

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Pavla Skácelová, DiS.

**Potřeby osob pečujících osob o seniory vyžadující
celodenní péči**

Diplomová práce

Vedoucí práce

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, PhD.

2018

Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 7. 11. 2018

Pavla Skácelová

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Kateřině Ivanové, PhD., za její odborné vedení, pomoc, ochotu a cenné rady při konzultacích mé diplomové práce.

Děkuji Mgr. Karle Mikulkové, která mi byla velkou oporou při psaní diplomové práce.
Děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli cenné informace.

Motto:

„Chcete-li, aby se o vás někdo postaral, až budete staří, sami se teď starejte o své nejbližší. Vaše děti to uvidí a budou to považovat za správné jednání.“

Jiřina Šiklová (in Jeřábek a kol. 2013, s. 11)

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 6 |
| 1 Stáří a stárnutí z hlediska demografie | 8 |
| 1.1 Stáří a závislost na péči | 9 |
| 2 Sociální služby jako společenská forma pomoci | 11 |
| 2.1 Sociální služby | 11 |
| 2.1.1 Vymezení pojmu sociální služby | 12 |
| 2.2 Novela zákona o sociálních službách | 13 |
| 2.3 Příspěvek na péči – finanční podpora při poskytování péče o osobu blízkou | 14 |
| 2.4 Jiná forma finanční podpory pro pečující | 14 |
| 3 Formální péče | 16 |
| 4 Neformální péče | 18 |
| 4.1 Vymezení pojmu pečující osoba | 21 |
| 4.1.1 Podpora pečujících osob ze strany státu..... | 22 |
| 4.1.2 Podpora pečujících osob v zaměstnání – podpora právní | 22 |
| 5 Péče v rodině | 23 |
| 6 Potřeby | 27 |
| 6.1 Potřeby pečujících osob | 28 |
| 7 Motivace péče | 31 |
| 8 Metodologie práce | 32 |
| 8.1 Výsledky šetření..... | 33 |
| 8.2 Zhodnocení výzkumu | 44 |
| 9 Závěr | 48 |
| Bibliografie | 50 |

Úvod

V České republice, tak jako ve většině Evropských zemích, dochází k demografickým změnám, demografickému stárnutí obyvatelstva. Sociologové, ekonomové, ale i jiní odborníci upozorňují na stárnutí obyvatelstva. Neustálé zlepšování lékařské péče vede k tomu, že senioři (ale nejenom oni, také osoby s postižením nebo osoby s fatálním onemocněním) se dožívají vysokého věku. Prodlužování života ve stáří přináší otázky zejména na podporu seniorů ohrožených ztrátou soběstačnosti, tak aby došlo ke zlepšení kvality jejich života. Trendem doby je, aby senioři zůstali co nejdéle doma v jejich přirozeném sociálním prostředí. Toto je jim umožněno v případě, že o ně doma pečují rodinní příslušníci. Senioři touží zůstat ve svém domácím prostředí a pečující osoby považují péči v rodině za nejvhodnější řešení nesoběstačnosti svého blízkého člena rodiny. Rodinná péče je jednou z důležitých součástí systému při zajišťování péče o starší občany. Za zásadní se dá považovat podpora neformální domácí rodinné péče a rodinných pečujících. Tito pečující zajišťují péči o své blízké tak, aby uspokojili jejich potřeby, ale svým vlastním potřebám často nevěnují dostatečnou pozornost. Je důležité, aby byly naplňovány potřeby domácích rodinných pečovatelů, jen tak mohou poskytovat kvalitní péči svým blízkým a získávat tak další sílu a energii pro péči o jejich blízké.

Ke zvolení tématu diplomové práce mně nevedla pouze společenská naléhavost péče o osoby s omezenou soběstačností doma, ale také vlastní zkušenost. Hodně se mluví o ekonomické výhodnosti tohoto typu péče, o naplňování potřeb starých lidí, již méně je reálně rozebírán komplex potřeb domácích pečovatelů a hlavně způsob jejich naplňování. Je-li určitým pravidlem pro práci zdravotnických pracovníků, aby na jednom z předních míst jejich práce stála ochrana sebe sama, jelikož jinak by se mohlo snadno stát, že by svou pozici ztratili, je-li obdobně kladeno na srdce formálním pečovatelům, aby byli empatictí, ale nezabírali si problémy svých klientů příliš osobně, kde potom stojí ochrana neformálního pečovatele doma. Je vystaven fyzické náročnosti, jeho psychické vypětí se pohybuje ve sférah „vlastní krve“, většinou není odborně vzdělán pro tuto práci. K dobrému výkonu ho vede většinou intuice, láska a hlavně cíl udělat toho, o koho pečuje spokojeným. Takto založená morální motivace si zaslouží

ochranu, především v naplnění potřeb pečujícího tak, aby si své síly udržel nebo regeneroval.

Symbolickým cílem práce je zaměření na problematiku rodinných pečujících, kteří poskytují péči o seniora vyžadující celodenní péči v domácím prostředí v rámci neformální péče. V současné době se velmi preferuje, aby senioři, kteří jsou závislí na péči jiné fyzické osoby, zůstávali doma, většinou tam, kde prožili značnou část svého života, v místě, na které jsou vázání jak reálně, tak i citově. Jde o službu, kterou jim mohou zajistit jejich rodinní příslušníci, mnohdy za pomoci některých ziskových i neziskových organizací. Péče o seniorce ztrátou soběstačnosti, většinou s četnými diagnózami je velmi náročná. Zejména v době, kdy spousta dětí těchto seniorů je ještě v produktivním věku, náročná je jak po fyzické, tak i psychické stránce. Proto je pro pečující osoby nesmírně důležité, aby byly naplňovány jejich potřeby.

Úkolem poznávacího cíle práce je zjistit, jaké potřeby mají osoby pečující o seniory vyžadující celodenní péči v domácím prostředí. Cílem bude zjistit, jak jsou saturovány jejich potřeby, a které z potřeb jsou pro ně považovány za nejdůležitější.

Výsledky výzkumu by mohly být inspirací pro potřeby sociálních služeb, které jsou zaměřeny na pomoc pečujícím osobám (respirační služby), ale i osobám, o které je pečováno.

Předkládaná práce je rozdělena do tří celků. V teoretické části jsou popsána teoretická východiska demografického vývoje společnosti, nedílnou součástí je i popis sociálních služeb, zákona o sociálních službách. Další kapitoly jsou věnovány formální a neformální péči, pečujícím osobám, péči o seniory v rodině. Konec teoretické části je věnován potřebám obecně a potřebám pečujících osob, ze kterých bude vycházet výzkumné šetření.

Ve druhé části práce je pozornost zaměřena na šetření, jehož úkolem je zjistit, jaké potřeby mají pečující osoby o seniory v domácí péči. Metodologická část popisuje strategii, cíle a jednotlivé kroky prováděného výzkumného šetření.

1 Stáří a stárnutí z hlediska demografie

Langmeier, Krejčířová (2006, s. 210) uvádí, že problematika stáří se stává závažným celospolečenským problémem. Vlivem postupného stárnutí populace dochází k nárůstu procentuálnímu zastoupení seniorů v populaci. Velkou mírou na tomto má prodlužování střední délky života a současný pokles počtu narozených dětí.

Probíhající demografické změny s určitostí ovlivňují život všech států Evropy. Podle demografické zprávy Evropské komise uvádí nárůst počtu osob starších 65ti let mezi lety 1990 a 2010 o 3,7 %. V roce 2060 by se odhadem starší generace měli podílet naceklové Evropské populaci 30ti%, kde nejvyšší nárůst by byl u osob ve věku 80ti let(Bočková, 2012, s. 18). Senioři dnes tvoří převážnou část populace většiny evropských států a jejich počet bude neustále narůstat (SP/SP, 2004, s. 12).

Eurostat 2014 (in Kubalčíková, Havlíková, 2015, s. 13) uvádí, že v roce 2013 podíl obyvatel starších 65 let byl 20,7 % z celkového počtu obyvatelstva ČR, z čehož 3,9 % představují lidé starší 80ti let. Český statistický úřad vypracoval demografickou projekci, kdyse v roce 2020 očekává podíl obyvatel starších 65ti let 20,5 %, z toho pak 4,3 % osoby starší 80ti let, v roce 2030 skupina nad 65 let – 23,9 %, z toho 7,4 % představují senioři nad 80 let. V roce 2050 to již bude více než třetina osob nad 65 let a z toho budou v zastoupení více než 11 % osoby starší 80ti let.

Obdobně uvádí Jeřábek (2013, s. 9), že počet starých lidí se rapidně zvyšuje. Za dvě desetky let budou představovat více než třetinu obyvatelstva, v roce 2050 to bude kolem 50 % žijících obyvatel. Každý třetí nebo čtvrtý senior bude v této fázi života potřebovat svého pečovatele, pečovatelku. Stát zastoupený různými institucemi včetně dnes opomíjených nevládních nebo občanských iniciativ, nebude schopen tuto situaci zvládnout.

Keller k tomuto uvádí, proces stárnutí populace se projevuje s rostoucí intenzitou v řadě evropských zemí. Neustále se zvyšuje počet osob starších šedesáti let a spolu s tím se zhoršuje nepoměr mezi lidmi ekonomicky aktivními a lidmi, kteří jsou již v postproduktivním věku. Zároveň se v mnoho zemích snižuje i pokles počtu narozených dětí. Proměna demografické struktury vyžaduje pro vyspělé země nutnost přizpůsobit se novým podmínkám. Vystává potřeba vytvořit nové strategie, které se

opíraly o odhady budoucího vývoje. Podle existujících prognóz je zřejmé, že proces demografického stárnutí bude pokračovat (Keller, 2005, s. 30 – 31).

Problémům spojeným se stárnutím společnosti je vystaveno mnoho Evropských zemí. Tyto přijímají inovační řešení veřejné politiky k tomu, aby se dosáhlo lepší rovnováhy mezi potřebou rozšíření sociální péče a omezením veřejných ekonomických výdajů. Charakteristickými společnými rysy jsou snahy kombinovat peněžní transfery do rodiny (cash-for-care) s poskytováním služeb (in-kind-services), vytváření nového trhu sociální péče, vycházející z hospodářské soutěže, posílení uživatelů při výběru služeb a zavádění finančních nástrojů k podpoře neformální péče (Pavoliny, Ranci, in Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 10).

Stárnutí populace je velkým problémem všech zemí, Českou republiku nevyjímaje.

1.1 Stáří a závislost na péči

Haškovcová (2002, s. 14) píše, že úkolem společnosti je, aby každému starému člověku byly zajištěny základní a materiální předpoklady, tak aby mohli kvalitně prožívat stáří, využívat dostupnou kvalitní péči o nemocné nesoběstačné občany.

Možný (2006, s. 271) uvádí, že neustálým vývojem lékařské vědy se dá předpokládat na základě zlepšující se úrovně schopností léčit, že v příštích padesáti letech se bude více lidí dožívat vysokého věku. Dále Možný udává, že v roce 2050 bude znepokojivý vývoj u skupiny osmdesátiletých a starších. Z dnešních 260 tisíc seniorů tohoto věku stoupne 900 tisíc, z toho 220 tisíc z nich bude starších devadesáti let.

Prodloužení délky života však neznamená prožití života ve zdraví. Z výše uvedeného vyplývá, že nemůžeme uvažovat jen v dimenzi zdravotního stavu seniorů, ale musíme uvažovat i o kvalitě jejich života. I kdyby počet zdravotních a sociálních služeb vyhovoval počtům podaných žádostí o ně, neznamená to, že rodina potažmo domácí pečující mohou být mimo hru. Ani umístění seniora v pobytové sociální službě neznamená, že o něj rodina musí přestat pečovat. Velké rezervy lze spatřovat v legislativní a finanční úpravě souběžné péče pobytová sociální služba – rodina. V první řadě je nutné dostatečně brzy rodiny stimulovat a připravit na možnou péči

o staršího příbuzného, na možnosti uspořádání domácí péče, jinak řečeno naprostou lidskou solidaritu (volně podle Jeřábek, 2013).

Stáří nemusí být o nemoci jako takové, ale i změny stárnoucího člověka v jak fyzické, tak i psychické oblasti mohou vyžadovat určitou míru pomoci, která přichází jak ze strany rodiny nebo sociálních služeb.

2 Sociální služby jako společenská forma pomoci

V průběhu stáří dochází k mnoha změnám. V tomto období dochází ke zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti, které se týká péče o domácnost, sebeobsluhy. Pokud je to možné, nastává okamžik pomoci od blízkého okolí. Pomoc může nabídnout, zastat rodina, sousedé, přátelé seniora. Pokud toto není možné zajistit prostřednictvím rodiny, hledá senior pomoc další formou. Pomoc vyhledávají také příbuzní a blízcí seniora. Nastupují sociální služby jako společenskou formu pomoci, a to prostřednictvím sociálních služeb, kterých lze využít tak, aby senior setrval co nejdéle doma v jeho přirozeném sociálním prostředí.

2.1 Sociální služby

V 90. letech 20. století došlo v České republice ke spoustě změn, které se týkaly politického, ekonomického dění a postupně se začala budovat i sociální reforma. Došlo k rozvoji činnosti nestátních neziskových organizací, vznikala občanská sdružení. Docházelo taktéž k obnově církevních organizací, které byly zaměřeny na poskytování sociálních služeb. V rámci transformace docházelo k různým změnám, které se týkaly právě sociálních služeb. (Matoušek, 2007, s. 7).

Velkou změnou v chápání poslání sociálních služeb a jejich organizace vnesl zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti od 1. ledna 2007. Zákon legislativně ukotvil pojmy sociálního začleňování, sociálního vyloučení a sociálně přirozeného prostředí (Vávrová, 2012, s. 39).

Zákon o sociálních službách vychází ze základních principů Bílé knihy Sociálních služeb.

Bílá kniha sociálních služeb vznikla před zákonem o Sociálních službách a vychází ze *základních principů*, které souvisí s plánováním, organizací a financováním sociálních služeb. *Princip nezávislosti a autonomie* vychází z přesvědčení o odpovědnosti jedinců za svůj vlastní život, kdy záleží na rozhodnutí jedinců, zda a jakou službu budou využívat k udržení nebo obnově nezávislosti. *Princip začlenění a integrace* má v rámci sociálních služeb zajistit ochranu před sociálním vyloučením. Služby mají za úkol pomáhat

jedincům vést běžný život, kdy se podílejí na každodenních aktivitách, jako jsou nákupy, vzdělávání, volnočasové aktivity. Tato pomoc by měla být poskytována v přirozeném sociálním prostředí. *Princip respektování potřeb* je založen na nabídce sociálních služeb, které by měly být poskytovány vzhledem k potřebám uživatelů sociálních služeb. *Princip partnerství* vychází z předpokladu fungujícího partnerství, který je založen na partnerství mezi jednotlivci, komunitami, kraji, občanskou společností a státem. Uživatelé sociálních služeb mají právo se aktivně spolupodílet na vytváření sociálních služeb vycházejících z jejich potřeb. Důvěryhodnost *principu kvality* je zajištěna prostřednictvím dodržováním standardů kvality, vzděláním sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách. *Princip rovnosti* má garantovat, že sociální služby mohou využívat všichni jedinci bez ohledu na věk, zdravotní stav, víru a pohlaví. Jako poslední je *princip národních standardů a rozhodování v místě*. Sociální služby jsou poskytovány na základě potřeb uživatelů a komunity (Bílá kniha v sociálních službách, MPSV, [online]).

Hlavní a zásadní změnou se stal Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který se týká právní úpravy sociálních služeb, s doprovodnou vyhláškou č. 505/2006Sb. V souvislosti se zákonem o Sociálních službách byly stanoveny i Standardy kvality sociálních služeb, jejichž pomocí dochází k naplňování výše uvedených principů.

2.1.1 Vymezení pojmu sociální služby

Podle zákona o sociálních službách je sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálně určených potřeb. Na osoby působit aktivně, má podporovat jejich rozvoj a samostatnost, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Při poskytování sociálních služeb musí být zachována lidská důstojnost a základní svobody osob (Zákon č. 108, §1–3).

Sociální služby jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení, zahrnují služby sociálního poradenství, sociální péče a služby sociální prevence.

Cílem základního sociálního poradenství je činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb, kdy jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni poskytnout osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé situace. Odborné sociální poradenství je podle potřeb jednotlivých sociálních skupin poskytováno prostřednictvím občanských poraden, poraden pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením (Bicková, 2011, s. 247).

Dvořáčková uvádí, že služby sociální péče si může uživatel – příjemce kupovat, objednat, a to na základě přiznaného příspěvku na péči (je definován v zákoně o sociálních službách) u organizace, která poskytuje sociální služby nebo u organizací a jednotlivců, které mají k této činnosti oprávnění. Zákon dále řeší platbu za poskytované sociální služby (Dvořáčková, 2012, s. 82).

Služby sociální prevence jsou vyhrazeny osobám, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy. Jejich cílem je předcházet sociálnímu vyloučení těchto osob (Bicková, 2011, s. 247).

Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby podle místa služby na pobytové. Tyto služby jsou spojené s poskytováním ubytování v zařízeních sociálních služeb. Další formou jsou služby ambulantní, do kterých uživatel dochází. Jako poslední jsou služby terénní, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí jedince (Zákon č. 108, §32–33).

2.2 Novela zákona o sociálních službách

Novela zákona o sociálních službách vychází z neustálého vývoje, potřeb společnosti. Platnost této novely zákona o sociálních službách vstoupila v platnost od začátku roku 2018. Změny se týkají zpřesnění a definice nových pojmů, kde zákon o sociálních službách vymezuje všechny aktéry systému služeb, další snahou je i snížení administrativy.

Nový zákon o sociálních službách přinesl zákonnou oporu novým typům péče, některé se týkají přímo podpory pečujících osob (např. odlehčovací služby, služby typu stacionáře apod.), pomáhají pečující osobě tím, že jí poskytují čas potřebný k odpočinku od náročné péče a regeneraci (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 16).

2.3 Příspěvek na péči – finanční podpora při poskytování péče o osobu blízkou

Příspěvek na péči je základní finanční dávkou v situaci snížené soběstačnosti a péči o osobu blízkou. Je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžadují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu 1. – 4. stupně závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku může být péče hrazena osobám blízkým poskytujícím péči, asistentům sociální péče, registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, dětským domovům nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu (Zákon č. 108, §7–10).

Příspěvek na péči byl zaveden v roce 2006 přijetím zákona o sociálních službách, valorizován byl poprvé v roce 2016. Aktuální částky příspěvku na péči jsou v I. stupni závislosti – lehká závislost u osob mladších 18ti let 3300 Kč, starších 18ti let 880 Kč. Ve II. stupni – středně těžká závislost u osob mladších 18ti let 6600 Kč, u starších 18ti let 4400 Kč. U III. stupně závislosti – těžká závislost u osob mladších 18ti let je částka 9900 Kč, u starších 18ti let 8800 Kč a u posledního IV. stupně závislosti – úplná závislost je stejná částka 13200 Kč u osob jak mladších, tak starších 18ti let. Příspěvek na péči může být zvýšen o částku 2000 Kč měsíčně z důvodu nízkého příjmu oprávněné osoby a s ní společně posuzovaných osob a z důvodu podpory zdravotně postižených dětí předškolního věku. O příspěvek na péči se žádá na příslušném pracovišti úřadu práce, které přiznání dávky vyřizují. Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje po podání písemné žádosti na krajských pobočkách úřadu práce, který vyšle sociálního pracovníka provést sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Na základě posudků lékaře okresní správy sociálního zabezpečení vydá krajská pobočka úřadu práce rozhodnutí o tom, zda byl příspěvek na péči přiznán či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat (Zákon č. 108, §11).

2.4 Jiná forma finanční podpory pro pečující

V září 2017 byla přijata novela zákona o nemocenském pojištění, která zavádí tzv. dlouhodobé ošetřovatelské volno (zákon č. 310/2017 Sb.). Jedná se po dlouhé době o viditelnou snahu zlepšit příjmové i pracovní podmínky rodinných pečujících, kteří

budou moci poskytovat péči a nepřijdou o příjem ze svého dosavadního zaměstnání a nebudou muset toto zaměstnání opustit (Dobiášová, Kotrusová, 2017, s. 23). Tzv. ošetrovatelské volno může zaměstnanec čerpat až po dobu 90ti dní, kdy by se staral o nemocného či bezmocného příbuzného. Z nemocenského pojištění by dostával částku 60 % ze svého vyměřovacího základu. Ošetrovatelské volno by zahrnovalo péči o člověka, který strávil alespoň týden v nemocnici (lidé po vážných úrazech, po mozkových příhodách, operacích nebo vážných nemocech).

Určitým způsobem finanční podpory pečujících osob je jejich zahrnutí mezi tzv. státní pojištěnce, za které, dle zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.), hradí zdravotní pojištění stát, dále započítávání doby péče jako náhradní doby pro výpočet důchodu (zákon č. 155/1995 Sb. O důchodovém pojištění) a náhradní doby zaměstnání pro posuzování nároku na podporu v nezaměstnanosti a podporu při rekvalifikaci (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (Dobiášová, Kotrusová, 2017, s. 29).

Když mluvíme o péči, která se týká osoby, která vyžaduje celodenní péči, ve skutečnosti jsou patrné rozdíly mezi péčí o takovou osobu v jejím přirozeném prostředí nebo pobytové sociální službě nebo o kombinaci těchto forem. Rozdíl pocítuje především ten, kdo péči potřebuje, ale pochopitelně pečující osoba. Mluvíme zde o formální nebo neformální péči.

3 Formální péče

Formální péče představuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které poskytují pouze vyškolení, kvalifikovaní profesionálové s licenci. Formální pečovatelé mají s opečovávanou osobou obvykle uzavřenou smlouvu, ve které jsou definovány jejich povinnosti v souladu s jejich odbornou způsobilostí. Za poskytnutou péči jsou placeni, jejich práce je regulována zákonem (např. musí být dodržena pracovní doba) a vyplývají jim z ní určitá sociální práva (www.horecky.cz).

Dominantní postavení ve formální péči zaujímají zdravotní a sociální služby. Poskytování formální péče nemusí garantovat pouze stát, ale mohou ji provádět i subjekty soukromého (ziskového) a neziskového organizací, církevních subjektů s různými zřizovateli. V souvislosti s rostoucím počtem seniorské populace bude zvýšena poptávka po zabezpečení seniorů. Senioři, kteří se stanou závislími na pomoci druhé osoby, a to z důvodu omezení soběstačnosti při zajištění základních životních potřeb. Toto by mělo být zajištěno spoluúčastí péče, na které se budou současně podílet jak neformální pečující, tak i formální služby – profesionální pomoc (Kubalčíková, 2012, s. 90).

Přestože se rodinné péče zdá být tím nejoptimálnějším řešením, nastávají situace, kdy dochází k umístění nesoběstačného seniora do zařízení sociálních služeb a péče o něho je zajišťována formálním způsobem.

Může se stát, že rodinní příslušníci nejsou na situaci, že by se měli o seniora každodenně postarat připraveni nebo mají strach, že se o něj nedokáží postarat dostatečně dobře. Mohou být zaměstnaní a nejsou schopni propojit čas věnovaný péči o seniora s chodem vlastní rodiny (Kubalčíková, 2012, s. 91). Autorka dále uvádí, aby došlo k zajištění co nejlepší péče, bylo by naprostým ideálem, propojit péči formální s neformální. Stát se snaží o decentralizaci péče se zaměřením, na individuální přístup, kdy je kladen větší důraz na kontinuitu života a funkci rodiny. V souvislosti s rostoucím počtem seniorské populace bude zvýšena poptávka po zabezpečení seniorů. Seniorů, kteří se stanou závislími na pomoci druhé osoby, a to z důvodu omezení soběstačnosti při zajištění základních životních potřeb. Toto by mělo být zajištěno spoluúčastí péče,

na které se budou současně podílet jak neformální pečující, tak i formální služby – profesionální pomoc (Kubalčíková, 2012, s 90).

Snahou formálních pečovatelů je zajistit co nejkomplexnější péči. Většinou ale ve formální péči je nemožné navázat na kontinuitu života seniora, chybí citové vazby, neznalost jeho zvyklostí, přání. Toto mu mohou poskytnout rodinní příslušníci nebo známí. Formální péče může být tímto obohacena zvenčí prostřednictvím rodiny (Jeřábek, 2013, s. 25). Totéž uvádí i Haškovcová (2012, s. 278), která píše, že mnohé rodiny se vzorně starají o své nemocné seniory a i v době institucionální péče o ně projevují soustavný zájem.

4 Neformální péče

Demografické prognózy předpokládají, že v České republice se během dvaceti let počet seniorů nad 75 let zdvojnásobí. Přibližně čtvrtina až třetina z nich bude ve špatném zdravotním stavu a bude potřebovat nějakou formu dlouhodobé péče (Rychtaříková, 2006, s. 252–256). Společnost se z hlediska demografického vývoje věnuje i otázkám neformální péče. V současnosti stoupá počet seniorů a prodlužuje se délka života. Předpokládá se zvýšení nárůstu osob, které budou odkázáni na pomoc jiné osoby, a to z důvodu nesoběstačnosti.

V předcházejících desetiletích převažovaly v dlouhodobé péči přístupy přenášet péči z rodiny na veřejné služby. Nynější generace veřejných politik je postavena na komplementárních a integračních přístupech, kde nese odpovědnost rodina a posiluje a podporuje se pečovatelská péče občanů a rodin (Pavoliny, Ranci in Kotrusová, a kol., 2013, s. 12).

Neformální pečovatelé mají zásadní význam pro zajištění péče na konci života v domácím prostředí. Umožňují být na konci života v domácím prostředí těm, kteří si to přejí (Grande, Stajduhar, Aoun, 2009).

Vznikne nedostatek formálních pečovatelů a bude nutné, aby se na péči podíleli i neformální pečovatelé, především rodinní pečovatelé a jiné blízké osoby seniora. Aby došlo k zajištění co nejlepší péče, bylo by ideální propojení mezi poskytováním formální a neformální péče (Kubalčíková, 2012).

Péče o nesoběstačného člověka předpokládá, že je zde někdo, kdo chce, ale zároveň i může a umí pečovat. Pacovský píše, že pokud rodina se chce postarat, jejich rozhodnutí je ovlivňováno motivací a hodnotami. Pokud se rodina může postarat, toto závisí na mnoha faktorech (pracovní zařazení, změna životního stylu, vliv vnitřních vztahů, prostorové podmínky). Pokud se rodina umí postarat, má dostatek informací o správné péči. Hlavní motivací je pocit morální odpovědnosti a silná emocionální vazba (Pacovský, 1994, s. 111–112).

Sýkorová (2007, s. 163) píše, že většina seniorů se v první řadě spoléhá a využívá neformální pomoc a podporu od rodiny a příbuzných. Vazba mezi rodiči a dětmi je nejsilnější právě v době, kdy se rodiče dostávají do seniorského věku.¹

Neformální péči často poskytují rodinní pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči o osobu závislou na péči jiné osoby z důvodu špatného zdravotního stavu, fyzického či psychického postižení či vysokého věku (Hubíková, 2017, 6).

Ochota rodiny zajistit péči o klienta je základní podmínkou pro to, aby senior setrval v jeho přirozeném prostředí (Kubalčíková, 2012, s. 96).

Truhlářová (2015, s. 26) pojem neformální péče řadí výše než termín rodinná péče. Laická péče je jedním z rysů neformální péče. K neformálním pečovatelům lze zařadit i další osoby, které poskytují péči a může se jednat o osoby se zdravotním vzděláním, pečovatele.

Rodinní pečující jsou ve velké míře primárními pečovateli, nesou hlavní tíhu péče, mnohdy téměř bez pomoci a podpory ze svého sociálního okolí (Hubíková, 2017, s. 7).

Tošnerová (2001, s. 17) vymezuje rodinnou péči jako činnost, kdy pečující se snaží zmírnit důsledky znevýhodnění u tělesně či psychicky handicapovaných osob.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb (socialnipolitika.eu, [online])2016 – 2025 uvádí, že počet neformálních pečovatelů se odhaduje na 250 až 300 tisíc osob. Pokud bychom se drželi tohoto odhadu a víme, že v červenci roku 2015 bylo vyplaceno přes 337 tisíc příspěvků na péči, znamená to, že téměř celý objem těchto příspěvků putuje do domácí péče. Polovinu osob pečujících tvoří osoba blízká, téměř dvě třetiny péče je poskytováno ženami a tato forma bezplatné péče je mimořádně důležitou součástí systému dlouhodobé péče, kde 70–90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytováno rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími.

Z jiného zdroje vyplývá, že z údajů Českého statistického úřadu, v současné době pobírá v České republice příspěvek na péči cca 420 tisíc osob, z toho o 274 tisíc dlouhodobě pečují většinou rodinní příslušníci v domácím prostředí

¹Toto zjištění není absolutní, spousta seniorů žije osamoceně, a někteří nemají dobré vztahy s příbuznými, což se odráží na uspokojování jejich potřeb a kvalitě života seniorů.

(www.alfahs.cz[online]). Dostupnost péče prostřednictvím rodiny závisí na více faktorech, demografických i společenských, možnosti kombinace práce a péče, kvalitě a míře podpory a přístupu k veřejným službám. Dochází k vertikalizaci rodiny (více generací s menším počtem dětí) a individualizaci bydlení, což snižuje možnost rodinné péče. Ve vyspělých zemích vzniká otázka jak změnit sociální a zdravotní systémy a systémy zdravotních a sociálních služeb tak, aby docházelo k podpoře lidí pečujících o osobu blízkou se sníženou soběstačností v jejich přirozeném bydlení (Wija [online]).

Role neformálních pečovatelů v systému dlouhodobé péče je velmi významná (Havlíková, 2012, s. 103). Přesto ji český sociální i zdravotnický systém příliš neocenuje ani neulehčuje. Vymezení pečujících jako cílové skupiny sociální práce a případných uživatelů sociálních služeb může vést ke zjištění, že pečující má své vlastní potřeby, které jsou odlišné od potřeb opečovávaného, mohou být i v konfliktu s jeho pečovatelskou rolí (Hubíková, 2017, 18).

Také v jiných zemích se stává tradicí, že být neformálním opatrovníkem je přirozené, zejména když příbuzný vážně onemocněl. Více nebo méně dobrovolně člen rodiny převzal péči, kontrolu a odpovědnost za blízkého člena rodiny (Linderhorm, Friedrichsen, 2010).

Pečování o blízkého člověka se nepovažuje za práci, není vysoko hodnoceno, nevytváří nadhodnotu a nezvyšuje hrubý domácí produkt. Dříve byla péče o člena rodiny – dochování starého člověka v rodinném kruhu běžnou věcí, dnes doceněna není. Velmi často to nedoceňují ani další členové rodiny (Jeřábek, 2013, s. 10).

Role rodinné péče je v současné České republice v nynějším systému dlouhodobé péče velmi významná. I přes to, že se zvyšuje politický zájem o postavení neformálních pečujících v systému dlouhodobé péče, různé studie se shodují v tom, že podmínky pro rodinnou péči jsou neuspokojivé (Kotrusová, Dobiášová, 2012, Kroutilová, Nováková, Jandzíková, 2012, Kubalčíková, 2012, Hubíková, 2012). Hubíková (2012) uvádí, že neformální péče je oblastí, kde je plno nejasností, stereotypních představ, předpokladů a očekávání, která se týkají funkcí, podob a dynamiky poskytování péče uvnitř rodiny. Status neformálních pečovatelů není dostatečně definovaný, jejich práva a oprávnění nejsou jasně vymezená (Hubíková, 2013). Situaci a potřebám neformálních pečovatelů není v České republice věnována

adekvátní pozornost. Narážejí na různé bariéry, které jsou považovány spíše za jejich osobní problémy než deficity současného systému dlouhodobé péče.

4.1 Vymezení pojmu pečující osoba

Pečující osoba je v obecném významu ten, kdo pomáhá (poskytuje služby) druhým, kteří z důvodu svého zdravotního nebo psychického stavu nemohou nebo nedovedou vykonávat činnosti vedoucí k vlastní samostatnosti a soběstačnosti. Pečující osoba může být rodinný příslušník nebo jakákoli jiná osoba, která pečuje o druhého většinou v domácím prostředí a váže ji k ní blízký vztah (partnerství, rodičovství, přátelství, jiná rodinná vazba – dcera, syn). Pečující osoba se může starat mimo jiné i o seniorní rodiče a jiné rodinné příslušníky, děti i dospělé osoby v terminálních stádiích onemocnění. Péče o blízkého je náročná nejen vlastní péčí, trvalou přítomností, nedostatečným finančním ohodnocením, dlouhodobostí, emoční náročností, ale také nedostatečným spektrem podpůrných služeb. Domácí péče je mnohonásobně levnější než péče formální – ústavní. Ze statistik vyplývá, že hodnota domácí péče se pohybuje v rozmezí cca 15–17 tisíc měsíčně. Daleko vyšší náklady jsou u ústavní péče, které jsou vyčísleny na 35–40 tisíc měsíčně. Postavení pečujících osob je na společenském a pracovním žebříčku umístěno na nejspodnějších příčkách, a to i přes velkou důležitost (Chmelová, 2016, [online]).

Pečující osoby jsou se svojí situací smířeny a péči o vážně nemocného člověka vnímají jako samozřejmou součást svého života. Pečují o svého blízkého člověka rády, jelikož vědí, že péče je pro toho člověka důležitá. Intenzivní péče v domácím prostředí umožňuje seniorovi, aby mohl zůstat s rodinou co nejdéle. Pečující osoby si uvědomují, jak moc znamená pro jejich blízké zůstat v rodinném kruhu nebo ve vlastním prostředí s tím, že pokud jim poskytují péči, dochází k prodloužení života nemocných. (Dobiášová, Kotrusová, 2014, s. 3).

K institucionalizaci sociální práce s rodinnými příslušníky v České republice doposud nedošlo. Rodinní příslušníci nejsou definováni jako cílová skupina sociální práce (Hubíková, 2017, s. 8).

Pečující rodinní příslušníci jsou ovšem cílovou skupinou, která někdy ve své i dlouhodobé činnosti potřebuje nutně podporu.

4.1.1 Podpora pečujících osob ze strany státu

Péče doma v přirozeném sociálním prostředí je normální a pro stát mnohonásobně levnější než ústavní péče (Jeřábek, 2013, s. 9).

Situace v rodinách, které pečují o svého blízkého člověka, není nikterak jednoduchá. Každodenně řeší tyto rodiny situace, které nepečující rodiny řešit nemusí. Je nezbytné, aby se těmto rodinám věnovalo více pozornosti, a to jak od místních orgánů, tak i ze strany státu, a to vytvářením legislativního, institucionálního prostředí, které bude v maximální výši vstřícné pro pečující rodiny (Dobiášová, Kotrusová, 2014, s. 3).

Podporovat pečovatele v rodině by mělo být komplexnějším úsilím státu. Podpora by mohla být chápána jako veškeré služby, asistence, vzdělávání, informace, postoje laické nebo odborné pomoci ve prospěch pečovatele (Stoltz, Udén, Willman, 2004)

4.1.2 Podpora pečujících osob v zaměstnání – podpora právní

Zákoník práce udává, že požádá-li zaměstnanec, který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se podle zákona o sociálních službách, považuje za osobu závislou na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost), III (těžká závislost), IV (úplná závislost), o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět jeho žádosti, pokud tomu nebrání provozní důvody. Ty je potom zaměstnavatel v případném pracovním sporu povinen prokázat (Zákon č. 262/2006 Sb.). Zaměstnavatel musí dodržovat zákaz jakékoliv diskriminace zaměstnanců, tj. nesmí diskriminovat zaměstnance např. z důvodu, že pečují o rodiče, a zajišťovat rovné zacházení se všemi zaměstnanci.

V případě nezaměstnanosti se při zprostředkování zaměstnání věnuje zvýšená péče těm uchazečům o zaměstnání, kteří potřebují zvýšenou podporu pro svůj zdravotní stav, věk, péči o dítě nebo o jinou osobu nebo z jiných vážných důvodů (Wija, 2017 [online]).

5 Péče v rodině

Role rodiny při jakémkoli typu péče je důležitá, a to v jakémkoli rozsahu a způsobech poskytování péče, a to i při občasně výpomoci. Pokud bude dále v textu zmíněna rodinná péče, je tím myšlena péče doma v přirozeném prostředí pečovaného, tzn. domácí péče, tedy taková péče, kde nejvýznamnější pečující osobou je rodinný příslušník.

Abel (1990, s.65) uvádí, že rodinnou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka, jejich děti nebo jejich partneři. V různých zemích získává pomoc od svých členů rodiny cca 20 % osob starších 65 let.

Rodina je nezastupitelná v okamžiku, kdy senior začíná ztrácet soběstačnost. Podpora rodiny je velmi důležitá pro jeho další fungování. Rodina může pomoci při činnostech, které už senior sám nezvládá, tak aby i přes své potíže mohl zůstat v přirozeném rodinném prostředí. Psychická podpora, které se mu dostává od rodiny je pro něj důležitá pro vytváření pevného zázemí a jistoty, zejména když dochází ke zhoršování orientace a psychických funkcí seniora (Žižková, 2004, s. 28).

Současné formy péče o staré lidi se realizují v rodině a v resortech zdravotnictví a sociálních služeb (Haškovcová, 2002, s. 42). Trendem současné doby je, aby senior zůstal co nejdéle v domácím prostředí. Jak uvádí Haškovcová, není pochyb o tom, že člověku je nejlépe doma, v prostředí, které zná, v rodině, a to jak ve zdraví, tak i pokud je nemocný (2002, s. 42).

Rodinu lze definovat jako společenství různých generací, jejichž blízkost vychází z biologického, sociálního i právně podloženého vztahu. Dá se říci, že rodina se vyznačuje tím, že její členové mají společnou identitu v oblasti kulturních, společenských požadavků. Rheinwaldová (1999, s. 10) uvádí, že péče o občany, kteří se nemohou o sebe starat sami, patří k morálním povinnostem zdravých a produktivních osob. Totéž popisuje Trpišovská a kol. (2000, s. 36), kdy píše, že rodina plní funkci biologickou, zároveň i společenskou. Členy rodiny spojuje vzájemné soužití, pomoc, morální odpovědnost.

Velká část lidí tráví většinu svého života v přirozeném sociálním prostředí, kde jsou obklopeni svými blízkými (Vávrová, 2012, s. 40).

Jeřábek (2013, s. 9) píše, že pečuje-li o člověka někdo blízký z užší rodiny nebo některý z příbuzných (tzv. širší rodiny), je to lepší jak pro toho, komu je pomoc poskytována, tak i pro společnost jako celek.

Mlýnková (2011, s. 43) uvádí, že rodina poskytuje i emocionální podporu, kdy senior lépe a snáze přijímá pomoc od blízkých než cizích osob.

Sýkorová (2007, s. 167) k tomu udává, že dospělé děti pomáhají starším rodičům při namáhavých domácích pracech, s běžným chodem domácnosti, zprostředkovávají styk s úřady, údržbou bytu, domu.

Se změnou životního stylu došlo ke změně v oblasti přímé péče rodinných příslušníků o své rodiče, prarodiče. Mladí rodiče pracují, ve zbývajícím čase se starají o své děti (Rheinwaldová, 1999, s. 10).

V současné době se snížil počet rodin, které žijí ve společné domácnosti (pod jednou střechou) se seniorem – tzv. rodiny tří generací. Zejména ve městech je společné soužití výjimečné (Sociální práce/Sociálna práca, 2004, s. 13–14). Došlo k tzv. atomizaci rodiny, kdy každý bydlí ve svém (Haškovcová, 2002, s. 42). Rodina nebydlí pohromadě, jednotliví členové rodiny jsou pracovní i časově vytíženi, prarodiče, kteří nebydlí se svými dětmi a jejich vnoučaty již nezastávají vůči vnukům roli, kterou prarodiče dříve v rodině zastávali. Taktéž v rámci generačních vztahů zodpovědnost dětí vůči rodičům již není tak samozřejmá a vykazuje určitý nadstandard vztahů. Péče o seniory spadá do kompetence státu – společnosti, což je nepřesné (SP/SP, 2004, s. 14). Pokud žije senior doma v rodinném kruhu, má možnost se na některých věcech podílet, spoluvytvářet, spolurozhodovat se spolu s těmi, kteří o něj pečují (SP/SP, 2004, s. 20).

Dürkheim in Jeřábek (2013, s. 23 – 24) při úvahách o rodině a její neformální péči rozděluje rozhodování na mechanickou a organickou solidaritu. Proces rodinné solidarity lze vnímat jako fázi mechanickou – přijetí péče a fázi organickou – adaptace na péči.

Na toto navazuje Jeřábek (2013, 24), který uvádí, že přijetí starého člověka do rodinné péče je celkem podstatné. Členové rodiny se v těchto chvílích opírají o pocit

a jistotu sociální mechanické soudržnosti rodiny. Dospělé děti se nejprve rozhodují, jestli a jak se budou starat o svého seniora a poté hledají způsoby a modely, jak se přizpůsobit situaci. Někdy je rozhodnutí shodné a jednoznačné, otázka primárního rozhodnutí převzít péči nebo ne, není vůbec položena. Odpověď na ni je samozřejmá. Jeřábek (2013, s. 25) dále uvádí, že v rámci organické solidarity lze hovořit o tom, že jednotliví členové rodiny vystupují v různých (odlišných) rolích – role vnuka, zetě, bude v péči o nemocnou babičku jiná než role snachy, vnučky. Ženy vkládají do pečovatelské role ženský cit, emoce, zatímco muži zajišťují fyzickou pomoc – přenášení, zvedání seniora. Vzájemná závislost a uvědomění si těchto rolí tvoří z rodiny vzájemně si pomáhajících soudržnou jednotku.

Podle Sýkorové (1996) se jedná o tzv. mezigenerační solidaritu, kterou vysvětluje pomocí tří teorií. Jako první uvádí teorii vzájemné reciprocit – vzájemnou pomoc mezi generacemi principem dej a ber. Jako druhou popisuje jako normu povinností dětí splatit dluh za výchovu v dětství. Poslední teorii jako základní kámen rodinné mezigenerační solidarity udává silné emocionální vazby lásky a oddanosti.

Dá se říci, že se jedná o příbuzenskou solidaritu, kdy se dle Thelenové jedinec po celý život a také ve stáří obklopuje lidmi a vytváří si vztahy, které mu přinášejí uspokojení a zvyšují kvalitu života (Thelenová, 2013, s. 51).

Občasná péče o seniora bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinným příslušníkům potíže. Daleko náročnější je dlouhodobá nebo i trvalá péče o starého, nemocného člověka. U rodin, které se o seniora v rodině starají, platí, že rodina musí chtít, umět a moci. Rodina, která chce, tak si dovede péči zorganizovat, zvládne i základní ošetrovatelské úkony. Pokud starý člověk vyžaduje dlouhodobou nebo trvalou péči, bývá toto již vážným problémem. Nevyhovující bydlení (malé byty) z čehož plyne ztráta soukromí jak rodiny, tak i seniora. Taktéž skloubit zaměstnání rodinných příslušníků střední generace (zejména žen), které nemohou opustit zaměstnanecký poměr, neboť živí sebe a své nezaopatřené děti je velkým problémem. Rodině, která je schopna, ochotna se starat je potřeba pomoci a to formou běžných i specializovaných služeb, respitní péči, home care jako domácí odbornou péči. Domácí péče je pro zúčastněné výhodná. Udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci seniora, který se cítí ve svém prostředí lépe, zlepšuje se psychický stav nemocných a snižují se náklady na zdravotní péči seniora (Haškovcová, 2002, s. 43–47).

Michalík (2010, s. 13–15) uvádí, že domácí péče je z hlediska ekonomiky státu považována za úsporný prostředek. Mezi výhody a nevýhody domácí péče se řadí menší materiální a technická vybavenost domácnosti. Jedná se o pomůcky rehabilitační, kompenzační a technické, které mají ulehčit práci pečovatelům a zkvalitnit péči nemocného. Pokud je osoba se závislostí na péči jiné osoby umístěná v registrovaném zařízení sociálních služeb, pomoc mu poskytují odborníci různých profesí, čímž je zajištěna komplexnost péče. Při dlouhodobé domácí péči dochází k časové náročnosti pečujícího a také k velké fyzické a psychické zátěži. Dlouhodobá domácí péče vede k pocitům únavy, vyčerpanosti a někdy i k depresivním stavům.

Jakákoliv pomoc potřebné osobě má své hranice. Rozhodně by pomoc druhému člověku neměla zajít tak daleko, aby poškodila pomáhající osobu. U rodinných příslušníků pečující dlouhodobě a celodenně o staršího člena rodiny k takovým dílčím poškozením zřídka dochází. Většinou jde o dlouhodobé neuspokojení vlastních potřeb.

6 Potřeby

Jak uvádí Hartl, Hartlová (2015, s. 444) potřeba se dá definovat, že z biologického hlediska jde o specifický stav organismu, kterému něco chybí nebo naopak se něčeho musí zbavit. Trachtová (2001, s. 10) k tomu píše, že potřeba je projevem nějakého nedostatku, pokud něco chybí, je žádoucí, aby nedostatek byl odstraněn.

Podle Malíkové (2011, s. 167) se potřebami lidí zabývalo více autorů, vzniklo mnoho škál – stupnic potřeb.

Za základní – nejznámější teorii, která se týká lidských potřeb, a ze které vycházelo spoustu dalších autorů, se dá považovat Maslowova hierarchická pyramida potřeb. Vytvořil ji ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow, který je zakladatelem psychologicko-motivační teorie založené na pořadí naléhavosti a na pořadí, jak se lidské potřeby projevují (Říčan, 2007, s. 106).

Maslow svou teorii potřeb uspořádal do tzv. pyramidy potřeb. Teorie vychází z předpokladu, že všechny potřeby existují u člověka souběžně. K uspokojování, k naplnění potřeb vyšších dochází až při určité míře naplnění potřeb nižších. Nelze tedy uspokojovat potřeby, které jsou na vyšších příčkách, pokud nejsou naplněny potřeby nižší. Taktéž pokud dojde k naplnění jedné potřeby, je ihned nahrazena jinou. Maslow (2014, s. 85) uvádí v definici nedostatkových potřeb základní, instinktivní potřeby, které při nedostatku mohou vyvolat onemocnění (neurózu). Jedná se o potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, potřeby náležitosti a lásky, a o potřeby úcty. V každém případě platí, že psychický život člověka v mnoha jeho aspektech je prožíván jinak, pokud jsou uspokojeny nedostatkové potřeby a jinak, pokud je motivací růst – metamotivace. Na nejnižší příčce Maslowovy pyramidy se nachází fyziologické potřeby. Ty jsou zastoupeny potřebou dýchání, výživy, spánku, pohybu. Druhým stupněm je potřeba bezpečí a jistoty. Bezpečím je myšleno bezpečí bez pocitu ohrožení, strachu. Jistota je chápána ekonomickým zajištěním, životní jistota jako stabilita, jistota, že nás někdo ochraňuje. Dalším stupněm pyramidy potřeb je potřeba lásky a sounáležitosti. Pokud není naplněna potřeba někam patřit, být milován, cítí se jedinec osamělý, opuštěný. Téměř na vrcholu se objevuje potřeba uznání – potřeba nezávislosti, svobody, síly,

sebejistoty, uznání a pozornosti. Každý z nás lidí má potřebu cítit, že je uznáván, respektován společností, okolím jako osobnost, která má své názory, cíle (Dvořáčková, 2012, s. 40–41). Potřeba seberealizace je na vrcholu Maslowovy pyramidy potřeb. Tato potřeba je Malíkovou (2011, s. 167–170) popsána jako potřeba, při které dochází k naplnění záměrů a představ jedince. Dochází k seberealizaci jedince, jeho potenciálu ve snaze něco dokázat.

Taktéž podle Říčana (2007, s. 104) se u všech lidí projevují tyto potřeby: potřeba sebeprosazení, což se projevuje hájením vlastních zájmů, soutěživostí, dravostí, snahou o vyniknutí, případně o kariéru. Jako další uvádí potřebu bezpečí, která zahrnuje u dospělých strach z nemoci, úrazu, finanční nejistoty. Potřeba společnosti projevující se vyhledáváním společenských styků, navazování a udržování nových kontaktů, přátelství. Dále Řičan popisuje i potřebu pečovat o druhé, která vychází ze základů rodičovských instinktů. Potřeba vyvstává i tehdy, ocitáme-li se tváří v tvář bezmoci, slabosti a utrpení.

Je důležité zjistit a vnímat, jaké potřeby uvádí pečující osoby. Podle toho jak a jakým způsobem bude docházet k uspokojování – saturaci jejich potřeb, bude péče, kterou poskytují rodinným příslušníkům kvalitní.

6.1 Potřeby pečujících osob

Potřeby rodinných pečujících se neliší od potřeb ostatních lidí. Každý člověk má své potřeby a taktéž u pečující osoby je důležité, aby docházelo k jejich naplňování. Rozdíl v potřebách pečujícího a nepečujícího člověka spočívá právě ve změnách jejich hierarchie, jejich uspokojování, jak kvalitativním, tak kvantitativním. Často dochází k tomu, že se nerozlišují potřeby pečujících od potřeb opečovávaných. Pečující sami nevnímají své osobní potřeby, jelikož jsou zcela ponořeni do péče o blízkou osobu.

Jak uvádí Maslow (2014) nedostatkové potřeby jsou společné všem lidem, ale potřeba sebeaktualizace je individuální u každého z nás. Novosad (2009) obdobně popisuje, že v rodinách, kde pečují o nesoběstačného člena domácnosti, dítě s postižením, dochází častěji k izolaci, osamocení, rodiny jsou společensky nedoceny, mají omezené možnosti zájmů, odpočinku. Tato fakta upozorňují na nedostatečné uspokojování základních potřeb a dále i nedostatečnou saturaci u vyšších potřeb jako je seberealizace, kulturní a estetické potřeby.

Silva et al. (2013, 792 – 803) poukazují na nedostatečné výzkumy v oblasti, které se týkají potřeb pečujících o staré občany, kteří žijí v domácím prostředí. Aby bylo možné najít vhodný způsob podpory, považují za velice důležité, zjistit jaké základní potřeby vnímají pečující za důležité. Uspokojením potřeb pečujících dojde k zajištění dobrých podmínek pro pečování a taktéž ke spokojenosti operované blízké osoby. Jak dále uvádí Silva et al. ve svých výzkumných poznatcích, rešerších, potřeby pečujících se dají rozlišit do několika skupin: **potřeby informací, potřeby profesionální podpory, potřeby efektivní komunikace, potřeby právní a finanční podpory.**

Potřeba informací je pro neformální pečující velice důležitá. Zahrnuje nejenom informace o diagnóze člověka, o kterého pečují (což jsou informace o charakteristice, vývoji, symptomech nemoci), ale i pravděpodobnosti a zvládnání případného netypického chování seniora. V rozhovorech se objevují odpovědi, že je nezbytné mít informace o medikaci, vhodném způsobu ošetřování, taktéž jsou důležité informace o dodržování pitného režimu, výživě opečovávané osoby. Pro pečující je důležitá je i informovanost o místně dostupných službách. Velký počet pečujících nemá dostatečný přehled o veškerých službách, o denních aktivitách pořádaných pro seniory, které by jim mohly v jejich činnosti být velkou pomocí. Je pro ně podstatné vědět, kde k těmto informacím získají přístup. Taktéž získání informací o zdravotní péči seniora, možnosti rehabilitačního cvičení, používání, zapůjčení kompenzačních pomůcek a jiného vybavení, které je při péči nepostradatelné.

K tomuto uvádí Dobiášová, Kotrusová (2014, s. 25), že dostupné informace o sociálních a zdravotnických službách, poskytované jednoduchou a srozumitelnou formou, jsou pro pečující osoby klíčové. Bylo by vhodné, aby všechny potřebné informace získali na jednom místě.

Pro zajištění kvalitní péče jsou neformální pečující toho názoru, že **potřeba efektivní komunikace** – spolupráce s profesionály je nezbytná. Dobrá komunikace je klíčová i ve vztahu s opečovávaným. Pro pečující je důležité znát strategie, jak zvládat problémové chování seniora, co říci, co už ne. **Potřeba právní a finanční podpory** je taktéž velmi důležitá pro poskytování kvalitní péče, získat informace o možnostech financování služeb, možnost poradit se ohledně správy financí. Dochází k tomu, že se někteří pečující nachází ve stavu finanční nouze, nemají dostatek finančních prostředků k uspokojení základních potřeb seniora a zaplacení potřebných služeb pro

opečovaného, pečujícího Silva et al., 2013). Většina pečujících udává, že je pro ně významná **potřeba profesionální podpory**. Potřebují podporu při hledání někoho, kdo jim pomůže zajistit svou činností kompetentní péči. Je pro ně důležité uspokojit potřebu emocionální podpory na profesionální úrovni, zejména při zvládnání stresu, kdy by se potřebovali naučit účinné strategie, které by jim při zvládnání stresových situací pomohly, ale také aby si mohli popovídat s někým, kdo jim bude naslouchat. Jak uvádí Silva et al., z výzkumných studií vyplynulo, že pokud mohou pečující s někým o své problémy sdílet, zdají se být tyto problémy menší. Možnost svěřit se odborníkovi se svými pocity, potřebami, obavami je pro ně důležité. Vnímají odborníka jako někoho, kdo jim rozumí, respektuje jejich názory, jsou pro ně dostupnými, uznávají jejich činnost. Hodně pečujících si neví rady, jak získat podporu a pomoc při každodenní péči a dalších domácích aktivitách od ostatních členů své rodiny. Často si neví rady, jak skloubit péči o seniora s řešením dalších rodinných záležitostí.

7 Motivace péče

Podle výzkumu Křížové, Janečkové a Běláčka je u 51 % respondentů hlavní motivací láska pečující osoby k opečovávanému člověku, u 12 % je motivací silná solidární rodina. 53 % chce pokračovat v péči o blízkou osobu a jen 12 – 15 % chce péči ukončit nebo umístit příbuzného do zařízení sociální péče a to z důvodu vyčerpání pečující osoby nebo zhoršení zdravotního stavu opečovávané osoby (Křížová, Janečková, Běláček in Janečková, Dragomirecká, Jirkovská, 2016, s. 48).

Nahlíženo optikou celé společnosti, ať jde u motivace péče o pohnutky v rámci vlastní ekonomické situace (momentální absence pracovního místa), nebo o řešení situace kdy by okamžité umístění seniora do pobytové služby bylo na úkor vzdálenosti od bydliště nebo opravdu o ryze morální zásadu, nebo třeba jen vyhovění přání seniora, které vyplývá z výchovy potomků, jde pořád o solidaritu. O solidaritu s člověkem, který vyžaduje okamžitou pomoc.

O motivaci, úskalích i přínosu práce konkrétních pečujících osob, bude pojednávat praktická část této práce.

8 Metodologie práce

Úkolem teoretické části práce bylo vymezení základních pojmů, které souvisí s formulací výzkumných otázek a se samotným výzkumem. Poznávací cíl práce je na základě teoretických východisek možno rozpracovat do těchto výzkumných otázek:

VO1: Jaké jsou potřeby osob pečujících o seniory v domácí péči (v oblasti fyzické, psychické, sociální)?

VO2: Jaká je potřeba osob pečujících o seniory v domácí péči v oblasti sociálních služeb?

VO3: Jaká je potřeba osob pečujících o seniory v domácí péči v oblasti další profesionální podpory a informací?

VO4: Kde osoby pečující o seniory v domácí péči vidí rezervy v uspokojování svých potřeb?

Ke zjištění odpovědí na uvedené VO byly vybrány jako základní metody přístupu: popis, analýza a komparace. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor (tzv. semistrukturované interview). Stojí mezi dvěma základními druhy rozhovorů – nestrukturovaným a strukturovaným. Typově je zařazen do kvalitativního sociologického výzkumu (Hendl, 2005), což znamená, že výběr participantů (respondentů) může být proveden metodou sněhové koule a jejich počet je ukončen ve chvíli, kdy dojde k nasycení informací (tj. že se informace již více méně opakují). Metodou analýzy dat bude u standardizovaných otázek jednoduchá (procentuální) statistika, u otevřených otázek kategorizace. Kategorizace je postup, při kterém jsou zjištěné informace rozeznávané a rozlišované a to podle specifického účelu, pro který jsou vytvářené. Kategorizace v této práci jsou množiny charakterizované společnými a podobnými významovými prvky, vyplývajícími z výpovědí respondentů (Hendl, 2005, 211).

Postup (design) výzkumu: Na základě výzkumných otázek byl vytvořen tazatelský arch, ve kterém je 20 otázek, z čehož 10 otázek je koncipováno jako otázky volné (nestandardizované). Sběr dat proběhl v měsíci říjnu 2018. Dotazování bylo ukončeno, když se odpovědi opakovaly a již nepřinášely nové informace. Dotazování bylo

prováděno osobně, nebo jiným tazatelem s telefonickou podporou autorky diplomové práce. Respondenti byli vybíráni z řad pečujících o seniory v domácí péči – rodinní pečující. Bylo osloveno celkem 23 pečujících, kteří zajišťují péči o seniora, který se z důvodu zhoršení zdravotního stavu stal závislým na pomoci druhé osoby, a to déle než 1 rok a zároveň pobírají příspěvek na péči ve III. A IV. stupni závislosti na péči. Všichni dotazovaní byli z města Olomouce a přilehlých obcí. Doporučení na tyto osoby jsem získávala postupně, kdy jsem začínala u respondentů ze svého okolí jak pracovního, tak i v místě bydliště. Ve velké míře mi samotní respondenti doporučovali další osoby, na které bych se mohla obrátit s výzkumem. Vyplnění pilotního tazatelského archu bylo provedeno s osobou, která bydlí a pečuje o seniora v jiném kraji. Došlo k úpravě stylizace u dvou otázek. Poté již probíhalo vlastní dotazování respondentů.

8.1 Výsledky šetření

Prvních pět otázek bylo úvodních a jednalo se o otázky k analýze dokumentu. Bylo zjišťováno, kdo se na vyplňování tazatelského archu podílí, 15 respondentů byly ženy, 8 respondentů byli muži. Věkové rozmezí všech dotazovaných bylo od 37 – do 80 let. Ve větší míře převažoval věk respondentů nad 65 let, což odpovídalo i další otázce, kdy ekonomicky aktivních respondentů bylo 7 a neekonomicky aktivních 16. Péče v místě bydliště byla poskytována v 15ti případech, ostatních 8 respondentů péči poskytovalo v místě bydliště opečovávané osoby. Zkušenost se zdravotním vzděláním uvedli tři respondenti.

| Respondent | Pohlaví respondenta | Věk respondenta | Ekonomicky aktivní | Péče v místě bydliště | Péče v místě bydliště opečovávané osoby | Zdravotní vzdělání |
|------------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---|--------------------|
| A | žena | 66 | ne | ano | ne | ne |
| B | muž | 80 | ne | ano | ne | ne |
| C | žena | 63 | ne | ano | ne | ne |
| D | muž | 80 | ne | ano | ne | ne |
| E | žena | 46 | ano | ne | ano | ne |
| F | žena | 37 | ano | ne | ano | ano |
| G | muž | 71 | ne | ano | ne | ne |
| H | žena | 81 | ne | ano | ne | ne |
| I | muž | 78 | ne | ano | ne | ne |
| J | žena | 67 | ne | ano | ne | ne |
| K | žena | 67 | ne | ano | ne | ne |
| L | žena | 70 | ne | ano | ne | ne |
| M | muž | 48 | ano | ne | ano | ne |
| N | muž | 54 | ano | ne | ano | ne |
| O | žena | 75 | ne | ano | ne | ne |
| P | žena | 64 | ne | ne | ano | ano |
| Q | muž | 51 | ano | ne | ano | ne |
| R | žena | 50 | ano | ne | ano | ne |
| S | žena | 56 | ano | ne | ano | ano |
| T | muž | 69 | ne | ano | ne | ne |
| U | žena | 69 | ne | ano | ne | ne |
| V | žena | 73 | ne | ano | ne | ne |
| W | žena | 76 | ne | ano | ne | ne |

Tabulka č. 1: Základní přehled o respondentech

Otázka č. 1: Jaký je váš pohled na stáří jako etapu života? pozitivní – negativní

(pokud negativní) získal/a jste tento postoj až během vaší role pečovatele? ano – ne

Jedná se o uzavřenou otázku. Z odpovědí vyplynulo, že 19 respondentů vnímá etapu stáří pozitivně, což je 82,6 %, ostatní 4 (17,4 %) vnímají stáří negativně. Ze (4) respondentů, kteří mají negativní pohled na etapu stáří, 3 z nich uvedli, že tento pohled získali až během doby, kdy pečují o svého blízkého.

Otázka č. 2: Pokud by změnil váš pohled na stáří, z jakého důvodu:

- a) ze strany osoby, o kterou pečujete (vnímání špatného zdravotního stavu seniora, vnímání jeho bolesti, omezení v sebeobsluze a dalších jeho činnostech, závislost na pomoci druhé osoby apod.) ano – ne
- b) z vaší strany (únava, časová náročnost péče, malá možnost naplnění vlastních potřeb apod.) ano – ne

c) na změně postoje se podílí částečně obě strany ano – ne

Dotazovaní měli možnost výběru ze třech nabízených možností. Všech 23 (100 %) dotazovaných si vybralo možnost odpovědi za c), kdy jejich pohled na stáří je ovlivněn pohledem na osobu, o kterou pečují, tak i z jejich pohledu.

Otázka č. 3: V jakém vztahu k vaší osobě je člověk, o kterého pečujete: (otec, matka, sousedka, manžel, manželka.....)

Jedná se o otevřenou otázku, kde respondenti konkrétně sdělují, o koho pečují. 8 z respondentů uvedlo jako opečovávanou osobu matku (což je 34,8 %), otce uvedli 4 respondenti (což je 17,4 %), manžela uvedlo 6 respondentek (což je 26,1 %), manželku uvedli 4 respondenti (což je 17,4 %), tetu uvedl jeden respondent (což je 4,3 %).

Otázka č. 4: Podílí se na péči o tuto osobu ještě další členové rodiny? ano – ne

Jedná se o uzavřenou otázku.

19 dotazovaných (82,6 %) odpovědělo ano, 4 (17,4 %) dotazovaní odpověděli ne.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že z velké míry neleží péče jen na jedné osobě, dochází tak k pomoci, spolupráci od jiných členů rodiny. Pouze u 4 osob péče zcela leží na bedrech pečující osoby.

Otázka č. 5: V jakém rozsahu? Vyjádřete zhruba v procentech, kdy celá péče, včetně té vaší je 100 %

Na tuto otázku odpovídalo 19 z 23 respondentů, neboť zbylí 4 odpověděli na předchozí otázku, že jejich péče je zajišťována 100 %.

V ostatních 19ti odpovědích bylo z velké míry uvedeno, že na péči osoby od jiných členů rodiny byla spoluúčast od 20 %–40 %. Z těchto 19 odpovědí se ve čtyřech

případech se na péči podílí ostatní členové rodiny z 50 %, ve dvou případech je to z 60 %.

Otázka č. 6: Je v péči o seniora nějakým způsobem zahrnuta spoluúčast sociálních služeb (dovážka obědů, nákupy, úklid, doprovod, dopomoc při celkové hygieně apod.)? ano– ne

Jedná se o uzavřenou otázku. Možnost ano označilo 8 (34,8 %) respondentů, kteří uváděli dovážku obědů, dopomoc při celkové hygieně. Jeden respondent uvedl denní stacionář. Ostatních 15 (65,2 %) nevyužívá žádnou sociální službu.

Otázka č. 7: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, v čem spatřujete v této spoluúčasti významnou pomoc?

Otevřená otázka dávala prostor k vlastnímu vyjádření dotazovaných. K nabízené možnosti dovážka obědů dotazovaní jako významnou pomoc mimo jiné uvedli:

„...nemusím přemýšlet, co vařit, manžel má dietu“,

„...obědy nám vozí od pondělí do pátku, ušetřím čas, který věnuju manželce a taky nevím, co bych vařil, stačí, že vařím o víkendu“

„...pro obědy si chodíme do nedaleké školní jídelny, je to velká úspora času“

Z odpovědí je zřejmé, že tato služba je pro pečující velkou časovou úsporou.

V jednom z případů byla uvedena dopomoc při celkové hygieně, kdy respondentka uvedla, že je pro ni velkou pomocí, že jí někdo pomůže s manželem, nemá takový strach, když jí s ním někdo pomáhá hlavně při přemístování z lůžka do vany.

V jednom případě se objevila odpověď, že využívají denního stacionáře, kde pečující osoba spatřuje významnou pomoc v tom, že si může odpočinout, zajít k lékaři ona sama k tomuto dotazovaná uvádí:

„...když tam je, vím se, že o něho starají, že si můžu odpočinout, zajít k doktorovi, tak si to vždycky naplánuju tak, abych to stihla v ty dny, kdy tam jezdí, chovají se tam k němu moc pěkně, jsou to profesionálové“

Otázka č. 8: Využíváte při své péči v přirozeném prostředí seniora zdravotní službu, tzv. home care? ano – ne

Na tuto uzavřenou otázku odpovědělo 8 z dotazovaných ano, což představuje 34,8 % a zbylých 15 uvedlo ne (což představuje 65,2 %), tuto službu nevyužívají.

Otázka č. 9: Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku kladně, volíte tuto variantu na základě: (vyberte a zakroužkujte jednu i více odpovědí)

- a) doporučení ošetřujícího lékaře
- b) jde o odborný výkon, na který nestačíte
- c) ošetřovatelský výkon by pro vás byl velmi nepříjemný
- d) je to přání seniora, o kterého pečujete

Odpověď na tuto otázku navazuje na předchozí otázku, kde 8 respondentů uvedlo, že využívají zdravotní službu – home care. Respondenti měli možnost vybírat z nabízených možností. Ve třech případech bylo odpovědí doporučení ošetřujícího lékaře, ve dvou případech využívají tuto službu, neboť by na tento úkon nestačili a ve třech případech by byl ošetřovatelský výkon pro pečující nepříjemný.

Otázka č. 10: K vašemu rozhodnutí pečovat o osobu seniorského věku s omezenou schopností sebeobsluhy vás vedlo: (vyberte jednu i více odpovědí)

- a) situace, ve které nebyla v daný čas jiná volba
- b) přání seniora
- c) vlastní situace, kdy péče představovala alternativu jiného zaměstnání
- d) rozhodnutí mělo převážně morální základ

e) **jednalo se o domluvu – shodu širší rodiny**

f) **vlastní rozhodnutí**

- **8** z celkového počtu 23 dotazovaných označilo možnost **situace, ve které nebyla v daný čas jiná volba**. Vypovídá to o tom, že pokud se senior dostal do situace, kdy bylo potřeba se o něj postarat, nastoupili právě rodinní pečující, aby mu poskytovali péči
- **6** z celkového počtu 23 dotazovaných vyhovělo **přání seniora**
- **11** z celkového počtu 23 dotazovaných odpovědělo, že jejich **rozhodnutí mělo převážně morální základ**, což vychází z toho, jak byli vychováni, jaké mají morální přesvědčení
- v 6ti případech se jednalo o **dohodu, domluvu v širší rodině**, kde se rodinní příslušníci dohodli mezi sebou na péči
- **10** z celkového počtu dotazovaných jednalo na základě **vlastního rozhodnutí**, tak jak to sami cítili, že tomu tak má být

Otázka č. 11: Máte pocit, že během doby, kdy pečujete o seniora se sníženou soběstačností, dochází k tomu, že nejsou uspokojovány vaše potřeby? ano– ne

Uzavřená otázka, na které se všech **23** respondentů zcela shodlo v odpovědi **ano**. Z toho jednoznačně vyplývá, že jejich potřeby nejsou naplňovány.

Otázka č. 12: V oblasti základních fyziologických potřeb se jedná o: (např. špatný spánek nebo jeho nedostatek, nepravidelné stravování, velká fyzická zátěž, málo pohybu na čerstvém vzduchu, velká psychická zátěž, zhoršování vlastního zdravotního stavu apod.) otevřená otázka, vyjádřete prosím stručně, viz. příklad.

Otevřená otázka nabízela výběr z několika uvedených příkladů, respondenti mohli vyjádřit i nedostatek jiných potřeb.

- **špatný spánek nebo jeho nedostatek** – tuto možnost označilo **12** respondentů, k tomu někteří udávali:
„...manžel se v noci budí, vstává i v noci a utíká“, musím ho hlídat, schovávat oblečení, klíče, musím mít zamčeno“,

„...manžel se v noci budí, má bolesti, tak mu dávám prášky“,
„...málo spím, chodím do práce i na noční a někdy jdu hned po noční k mamce,
tak jsem potom unavená“.

- **velká fyzická zátěž** – tuto možnost označilo **16** respondentů, k tomuto se někteří z nich vyjadřovali takto:

„...je to kus chlapa, a když si postaví hlavu a nechce vlézt do vany, tak ho tam nemůžu dostat, nemám tolik síly“

„...když jsem ji zvedala, tak jsem si hnula se zádama“

„...je to náročné, jak se k ní pořád skláním do postele, bolí mně z toho záda“

„...i přes svou nemoc má velkou sílu, je agresivní“

- **velká psychická zátěž** – tuto možnost označilo **16** respondentů, nejvíce popisovali psychické problémy, vyčerpanost, narušenou psychiku z důvodu, že vidí své blízké, jak jsou odkázáni na pomoc jiné osoby, dříve byli plni síly, zastali spoustu práce a dnes jen leží, jeden z respondentů uvedl, že se stále nemůže vyrovnat s tím, jak matce pomalu odchází paměť

- **zhoršování zdravotního stavu** – stejný počet respondentů tj. **16** uvedlo, že jejich zdravotní stav se během péče zhoršil, nemají čas zajít si k lékaři, na cvičení, rehabilitace. Zhoršování zdravotního stavu je odrazem toho, že mají velkou fyzickou zátěž a narušenou psychiku

- **2** respondenti uvedli, že mají **málo pohybu na čerstvém vzduchu, k tomuto vyprávěli:**

„...už ani na ty procházky nechodíme, točí se jí hlava, tak jsme aspoň na zahrádce u domu“

Otázka č. 13: V oblasti bezpečí a jistot: (např. nejistá vyhlídka do budoucnosti, absence vlastního teritoria při péči v domácnosti seniora, absence soužití s partnerem, dětmi, vnoučaty, ekonomická nejistota apod.) otevřená otázka, vyjádřete prosím stručně, viz. příklad.

Otevřená otázka s možností využití nastíněných možností, ale i s možností uvedení jiných potřeb pečujících.

- **11** z dotazovaných odpovědělo, že **cítí ekonomickou nejistotu**, a to zejména z toho důvodu, kdyby již na péči o svého seniora nestačili a museli ho umístit do

nějakého zařízení sociálních služeb, kde by za službu museli platit a mají obavu, že by jim jejich důchod nestačil na zaplacení služby

- **6** dotazovaných odpovědělo, že cítí **nejistotu vyhlídku do budoucnosti**, obavu o budoucnost, jejich odpovědi se týkaly toho, co budou muset ještě zvládnout, pokud se bude zhoršovat zdravotní stav seniora
- **absence soužití s partnerem, dětmi, vnoučaty** uvedlo **5** dotazovaných, z toho 2 dotazovaní uvedli, že se péče o seniora velmi promítla do jejich vztahu s manželem, jedná se o pečující, kteří dochází do domácnosti seniora a trpí tím jejich vztah s manželem, k tomuto uváděli:
 - „...na manžela mám málo času, a ten pak nadává, no spíš jen tak všechno okomentuje“
 - „...manžel je už taky v důchodu, a když denně jezdím za mamkou, tak se mu to nelíbí, přijede unavená“
- 3 respondenti uvedli, že mají málo času na vnoučata, nemohou se jim věnovat tolik, kolik by chtěli
- pouze **1** respondent uvedl, že cítí **absenci vlastního teritoria při péči v domácnosti seniora**, k tomuto vypověděla:
 - „...spolupracovnice švagrové mi řekla, že si mám uvědomit, že nechodím do vlastního bytu, zřejmě si jí švagrová stěžovala, ale mě osobně nic neřekla, tak jsem s mamkou zavřená v jednom pokoji a skoro nevycházím, jen na WC,“ – jedná se o péči, kdy se na ní podílí více členů rodiny

Otázka č. 14: V oblasti lásky, spolupatřičnosti, přijetí (např. redukce sociálních vztahů, kontaktů, navazování nových, absence komunity se stejnými zájmy a problémy, pocit osamělosti, nezájem okolí apod.)

Otevřená otázka, která poskytovala nabídku některých potřeb s možností doplnění dalších.

- u **18** dotazovaných došlo při péči o seniora k **redukci sociálních vztahů**, nejvíce uváděli, že mají málo času na setkávání s kamarády, známými. Někteří z nich vypovídali takto:
 - „...jak jsem odešla do důchodu, tak postupně jsem se přestala stýkat s bývalými kolegyněmi“

„...nemám čas na kamarádky, dlouho si slibujeme, že se sejdeme a popovídáme si“

- **absenci komunity se stejnými zájmy** uvedlo **10** dotazovaných, z výpovědí vyplynulo, že přínosem by pro dotazované bylo, kdyby měli možnost si s někým popovídat o stejných problémech, které prožívají se svými seniory, uváděli, že by se třeba dozvěděli něco nového, různé rady, poznatky od jiných pečujících
- **na nezájem okolí a pocit osamělosti** si žádný z respondentů neztěžoval.

Otázka č. 15: V oblasti úcty a uznání (např. nízká prestiž práce, kterou děláte, nezájem společnosti o vámi vykonávanou péči, menší zájem rodiny, než který byste očekával/a, pocit marnosti ve vztahu k posunu ve zdravotním stavu operovaného apod.)

Otevřená otázka s možností výběru z nabízených příkladů a možností dalšího vyjádření.

- **menší zájem rodiny** uvedli **4** respondenti, k tomuto vypovídali:
 - „...pečujeme pouze já a bratr, sestra odmítla pečovat a řekla, že máme dát mámu do nějakého zařízení“*
 - „...manžel se doma ani nezeptá, jak se matce daří“*
- podstatně velký počet respondentů – **20** uvedlo, že **cítí pocit marnosti k posunu ve zdravotním stavu opečovávaného**, shodovali se ve svých odpovědích, a to zejména:
 - „...je to beznaděj, ať dělám, co dělám, nemůžu jí pomoci, postupně se to zhoršuje“*
 - „...při její diagnóze to lepší nebude, ať co nejdýl vydrží, aspoň tak, jak je to teď“*
 - „...vím, že už to lepší nebude, hlavně ať nemá bolesti“*
 - „...mám pocit bezmoci, stále se zhoršující zdravotní stav neslibuje nic dobrého“*
- **3** respondenti uvedli **nízkou prestiž práce**, jednalo se o ekonomicky aktivní pečující, kteří se dobře orientovali a měli přehled o různých možnostech čerpání dávek, využívání sociálních služeb

Otázka č. 16: V oblasti kognitivních a estetických potřeb (např. čas na čtení knih, návštěv kulturních a společenských akcí, schůzek s přáteli, vzdělávání, přednášky, apod.)

Otevřená otázka s uvedenými příklady a možností uvedení dalších příkladů.

- **9** z dotazovaných odpovědělo, že jim chybí **schůzky s přáteli**, k tomuto uváděli mimo jiné:
„...nemám čas na nic, čas mi strašně chybí, jednou za dva měsíce se sejdu s dlouholetou kamarádkou, chtěla bych častěji, ale nemám čas“
„...po odchodu do důchodu jsem postupně ztratila kontakt s ostatními kolegy, scházíme se čím dál méně a méně“
„...dřív chodily kamarádky ke mně domů, ale to už taky přestalo“
- **návštěva kulturních a společenských akcí** – na tuto variantu odpovědělo **7** dotazovaných, v jejich odpovědích se opakovalo, že nemají čas na návštěvu kulturních akcí, chodit do divadla, kina, výstavy
- **čtení knih** chybí **6** dotazovaným, k tomuto uváděli:
„...knížku, tu mám rozečtenou už hodně dlouho, když si k ní sednu, nedokážu se soustředit na čtení“
„...na knížku nemám čas, ale každý den si čteme noviny“
- **vzdělávání** uvedli **3** dotazovaní, tito uvedli, že by měli zájem získat informace o tom, co je dostupné k opečovávaným osobám, kdyby byla nějaká přednáška, kde by získali ucelené informace, měli by zájem se zúčastnit

Otázka č. 17: V oblasti seberealizace (např. nemožnost výkonu vlastní profese při celodenní péči, absence času na rozvoj a výchovu vlastních vnoučat, popř. dětí, vlastní rozvoj ve smyslu kariéerním i duchovním apod.)

Otevřená otázka s možností nabízených odpovědí, ale i možnost uvést další.

- **absence času na rozvoj a výchovu vlastních vnoučat** – odpověď na tuto otázku zvolilo **6** respondentů, někteří z nich uvedli:
„...vnoučata vidím málo, chtěla bych dětem s nimi pomáhat víc, ale jde to spíš víc jen o prázdninách, když nemám zrovna službu u mamky, to je u ní bratr“
„...snažím se to časově skloubit tak, abych si na vnučku našla víc času“

- **nemožnost se věnovat práci, která mně baví** zvolilo za odpověď 5 respondentů, někteří uvedli:

„...chtěl bych se víc věnovat rybičkám, je to pro mě přísun peněz, když je prodám do prodejny s rybičkama“

„...nemám čas na koníčky, musela jsem to omezit jen na zahrádku, to spojím příjemné s užitečným a ještě jsem na čerstvém vzduchu“

- na **nemožnost výkonu vlastní profese při celodenní péči** nepoukázal žádný z respondentů
- u **3** osob jsou **duchovní potřeby** naplňovány vírou, která jim dodává sílu do další péče
- u **1** osoby je potřeba **seberealizace** uspokojována docházením na přednášky univerzity třetího věku, **1** osoba se na tuto alternativu připravuje, zajímavým zjištěním pro mě bylo, že obě mají zájem rozšířit své znalosti v oblasti psychologie, jedná se o pečující, kteří jsou ekonomicky neaktivní poměrně krátkou dobu, v péči o seniora se střídají s jiným členem rodiny. K tomuto vypověděli:

„...abych přišla na jiné myšlenky, chodím na univerzitu třetího věku, jsem posluchačem 2. ročníku, vybrala jsem si psychologii“

„...přemýšlím o tom, že bych šla na univerzitu třetího věku, bavila by mně psychologie“
- Někteří z respondentů na tuto otázku neodpověděli.

Otázka č. 18: Máte dojem, že při podpoře zvenčí byste měl/a větší podporu na uspokojování svých potřeb? ano – ne

Na tuto uzavřenou otázku odpovědělo shodně – kladně všech **23** dotazovaných.

Otázka č. 19: Spatřujete rezervy v možnostech podpory ze strany (vyberte a zakroužkujte 1 i více odpovědí)

- a) státu (stručně jaké, např. podpora ekonomická, legislativní)

- b) **obce (stručně jaké, např. aktivity vstřícné k pečujícím osobám, zřízení více sociálních služeb se zaměřením na seniory i pečovatele, dobrovolnické aktivity apod.)**
- c) **sociálních služeb (např. přednostní využívání dílčích služeb, ne balíčků, podstatné zvýšení lůžek pro respitní péči, noční služby, apod.)**
- d) **vlastní širší rodiny (např. možnost vystřídání v péči o seniora ve smyslu rodinné respitní služby, možnost výpomoci ostatních rodinných příslušníků během dne, finanční výpomoc ze strany ostatních členů rodiny)**

Respondenti měli možnost vybírat z předložených možností.

- **podporu ze strany státu** označilo **10** z dotazovaných, a **to podporu finanční**, kde by uvítali zvýšení důchodu a také zvýšení příspěvku na péči o osobu blízkou
- **podporu ze strany obce** označilo **12** dotazovaných, přínosem by jim bylo, kdyby bylo **více aktivit zaměřených na pečující osoby**, stejný počet uváděl i **zřízení více sociálních zařízení pro seniory**
- **podporu ze strany sociálních služeb** označilo **10** dotazovaných, **noční služby** v některých typech sociální služby označily **3** dotazovaní
- **podporu ze strany vlastní širší rodiny** označili **2** z dotazovaných

Otázka č. 20: Napadají vás nějaké alternativy zatím neexistujících služeb, které by v péči o osobu se sníženou soběstačností v domácím prostředí mohly významně pomoci? Pokud ano, stručně vyjádřete, o jaké služby by se mohlo jednat

Otevřená otázka, na kterou mohli respondenti volně odpovědět, v 17 případech neodpověděli vůbec, 6 dotazovaných odpovědělo nevim.

8.2 Zhodnocení výzkumu

V rámci metodologie práce bylo položeno 5 výzkumných otázek.

Cílem **VO1** bylo zjistit, jaké potřeby osob pečujících o seniory v domácí péči (fyzické, psychické, sociální) nejsou naplňovány?

Bylo zjištěno, že v oblasti **základních fyziologických potřeb** více než polovina respondentů uváděla velkou fyzickou zátěž. Jejich odpovědi se většinou shodovaly

v tom, že k fyzické námaze dochází při manipulaci s opečovávanou osobou. Od toho se odvíjelo i zhoršování jejich zdravotního stavu, které se postupně zhoršovalo od doby zahájení péče. Péče o blízkého seniora je velmi náročná, fyzická námaha je spojena s přemísťováním, polohováním nesoběstačného seniora. Při volném rozhovoru na konci dotazování vyplynulo, že řada pečujících neví, jak používat správné techniky při manipulaci s opečovávanou osobou. Taktéž více než polovina pečujících uváděla, že mají psychické problémy. Tyto se projevovaly zejména tím, že jsou vyčerpaní, těžce se vyrovnávají s tím, když vidí své blízké, kteří jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Polovina respondentů udávala špatný spánek, nebo jeho nedostatek, který vznikal většinou tím, že péči poskytují 24 hodin denně a jsou neustále ve střehu. Pro některé z pečujících je omezující, že vzhledem ke zdravotnímu stavu operované osoby nemohou chodit ven, chybí jim pohyb na čerstvém vzduchu.

V oblasti potřeb **bezpečí a jistoty** téměř polovina respondentů uvedla, že cítí ekonomickou nejistotu, zejména pokud by museli opečovávaného seniora umístit do nějakého zařízení sociálních služeb. Mají obavy z toho, že za tuto službu budou muset platit a jejich nízký důchod jim nebude stačit na pokrytí zaplacení částky za poskytovanou službu. Čtvrtina respondentů uvedla, že cítí nejistou vyhlídku do budoucnosti. Nevědí, co budou muset vše zvládnout, jak se bude dále vyvíjet průběh nemoci, zdravotního stavu jak opečovávané osoby, tak i jejich zdravotní stav, zda to vše zvládnou. Pětina respondentů uvedla, že cítí absenci soužití s partnerem, dětmi, vnoučaty. Je to jednak způsobeno tím, že jejich péče je zcela podřízena opečovávané osobě, kdy za touto osobou docházejí do její domácnosti. Taktéž tím, že se často jedná o partnera, který je právě tou opečovávanou osobou, kdy si v minulosti plánovali prožít společně tuto etapu života. Také dochází ke zmenšení kontaktů s vlastními dětmi nebo jejich vnoučaty. Jeden respondent uvedl, že se necítí dobře v domácnosti, kde se o seniora pečuje, jedná se o střídavou péči více členů rodiny a respondentovi bylo vytknuto, že si má uvědomit, že toto teritorium není jeho, má se podřídit chodu této domácnosti.

V oblasti **sociálních vztahů** u velké většiny respondentů došlo k redukci sociálních kontaktů a taktéž jim chybí kontakt s komunitou, ve které by mohli společně konzultovat své potřeby týkající se péče o nesoběstačného seniora.

V rámci uspokojení dalších potřeb bylo zjištěno, že pečující uvítali možnost přednášek, seminářů, kde by získali informace jak se starat o své seniory po stránce zdravotní, jaké možnosti mají v čerpání různých dávek státní sociální podpory, jaké jsou jiné možnosti péče o seniory, ale také jak pečovat sami o sebe, jak dbát o své psychické a fyzické zdraví.

Cílem **VO2** bylo zjistit jaká je potřeba osob pečujících o seniory v domácí péči v oblasti sociálních služeb?

Odpověď na tuto otázku vychází ze zjištění, kde by pečující osoby uvítali podporu ze strany státu. Opět se to týká finanční pomoci, zejména zvýšení důchodů a příspěvků na péči, ale také a to hlavně, zřízení více sociálních zařízení pro seniory, podstatné zvýšení lůžek proespitní péči, více aktivit pro pečující osoby. Překvapivým zjištěním bylo, že sociálních služeb využívá jen malá část pečujících, respektive opečovávaných.

Cílem **VO3** bylo zjistit jaké potřeby, mají pečující osoby o seniory v domácí péči v oblasti profesionální podpory a informací.

Odpověď na tuto otázku částečně zahrnovala odpověď na DO2 viz. výše, další odpověď vzešla z rozhovorů, které volně navazovali po vyplnění tazatelského archu, kde se pečující svěřovali s tím, co by pro ně bylo přínosným. Profesionální pomoc spatřují pečující v daleko lepší komunikaci s ošetřujícím lékařem. Někteří z nich uváděli, že i sami lékaři často neví, co vše mohou pečujícím i opečovávaným nabídnout, jaké jim předat informace, jaká jim dát doporučení, kam všude je mohou odkázat na další služby. Pečující (převážně ti s nižším věkem) by taktéž uvítali návštěvu kurzů, přednášek, o tom jak pečovat o někoho, nejenom pečovat, ale také jak s takovým člověkem manipulovat, ale také o tom, jak pečovat o sebe. Z rozhovorů vyplynulo, že neformální pečující mají malé množství informací o poskytovaných službách v jejich okolí.

Cílem **VO4** bylo zjistit, kde pečující osoby vidí rezervy v uspokojování svých potřeb.

Aby mohlo docházet k uspokojování potřeb pečujících, rezervy vidí tyto osoby ve větší podpoře rodinných příslušníků, zejména u těch pečujících, kteří poskytují péči sami. Během závěrečného rozhovoru vyšlo najevo, že pečující by uvítali možnost konzultace s odborníkem na danou tematiku, zejména při zvládání těžkých situací, kdy

si nejsou jisti, že péči poskytují kvalitně a také možnost vypovídat se. Tuto možnost na rozdíl od nich mají profesionální pracovníci v sociálních službách prostřednictvím supervize.

Symbolický cíl diplomové práce je splněn samotnou orientací na pečující osoby a jejich názory. Strategie poznávacího cíle spočívala v konstrukci tazatelského archu. Respondentům byly nabídnuty uzavřené otázky, na které odpovídali pouze jednoznačně, ale byl jim dán i prostor pro osobní výpověď v otevřených otázkách, ve kterých sdělovali svoje pocity, popisovali zkušenosti a vyjadřovali svá přání. Na konci dotazování byl každému respondentovi nabídnut prostor pro sdělení informací, které nebyly předmětem dotazů „Chcete ještě něco říct, dodat“. Většinou se jednalo o popis historie celé péče. Aplikační cíl – poznatky ze šetření, které obsahuje praktická část diplomové práce, by mohly být součástí dalších materiálů zkoumajících danou problematiku, protože se týkají jedné lokality. Mohou být tedy využity např. pro širší územní celek. Další využití praktické části této diplomové práce je možné pro potřeby sociálních služeb, které jsou zaměřeny na pomoc pečujícím osobám (respitní služby), ale i osobám, o které je pečováno (terénní služby). Zjištění, které z praktické části vyplynulo, by mohlo sloužit také jako aktuální podklad pro komunitní plánování v dané lokalitě. Tím není myšleno pouze rozšiřování stávajících sociálních služeb, ale např. i zřízení alternativních výpomocí pod patronací obce.

9 Závěr

Na počátku mé diplomové práce je napsáno motto:

„Chcete-li, aby se o vás někdo postaral, až budete staří, sami se teď starajte o své nejbližší. Vaše děti to uvidí a budou to považovat za správné jednání.“ (Šiklová in Jeřábek, 2013, s. 11).

Máloco v rodinném dění a v celoživotních situacích jednotlivých rodin se dá považovat za určitou „konstantu“, opěrný bod, jistotu jako je tomu u správné výchovy dětí. Je-li rodinnou tradicí postarat se o stárnoucí příbuzné, kteří ztrácí zdraví, soběstačnost, jen v málo případech je tato tradice naprosto porušena. Samozřejmě, že záleží i na atmosféře celé společnosti, na požadavcích, které na rodiny přenáší stát, na souvztažnostech ekonomických, legislativních, sociálních, ale rodina jako prvotní zdroj jistoty zvládá péči o své členy většinou nejlépe. Je nutné si uvědomit, že v rámci tohoto pojetí péče, ať již jde o děti, nemocné, oslabené nebo osoby bez soběstačnosti figuruje jako osoba potřebující pomoc i pečovatel. Jestliže se tedy dobře vychované dítě, které má morální základ směřující k solidaritě s těmi slabšími v rodině, jednou ocitne v roli pečovatele, neznamená to, že tato dobrá výchova a správná morálka budou zárukou toho, že pečovatel reálně zvládne všechna úskalí a zátěž bez pomoci.

Pečující osobou se může stát každý z nás. Nastane doba, kdy naši rodiče zestárnou nebo onemocní a nastane situace, že budeme řešit, jestli jim poskytneme péči. Totéž může nastat i u nás. Taktéž zestárneme a bude potřeba, aby se o nás někdo postaral. V současné době se preferuje péče v domácím prostředí, které je pro seniory blízké, jim známé. Tato péče je pro stát ekonomicky přijatelnější, než kdyby došlo k umístění seniora do zařízení sociální péče. Vzhledem k demografickým změnám a vývoji těchto zařízení je pro seniory s omezenou soběstačností těchto zařízení poskytující sociální služby velice málo. Proto je nutné, aby byly státem vytvořeny podmínky pro poskytování kvalitní péče osobám, které pečují o jiné osoby, a to jak legislativní, tak ekonomické, tak vytváření nových typů sociálních služeb, po kterých je stále se zvyšující poptávka a jejichž kapacita je pro klienty seniorského věku naprosto nedostačující. Aby pečující, kteří pečují o své blízké seniory, měli možnost si od celodenní péče odpočinout, měli možnost načerpat sílu do další péče, měli možnost

odjet na dovolenou a vědět, že o jejich blízké bude postaráno. K tomu aby mohli zajišťovat kvalitní péči je pro ně velice důležité, aby dostávali dostatečné množství informací, aby věděli, kde tyto informace mají hledat. Podporu neformálních pečujících musí stát zajistit v daleko větší míře, je třeba vytvořit nové nástroje, které pomohou osobám pečovat, tím je myšleno specifické poradenství, bezplatné vzdělávání, odlehčovací služby. Je nutné dbát, vnímat a zajímat se o to, jestli a jak jsou uspokojovány všechny potřeby pečujících osob. Jen tehdy, budou-li naplňovány, budou pečující spokojeni a budou zajišťovat kvalitní péči svým blízkým seniorům.

Bibliografie

ABEL, E.K. 1990. Family Care of the Frail Elderly. In: ABEL, E.K. (eds.). *Circles of Care. Work and identity in Women's Lives*. Albany: State University of New York Press, p. 65–91.

BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

Bílá kniha v sociálních službách, 2003.[online]. [cit. 2018. 27.10] Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/7334

BOČKOVÁ, Lenka. *Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Fórum sociální politiky. Č. 2/2012*. [online]. 2012, 4/2012 [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-02.pdf

DOBIÁŠOVÁ, Karolína a Miriam KOTRUSOVÁ. Zaslouhují si neformální pečující větší péči: Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2017(6). ISSN 1213–6204.

DOBIÁŠOVÁ, Karolína, KOTRUSOVÁ, Miriam, (2014), *Situace pečujících osob a poskytovatelů ve Středočeském kraji* (online, dostupné k 20.10.2018)

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GRANDE, G., STAJDUHAR, K., AOUN, S. Supporting lay care in end of life care: current gaps and future priorities. In *Palliative Care*, 2009, Vol. 23, Issue 4, pp. 339 – 344. Dostupné z: <http://doi.org/10.1177/0269216309104875>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015, 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HAVLÍKOVÁ, J. Mezigenerační vzájemná výpomoc v Českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými Evropskými zeměmi. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Č. 4/2012, s. 102–113. ISSN 1213-6240

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-7013-363-5.

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

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

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

HORECKÝ, Jiří. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. [cit. 2018-21-05]. Dostupné z: http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pecce-v-cr.pdf

HUBÍKOVÁ, Olga. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statutu neformální péče. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2012(4), 113–125.

HUBÍKOVÁ, O. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Č. 6/2017, s. 5–21. ISSN 1213-6240

CHMELOVÁ, Martina, 2016. Kdo je pečující osoba [online]. 22.8.2016 [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/pecce-o-rodinu/pecce-o-pecujici>

JANEČKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, JIRKOVSKÁ, Blanka. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století, *Sociální práce/sociálna práca* č. 6/2017, s. 42-59. ISSN 1213-6204

JEŘÁBEK, Hynek, Jana HAMANOVÁ, Jan ŘEHÁK a Věra TOMANDLOVÁ. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 316 s. Studie, sv. 87. ISBN 978-80-7419-117-6.

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 158 s. Studie, sv. 40. ISBN 8086429415.

Kotrusová, M., Dobiášová, K., Hošťálková, J. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče. *Fórum sociální politiky*, 6/2013, s. 10 – 20. ISSN 1802-5854.

Kroutilová Nováková, R., Jandžíková, E. Kvalita života osob pečujících o seniory s priznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Fórum sociální politiky 2/2012, s. 20 – 24. ISSN 1802-5854.

KUBALČÍKOVÁ, K. Podpora neformálních pečovatелů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad pečovatelské služby. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Č. 4/2012, s. 89–101. ISSN 1213-6240

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Muni PRESS. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7864-2.

LINDERHOLM, M., FRIEDRICHSEN, M., A Desire to Be Seen: Family Caregivers' Experiences of Their Caring Role in Palliative Home Care. In *Cancer Nursing*, 2010, Volume 33, Issue 1, pp. 28 – 36. doi:10.1097/NCC.0b013e318af4f61

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: GradaPublishing, 2011, 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2014, 317 s. ISBN 978-80-262-0618-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravský kruh. 2010, 128 s. ISBN 978-80-254-7333-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: GradaPublishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Ilustroval Vladimír JIRÁNEK. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006, 311 s. ISBN 808642958X.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016 – 2025, [online]. 2015 [cit. 2018-14-10]. Dostupné z: www.mpsv.cz

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric: geriatrická diagnostika*. Praha: ScientiaMedica, 1994, 150 s. ISBN 8085526328.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché. ISBN 8071698288.

Sociální práce/Speciálnapráce. Úloha rodiny v péči o seniory, 2004(2). ISSN 1213-624. s. 12-14

Rychtaříková, J. (2006), Perspektiva seniorů v ČR a ve vybraných zemích Evropské unie, Pečující osoby a neformální péče

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Praha: GradaPublishing, 2007, 196 s. Psyché. ISBN 9788024711744.

Silva, A.L., et al. (2013) The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian journal of caring science*, s. 792-803

STOLTZ, P., UDÉN, G., WILLMAN, A. Support for family carem who care for an elderly person at home – a systematic literature review. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004, Volume 18, Issue 2, pp. 111 – 119. Dostupné z: <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.20004.00269.x>

SÝKOROVÁ, D. Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory. *Sociologický časopis*, 1996, roč. 32, č.1, s. 51–66

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007, 284 s. Studie, sv. 45. ISBN 978-80-86429-62-5.

THELENOVÁ, Kateřina. *Rodina v kontextu sociální práce: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 93 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3524-4.

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

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: ComputerPress, 2009, 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměň. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 8070133244.

TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015

TRPIŠOVSKÁ, D. a kol. 2000, Kapitoly ze sociální psychologie. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně

VÁVROVÁ, S., Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Č. 4/2012, s. 39–46. ISSN 1213-6240

WIJA, Petr. (2017), Péče o blízkou osobu: doma, nebo v zařízení? Jaká je situace pečujících o blízkou osobu a jaké možnosti podpory mají? [online]. 1.2.2017 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/21253/PECE-O-BLIZKOU-OSOBU-DOMA-NEBO-V-ZARIZENI-JAKA-JE-SITUACE-PECUJICICH-O-BLIZKOU-OSOBU-A-JAKE-MOZNOSTI-PODPORY-MAJI.html/>.

www.alfahs.cz (2017), Informace pro média. Podpora osob dlouhodobě pečujících o své blízké je nezbytná. [online] 5.6.2017 [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: https://www.alfahs.cz/images/tiskove-zpravy/TI_senat_kveten2017_final.pdf

Zákon o sociálních službách – č. 108/2006 Sb. – Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 2018-27-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon o nemocenském pojištění zákon č. 187/2006 Sb. – Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění. [online]. Copyright ©. [cit.2018-14-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>

Zákon o důchodovém pojištění. č. 155/1995 Sb. – Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v konsolidovaném znění.[online]. Copyright © [cit. 2018-14-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>

Zákon o veřejném zdravotním pojištění. č. 48/1997 Sb. – Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v konsolidovaném znění. [online]. Copyright © [cit. 2018-14-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. – Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v konsolidovaném znění. [online]. Copyright © [cit. 2018-14.10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Zákoník práce č. 262/2006 Sb. - Aktuální znění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v konsolidovaném znění. [online]. Copyright © Dostupné z: <http://zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>

ŽIŽKOVÁ, Marie. Otazníky úlohy rodiny v péči o seniory. Sociální práce/Sociálna práca č. 4/2004 (2004), s. 28-30. ISSN 1213-624

Příloha – tazatelský arch

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění otázek o **Potřebách pečujících osob o seniory v domácí péči**.

Jedná se o výzkum k mojí diplomové práci, veškerá data, údaje budou anonymizována a konkrétní osoby budou známy jen výzkumníkovi. V rámci zpracování budu postupovat s veškerou publikační etikou.

Děkuji za Váš čas, který budete věnovat vyplňování otázek.

Pavla Skácelová

Dotazník

Pohlaví: muž žena

Věk (uved'te):

Ekonomicky aktivní: ano ne

Péči poskytujete v místě: Vašeho bydliště bydliště opečovávané osoby

Máte nějaké zkušenosti s pečováním (myšleno, zda máte zdravotnické vzdělání):

ano ne

Otázky

1. Jaký je váš pohled na stáří jako etapu života? pozitivní– negativní
(pokud negativní) získal/a jste tento postoj až během vaší role pečovatele? ano – ne

2. Pokud se změnil Váš pohled na stáří, z jakého důvodu:
 - a) na straně osoby, o kterou pečujete (vnímání špatného zdravotního stavu seniora, vnímání jeho bolestí, omezení v sebeobsluze a dalších jeho činnostech, závislost na pomoci druhé osoby apod.)? ano – ne
 - b) na vaší straně (únava, časová náročnost péče, malá možnost naplnění vlastních potřeb apod.) ano – ne
 - c) na změně vašeho postoje se podílí částečně obě strany. ano – ne

3. V Jakém vztahu k Vaší osobě je člověk, o kterého pečujete: (otec, matka, teta, sousedka, manžel, manželka)

4. Podílí se na péči o tuto osobu ještě další členové rodiny? ano– ne

5. V jakém rozsahu? Vyjádřete zhruba v procentech, kdy celá péče, včetně té vaší je 100 %

6. Je v péči o seniora nějakým způsobem zahrnuta spoluúčast sociálních služeb (dovážka obědů, nákupy, úklid, doprovod, dopomoc při celkové hygieně apod.)?
ano – ne

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a kladně, v čem spatřujete v této spoluúčasti významnou pomoc?

8. Využíváte při své péči v přirozeném prostředí seniora zdravotní službu, tzv. home care? ano – ne

9. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku kladně, volíte tuto variantu na základě:
(vyberte a zakroužkujte jednu i více odpovědí)
 - a) doporučení ošetřujícího lékaře
 - b) jde o odborný výkon, na který nestačíte

- c) ošetrovatelský výkon by pro vás byl velmi nepříjemný
- d) je to přání seniora, o kterého pečujete

10. K vašemu rozhodnutí pečovat o osobu seniorského věku s omezenou schopností sebeobsluhy vás vedlo: (vyberte jednu i více odpovědí)

- a) situace, ve které nebyla v daný čas jiná volba
- b) přání seniora, o kterého pečujete
- c) vlastní situace, kdy péče představovala alternativu jiného zaměstnání
- d) rozhodnutí mělo převážně morální základ
- e) jednalo se o konsensus (shodu – dohodu, domluvu) širší rodiny
- f) vlastní rozhodnutí

11. Máte pocit, že během doby, kdy pečujete o seniora se sníženou soběstačností, dochází k tomu, že nejsou uspokojovány vaše potřeby?

12. V oblasti základních fyziologických potřeb se jedná o : *(např. špatný spánek, nebo jeho nedostatek, nepravidelné stravování, velká fyzická zátěž, málo pohybu na čerstvém vzduchu, velká psychická zátěž, zhoršování vlastního zdravotního stavu apod.)*

Otevřená otázka, vyjádřete prosím stručně, viz příklad.

13. V oblasti bezpečí a jistot :*(např. nejistá vyhlídka do budoucnosti, absence vlastního teritoria při péči v domácnosti seniora, absence soužití s partnerem, dětmi, vnoučaty, ekonomická nejistota apod.)*

Otevřená otázka, vyjádřete prosím stručně, viz.příklad.

14. V oblasti lásky, spolupatričnosti, přijetí *(např. redukce sociálních vztahů, kontaktů, navazování nových, absence komunity se stejnými zájmy a problémy, pocit osamělosti, nezájem okolí apod.)*

15. V oblasti úcty a uznání *(např. nízká prestiž práce, kterou děláte, nezájem společnosti o vámi vykonávanou péči, menší zájem rodiny, než který byste očekával/a, pocit marnosti ve vztahu k posunu ve zdravotním stavu opečovávaného, apod.)*

16. V oblasti kognitivních a estetických potřeb (např. čas na čtení knih, návštěv kulturních a společenských akcí, schůzek s přáteli, vzdělávání, přednášky, apod.)

17. V oblasti seberealizace (např. nemožnost výkonu vlastní profese při celodenní péči, absence času na rozvoj a výchovu vlastních vnoučat, popř. dětí, vlastní rozvoj ve smyslu kariérním i duchovním apod.)

18. Máte dojem, že při podpoře zvenčí byste měl/ větší šanci na uspokojování svých potřeb? ano – ne

19. Spatřujete rezervy v možnostech podpory ze strany (vyberte a zakroužkujte 1 i více odpovědí)

a) státu (stručně jaké, např. podpora ekonomická, legislativní)

b) obce (stručně jaké, např. aktivity vstřícné k pečujícím osobám, zřízení více soc. služeb se zaměřením na péči o seniory i pečovatele, dobrovolnické aktivity apod.)

c) sociálních služeb, (např. přednostní využívání dílčích služeb, ne balíčků, podstatné zvýšení lůžek pro respitní péči, noční služby, apod.)

d) vlastní širší rodiny (např. možnost vystřídaní v péči o seniora ve smyslu rodinné respitní služby, možnost výpomoci ostatních rodinných příslušníků během dne, finanční výpomoc ze strany ostatních členů rodiny)

20. Napadají vás nějaké alternativy zatím neexistujících služeb, které by v péči o osobu se sníženou soběstačností v domácím prostředí mohly významně pomoci?

Pokud ano, stručně vyjádřete, o jaké služby by se mohlo jednat: