedy „*kvalita života týkající se zdraví*“ (Anderson, et al, in Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Sociologie vymezuje kvalitu života vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu.

Psychologie se zaměřuje na prožívání, myšlení a hodnotí člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, ale také životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad. Psychologie v kontextu s kvalitou života operuje také s pojmem „well-being“ neboli spokojenost, pohoda⁸ (Vaďurová, Mühlpachr 2005)

4.4 Defínování kvality života

Existuje celá řada definic zaměřených na kvalitu života. Jinak je kvalita života definována ve vztahu ke zdraví, jinak pokud se jí zabýváme jako podmínkou potřebnou pro štěstí, pocitu spokojenosti či potenciálu pro adaptaci. (Gurková, 2011)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“ (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 11)

⁸ „*Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku-absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení – mít se rád a mít rád ostatní lidi*“ (Doležalová, in Vaďurová, 2005, s. 29)

Dragomirecká (in Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 12) uvádí, že z definice zdraví WHO vychází také Nagpal, ten definuje kvalitu života jako „*komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou*“.

Dikensenova definice (Dragomirecká, in Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 12) vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Kvalitu života chápe jako „*měření velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními*“.

Kvalita života bývá vymežována mnoha způsoby od velmi obecných, až po ty, které se zaměřují na určitý aspekt kvality života. Tím může být:

Naplňování osobní cílů, kdy při cestě k jejich naplnění může jedinec využít svých intelektových a fyzických schopností a být schopen dosáhnout stupně bezpečí a sebeúcty. (Engquist in Vaďurová, Mühlpachr 2005)

Pocit štěstí a spokojenosti, který definoval Hornquist (in Vaďurová, Mühlpachr 2005), že je to „*intenzita pocitu spokojenosti v oblasti uspokojování fyzických, psychických, sociálních a materiálních potřeb a aktivit.*“

4.5 Dimenze kvality života

Vaďurová a Mühlpachr (2005) pohlížejí na koncept kvality života jako na dvojdimenzionální, kdy se hodnotí kvalita života z objektivního nebo subjektivního úhlu pohledu.

Objektivní kvalita života se zabývá fyzickým zdravím, sociálními podmínkami, sociálním statutem a materiálním zabezpečením. Je to tedy souhrn zdravotních, sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek.

Subjektivní kvalita života souvisí s tím, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti ve spojitosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem. Jeho spokojenost závisí na tom, jaké má osobní cíle, očekávání, zájmy.

4.5.1 Dimenze kvality života za účelem měření

WHO na základě své definice vymezuje čtyři základní dimenze lidského života:

- **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti**, do které řadí: energii, únavu, odpočinek, mobilitu, každodenní život, schopnost pracovat a podobně.

- **Psychické zdraví a duchovní stránka**, zde je zařazeno myšlení, učení, paměť, negativní a pozitivní pocity, sebepojetí, sebehodnocení, víra, spiritualita apod.
- **Sociální vztahy**, což představuje osobní vztahy, sociální podporu, sexuální aktivitu apod.
- **Prostředí**, kde jsou zahrnuty finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost péče zdravotní i sociální, znečištění prostředí, hluk, provoz, domácí prostředí. A také získávání nových vědomostí a dovedností. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

Ze stejného teoretického základu jako WHO, vychází i koncept kvality života, QOL Research Unit v Torontu (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005), který byl vytvořen za účelem měření nejen zdraví, ale i spokojenosti. Zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, vazby na prostředí a možnosti zajištění a rozvíjení schopností a vědomostí. Koncept je rozdělen do tří základních oblastí a ty potom ještě do třech podoblastí:

- **Existence – kdo jsem**, zahrnuta je zde fyzická, psychická a duchovní stránka, tedy velmi podobné vymezení jako u WHO.
- **Sounáležitost- vazby na prostředí**, podoblastmi jsou zde místo ve světě (domov práce, škola, sobectví, užší společnost), místo mezi lidmi (rodina, blízcí přátelé, spolupracovníci) a místo ve společnosti (adekvátní příjem, zdravotnické a sociální služby, zaměstnání, vzdělávací programy, volnočasové aktivity, společenské dění a události).
- **Adaptabilita – dosahování osobních cílů, přání a aspirací**, tady je zahrnut každodenní život (činnosti v domácnosti, zaměstnání, škola, dobrovolnické činnosti, využívání zdravotnických a sociálních služeb), volný čas (relaxační činnosti, činnost redukující stres), plány do budoucna (činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností, adaptace na změny)

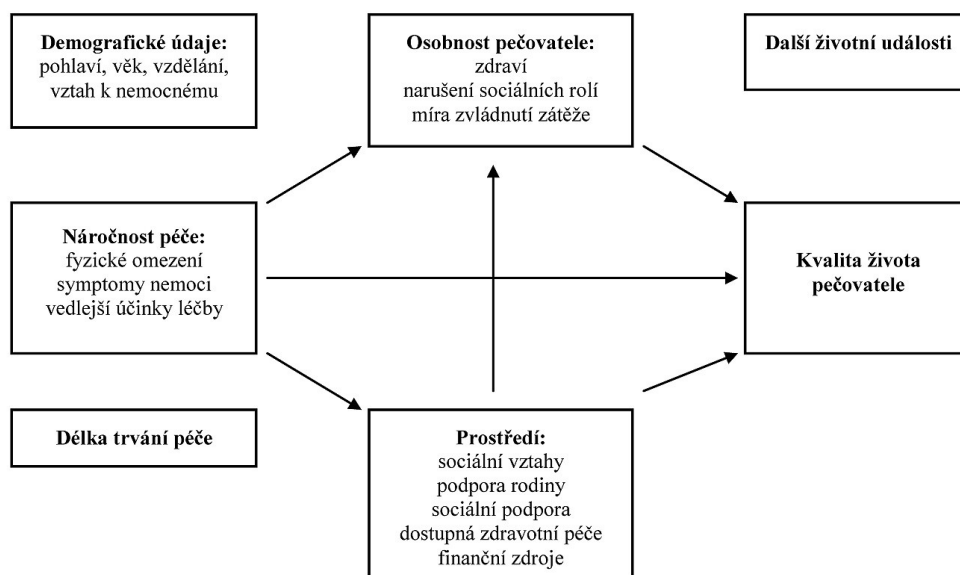
Dimenzí, ve kterých lze hodnotit kvalitu života je mnoho. Zde jsme vyjmenovali především ty, které se v různých obměnách vyskytují u různých autorů či organizací, které se zkoumáním kvality života zabývají a mají také bližší souvislost s praktickou částí této práce, kde bude zkoumán subjektivní pohled na kvalitu života, tak jak je v jednotlivých oblastech svého života vnímají sami pečující.

4.5.2 Kvalita života pečujících

Publikací, které by se zabývaly výhradně kvalitou života pečujících, je ve srovnání s těmi, které se věnují kvalitě života seniorů či pacientů s různými druhy onemocnění omezené množství.

Vaďurová (2008) zaměřuje svoji studii na kvalitu života pečovatelů o onkologicky nemocné děti, uvádí zde model kvality života pečovatele, převzatý od White et al. Tento model lze aplikovat také na pečující o osoby seniorského věku, neboť jak autorka uvádí, byl původně zaměřen na pečovatele o jedince po mozkové mrtvi a má obecnou dimenzi. (Vaďurová, 2008)

Multidimenzionální charakter kvality života pečujících a vzájemné působení na jednotlivé složky sociální role pečovatele, na jeho kvalitu života znázorňuje model na obrázku 2. (Mayo, in Vaďurová, 2008)



Obrázek 2 Model kvality života pečovatelů dle White et al. (in Vaďurová, 2008)

Kvalita života pečovatele se v základních oblastech nijak neliší od běžné populace. Odlišnost však bude v jejich důležitosti pro daného jedince a také ve specifických podoblastech. (Vaďurová, 2008)

Z fyzických aspektů má vliv na kvalitu života pečujících únava, problémový spánek, ztráta chuti k jídlu a potřeba odpočinku. (Vaďurová, 2008)

Psychické aspekty pečujících ovlivňuje nejčastěji emocionální zátěž, stres, obavy, nervozita, vztek, strach o pečovanou osobu, pocit zničení a deprese (Kornbith et al., in Vaďurová, 2008), zmatek, neznalost problematiky, pocit bezmoci (Vaďurová, 2008)

Sociální vztahy, zde je kvalita života ovlivněna podporou rodiny, změnou rozložení zodpovědnosti v rodině, nepolevujícími a dlouhodobými nároky na péči.

Spirituální aspekty jsou dle Matthewse et al. (in Vaďurová, 2008) nejvýše hodnocené aspekty ve vztahu ke kvalitě života pečovatelů, zde je zahrnuta spirituální pohoda, pocit podpory, užitečnost, naděje, pocit smysluplnosti a celkové spokojenosti se životem.

Kvalita života i naplňování lidských potřeb jsou motivační silou každého člověka.

II.PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob pečujících o své blízké v seniorském věku. Kvalita života byla popsána v různých definicích, byly popsány také různé dimenze, ve kterých lze kvalitu života zkoumat. V empirické části se pokusíme zjistit, jak jsou naplňovány potřeby pečujících osob a jaké oblasti života jsou v souvislosti se zajišťováním péče ovlivněny.

Praktická část této bakalářské práce je založena na kvalitativním výzkumu, který obsahuje dvě případové studie žen pečujících o své blízké v seniorském věku. Důvodem výběru kvalitativního výzkumu formou případové studie, byl záměr přiblížit autentický život pečujících osob, přinést náhled na každodenní situace, s kterými se při činnostech spojených se zajišťováním péče potýkají.

5.1 Definice kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je dle Dismanovy definice *“...nenumerické šetření a interpretace sociální reality, cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovanými informacemi“* (Miovský, 2006 s. 17). Švaříček, Šedřová (2007) definují kvalitativní výzkum s ohledem na všechny jeho důležité charakteristiky: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Švaříček, Šedřová, 2007).

Skulil (2011) se touto tematikou také zabývá a uvádí, že o kvalitativním výzkumu nelze říci, že by byl jednodušší než kvantitativní výzkum. Naopak, použití kvalitativní metodologie vyžaduje velmi dobrou orientaci ve zkoumané oblasti, předvídatelnost a přizpůsobivost, ale také uvědomování si určitého rizika a větší množství času pro sběr dat a jejich vyhodnocení.

Kvalitativní metodologie se při výzkumu používá 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“ (Strauss a Corbiová, in Švaříček, Šed'ová, 2007)

5.2 Stanovené cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce bylo zjistit psychosociální potřeby pečujících ovlivňující jejich kvalitu života při zajišťování rodinné péče.

Dílními cíli bylo odpovědět na tyto výzkumné otázky:

1. Jak se liší náročnost péče o seniora se somatickými potížemi, od péče o seniora s psychickými potížemi?
2. Jaké potřeby u pečujících převládají v souvislosti s péčí o jejich blízké?
3. Je pro pečující finanční zajištění ze strany státu dostatečné?
4. Jak ovlivňuje pečujícím zajišťování péče jejich sociální vztahy a využití volného času?

Jedním z přístupů v kvalitativním výzkumu je případová studie. Tato metoda byla použita také v této práci.

5.3 Metodologie výzkumu

Pro tuto práci, jak již bylo výše zmíněno, byl použit kvalitativní výzkum, jehož charakteristikou je zkoumání malého množství objektů. Byly vybrány dvě ženy, které pečují o rodinné příslušníky v seniorském věku.

Kvalitativní výzkum používá několik metod, zde byla vybrána případová studie, jinak také kazuistika (z lat.casus – případ) ta je dle Skulila (2011, s. 108) považována za *“metodu heuristickou (nalézající), ilustrační i verifikační (dokumentační, ověřovací)*

Smyslem případové studie je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případům. Základem případového šetření musí být sběr skutečných dat, které se vztahují k určitému případu. (Švaříček, Šed'ová, (2007). Dle Yina a dalších, by měl být případ *„analyzován ve své komplexnosti. Každý zkoumaný aspekt je nahlížen jako součást celého systému, a ne jako izolovaná část“*. Tím, že se rozkrývají vztahy, mezi jednotlivými součástmi, dochází k vysvětlování podstaty případu. Podstatou vždy je, že v případové studii je usilováno o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 98)

Švaříček a Šedřová (2007) také upozorňují na skutečnost, že u případové studie se nelze spoléhat na náhodný výběr zkoumaného případu. Vždy musí jít o záměrnou volbu, aby bylo zaručeno, že vybraný objekt splňuje vlastnosti, na které zaměřeny výzkumné cíle a otázky.

5.4 Výběr výzkumného vzorku

Vhodný objekt pro naplnění cílů této práce, byl vytipován na základě pečlivého předběžného výběru. Hlavním kritériem pro výběr vhodných objektů bylo najít osobu, která pečuje o seniora, jehož převažujícím důvodem omezení soběstačnosti je jeho psychický stav. Naproti tomu najít osobu, která pečuje o osobu v seniorském věku, a její soběstačnost je omezena v souvislosti se somatickými potížemi. Osoby byly vybírány z agendy příspěvku na péči, referátu nepojistných sociálních dávek a dávek pro osoby se zdravotním postižením na Kontaktním pracovišti „X“, Úřadu práce ČR. Pro to, aby mohla být posouzena otázka finančního zajištění těchto pečujících osob, byly záměrně vybírány osoby, pečující o seniora, který byl uznán závislým na pomoci jiné osoby alespoň ve stupni II. Po pečlivém výběru byl nakonec zvolen případ, kdy dvě sestry společně pečují o svou babičku a o svou maminku. Zajímavost tohoto případu ještě umocňuje fakt, že jedna z žen péči zajišťuje celodenně a příspěvek na péči má jako jediný zdroj příjmů, je tedy takzvanou „hlavní pečující“. Druhá pečující zajišťuje péči při zaměstnání.

Po vytipování vhodného případu byla nejdříve oslovena žena, která péči vykonává celodenně. Byly jí vysvětleny důvody, proč byla oslovena a byla požádána o spolupráci na výzkumu. Žena byla velmi potěšena tím, že je o tuto problematiku zájem, se spoluprací ochotně souhlasila, stejně tak i druhá z oslovených pečujících. Obě ženy byly ubezpečeny o zachování anonymity. Bylo s nimi dohodnuto, že v této práci budou uváděny pod jinými jmény a nebude zmíněno ani město, ve kterém žijí.

5.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Pečující osoby:

Paní Iva: 48 let, svobodná, jedno dítě. Mladší ze dvou sester. Od roku 2000 zajišťuje celodenní péči.

Paní Anna: 51 let, svobodná, bezdětná, starší sestra Ivy, jiné sourozence nemá. Zaměstnaná.

Osoby, o které je pečováno:

Obě ženy pečují společně o dvě osoby, o svou babičku a svou maminku.

Babička: 89 let. Její soběstačnost je omezena z důvodu ztráty mobility. Není schopna chůze, je odkázána na ortopedický vozík, na který není schopna se samostatně přemístit, omezena je také motorika obou horních končetin. Pobírá příspěvek na péči ve III. stupni závislosti.

Maminka: 69 roků, trpí Alzheimerovou chorobou, která jí byla diagnostikována v roce 1999. Nyní je imobilní, zcela dezorientovaná, odkázána na pomoc jiné osoby ve všech oblastech základních životních potřeb. Byl jí přiznán příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti. Byla soudem zbavena způsobilosti k právním úkonům.

5.6 Metody sběru dat.

Při sběru dat bylo použito techniky analýzy dokumentů, pozorování a rozhovoru.

Analýza dokumentů

Tato metoda byla použita při získávání podkladů pro výběr výzkumného vzorku. Ty byly získány ze spisové dokumentace agendy příspěvku na péči. Údaje o pečujících osobách byly použity s jejich osobním svolením. Údaje o osobách, o které je pečováno, byly v případě maminky použity se souhlasem paní Ivy, neboť ta byla soudem ustanovena jejím opatrovníkem. Babička dala souhlas osobně.

Pozorování

Byla použita technika zúčastněného, otevřeného a nestandardizovaného pozorování. Pozorování probíhalo v přirozeném sociálním prostředí zkoumaných osob, za přímé účasti výzkumníka, na základě předchozí domluvy. Při pozorování byla zaměřena pozornost na projevy chování během rozhovoru a na komunikaci s ostatními členy rodiny.

Rozhovor (interview)

Rozhovor byl veden formou polostruktruovaného rozhovoru. Před jeho realizací byl předem připraven soubor otázek, které byly v průběhu rozhovoru položeny dotazovaným osobám. Pořadí stanovených otázek bylo přizpůsobeno až v průběhu konverzace v návaznosti na odpovědi, které dotazované osoby poskytovaly.

Švaříček a Šed'ová (2007) uvádí, že spojení pozorování s rozhovorem umožňuje badateli vytvořit si komplexní obrázek dané situace. Obě metody se vzájemně spíše prolínají. Z rozhovorů lze získat téma pro pozorování a pozorování dává oporu pro otázky rozhovoru a jejich hloubku.

Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor:

1. Jak dlouho již pečujete?
2. Co Vás vedlo k rozhodnutí začít pečovat?
3. Rozhodla jste se sama, nebo po poradě s ostatními členy rodiny?
4. Bylo těžké se rozhodnout?
5. Musela jste opustit zaměstnání hned nebo až po nějaké době?
6. Je pro Vás finanční zajištění v podobě příspěvku na péči dostatečné?
7. Jak probíhá Váš den?
8. Využíváte pomoci širší rodiny nebo sociálních služeb?
9. Kolik volného času máte během dne pro sebe?
10. Co nejraději děláte ve volném čase?
11. Měla jste někdy delší dovolenou, kdy a jak dlouhou?
12. Co Vám dělá největší radost?
13. Kdy se cítíte šťastná?
14. Co Vás trápí?
15. Ovlivnila péče o Vaše blízké Váš osobní život?
16. Můžete popsat, co Vám péče dala a co naopak vzala?
17. Měla byste zájem setkávat se s lidmi, kteří pečují stejně jako Vy a předávat si své zkušenosti a pocity?
18. Máte strach z budoucnosti?
19. Přemýšlela jste o tom, co bude, až přestanete pečovat?

5.7 Průběh získávání výzkumných dat

Při sjednávání termínů pro rozhovory byl brán zřetel na časovou vytíženost obou pečujících osob a na režim dne tak, aby nebyl v žádném případě narušen průběh péče.

Rozhovory s oběma pečujícími byly vedeny v jejich domácnostech. Probíhaly odděleně, s každou osobou v jiný den, v jinou hodinu a také v jiném časovém rozmezí,

s ohledem na rozsah tématu a časové možnosti dotazovaných. Rozhovory se tak odehrávaly v rozmezí dvou týdnů, vždy tak, aby nevznikla dlouhá proluka mezi jednotlivými rozhovory a také, aby si mohly pečující případně rozmyslet některé odpovědi. Při prvním rozhovoru byly obě ženy obeznámeny s cílem výzkumného šetření a požádány o souhlas, zda může být rozhovor nahráván na diktafon, s tímto obě souhlasily. Původní záměr byl, že písemné poznámky z pozorování budou prováděny v průběhu rozhovorů, ale bylo zjištěno, že na rozhovor to má spíše negativní vliv, proto bylo od tohoto způsobu záznamu upuštěno. Poznámky z pozorování byly doplněny při přepisu audiozáznamu. Přepisy byly pořizovány tentýž den, kdy probíhala daná část rozhovoru.

5.8 Vyhodnocování získaných dat

V první fázi byl proveden přepis neboli transkripce dat získaných záznamem na diktafon. Audiozáznam v celkové délce 250 minut, byl doslovně přepsán a tím bylo získáno 23 stran standardizovaného textu.

V další fázi byl text několikrát důkladně přečten a rozdělen na úseky, které nesly určitý význam v kontextu s hlavním cílem výzkumu.

Byla použita technika otevřeného kódování. Při této technice je text nejdříve rozbit na jednotky, kterým jsou přiřazena jména. S takto nově označenými (pojmenovanými) díly textu potom výzkumník dále pracuje. Paralelně s kódováním jednotlivých rozhovorů a pozorování je vytvářen seznam kódů a poté je možné začít se systematickou kategorizací. Tato technika představuje jednoduchou a zároveň dosti pracnou analytickou techniku. Jde o techniku naprosto induktivní. Pojmy a kategorie jsou vytvářeny na základě materiálu. Tvoří se zde něco nového a mnohdy nepředpokládaného a překvapujícího (Švaříček a Šed'ová 2007).

Pro pojmenování kódů byly použity obecné pojmy, které měly souvislost s údaji obsaženými v jednotlivých dílech textu, ty potom byly podle souvislosti seskupeny do kategorií, které byly pojmenovány.

K porovnávání a hledání rozdílů a podrobností bylo využito metody konstantní komparace. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 224) uvádí, že Charmazová, doporučuje „začít s hledáním shod a rozdílů uvnitř jednoho datového zdroje (např. jednoho interview), pokračovat s porovnáváním různých datových zdrojů vztažených k týmž aktérům....“ „.....a

dále porovnávat různé datové zdroje týkající se různých aktérů. Tímto způsobem je jednak zjišťována konzistence jednotlivých případů, jednak jsou případy srovnávány mezi sebou.“

Pro interpretaci analyzovaných dat byla použita technika „vyložení karet“, na základě které byla sestavena kostra analytického příběhu.

V poslední fázi praktické části této práce byla vytvořena výzkumná zpráva.

5.9 Případová studie č. 1

Osobní anamnéza: Paní Iva, 48 let, svobodná, má desetiletou dceru, vyučila se kadeřnicí, při zaměstnání vystudovala střední ekonomickou školu, pracovala jako referentka v Domě vědy a techniky na Brněnských veletrzích a výstavách. V roce 2000 opustila zaměstnání, z důvodu zajištění celodenní péče.

Rodinná anamnéza: Vyrůstala v úplné rodině. Je mladší ze dvou sester. V rodině vždy panovala vzájemná úcta, harmonie a láska. Všichni se vzájemně podporovali. V této rodině bylo samozřejmostí, že mladší generace pomáhala té starší. V roce 2005 jim náhle zemřel tatínek, který žádné zdravotní potíže neměl, těžko se s jeho ztrátou vyrovnávali. Paní Iva není vdaná, již dvacet let má přítele, mají spolu desetiletou dceru. Přítel s nimi nebydlí ve společné domácnosti, ale každý den za nimi dochází, mají spolu pěkný vztah, dceři se také vzorně věnuje. Paní Iva bydlí s dcerou v prvním patře rodinného domu. V přízemí bydlí sestra, maminka a babička.

Rozhodnutí pečovat

Od roku 1996 se zdravotní stav babičky začal zhoršovat a postupně se stávala závislou na pomoci jiné osoby, nebylo však zapotřebí celodenní péče. V tu dobu se ještě do péče o ni zapojovala celá rodina. Starší sestra Anna, která tehdy ještě studovala vysokou školu. Jejich maminka i tatínek. Paní Iva v tu dobu pracovala jako referentka na Brněnských veletrzích a výstavách a mohla si pracovní dobu přizpůsobit tak, jak jí to časově vyhovovalo. S pomocí rodiny se tedy dalo ještě skloubit zaměstnání a péče. Zdravotní stav babičky se od roku 1997 začal stále více zhoršovat, nebylo možné ji doma nechat samotnou. Původní plán, že o babičku se bude po odchodu do důchodu starat její dcera (maminka Ivy a Anny) se začal hroutit v momentě, kdy se u ní začalo objevovat časté zapomínání. V tuto dobu se bylo třeba rozhodnout, kdo zajistí péči o babičku. Zlomový okamžik nastal po té, co mamince byla v roce 1999 diagnostikována Alzheimerova choroba. Rozhodnutí, kdo bude zajišťovat péči

o maminku i o babičku proběhlo po dohodě celé rodiny. Vzhledem k situaci a možnostem, se v roce 2000 celodenní péče ujala paní Iva. Rozhodla se zcela samozřejmě, bez většího váhání. Počítala s tím, že příjem nebude mít příliš vysoký, ale vzhledem k tomu, že jejich rodina držela vždy pospolu a vzájemně si pomáhali, věděla také, že na to všechno sama nezůstane a to jak po stránce zajištění péče, tak i po stránce finanční. Paní Iva si požádala o příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu (tento příspěvek byl v roce 2007 nahrazen příspěvkem na péči), paní Anna zůstala v zaměstnání a dohodli se, jakým způsobem se budou na péči podílet.

Jak šel čas

Od roku 1996 pečovala nejdříve o babičku. Ta začala mít potíže s chůzí. Nejdříve se pohybovala s pomocí dvou francouzských berlí, později s chodítkem, až nezvládala chůzi vůbec. Nyní potřebuje péči ve velké míře. Již několik let není schopna se sama obléknout, nepřesune se z lůžka na ortopedický vozík a nepřemístí se z místa na místo. Je třeba jí nachystat stravu, pomoc při koupeli. Trpí inkontinencí moči, regulaci stolice zvládá, ale je třeba ji posadit na přenosné WC a provést následnou hygienu. Motorika se postupně s věkem zhoršuje, ale je schopna se sama najíst lžící, stravu jí porcují. Je orientovaná, komunikaci zvládá.

V roce 1998 začala mít zdravotní problémy také maminka, kdy se u ní začala objevovat nápadná zapomnětlivost. Časem zjistili, že to byl jeden z příznaků Alzheimerovi choroby. Tu mamince diagnostikovali v roce 1999, v tuto dobu měla 55 let. Začátky pro ně všechny byly velmi těžké, maminka se jim začala měnit před očima, uzavírala se do sebe, byla tichá, začala padat, strhávala žaluzie z oken, držela se kliky u dveří a chodila na jednom místě. Mívala dny, kdy si svůj stav uvědomovala, to potom plakávala, byla nešťastná. Nemoc progredovala velmi rychle, během krátké doby ztrácela čím dál více schopnost sebeobsluhy. Nebyla schopna se sama najíst, přestože měla jídlo nachystané, nejedla celý den, nevěděla ani, co má s jídlem dělat. Ztrácela schopnosti i při základních hygienických návycích, nezvládala použití WC. Bylo třeba ji pobízet, aby se najedla, šla se umýt, názorně ukázat, jak se například čistí zuby, kontrolovat, jak úkon provádí. Byla velmi neklidná, nebylo možné ji nechat chvíli bez dozoru, projevovala se u ní i agresivita, kousala, škrábala. Často křičela nebo vydávala jen skřeky. V noci se často budila, chodívala bez cíle po domě, padala, vykřikovala. Dezorientace se stále více prohlubovala, nejdříve přestala být orientovaná

v okolí domu a později i v domě, přestala poznávat i své blízké, v čase se neorientovala vůbec. V současné době je zcela imobilní, inkontinentní, dezorientovaná. Nedokáže vyjádřit své potřeby, verbální projev vůbec nezvládá.

Průběh dne

Paní Iva ráno vstává o půl šesté, vezme si své léky, jde za babičkou, umyje ji, vymění plenu, oblékne, nachystá snídani. Jde za maminkou, také ji umyje, vymění plenu, nakrmí ji. Nachystá snídani dceři, zaveze ji do školy. Jak se vrátí, nachystá svačiny, podá léky babičce a potom mamince, obě postupně namasíruje. Začne vařit oběd, babičce připraví svačinu, maminku nakrmí, jde nakoupit, případně si obstará další záležitosti, zajde k lékaři, jde na úřady, poštu a podobně. Po návratu u obou opět provede hygienu, posadí je, podá tekutiny. Přiveze dceru ze školy. Nachystá jídlo babičce, nakrmí maminku, dohlédne na to, aby měla dcera napsané úkoly a do školy nachystané co je potřeba. Zaveze ji do kroužku (každý den má dcera jiný kroužek, v různý čas). Odpoledne babičku i maminku opět masíruje, v případě potřeby je převlékne, nebo vymění lůžkoviny, dá prát prádlo do automatické pračky. Přiveze dceru z kroužku. Opakuje se odpolední rituál s podáváním jídla a hygienou. Obvykle po páté hodině přijde z práce sestra. Ta si převezme péči o maminku. Paní Iva nachystá babičce večeři, namasíruje babičku i maminku. Babičku umyje, převlékne na noc a uloží do lůžka. Potom jde k sobě do bytu, uklidí co je třeba, dá prát prádlo apod. Každý den se také určitý čas věnuje své dceři, mají spolu domluvu, že večer, než dcera usne, chodí k ní do postele a tam si povídají, co za ten den zažily. Teprve až dcera usne, věsí prádlo a dohání, co během dne nestihla. Spát chodí až po půlnoci, často kolem půl druhé ráno.

Babička versus maminka

Paní Iva hovoří o své péči spíše ve vztahu k mamince. Na otázku, zda je tedy péče o maminku pro ni náročnější, odpovídá, že se to takto nedá říct. Péče o každou z žen obnáší něco jiného. *“Babička asi tím, že je starší, tak ona prostě vyžaduje strašné pozornosti. Není s ničím spokojená, opravdu ne. Ona chce to, pak zase ono. Já chápu, že ji už ten život nebaví, protože byla zvyklá celý život dělat, měla hospodářství, taky šila a teď už nemůže nic. Člověk ji posadí k oknu a celý den sedí u okna, nebo vyjedeme na zahradu a ani tam ji to už nebaví. Tam že je zima, tam se jí nechce. Vzala bych jí s sebou do obchodu. Nechce, že je tam plno lidí, prostě nezámjem. Ale mě spíš ubíjí to, že chcete tomu člověku fakt pomoc, uděláte to nejlepší, co můžete. Na sebe člověk kašle, aby se ten druhý měl dobře, aby ta babička byla*

spokojená, a ona to vůbec nevnímá, vůbec to nechápe, nepřijímá. Pro ni bude všechno špatně, protože ona je nemocná, ona má bolesti, ona nemůže chodit, takže kdybych já tam postavila postel ze zlata a dala jí tam nevím co, tak bude pořád nespokojená. Takže toto mě ubíjí na ní.“

Paní Iva považuje péči o maminku za více fyzicky náročnou. Končetiny má trvale spastické, při manipulaci s ní je potřeba více síly. *„Když ji chceme posadit a zvednout nohy, tak ona vlastně jakoby klade odpor, tím že je ztuhlá, tak s ní nepohnete.“* Začíná ztrácet polykací reflex. Všechny úkony jsou i časově náročné. Při krmení je potřeba velké trpělivosti, jídlo podávat v rozmixovaném stavu, po malých lžičkách. *„Hodně se zakašlává, dává se. Teď než něco sní, to je hodina, než třeba sní polívku. Protože než tu pusu otevře, vy jí nemůžete říct, dělej nebo tak, to nejde. Prostě musíte počkat, až si vezme.“* V poslední době maminka začala mít i těžké epileptické záchvaty, někdy jsou to tři do měsíce a někdy tři během dne, záchvat trvá téměř hodinu, a paní Iva má velký strach, že to maminka nepřežije. Tohle je pro ni zatěžující po stránce psychické. Stejně jako to, že maminka již prakticky nekomunikuje. Téměř pořád má strnulý výraz, ze kterého nelze vyčíst, zda jí něco bolí, zda s něčím nesouhlasí, nebo zda je spokojena. Mívá i dny, kdy reaguje na hlasy a snaží se komunikovat, jak to jen nejlépe zvládne. *„Někdy se zasměje a vidíte téma očima, že se na Vás dívá, že to slyší. My nevíme, co si myslí. Já jí třeba řeknu: mami, já vím, že mi rozumíš, že jo? A ona zamrká. A z toho na ni mluvíte a ona je někde jinde. Ale můžu vám říct, že prostě vidíte bezmoc, vidíte utrpení a k ničemu to není, tak se člověk aspoň snaží, aby ta maminka a babička byly čisty, najedeny, napity a spokojeny. A víc dělat člověk nemůže.“*

Volný čas

Paní Iva byla vždy velmi společenská, mívala spoustu přátel a kamarádů, věnovala se svým koníčkům, zálibám, ráda sportovala, cestovala, chodila do kina a divadla. Po tom, co se k péči o babičku přidala také od počátku velmi náročná péče o maminku, svých koníčků a zálib se vzdala. Návštěvy přátel paní Iva také velmi omezila. Nemá tolik času se jim věnovat, povídat si s nimi. V létě přátele většinou usadí na zahradu, ti dobří známí už vědí, kde se co nachází, mohou se tedy obsloužit sami a paní Iva je ráda za jejich přítomnost, za to že má alespoň na chvíli možnost se odreagovat, být v kontaktu s někým jiným a přesto mít doma vše pod kontrolou. Času jen sama pro sebe má úplné minimum. Celý den je tak vytížena péčí, že nemá čas jít ke kadeřníkovi, na kosmetiku na masáž a podobně. Návštěvy lékařů také odkládá. Pokud nejde o nějaký akutní problém, k lékaři nechodí. Čas od času jí přepadne

neovladatelná únava. „*To usínám, i když jdu, to nemůžu nikam, protože to nejde, nebo jet autem, nepřipadá v úvahu.*“ Rodina už tento její stav zná a nechává jí prostor na odpočinek. Ten si však dovolí jen na nezbytně nutnou dobu, protože neustále myslí na to, že jí je potřeba někde jinde. Tento pocit ji trápí neustále. Dcera chodí do různých kroužků, někdy si přeje, aby se na ni její maminka dívala při trénincích. V případě, když na to paní Iva přistoupí, je na jednu stranu šťastná, že vidí svoji dceru, jaké pokroky dělá, na druhou stranu je však myšlenkami neustále doma, má strach, že se mohlo něco přihodit, že se maminka bude dusit, nebo že babička upadla. Neužije si chvíle strávené s dcerou tak, aby pocívala uvolnění, radost. Jestliže musí opustit dům a maminka před tím ještě nezvládla svou fyziologickou potřebu, neustále myslí na to, že ji musí přebalit, umýt, aby na sobě dlouho neměla znečištěnou plenu. Neustále má pocit, že něco zanedbává, že v momentě, kdy nechává obě starší ženy doma samotné, se může něco zásadního stát a ona by si to neustále vyčítala. Jediný volný čas, kdy opouští dům a veškerou péči za ni přebírá sestra, je jeden týden v roce. To jezdí se svou dcerou a přítelem k moři na dovolenou. Ale ani zde není úplně klidná, „*já už snad ani neumím odpočívat*“, neustále myslí na to, co se právě děje doma. Strachuje se, že se doma přihodilo něco vážného a ona u toho není. Ví, že by si to nikdy neodpustila. Z tohoto důvodu, také ani nemá zájem trávit více času mimo domov. Je raději, když na výlet s dcerou jede přítel nebo sestra. Ví, že oni si to užijí, že jsou spokojeni. Ona sama se na výlety cítí příliš unavená a nebyla by ani plnohodnotný společník. Takto se alespoň těší na to, až jí bude dcera sdělovat své zážitky, ukáže jí fotografie míst, kde byla a podělí se s ní o svou radost. Toto ji naplňuje víc. Když se najde volná chvíle, ráda pracuje na zahradě, která je hned u domu, kde bydlí. Pěstuje spíše nenáročné rostliny, miluje květiny. Práci na zahradě se odreaguje a těší ji, když vidí výsledek své práce v rozkvetlých květinách. Za volnou chvíli paní Iva považuje moment, kdy vyveze babičku na ortopedickém vozíku ven. Maminka se v sedu dlouho neudrží, přesto ji někdy posadí a alespoň na chvíli ji vyvezou na čerstvý vzduch a paní Iva se současně věnuje práci na zahradě. Má tak obě ženy na očích, změna prostředí jim jen prospěje a ona se může věnovat své oblíbené činnosti, tento pocit ji činí spokojenou.

Problémy, se kterými se potýká

Návštěva lékaře

Problém pro ni nastává v momentě, kdy je potřeba vyhledat lékařskou péči. V případě, že ji potřebuje paní Iva, nemůže strávit celé dopoledne v čekárně. Pokud požádá, zda by mohla jít přednostně, nesetkává se s pochopením, což ona sama také chápe, ví, že i druzí lidé mají své problémy a málo času, ale pokud má čekací doba u lékaře přesáhnout hodinu, raději odchází bez ošetření. V případě, že ošetření potřebuje maminka nebo babička, je problém s odbornými lékaři. Ti běžně do domácností nechodí, doporučují paní Ivě, aby pacientovi objednala převoz sanitním vozem. Babička přepravu ještě zvládne, ale s maminkou je to mnohem složitější, lékaři často nevěří, že by nebyla schopna transportu. Proto rodina hledá lékaře tak dlouho, dokud některý z nich není přece jen ochoten přijet a provést alespoň nejnnutnější vyšetření doma. Obvodní lékař jejich situaci zná, v domácnosti obě starší ženy navštěvuje.

Nepochopení

Další věc, která paní Ivu trápí, je nepochopení druhých lidí. Jejich výroky *“není jako tobě, jsi doma, máš se dobře, musíš mít tolik volného času, jsi sama svou paní“* ji už za ta léta unavují. Nemá už sílu stále dokola uvádět jejich představy na pravou míru a vysvětlovat, jak se věci ve skutečnosti mají. Raději jen mlčí, nebo přikývne, než by jim jejich názory vyvracela a zbytečně se obírala o čas a energii.

Finanční zajištění

Má zkušenosti také s tím, že si spousta lidí myslí, že za péči je také velmi dobře finančně ohodnocena, že se z příspěvků, které od státu dostává, dá velmi dobře vyžít. *“Nemají však vůbec žádnou představu o tom, za kolik hodin práce tato finanční odměna je. Kolik peněz stojí jejich výživa. Kupuju jim speciální výživu proti dekubitům, to není na předpis. Jeden stojí 50,-Kč. Výživa na cévy 600,-Kč. A to není zdaleka všechno. Zdravotní pojišťovna nehradí všechny hygienické pomůcky. Pleny co spotřebujeme, to nestačí, to co napíše doktor. Mastičky na dekubity, jednorázové rukavice, podložky, doplatky za léky, toho je tolik za ten měsíc, co člověk musí koupit.“* Měsíčně tyto výdaje přesahují několika tisícovou částku. Jsou tu ještě další výdaje a to na provoz domu, domácnosti, dceři zaplatit kroužky.

Paní Iva již několikrát žádala o úhradu některých zdravotních či kompenzačních pomůcek, na které by mohla přispět zdravotní pojišťovna, nebo být uhrazeny pomocí dávek sociální péče, které jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením. Již mnohokrát byly její žádosti zamítnuty, přesto se nevzdává a bojuje dál. Babička ani maminka nemají polohovací

postel, kromě antidekubitních podložek nemají žádné speciální ortopedické nebo kompenzační pomůcky. Křeslo pro maminku, kde by mohla sedět a byla připevněna tak, aby nesjížděla a nepadala, také zdravotní pojišťovnou schváleno nebylo. Pořídili ho tedy na půjčku, kterou splácejí do dnes.

Co jí dělá starost, z čeho má strach

Paní Iva se toho, že maminka nebo babička zemře, nebojí. Ví, že to jednou přijde a spíše tuto skutečnost vnímá tak, že to pro pečované osoby bude svým způsobem vysvobození. Hlavně pro maminku, která již téměř nevnímá, a jsou u ní zachovány pouze biologické funkce. Má spíše obavy z toho, co bude dělat po tom, až se nebude mít o koho starat. Že už svou původní profesi zapomněla, a že už vlastně kromě péče o nesoběstačného člověka nic jiného neumí. Dokonce už začala přemýšlet o tom, že by se pečovatelsví věnovala profesionálně nebo jako asistent sociální péče pečovala o někoho, kdo vyžaduje péči jiné osoby. *„Nevím, ale jestli by mě to bavilo a naplňovalo jako tady. Když v tom nebude ta láska. Já vím, že bych dělala něco, co je potřeba, ale bylo by to jiný.“* Má obavy také z toho, jak jednou ovlivní doba, po kterou pečovala, výši jejího důchodu. Bojí se, že pokud by se jí něco stalo, neví, jak bude finančně zabezpečena a že by pak také veškerá péče zůstala pouze na sestře. Myšlenka, že by snad musely obě, nebo jednu z pečovaných žen umístit do některého zařízení sociální péče, je pro ni naprosto nepředstavitelná. Těchto situací se ve spojení se svou budoucností obává nejvíce.

Co jí pomáhá, aby péči zvládla

Je to především podpora, kterou má ve své sestře. Je vděčná za to, že u nich nedochází k hádkám, že se na všem umí dohodnout, a ani jedna z nich nemá pocit, že by to ta druhá měla v něčem snadnější. *„Kdybychom se sestrou měly ještě hádat, na to už bych neměla sílu, ještě se ubíjet tímto. Každá víme o čem ta péče je, tak proč se hádat. Vždycky se na všem domluvíme“* Právě to, že je mezi ní a sestrou taková souhra, spolupracují, na všem se i finančně podílí, vychází si vstříc tak, aby to nebylo na úkor té druhé, to je to, co jí nejvíce pomáhá.

Pomoc sociálních služeb

Za celých 17 let co zajišťuje se sestrou péči svým blízkým, ani jednou nevyužily žádných sociálních služeb a to jak pobytových, kde by byly obě starší ženy umístěny alespoň

nepřechodnou dobu, tak ani ambulantních či terénních. Pečovatelskou službu využít nechtěla. „Víte nikoho cizího, bych ani tady nechtěla. Já když přebaluju maminku, tak si s ní povídám. Když mě poprská, při krmení, tak ji uklidňuju, že to nevádí. Chci, aby tam cítily tu lásku. To jim ten cizí člověk asi nedá.“ Nevyužily ani možnosti donášky obědů nebo pomoc v domácnosti. Jediné, čeho občas paní Iva využívá je, že jedné paní vozí prádlo na žehlení. V době, kdy na tom maminka byla psychicky velice špatně, musela být hospitalizována v psychiatrické léčebně. Se sestrou za ní střídavě jezdily každý den, nakrmily ji, vyměnily plenu, mluvily na ni, velmi jim záleželo na tom, aby maminka věděla, že jsou s ní. Jakmile to její zdravotní stav dovoloval, vzaly si ji domů. Babička kromě několika málo krátkodobých hospitalizací také nikde umístěna nebyla. Respektují její přání, vědí, že chce být doma.

Naděje umírá poslední

Paní Iva se společně se sestrou velmi zajímá o informace týkající se léčby Alzheimerovy choroby. Stále neztrácejí naději, že se najde lék, který mamince pomůže. Vyzkoušely spoustu i alternativních způsobů léčby (vždy po konzultaci s odborníky), u některých zaznamenaly i menší pokrok, ale nikdy ne na nějak zvlášť dlouhou dobu. Někde v hloubi duše stále věří, že se jednou najde lék, který mamince pomůže k uzdravení. I toto jim dodává sílu nevzdávat se.

Výměna zkušeností

Navštěvoval je kdysi jeden muž z Diakonie z Brna z České alzheimerovské společnosti, „Byl takový hodný, podporoval nás, bylo to fajn, povídal nám i o jiných lidech. Byl u nás asi čtyřikrát, ale pak přestal chodit, ani nevím, co se s ním stalo. Jinak nikam nechodím, mě to ani nebaví někam chodit, ani na to nemám čas, ani bych nikam nešla. Pokud je mě potřeba tady doma, já budu radši doma“, vzpomíná paní Iva. Nemá zájem si povídat o svých problémech ani prostřednictvím internetu. Raději si vyhledá informace, které potřebuje vědět. Co jí přináší pocit štěstí

K tomuto pocitu stačí paní Ivě okamžik. „Mně stačí, když se na mě maminka usměje, to mám pocit, že mě vnímá, že ví, co jí říkám. Nebo když je babička spokojená.“. A každodenní pocit štěstí zažívá se svou dcerou, která jí dělá radost. Je zdravá, dobře se učí, je bezproblémová, má spoustu zálib a zájmů a snaží se zapojovat i do péče o obě starší ženy. Má velmi ráda situace, kdy jsou všichni společně na zahradě, sestra všem předčítá z knihy a ona

se může věnovat pěstování květin. Paní Iva se snaží užít si každou takovou chvíli a načerpat z ní sílu do dalšího dne.

Co jí péče dala

Dala jí především jistotu, že vztahy v její rodině stojí na pevných základech. Že se může na sestru kdykoli spolehnout a jedna o druhou se opřít ve chvílích, kdy to nejvíce potřebují. Dala jí také možnost sebepoznání, čeho všeho je schopna, co dokáže zvládnout i když se cítí nesmírně unavená. Zvládne věci, které si nikdy před tím neuměla ani představit. Vždy věděla, a od dětství jí bylo vštěpováno, že se starším a nemocným má pomáhat, a také to tak v jejich rodině bylo. Nikdy však nebyla péče o nikoho blízkého tolik náročná a takto dlouhodobá. *„Dalo mi to velkou zkušenost, nikdy bych nevěřila, co je člověk schopen zvládnout, i když jste strašně unavená, nevyspaná, tak musíte, ale když to děláte srdcem, tak tu sílu v sobě najdete.“*

Co vzala

„Vzala mi možnost uspořádat si svůj volný čas podle svých představ, jít se někam bavit, zajít s dcerou například do akvaparku a strávit s ní jen tak celé odpoledne. Jít si posedět s kamarádkou na kávu.“, zamýšlí se paní Iva. Vše co dělá, nepřizpůsobuje svým potřebám, ale potřebám své maminky a babičky. Péče jí vzala také pocit klidu. Nedokáže se oprostit od starostí a myšlenek, že pokud není doma, děje se něco závažného u čeho by měla být. Po celou dobu co pečuje, má pocit, že si pořádně neodpočinula, cítí se velmi unavená. Nemůže se vyspat tak, jak by potřebovala. Nemá čas sama pro sebe.

5.10 Případová studie č. 2

Osobní anamnéza: Paní Anna, 51 let, starší sestra Ivy, svobodná, děti žádné nemá, vystudovala Vysokou školu ekonomickou v Ostravě. Je zaměstnaná, pracuje v cestovní kanceláři jako referentka, ovládá několik cizích jazyků.

Rodinná anamnéza: Je starší sestra Ivy. Měly stejné rodinné zázemí. Od narození bydlí obě sestry ve stejném rodinném domě, kde pospolu žili vždy tři generace. Tak je tomu i nyní. Veškeré záležitosti je rodina zvyklá řešit společně, každé zásadní rozhodnutí, větší výdaje spojené s údržbou domu nebo zahrady. I vybavení domu používají společně, nikdy mezi nimi

nevznikl problém domluvit se. Co je potřeba koupit to domu, koupí ten, kdo právě může a kdo na to má dostatek finančních prostředků.

Rozhodnutí pečovat

Od roku 1996, kdy rodina začala řešit péči o babičku, paní Anna ještě studovala vysokou školu. Do péče se zapojovala především o víkendech. Zlom nastal v momentě, kdy na péči začala být závislá i maminka. Rozhodnutí, že celodenní péči bude zajišťovat mladší sestra, paní Iva, proběhlo po dohodě celé rodiny. Paní Anna právě dodělávala vysokou školu a měla nastoupit na dobré pracovní místo. Dohodli se tedy, že se bude na péči podílet, pomáhat podle svých možností, tak aby mohla dokončit vysokou školu a nastoupit do zaměstnání. Museli také zvážit finanční zajištění, a proto také paní Anna již v tuto dobu počítala s tím, že se po této stránce bude na péči také podílet. V tu dobu žil ještě tatínek, který měl svůj starobní důchod. Rodina neměla obavy, že by to finančně nezvládly. Tatínek se také zapojoval do péče i tím, že na maminku dohlížel, četl jí knihy, povídal si s ní. Po jeho náhlé smrti, přešla i tato část péče na obě sestry. Obě se však dohodly na tom, že bude lepší, když Anna zůstane v zaměstnání, její příjem byl v rodině potřeba. Péči bude zajišťovat hlavně o maminku, vždy po návratu z práce a o víkendech. Vzhledem k časové náročnosti péče, musela paní Anna zvážit i své současné zaměstnání, které obnášelo časté služební cesty a několika denní výjezdy do zahraničí. Přijala tedy práci v kanceláři, kde zprostředkovává rekreační pobyty zákazníkům a znalost cizích jazyků využívá v menší míře než doposud

„Na otázku zůstat doma u nemocného, aby mohl zůstat v domácím prostředí, tak to je krok do prázdna. Finanční částka příspěvku na péči není nijak vysoká. Rozhodně není v rovnováze s životními náklady a budoucnost je s velkým otazníkem, protože práce v domácnosti a péče není praxe, kterou musíte v požadavcích o zaměstnání dokazovat.“

Jak šel čas

Péči začala paní Anna zajišťovat ve stejnou dobu jako paní Iva. Péče byla již od počátku velmi náročná, jak postupovala nemoc u maminky, bylo třeba péči zajistit i přes noc, což bylo z velké části právě na paní Anně. Maminka bývala v noci velmi neklidná, chodila po domě. Často bylo potřeba, aby přišla na pomoc i paní Iva. V současné době už maminka není schopna chůze, po domě tedy nechodí, ale mívá epileptické záchvaty. Stále se budí

každou noc, i když ne tolikrát jako dřív. Ráno musí paní Anna vstát do práce, tam odvést výkon, jako každý jiný zaměstnanec a po návratu se musí opět zapojit do péče. *„Projdete si mnoha zápornými emocemi, které byste u sebe nikdy nehledala a netušila. Ale jste v situaci tak mimořádné, že se nestačíte divit. Musíte se s nimi vypořádat a vyrovnat se, protože musíte fungovat každou minutu 24 hodin a nesmíte složit zbraně ani doma ani v práci a bez spánku! A kdyby jen bez spánku! Permanentní neklid a projevy agresivity s permanentními hlasitými neartikulovanými projevy. A to není jedna jediná noc.“* Na péči se sestry podílejí vzájemně. Péči mají za ta léta přesně rozdělenou. Každá ví, co má v kterou chvíli zajistit a kde je jí právě potřeba. Nestane se, že by jedna druhé odmítla pomoc.

Průběh dne

Paní Anna vstává kolem půl sedmé ráno, jde se umýt a mezi tím ještě chystá nádoby s vodou, aby mohla sestra umýt babičku a maminku. Potom jede do zaměstnání, které má sice ve stejném městě, ale přesto vzdálené asi 4 km. Většinou jezdí na kole, v případě špatného počasí ji vozí sestra autem. Ze zaměstnání se vrací povětšinou okolo páté hodiny odpoledne, někdy se musí zdržet i déle. Nají se a hned se začne věnovat mamince, v tu dobu je třeba jí vyměnit plenu, umýt, nakrmit, případně převléct. Pokud je sestra zaměstnána něčím jiným, zajistí také péči o babičku, při těch úkonech, které jsou právě potřeba. Spává ve stejném pokoji s maminkou, aby ji mohla kontrolovat a byla jí na blízku. Maminka se už sice nyní nebudí tak často jako dřív, ale spánek nemá stále souvislý, noční vstávání je stále na denním pořádku. Babička spává povětšinou celou noc, není tedy potřeba, aby u ní někdo byl. Teprve po tom, až jsou obě starší ženy uloženy ke spánku, se paní Anna věnuje úklidu, praní prádla a dalším činnostem spojených s chodem domácnosti. Často také večer vyřizuje pracovní e-maily. Televizor mívá zapnutý při krmení maminky a spíše poslouchá zprávy. Občas si najde chvilku před spaním, aby si přečetla pár stránek z knihy. Většinou však unavená za celý den ihned usíná.

Babička versus maminka

Co se náročnosti péče o babičku nebo maminku týče, nechtěla paní Anna nijak srovnávat. Starost o každou z nich obnáší něco jiného. Babička je hodně náročná, co se týká jejích požadavků. Nedá se jí nijak snadno zavděčit. Neustále je s něčím nespokojená,

rozmrzelá, pesimistická. Byla zvyklá si vše udělat sama, kam potřebovala, tam si zašla, teď už spousta let nemůže a s věkem se její zdravotní stav zhoršuje. Přibývají další potíže, neustálé bolesti. Její způsob upoutávání pozornosti je někdy až dětinský, nebere žádné ohledy na to, jestli se pečující právě věnují něčemu jinému. Všechno vyžaduje hned, bez odkladů. Pokud to tak není, zlobí se. Paní Anna už babičku zná, ví jak je potřeba reagovat. „*Víte, už je ale někdy únavné, pořád jí něco vyvracet nebo vysvětlovat, proč musí chvíli počkat, že teď právě krmím maminku, nebo dělám něco jiného, co právě spěchá.*“ Paní Anna je však ráda, že je babička ještě schopna se sama najíst. Že vnímá, komunikuje.

Zdravotní stav maminky je v současné době stabilní. Nejhorší jsou epileptické záchvaty, které se v posledních letech začaly objevovat. Za mnohem horší období považuje paní Anna dobu, kdy byla maminka ještě mobilní. „*Když byl zdravotní stav naší maminky v takzvané akutním stavu, to je bez přehánění 24 hodinový nezvladatelný neklid, tudíž i celonoční a doprovázený nočním blouzněním po bytě s pády, agresivitou a všudypřítomným neklidem a inkontinencí a žádný způsob léčby nezabíral, tak tehdy to nešlo se soustředit na nic jiného. Veškerá moje mysl, ale i celé rodiny, byla vypjatě nasměrována jedním směrem. Byla v pohotovosti. Musíte jednat, nesmíte podlehnout únavě, vyrovnávat se s extrémními projevy tělesnými i psychickými u nemocného, ale i sama se sebou, protože vás to všechno vtahuje, vyčerpává, oslabuje, podlamuje. Protože to je, jako když vám někdo zasadí tvrdou ránu. To se ani nepláče, ani se neradujete. Zajímá vás jediné. Jak z té hrůzy ven.*“

Volný čas

Paní Anna se vždy zajímala o studium cizích jazyků. Má státní zkoušky z francouzštiny, angličtiny, ruštiny, ovládá italštinu, němčinu. Chodila ráda do kina, divadla, na muzikálová představení, ráda cestovala. I její profese je v oblasti cestovního ruchu, kde znalost cizích jazyků alespoň částečně využívá, ale ne v takovém rozsahu jako dřív. Volného času, kdy by se zabývala svými koníčky a zájmy, má minimum. Několik let neměla prostor k tomu, aby si v zaměstnání vzala dovolenou a jela někam na rekreaci. „*Dovolená je to jen názvem. Je to čas na péči, a když si ji musíte vzít okamžitě, protože to vyžaduje situace u nemocného, musíte pracovat z domu, pokud je i v práci akutní stav. Veškerý volný čas tedy padne na ošetřování.*“ V posledních třech letech se situace s péčí ustálila. Tím, že maminka přestala být tolik neklidná, má Anna více prostoru k tomu, aby navštívila své známé. Po 13 letech mohla vycestovat na celý víkend za svou kamarádkou. Občas se jede podívat na místa, kde již dlouho nebyla. Na cesty s sebou bere i svoji neteř, aby tak ulehčila starost své sestře a

hlavně proto, že má radost z toho, když s ní neteř je. Mají se rády. Během pobytu mimo domov ji pronásledují myšlenky, co se právě děje doma, aby se nestalo něco špatného. Ale zároveň ji cestování a změna prostředí dodává novou energii, ze které může dlouhou dobu čerpat po svém návratu domů. *„Mám pocit jako bych se tak trochu znovu narodila. Jakoby můj život dostal nový rozměr.“* Během těch dlouhých let, kdy chodí do zaměstnání, přijde domů, nají se a začíná nová směna spojená s péčí o babičku a maminku, se jí život zdál jednotvárný, ničím ji nenaplňoval. V posledních letech již cítila, že potřebuje odpočinek, že se potřebuje odreagovat od toho koloběhu. V průběhu pracovního týdne nemá volný čas vůbec žádný. *„Pečovatelská stránka je Vaše soukromí a Vaše rozhodnutí, se zaměstnavatelem, který Vás platí za odvedenou práci, nemá co do činění. Jak to zvládnete nebo nezvládnete je Vaše věc.“* Přesto si ale stále alespoň občas najde volnou chvíli na své přátele, ráda si s někým popovídá, přijde na jiné myšlenky. Těchto momentů sice není moc do roka, ale je vděčná za každý z nich. Většinu dnů v roce však příliš neodpočívá, jak sama uvedla: *“Nemohla bych odpočívat s vědomím, že je potřeba mamince vyměnit plenu, nakrmit ji nebo udělat další věci, co jsou potřeba.“* Pečující koloběh ji zaměstná až do večera, těší se, až si půjde lehnout a přeje si, aby tato noc byla o něco klidnější než ta předcházející a bude se moct alespoň pár hodin v kuse vyspat. Čas, který by věnovala jen sama sobě, nemá téměř žádný. Chtěla by se více věnovat studiu cizích jazyků, přečíst si knihu, zajít si do divadla, věnovat se sama sobě. Tohle všechno jde zatím stranou, neměla by z toho ani ten správný požitek, protože by ji trápila myšlenka, že zatím co ona se baví, dělá za ni práci sestra.

Problémy, se kterými se potýká

Byrokracie

Pro paní Annu znamená velký problém, pokud ona nebo pečované osoby potřebují lékařskou pomoc. Zatěžuje ji byrokracie, se kterou se potýká při žádostech o kompenzační a zdravotní pomůcky. *„Co času bere jen zbytečné vyzvedávání receptů tam, kde je dlouhodobá léčba a stabilizovaná situace pokud jde o medikamenty. Pořád dokola, každý měsíc pro recepty na léky, na pleny a podložky, které jsou v absolutně nedostatečném množství. Jak dlouho trvá, než pojišťovna milostivě odpoví na žádost při antidekubitních pomůckách! Tři měsíce žádná míra. Pokud je vůbec poskytnou. A ceny! Na všechno si nelze brát půjčku. Myslím, že alespoň výrazné daňové zvýhodnění pečujících osob a především zcela zásadní*

změna v hrazení základních léčiv a pomůcek, často nehorázně předražovaných, by situaci zlepšila.“

Nepochopení

Trápí ji také, postavení pečujících ve společnosti, „*především vnímání nemocných a postižených osob a těch, kteří o ně pečují, to jak je vnímá dnešní státní správa a politická reprezentace svědčí o nekulturnosti, nemorálnosti. Bohužel to asi bude ještě dlouho trvat, než se uzdraví i společnost a převládne kulturnost nad hulvátstvím.*“

S nepochopením lidí, se setkává často, dříve měla snahu něco vysvětlovat, teď už nenachází sílu, necítí se na to být vybavena energií a ani argumentačně. Ví, že s tím jen těžko něco nadělá, že kdo jejich situaci nebude chtít pochopit, ten ji nepochopí.

Naštěstí má pár přátel, kteří zažívají něco podobného, se kterými se o své pocity a zkušenosti může podělit, a kteří vědí, o čem mluví, když si postesknou nad tím, jak se cítí být často ze všeho vyčerpaná.

Zaměstnání a péče

Problém nastává také, pokud jedna z pečujících onemocní. Zajistit péči o dvě takto nesoběstačné osoby, jako je jejich babička a maminka je pro jednoho člověka velmi náročné, navíc si paní Anna musí vzít v zaměstnání dovolenou, která je na rok časově limitována. Proto zvažují každý den, kdy má zůstat takto ze zaměstnání doma. Její role pečujícího a zaměstnance jí často přináší také komplikace. V zaměstnání jsou kladeny stále větší nároky, někdy musí zůstat i přes čas. Nikdo nebere ohledy na to, že pečuje o svou nemocnou maminku a babičku, že se často v noci vůbec nevyspí, práci musí odvádět stále stejně kvalitně. Vychází jí však vstříc tím, že může část pracovních povinností vyřídít z domu.

Co jí dělá starost, z čeho má strach

Největší strach má o ty, které má nejvíce ráda, o své nejbližší. Má obavy, aby se jim něco zlého nepříhodovalo a hlavně o to, aby Alzheimerova nemoc, kterou trpí maminka, už nepostihla nikoho jiného z rodiny. Také se bojí o zdraví své setry i své vlastní, protože ví, že jedna bez druhé by péči zajistit sama nezvládla.

„Pokud se ocitnete v situaci, kde vás ovládá strach a bolest, bezmocnost, tak zrovna nic jiného nevnímáte. Ale to si myslím je přirozené, protože se musíte naučit se s novou těžkou

situací nějak vypořádat a pokud možno tak, aby to pomohlo jak tomu, kdo trpí, tak i vám, protože jste to i vy, kdo potřebuje sílu k tomu, aby mohl pomoci.“

Snaží se však strachu příliš nepodléhat „strach, ten bere sílu a zaslepuje.“

„Jednám, když je potřeba, ale nerozebírám, co by kdyby, a když mě strach přece jen pohltí - a není to zas tak neobvyklé, tak se uklidním tím, že si řeknu, že všechno, co nemohu ovlivnit, co nemohu odvrátit, tak ať přijde cokoliv tak to udělám, i kdybych měla padnout. Protože to na tomto světě není spravedlivé, není to lehké, ale je to i krásné. A když už člověk jednou je, tak by měl být.... Celé si to oblíbené Werichovo krédo⁹ nepamatuji, abych ho dořekla, ale strašně moc mi pomáhá!“

Co jí pomáhá, aby péči zvládla

Paní Anna si Alzheimerovu chorobou zvizualizovala. Tato představa jí pomáhá bojovat s mamčinou nemocí. *„Vyhlásila jsem jí soukromou válku, je to můj boj dobra se zlem.“* Každý sebemenší mamčin úsměv nebo přivření víček jako výraz toho, že reaguje na její otázku, považuje za vítězství. Za žádnou cenu už nechce dovolit této nemoci, aby napadla někoho dalšího z její rodiny.

Také jí pomáhá, když si může o svých problémech popovídat s lidmi, kteří mají také nemocné rodiče. Pár takovýchto dobrých přátel má. Občas se prostřednictvím internetu spojí s Českou alzheimerovskou společností a vymění si pár zkušeností s touto chorobou s ostatními lidmi, kteří vědí, co tato nemoc obnáší.

Co jí přináší pocit štěstí

Svůj pocit štěstí si skládá jako mozaiku z maličkostí, které ji během dne potkají. Pokud se zdravotní stav maminky a babičky nachází v klidnější a stabilizované fázi má víc prostoru vnímat své pocity štěstí, i když jak sama uvádí *„když jste z blízka u neštěstí druhého, nemůžete být šťastná naplno, spíš si začnete vážit drobných radostí a uvědomovat si jejich důležitost“*. Je to především blízkost její rodiny, těší ji pohled na ně, když jsou všichni pohromadě a užívá si chvíli, kdy je s nimi. Cítí se šťastná, když za nimi přijdou přátelé posedět

⁹ *„Když už člověk jednou je, tak má koukat, aby byl, a když kouká, aby byl, a je, tak má být to, co je, a nemá být to, co není, jak tomu v mnoha případech je.“ (Jan Werich, [online])*

na zahradu. Ráda si přečte dobrou knihu, poslechne hudbu, kterou má ráda. Potěší ji setkání s příjemným člověkem. Těší se z toho, když jede na výlet s neteří, když mohla po dlouhé době odjet z domu na dva dny a navštívit kamarádku. Každou takovou chvíli, se snaží vychutnat a nepřehlédnout ji, nechce dopustit, aby ji neustálá starost, stres a únava, které v posledních letech prožívá, pohltily a znemožnili jí prožívat pocit štěstí, který jí dodává sílu k tomu pokračovat zase dál. *„Váš den je výrazně narušený různými stresy spojenými s chorobou nebo s existenčními starostmi, ale je v něm prostor na to vnímat věci a události, které jsou vám příjemné, které vás potěší, rozveselí. Jste sice stále v pasti, ale už jste našla skulinku, někdy cestičku na chvíli ven, na svobodu.“*

Co jí péče dala

Především se prověřily vzájemné vztahy, které měla s rodinou a přáteli. Ty pevné se více utužily a některé se naopak rozbily. Vědomí, že má kolem sebe lidi, kteří jí neopouští, když je nejvíce potřebuje, ji velmi posiluje. Péče jí dala také jiný pohled na svět. *„Zcela jinak mi utřídila hodnoty. A to jsem před tím neměla s hodnotami problém, tím myslím, že bych byla nějaký extrémní případ. To si myslím, že je velký přínos“*. Na vše se dívá jiným pohledem. Jinak věci kolem sebe vnímá, jinak jedná a jinak cítí, což ona sama pozoruje nejen u sebe, ale také na osobách jí blízkých. Během péče prošla mnoha emocemi i těmi zápornými, které by u sebe nikdy nehledala, musela se naučit se s nimi vypořádat. Umožnilo jí to lépe poznat samu sebe.

Co vzala

„Vzala mi vše, co bylo předtím samozřejmé, především volný čas, vnitřní koncentraci a takové věci, které se vás týkají, když máte jen svoje tělo a tudíž i svůj svět. Když ale kromě svého těla máte najednou další dvě těla, která potřebují vaši energii, aby mohla fungovat a navíc je jim ouvej a to hodně a přidáte k tomu, že ta těla mají také duši, tak už je to o něčem jiném a srovnávat se to vlastně nedá.“ To, čeho se jí tak nedostává, je především možnost klidu a odpočinku. Anna má pocit neustálého napětí, stresu, únavy, bezmoci nad situací, ve které se již několikátým rokem nachází.

„Ale rozhodně ničeho nelituji, to ani nejde. Na misce vah je na jedné straně bolest a utrpení blízkého člověka a na druhé misce jste vy sama se svou kariérou nebo radostí z věcí, které vás baví. Je to jako na první miskou dát těžký kámen a na druhou pířko. To ale není tak, že to pířko nemá žádnou cenu a že to jen tak přijmete. Projdete si řadou pocitů, snažíte se

nějak obě věci zvládat, ale to dost dobře nejde, protože máte jednoho úhlavního nepřítele. Únavu.“

5.11 Výzkumná zpráva

Na případu dvou sester, společně pečujících o maminku a babičku v seniorském věku, jsme se pokusily zjistit, jaké mají pečující psychosociální potřeby a jaké faktory ovlivňují kvalitu jejich života, což bylo hlavním cílem této práce. V návaznosti na teoretickou část, kdy byly popsány potřeby dle modelu motivační teorie A. Maslowa, z výpovědí obou pečujících vyplynulo, že potřeby pečujících jsou v mnoha ohledech potlačovány za potřeby osob, kterým je péče poskytována. Péče, kterou obě seniorky vyžadují, je velmi časově, fyzicky i psychicky náročná, neboť obě jsou na péči závislé ve velkém rozsahu. Péče je zajišťována po celých 24 hodin, především zdravotní stav ženy s Alzheimerovou chorobou vyžaduje péči i přes noc. Míra závislosti na pomoci jiné osoby ovlivňuje průběh celého dne a velkou měrou zasahuje do různých oblastí života pečujících a ovlivňuje, tak kvalitu jejich života. Není uspokojena potřeba spánku, denně spí jen velmi málo hodin, spánek je také přerušován častým vstáváním. Potřeba bezpečí a jistoty je narušena neustálým pocitem strachu a úzkosti, který obě ženy prožívají. Obavy mají z toho, že samy onemocní a péči by jen jedna z nich dlouhodobě nebyla schopna zvládat. Strach a úzkost je ale provází vždy, když opouští domov. Myšlenky na to, že se může něco vážného stát s jejich blízkými právě v okamžiku, kdy ony s nimi nejsou, jim narušuje možnost relaxace a klidného trávení volného času. Potřeba vídat se s jinými lidmi u obou sester mírně liší. Odlišnost může být dána povahovými rysy, každé z pečujících. To, zda je tato odlišnost ovlivněna i tím, že jedna z žen je zaměstnána a měla by mít tedy okruh osob rozšířen o své spolupracovníky oproti druhé pečující, která zaměstnání opustila již před mnoha lety, z rozhovorů nevyplývá. Potřebu lásky a sounáležitosti mají obě ženy uspokojenu především v rámci rodinných vztahů. Náročnost péče prověřila jak vztahy v rodině, tak i mezi přáteli. Ty, co stály na pevných a dobrých základech, přestály i tuto těžkou zátěž. Vztahy mezi sestrami se více utužily, obě sestry zde získaly jistotu, že mají jedna v druhé oporu a mohou se na sebe vždy spolehnout. Oporou jsou jim i dobří přátelé. Tímto jsme získali také odpověď na jednu z dílčích otázek. **Jak ovlivňuje pečujícím zajišťování péče jejich sociální vztahy a využití volného času?** Z výše uvedeného tedy vyplývá, že volný čas nemají pečující téměř žádný, což plyne především z rozsahu poskytované péče, ale také z toho, že péče obě pečující velmi zatěžuje psychicky a ony tak

nejsou schopny, se oprostit od všech starostí a odpočinout si tak po fyzické i psychické stránce. Zajišťování péče je také staví do určité sociální izolace. Nejvíce času tráví doma s pečovanými osobami a to i paní Anna, která péči vykonává ještě při zaměstnání, neboť po návratu z práce se zapojuje ihned do péče.

Potřeba uznání a respektu jsou narušeny především v souvislosti s jednáním z úřady či jinými institucemi, ale také s lidmi z jejich okolí. Z reakcí mívají pocit, že jejich práce není druhými nijak ceněna. Setkávají se spíše s nepochopením, někdy až podceňováním toho, co obnáší zajišťování péče v rámci rodiny. Jednou z dílčích otázek bylo, zda **je finanční ohodnocení pečujících dostatečné?** Zde z rozhovorů s oběma ženami vyplynulo, že i v případě, kdy je příspěvek na péči vyplácen v částce 8000,-Kč a 12000,-Kč měsíčně, je jeho výše nedostačující. Nerovnováha mezi příjmy a výdaji za zdravotní a hygienické pomůcky, včetně zvýšených výdajů za spotřebu elektrické energie a vody, v souvislosti s neustálou výměnou lůžkovin a oblečení, činí pečujícím neustále starosti a také obavy z budoucnosti. Je nutné také zmínit, že příspěvek na péči je jediným zdrojem příjmu paní Ivy. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách má být vynaložen na zajištění péče. Pokud má být tedy rozdělen alikvotním dílem mezi obě pečující, je odměna za jejich práci v přepočtu na hodinovou mzdu opravdu velmi nízká.

Otázka zajišťování péče seniorům byla zkoumána také v tom ohledu, **jak se liší náročnost péče o seniora se somatickými potížemi, od péče o seniora s psychickými potížemi.** Zde se obě pečující shodovaly v tom, že to nelze srovnávat. Obě ohodnotily péči za jinak zatěžující, na což má vliv jak zdravotní stav maminky, která má Alzheimerovu chorobu v těžkém stádiu nemoci, tak také zdravotní stav babičky včetně jejího postoje ke své situaci a k životu vůbec. Z rozhovorů však bylo patrné, že největší zátěží pro obě pečující bylo období, kdy se u maminky začala více projevovat tato nemoc, kdy začala prostupovat její osobností a především stádium, kdy byla zcela dezorientována, ale mobilní.

Poslední z dílčích otázek, na které jsme se pokoušeli hledat odpověď, byla: **Jaké potřeby u pečujících převládají v souvislosti s péčí o jejich blízké?** Bylo zde ověřeno to, co bylo popsáno v teoretické části a to, že potřeby pečujících se nijak neliší od potřeb ostatních lidí. Liší se pouze hranice, při kterých jsou jejich potřeby uspokojovány. U obou žen došlo k reorganizaci hodnotového žebříčku. Potřeba lásky, štěstí a spokojenosti je sycena každou malou chvílí, každým malým zábleskem něčeho pěkného, co je během dne potká. Naučily se více vnímat chvíle strávené společně, dávají si také více najevo svoji lásku a podporu, protože

si také vzájemně rozumí a vědí, co jim pomáhá, aby mohly vše zvládnout. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že péče o osoby závislé na pomoci jiné osoby je velmi náročná. Pečující jsou omezovány v mnoha oblastech lidského života. V mnoha oblastech je však péče také obohacuje a je to především v oblasti sebepoznání a sebeúcty. Především poznání toho, co všechno jsou schopni zvládnout. Tohle si však spousta pečujících ani sama neuvědomí, dokud si sami nebo někdo jiný nepoloží otázku, co jim vlastně péče dala a co jim pomáhá v tom, aby pro ně byla péče zvládnutelná. Z případu těchto dvou žen, je patrné, že velký podíl na tom, že jsou schopny dlouhodobě zvládat takto náročnou péči, sehrává jejich primární rodina, jejich výchova. Od dětství byly zvyklé na to, že pomáhat svým starším rodinným příslušníkům je naprosto přirozené. Z rozhovorů s oběma ženami také vyplynulo, že vztahy v rodině byly vždy založeny na vzájemné důvěře, podpoře a lásce. Opět se tedy potvrdilo to, co bylo řečeno v teoretické části, že rodinná péče je založena na poutu solidarity.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na zkoumání kvality života osob, které se rozhodli pečovat o svého rodinného příslušníka v seniorském věku a umožnit mu tak prožít poslední etapu svého života s jeho nejbližšími.

Smyslem bylo především poukázat na to, jakou zátěž může pro laického pečujícího představovat zajišťování péče o nesoběstačného seniora a jaké oblasti jeho života jsou tímto ovlivněny. Práci jsme rozdělili do dvou celků, skládá se z teoretické a praktické části.

V teoretické části jsme se nejdříve zabývali charakteristikou stáří a také změnami, kterými jedinec v tomto období svého života prochází. Jeho schopnost být soběstačný s přibývajícím věkem klesá a míra závislosti na pomoci jiné osoby pak ovlivňuje také rozsah poskytované péče. V kapitole týkající se péče o seniora v rodině byly popsány tři formy rodinné péče. Ty jsou odstupňovány dle naléhavosti, s jakou je třeba péči zajistit a také náročnosti, kterou každá s forem představuje pro pečující osobu. Pečující jsou zatíženi časově, fyzicky a také psychicky. Není pro ně jednoduché smířit se s myšlenkou, že někdo z jejich blízkých, již není takovým, jakým býval. V souvislosti s poskytováním péče dochází často k situacím, kdy jsou pečující natolik zatíženi a pohlceni povinnostmi, že může dojít až k jejich sociální izolaci. V teoretické části jsme se zabývali také možnostmi podpory pečujících osob. Té se pečujícím často příliš nedostává, jejich práce je mnohdy nedoceněna. Kromě podpory od státu formou příspěvku na péči, mnoho možností jak laickým pečujícím pomoci, není. Úloha je především na jejich rodinách. Velmi záleží na tom, jak zde fungují vzájemné vztahy a jaká je ochota ostatních členů rodiny se do péče zapojit. Existuje také možnost využít některou ze služeb sociální péče, která umožní pečujícím dopřát si zasloužený odpočinek a načerpat nové síly. Možnost odpočinku, dostatečné množství spánku a v neposlední řadě také způsob trávení volného času má vliv nejen na uspokojování potřeb pečujících, ale i na kvalitu jejich života.

Tato práce si kladla za cíl zjistit, jaké psychosociální potřeby ovlivňují kvalitu života pečujících v souvislosti s poskytováním rodinné péče. Teoreticky byly popsány lidské potřeby na modelu A. Maslowa. Blíže jsme se zabývali i potřebami pečujících osob. Ty se nijak neliší od běžné populace, jsou ale ovlivňovány mnoha specifickými faktory. U pečujících často dochází k reorganizaci žebříčku hodnot, což následně také ovlivňuje hodnocení kvality života samotnými pečujícími. Kvalitě života byla věnována čtvrtá a zároveň závěrečná kapitola teoretické části. Podrobně jsme se zde zabývali vymezením tohoto pojmu z pohledu různých

vědních disciplín. Uvedeno bylo i několik definic kvality života tak, jak ji chápou někteří autoři zabývající se touto problematikou, včetně té, která vychází z Maslowovi pyramidy potřeb. Popsali jsme také různé roviny a dimenze kvality života, ve kterých ji můžeme hodnotit. Kvalitu života ovlivňuje mnoho aspektů, zde jsme se snažili popsat především ty, které mají souvislost s praktickou částí této práce.

Praktická část byla založena na kvalitativním výzkumu. Formou polostrukturovaného rozhovoru byly získány od dvou pečujících žen informace, které byly zpracovány do případových studií. Záměrem bylo získat vyjádření pečujících, jak vnímají rozdílnost péče o seniora se somatickými potížemi od seniora s potížemi psychickými, jakým způsobem jsou ovlivněny jejich sociální vztahy a možnosti využití volného času, jaké potřeby u nich převažují v souvislosti s poskytováním péče a také, zda je pro ně finanční zajištění ze strany státu dostačující. Pro výzkumné šetření byly vybrány dvě sestry, které společně zajišťují péči o svoji maminku a babičku. Oba případy, jsou si v mnohém podobné, je to dáno tím, že pečující mají stejné rodinné zázemí, ve kterém vyrůstaly. Na případech těchto dvou žen se potvrdilo, že kvalita života pečujících je ovlivněna v mnoha oblastech. Péče je doprovázena neustálým strachem a úzkostí o své blízké a také z budoucnosti, především pokud pečující opustí své zaměstnání a profesi, na kterou léta studoval. Pečující necítí ani dostatečnou podporu od státu. Výše sociálního příspěvku určeného na zajištění péče je pro pečující osoby nedostačující, obzvláště musí-li být péče zajišťována celodenně. Zde se tedy nabízí otázka, jaká forma podpory by měla být pro pečující přínosná? Může to být zvýšení částek příspěvku na péči, alespoň u vyšších stupňů závislosti, kde se již předpokládá celodenní péče. Lepší daňové zvýhodnění pečujících osob a to i těch, které péči poskytují při zaměstnání. Zcela jistě by pečující mohli být ušetřeni mnoha starostí, pokud by hned v začátcích své péče měli více informací o svých možnostech, právech a povinnostech a také zda doba poskytování péče negativně neovlivní výši jejich důchodu. To, jakým způsobem jsou pečující informováni o svých právech a povinnostech a zda jsou spokojeni s poradenstvím poskytovaným v souvislosti se zajišťováním péče o osoby, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu zdravotního stavu nebo věku, by mohlo být tématem pro další výzkumnou práci.

Shrneme-li výsledky našeho výzkumného šetření, dojdeme k závěru, že velkou podporou pečujících je především jejich rodina. Pokud zde funguje vzájemná láska, podpora a solidarita, jsou do určité míry nasyceny i potřeby pečujících osob a kvalita života nebude negativně ovlivněna ve všech jejich dimenzích. Nezbyvá než popřát všem pečujícím a ne jen

jim, aby potřeba uvedená v citátu, který uzavírá tuto bakalářskou práci, byla naplňována mnohem častěji než jednou za život.

„Každý z nás má jednu mimořádně vážnou potřebu: alespoň jedenkrát v životě, ve chvíli, kdy mu je nejtíže, zažít to, že se může na někoho na sto procent spolehnout.“ H.J. Clinebell (Křivohlavý, 1989)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., *Sociální gerontologie, Úvod do problematiky*, 1. vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2012, ISBN 978-80-247-3901-4
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života, pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAŠKOCOVIČOVÁ, H., *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*, 1. vyd., Praha, Galén, 2012, ISBN 978-80-7262-900-8
- JEŘÁBEK, H., et al., *Rodinná péče o staré lidi*, 1. vyd., Praha, UK FSV CESES, 2005, ISBN 1801-1640
- KALVACH, Z., et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, 1. Vydání, Praha, Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-4
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*, 1. vydání, Olomouc, 2006, ISBN 80-244-1552-6
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Nemocný mezi námi*, Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989, ISBN 08-065-89
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1362-4.
- MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. vyd., Praha, Portál, 2008, ISBN 977-80-7367-368-0
- NEŠPOROVÁ, O., et al., *Zajištění seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*, 1. vyd., Praha, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2008, ISBN 978-80-87007-96-9
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., *Gerontologie*, Praha, Avicenum, 1981, ISBN 08-044-81
- PŘÍHODA, V., *Ontogeneze lidské psychiky IV*, Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1974, ISBN 14-429-74
- ŘÍČAN, P., *Cesta životem*, 2. vyd., Praha, Portál 2004, ISBN 80-71-78-829-5
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., *Sociologie stáří a seniorů*, 1. vyd., Praha, Grada Publishing, 2012, ISBN 978-80-247-3850-5
- SKUTIL, M., et al., *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*, 1. vyd., Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*, 1. vyd. Praha, Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

ŠAMÁNKOVÁ M., et al., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, 1. vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2011, ISBN 978-80-247-3223-7

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, 1. vyd., Praha, Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0

TOŠNEROVÁ, T., *Pocity a potřeby pečujících o své starší rodinné příslušníky*, Praha, Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. UK Praha, I. interní klinika FNKV Praha, 2001, ISBN 80-238-8001-2

TOŠNEROVÁ, T., *Příručka pečovatele*, Praha, Ústav lékařské etiky 3. LK UK, Praha, I. interní klinika FNKV Praha, 2002, ISBN 80-238-8541-3

VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vyd., Praha, Portál, s.r.o., 2004, ISBN 80-7178-802-3

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.*, 1. vyd. Praha, Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185

Internetové zdroje:

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*, [online], Praha, leden 2005, [cit. 2013-4-4] dostupné na:

http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html

MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB, [online], 2008, [cit. 2013-4-4], dostupné na:

<http://www.skuhry.com/img/maslow.gif>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Národní program přípravy na stárnutí pro rok 2008 až 2012*, [online], Praha, Hartpres, 2008, ISBN 978-80-86878-65-2, [cit. 2012-12-27]. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf

VAĐUROVÁ, H. *Kvalita života pečovatelů o děti s onkologickým onemocněním*, in ŘEHULKOVÁ, O., et al., *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*, Brno: MSD, 2008. s. 45-48, [online], ISBN 978-80-7392-073-9, [cit. 2013-3-29], Dostupné na:

http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf

WERICH, J., *Citáty*, [online], [cit. 2013-2-27], dostupné na: <http://citaty.fabulator.cz/autor/>

Legislativa:

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Vladimíra Votavová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, PhD.,
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Kvalita života osob pečujících o své blízké v seniorském věku
Název v angličtině:	Quality of life of people caring for their loved ones in the elderly
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života osob, které se rozhodly poskytovat péči svým blízkým v seniorském věku. Práce je rozdělena do dvou celků, teoretické části a praktické části. V úvodu teoretické části je charakterizováno období stáří a změny, kterými člověk v tomto období prochází. Další kapitoly jsou již zaměřeny na osoby pečující. Pozornost je věnována podobám rodinné péče, co péče o seniora v rodině obnáší a jakým způsobem zasahuje do života pečujících. Popisovány jsou potřeby pečujících osob a možnosti jejich podpory včetně příspěvku na péči. V poslední kapitole teoretické části je blíže popisována kvalita života, její různé definice a také roviny a dimenze, ve kterých je možné ji posuzovat. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu. Hlavním cílem je zjistit psychosociální potřeby pečujících ovlivňující kvalitu jejich života.</p>
Klíčová slova:	Kvalita života, senior, stárnutí, pečující osoba, osoba blízká, rodinná péče, potřeby pečujících, podpora pečujících,

	příspěvek na péči
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis is specialized on the quality of life of people who decided to provide care to their loved ones in the elderly. This thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. In the theoretical part is at first described the elderly period of life and related changes which people go through. Next chapters are focused on caregivers, the forms of family care, and what the care for seniors involves and how it affects life of the caregivers. There are also described needs of caregivers and possible ways of their support including carer's allowance. In the last chapter of the theoretical part is in detail described quality of life, its definitions and levels at which it can be assessed. Empirical part is based on qualitative research. The main goal is to determine psychosocial needs of caregivers influencing the quality of their life.
Klíčová slova v angličtině:	Quality of life, senior, ageing process, caregiver, loved ones, family care, needs of caregivers, support of caregivers, care allowance
Přílohy vázané v práci	
Rozsah práce:	69 s.
Jazyk práce:	čeština