

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Olomouc 2013**

**Součková Věra**

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociologie a andragogiky

**PODPORA RODIN PEČUJÍCÍCH O SENIORY**

**SUPPORTING FAMILIES TO TAKE CARE OF THE ELDERLY**

Bakalářská diplomová práce

**Věra Součková**

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Kateřina Thelenová

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Kounicích dne 20. března 2013

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce PhDr. Kateřině Thelenové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské diplomové práce.

Děkuji všem, kteří mě podporovali při zpracování této práce, vedení společnosti Centrum sociálních zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. za vstřícnost a pochopení, pečujícím rodinám za spolupráci a obětavost, přátelům a zejména mojí rodině za vytvořené zázemí, trpělivost a podporu po celou dobu studia.

## Obsah

Úvod.....	6
<b>Teoretická část</b>	
<b>1 Kdo je starý člověk a co potřebuje.....</b>	<b>7</b>
1.1 Věkové hranice vymezující stáří .....	7
1.2 Projevy stárnutí a stáří .....	9
1.2.1 Projevy stárnutí v oblasti biologické.....	10
1.2.2 Projevy stárnutí v oblasti psychiky .....	11
1.2.3 Projevy stárnutí v oblasti spirituální.....	13
1.2.4 Projevy stárnutí v oblasti sociální .....	15
1.2.5 Umění stárnout a vyrovnat se se stářím.....	17
1.3 Specifické potřeby ve stáří.....	18
1.3.1 Změny v potřebách starších lidí .....	19
1.3.2 Autonomie seniorů .....	24
<b>2 Pečující rodina a její potřeby .....</b>	<b>27</b>
2.1 Význam a výhody domácího prostředí .....	30
2.2 Formy a způsob poskytované pomoci a podpory pečujícími .....	33
2.3 Sociální situace pečující rodiny .....	36
2.4 Omezení v osobním životě pečujících.....	38
2.5 Potřeby pečujících rodin .....	41
2.6 Společenské podmínky pro pečující .....	43
2.7 Instituce pro podporu pečujících o seniory v domácím prostředí..	46

## **Praktická část**

<b>3 Výzkum v rodinách pečujících o závislého seniora v regionu Nymburského okresu .....</b>	<b>48</b>
3.1 Prostředí výzkumu .....	48
3.2 Cíle výzkumu, hypotézy .....	51
3.3 Popis výzkumného vzorku.....	54
3.4 Metodika výzkumu .....	55
3.5 Vlastní výzkum .....	56
3.5.1 Analýza spisové dokumentace .....	56
3.5.2 Rozhovory s pečujícími rodinami .....	59
3.5.3 Výzkumné závěry.....	59
<b>4 Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o. p. s. a výzkum.....</b>	<b>77</b>
4.1 Návrh opatření na zefektivnění poskytovaných služeb .....	78
4.2 Návrh opatření v oblasti spolupráce s rodinou .....	81
<b>Závěr.....</b>	<b>83</b>
<b>Seznam použité literatury a zdrojů .....</b>	<b>86</b>
<b>Seznam tabulek a grafů .....</b>	<b>89</b>
<b>Seznam příloh:.....</b>	<b>90</b>
<b>Anotace .....</b>	<b>97</b>

## Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na téma podpory rodin pečujících o seniory v domácím prostředí. Chceme-li zvýšit kvalitu života seniorů v přirozeném prostředí, musíme se zajímat o celou rodinu.

Cílem bakalářské práce je komplexní zmapování potřeb rodin pečujících o závislého seniora v domácím prostředí v regionu nymburského okresu. V teoretické části na základě odborné literatury vymezím pojmy senior, projevy stárnutí, specifické potřeby ve stáří a v době nemoci. Dále popíši význam domácího prostředí, sociální situaci pečujících rodin, jejich potřeby a společenské podmínky, které má rodina obecně, pokud se rozhodne pečovat o své starší členy. V praktické části se zaměřím na specifika situace rodin pečujících o seniory, zmapuji potřeby pečujících a možnosti zefektivnění poskytovaných služeb. Do výzkumného vzorku budou zařazeny rodiny, jejichž senioři využívají sociálních služeb organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. Data budou získána metodou analýzy spisové dokumentace a rozhovorem s pečující rodinou.

Téma pro svou bakalářskou diplomovou práci jsem si zvolila s ohledem na svou profesní praxi, protože pracuji v organizaci, jejímž cílem je pomoc a podpora seniorů a zdravotně handicapovaných občanů poskytovaná prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb v domácím prostředí. Naší snahou je ulehčit život seniorům, zvýšit jeho kvalitu a zachovat možnost žít v přirozeném prostředí domova a rodiny, a tím oddálit nebo snížit nutnost odchodu do ústavní péče. Velice důležitou a významnou součástí pracovní činnosti je spolupráce s rodinou a podpora rodinných příslušníků v často nelehkém pečování. Poslední dobou se setkávám v rodinách s problémy. Chtěla bych proto získat více informací o jejich potřebách, lépe pochopit jejich situaci a možnosti, zjistit jak oni vnímají svou situaci a co by od nás poskytovatelů služeb přivítali.

## **1 Kdo je starý člověk a co potřebuje**

Definovat hranici stáří není jednoduché, protože stárnutí je přirozený celoživotní proces, většinou s viditelnějšími projevy mezi 40. a 50. rokem života. Stárnutí probíhá u každého člověka individuálně, v některých etapách života rychleji a je ovlivněno řadou faktorů – dědičnými vlivy, životním stylem, nemocemi, ale i životními podmínkami a životním příběhem (Kalvach 1997, s. 18).

Stáří je životní etapa, v níž dochází ke změnám ve všech oblastech života. Ubývají fyzické a psychické síly, mění se sociální role a postavení ve společnosti, často přichází nemoci s dočasným nebo trvalým snížením soběstačnosti, či ztráty blízkých osob. Vyrovnat se se všemi změnami, které stárnutí a stáří přináší, vyžaduje mnoho osobních sil, pochopení ze strany blízkých a vstřícný přístup společnosti (Kalvach 1997, s. 79).

V této kapitole se pokusím na základě odborné literatury definovat stáří a jeho projevy, specifikovat potřeby seniorů, které se mění v době nemoci a ve vztahu ke snižující se soběstačnosti a stoupající závislosti. Popíši postavení seniorů v rodině, ve společnosti, možnosti pomoci mimo rodinu a v institucích. Poskytovat kvalitní péči a podporu seniorům lze za předpokladu, že známe specifika, která s sebou věk přináší a zásady individuálního přístupu. Proto cílem této kapitoly je vysvětlit pojmy a naznačit souvislosti problematiky stáří a stárnutí.

### **1.1 Věkové hranice vymezující stáří**

Ve společnosti je zákonem vymezena věková hranice, kdy odchází lidé do důchodu a mají nárok na starobní penzi. V současné době se věková hranice pohybuje pro muže kolem 62 let a pro ženy podle počtu dětí kolem 60 let, s tím, že se bude v budoucnu ještě zvyšovat na 65 let, v souvislosti s ekonomickými možnostmi státu a nutností důchodové reformy (Haškovcová 2002, s. 16). Tento věk je zároveň považován za hranici



sociálního stáří, protože odchodem do důchodu se změní způsob života a sociální role, sníží se finanční příjmy.

Kalvach (1997, s. 18) rozlišuje stáří sociální, biologické a kalendářní. Biologické stáří nemusí odpovídat věku kalendářnímu, protože každý stárneme jinak.

**Senior** je člověk ve věku 60 let a výše, kdy počátek stáří označila Světová zdravotnická organizace, která rozděluje dospělost na patnáctileté životní etapy. Podle kalendářního věku rozlišuje čtyři období života starších lidí (Světová zdravotnická organizace dle Kalvach 1997, s. 21):

#### **45 – 59 let střední nebo též zralý věk**

V tomto období se začínají objevovat první příznaky stárnutí, rodiče se většinou vyrovnávají s odchodem dospělých dětí z domova, stávají se prarodiči, pečují o své nemocné rodiče.

#### **60 – 74 let vyšší věk nebo rané stáří**

Věková hranice 60 let byla určena za počátek stáří. Pro většinu lidí v této době končí aktivní pracovní život, musí se vyrovnat s odchodem do důchodu. Hledají nové aktivity a snaží se o seberealizaci, jsou většinou soběstační. V odborné literatuře se můžeme setkat pro věk 65-74 let s označením „**mladí senioři**“ (Kalvach 1997, s. 22).

Mladí senioři často nevypadají na svůj věk a projevy stáří dokážou korigovat brýlemi, naslouchadly, fyzickou námahu provedou v delším časovém úseku, někteří mohou ještě pracovat (Haškovcová 2010, s. 32).

#### **75 – 89 let stařecký věk neboli senium, vlastní stáří**

Věk 75 let je přelomovým věkem, kdy hovoříme o vlastním stáří. Začínají přibývat zdravotní obtíže a nemoci s atypickým průběhem, ubývají síly, přibývá osamělých. Pro období 75-84 let se používá též označení **staří senioři**, od 85 let a více **velmi staří senioři**, kteří již často bývají ohroženi

sníženou soběstačností a závislostí na pomoci druhých (Kalvach 1997, s. 22).

Vlastní stáří je již vidět na zevnějšku člověka – šedivé vlasy, vrásky, pigmentace kůže, zpomalují se pohyby, ubývají síly fyzické i psychické. Starý člověk se často obtížně orientuje ve světě i z důvodu narušeného vnímání zhoršením zraku a sluchu (Haškovcová 2010, s. 31).

### **90 let a výše dlouhověkost**

Dlouhověkost je dána geneticky, životními podmínkami a medicínským pokrokem. Většina seniorů, kteří se dožívají tohoto věku, má aktivní přístup k životu a zájem o dění kolem sebe, udržují si tělesnou aktivitu a koníčky, stravují se střídavě (Kalvach 1997, s. 23).

Délka života lidí se stále prodlužuje. V současné době je v České republice střední délka života u mužů 74,2 a u žen 80,3 let. 14 % občanů je starších 65 let, což je 1,42 miliónu, při čemž ve starší populaci převažují ženy. Počet starších občanů se bude i nadále stále zvyšovat, odhaduje se jejich podíl v populaci na 33% v roce 2050, což je více jak 3,07 miliónu. V roce 2065 se odhaduje očekávaná doba života pro muže 86,5 a pro ženy 91 let (Haškovcová 2010, s. 22-24). V současné době se proto často diskutují otázky stárnutí společnosti, protože přináší problémy v oblasti ekonomiky, sociální a zdravotní.

### **1.2 Projevy stárnutí a stáří**

Stáří se projevuje u člověka ve všech oblastech života - biologické, psychické, sociální i spirituální. I když stáří není nemoc, jeho projevy snižují kvalitu života a omezují osobní autonomii (Sýkorová 2007, s. 12). Vyrovnat se s procesem stárnutí, přijmout stáří se všemi změnami, je náročným úkolem a jeho zvládnutí záleží na osobnosti každého jedince (Kalvach 1997, s. 60). V dalším textu se budu zabývat jeho projevy

v jednotlivých oblastech života, přesto, že spolu úzce souvisí, a nelze je zcela přesně oddělit.

### **1.2.1 Projevy stárnutí v oblasti biologické**

Stárnutí organismu je proces nezvratných involučních změn, kdy dochází k postupnému oslabování jeho funkcí. Probíhá nerovnoměrně a u každého individuálně, podle genetických dispozic a vlivu zevního prostředí. Je ovlivněno nemocemi, úrazy a infekcemi, se kterými se jedinec setkal v průběhu života. Všechny buňky v těle, mimo mozkových, se obnovují v sedmiletých cyklech, dle teorie Hayflicka, cykly však mají určitý limit (Stuart-Hamilton 1999, s. 22-23). Postupně se snižuje počet buněk a jejich výkonnost, což se projevuje například zhoršenou pohyblivostí z důvodu atrofie svalů, kloubů a snižováním činnosti různých orgánů. Snižuje se elasticita zejména cév a plic a společně s nižším výkonem srdce, dochází k menšímu prokrvení mozku a jeho zásobení kyslíkem a živinami, což následně ovlivní psychický výkon. Nedostatečná funkce trávicího systému a ztráta chuti k jídlu mohou vést až k podvýživě, která má také vliv na psychické funkce. Snížená funkce ledvin může být příčinou snadného předávkování léků u starších lidí, projevující se stavem zmatenosti (Stuart-Hamilton 1999, s. 26).

V důsledku úbytku mozkových buněk, dochází ke změnám v oblasti nervové a duševní činnosti. Snižuje se hormonální činnost, zpomaluje metabolismus, kosti jsou méně pevné (Kalvach 1997, s. 26-32).

Degenerativní změny postihují i smyslové orgány, které ovlivňují činnost mozku v oblasti vnímání vnějšího světa. Starší člověk potřebuje delší čas ke zpracování podnětů (Stuart-Hamilton 1999, s. 29). Zhoršení zraku se projevuje v šeru, v ostrosti vidění, zúžením zorného pole. Nemožnost přečíst text omezuje poznávací schopnosti a kontakt se světem. Zhoršený sluch bývá často příčinou obtížné komunikace, jejímž následkem bývá sociální izolace a deprese špatně slyšících seniorů.

Projevem biologického stárnutí je snižování psychomotorického tempa, zvýšená únavnost, potřeba delší doby k relaxaci a obnovení sil, je větší náchylnost k infekčním nemocem. Nemoci ve stáří mají odlišné příznaky a průběh, jsou chronického rázu a většinou se projevuje více nemocí současně, hovoříme o polymorbiditě. Léčba je komplikovaná, na léky reagují starší lidé odlišně z důvodu změn v metabolismu. Důležitý je psychický stav, sociální zázemí a životní podmínky.

### **1.2.2 Projevy stárnutí v oblasti psychiky**

Projevy stárnutí v oblasti psychiky souvisí s procesem biologického stárnutí, se životním stylem, záleží i na vlivu sociokulturního prostředí. Mnoho změn v psychice seniorů nelze přičítat pouze procesu stárnutí, ale jejich příčinou bývají často somatické nemoci, reakce na ztráty a zátěž, duševní nemoci. Měli bychom si však uvědomit, jak uvádí Haškovcová (2010, s. 45), že ne každý senior zapomíná a je dementní, ne každý onemocní aterosklerózou nebo Alzheimerovou chorobou, protože zejména tyto nemoci, jsou spojovány s mýty o stáří (mýtus o arterioskleróze).

**Duševní život** ve stáří může vykazovat určité změny, přesto si mnozí staří lidé dokážou udržet vysoké schopnosti a duševně pracovat do vysokého věku. Kalvach (1997, s. 59) upozorňuje na individuální rozdíly, protože velký vliv na proces stárnutí má osobnost každého jedince, jeho životní události, se kterými se musel v průběhu života vyrovnat, jeho hodnoty, zájmy, motivace.

Vlivem stárnutí dochází ke **změnám v paměti a učení**, které se projevují sníženou všípivostí, proto na zapamatování nových informací je potřeba delší doba, zhoršuje se výbavnost a kvalita zejména krátkodobé paměti. Snižuje se schopnost věnovat pozornost více podnětům současně (Stuart-Hamilton 1999, s. 77). Senioři si snáze vzpomenu na události z mládí, než na konkrétní věc uplynulého dne, jsou více zaměřeni na minulost. Paměť je důležitá pro zachování osobní identity a lze ji posilovat tréninkem.

Proces stárnutí ovlivňuje poznávací schopnosti a motoriku, proto dochází v době mezi 50. – 70. rokem ke snížení pracovní výkonnosti. I když se **zpomaluje tempo**, snaží se starší člověk většinou vše kompenzovat větším volným úsilím, racionalizací a trpělivostí, proto kvalita výkonu bez časového limitu může být zachována. Naopak v oblasti **myšlení a inteligence** může dojít ke kvalitnímu řešení problémů vlivem zkušeností, větší odpovědnosti a pečlivosti (Kalvach 1997, s. 62 - 64). Duševní činnost ovlivňuje řada faktorů, které dokážou snížit mentální výkon, a to zejména porucha zraku, sluchu a řeči, stres, únava, bolest, dušnost, ale také dlouhodobá duševní nečinnost, demence, a velmi často i nevhodná komunikace a přístup okolí (Kalvach 1997, s. 79).

Stárnutí snižuje intenzitu **emocí**. Starší člověk se již tak rychle pro něco nenadchne, je citově labilnější a může se hůře ovládat ve svých projevech, má větší sklon k plačtivosti, úzkostem a depresím ztrácí-li kompetence. Slábnou vztahy k druhým lidem, raději se obrací k rodině a k přátelům. **V chování** starších seniorů se můžeme setkávat s pocity nedůvěry a nejistotou, které bývají v neznámém prostředí, v kontaktu s cizími lidmi, hůře se seznamují. Podezíravost vzniká často z neporozumění v důsledku zhoršeného sluchu, zraku, snížené pohyblivosti a strachem, že budou ošizeni a podvedeni. Charakteristickými projevy stárnutí v oblasti volných procesů je obtížné rozhodování, ulpívání na zažitém stereotypu, nedůvěra k novým věcem, technice i mladým lidem, jejichž světu již nerozumí, neochota ke změnám, protože způsobují zátěž. Starší člověk potřebuje delší dobu, aby se mohl adaptovat na změny, které mu přichází do života, a záleží na jeho osobnosti i okolí, jakou strategii adaptace zvolí (více v kapitolách 1.2.4 a 1.2.5 této bakalářské diplomové práce).

**Osobnost** staršího člověka se v důsledku stárnutí podstatně nemění, ale s věkem se většinou typické vlastnosti každé osobnosti zvyrazňují, říká se, že „stáří karikuje povahu“ (Haškovcová 210, s. 141). Pokud ubývají kompetence a starší člověk se stává stále více závislý na pomoci druhých, Vágnerová (2000, s. 459) upozorňuje na projevy **egocentrismu**

a prohloubení **introverze**. Závislost snižuje seniorům sebedůvěru, projevuje se úzkostí, nerozhodností, opatrností, a tendencí k nespokojenosti. Starší senioři a nemocní se více koncentrují na sebe, mohou být nesnášenliví, vztahovační, a většinou ztrácí zájem o své okolí. Senioři nechtějí být druhým na obtíž a neradi pomoc přijímají, je to pro ně ponižující. Objevují se u nich poruchy spánku, rozmrzelost a zvýšená únavnost. Pro pečující rodiny bývá náročné se s těmito projevy vyrovnat a akceptovat je. V době závislosti dochází ke změnám v potřebách seniorů, kterým se budu věnovat v kapitole 1.3.

„Stárnutí mění postoj ke světu i k sobě samému“ (Vágnerová 2000, s. 437) a má-li být život úspěšně završen, je třeba splnit i poslední vývojový úkol v oblasti spirituální.

### **1.2.3 Projevy stárnutí v oblasti spirituální**

Spirituální oblast osobnosti zahrnuje smysl života, uznávané hodnoty, víru, vztah ke světu i přesah osobní existence, životní plány člověka i prožívání všech životních ztrát či osamělosti. Stárnutí se projevuje bilancováním života, uvědomění si jeho konečnosti a časové omezenosti pro zbývající plány.

Stáří má v životě člověka velký význam a smysl, podle Eriksona je vývojovým úkolem tohoto období: „dosáhnout integrity v pojetí vlastního života“ (Vágnerová 2000, s. 444). Starý člověk se více **obrací do minulosti**, hodnotí a **bilancuje svůj život**. Vzpomínání proto pomáhá seniorům se svým životem se vyrovnat a smířit se s minulostí. I v průběhu životních krizí, které stáří přináší, je vzpomínání zdrojem síly a povzbuzení, pomáhá udržet osobní identitu (Špatenková, Bolomská 2011, s. 14). Pro seniory je důležité hodnotit svůj život pozitivně, uvědomit si ho v kontinuitě generací a vidět jeho přesah a **pokračování v další generaci**, protože jen tak mohou přijmout vlastní konečnost a vyrovnat se se smrtí. Pokud jsou senioři nespokojeni se svým životem, litují promarněných příležitostí

či nesplněných povinností, v jejich psychickém stavu se odráží zoufalství a **strach ze smrti**.

Období pozdního stáří přináší často mnoho změn a zátěžových situací souběžně, jako jsou úmrtí partnera, vrstevníků, nemoc se ztrátou soběstačnosti a nutností změnit životní styl včetně ztráty soukromí. Stres a **ztráta smyslu dalšího života**, mohou vést k pocitům bezmocnosti, zoufalství, deprese. Také **samota a osamělost** způsobují duševní bolest a utrpení, které nezřídka končí sebevraždným jednáním seniorů. Rizikovými faktory jsou vysoký věk, život o samotě, vdovství či vdovectví, nemoc, handicapem, nedostatečné finanční zabezpečení a vyloučení ze společnosti (Pichaud, Thareauová 1998, s. 78). Starší člověk může na velkou zátěž reagovat i maladaptivním chováním, např. nadměrným užíváním léků, alkoholu nebo formou obranných mechanismů jako je popření, regrese, somatizace.

Proto je důležité mít i ve vyšším věku alespoň krátkodobou perspektivou a smysl života, hledat drobné radosti, těšit se ze zachovaných schopností a snažit se akceptovat, co již nelze změnit. U starých lidí se setkáváme často s pocity smutku a osamělosti, **uzavírají se před okolním světem a obrací se k duchovním hodnotám**. Víra je pro staré lidi důležitá, věřící lidé mají v tomto směru výhodu, protože jim pomáhá vyrovnat se se stářím a jeho problémy. „Zážitek Boha, dává i negativním událostem nějaký význam, umožňuje chápat ztráty jako projev Boží vůle, které mohou mít vyšší smysl“ (Vágnerová 2000, s. 507). Duchovní orientace, modlitba, jsou věřícímu člověku oporou v době bezmocnosti, Boží vedení dodává pocit bezpečí, víra umožňuje vyrovnat se smrtí, dává naději, že bude žít v jiné formě existence. Věřící člověk snadněji přijímá bolest a utrpení, a proto také dokáže přijmout pomoc pečujících. Nedílnou součástí života každého člověka je sociální oblast, i zde dochází k projevům stáří.

#### 1.2.4 Projevy stárnutí v oblasti sociální

V sociální oblasti se stáří projevuje změnami v sociálních rolích, ve vztahu k druhým lidem a ke svému okolí.

První projevy stárnutí přichází v pozdní dospělosti, kdy dospělé děti odchází z domova, rodiče zůstávají sami a hledají náhradní programy pro volný čas. Stávají se prarodiči, někdy se zapojují do péče o vnoučata a zároveň pomáhají svým starým rodičům. V tomto životním období se často nachází pečující rodiny, které jsou také objektem zkoumání v této bakalářské diplomové práci.

Velkým zlomem v životě člověka a sociálním projevem stáří je **odchod do penze**, který přináší snížení životní úrovně, ztrátu sociálního postavení, zejména u lidí vyšších pracovních pozic a také ztrátu sociálních kontaktů. Vznikají pocity neužitečnosti, zbytečnosti, vyřazení. Haškovcová (2010, s. 82) srovnává obtížnost adaptace na změny tohoto období s pubertou, kdy mladší senioři to mají po odchodu do penze mnohem těžší. Sociální role důchodce má ve společnosti nižší sociální status, než předchozí role zaměstnanecká. Sýkorová (2007, s. 53) ve svých studiích uvádí, že ženy přijímají stáří pozitivněji, jejich sebeúctu podporuje zvládnutí všech předchozích rolí. Muži se hůře vyrovnávají se ztrátou pracovní prestiže i s vlastními projevy stárnutí. Mladší senioři hledají aktivity, ve kterých by se mohli realizovat a být užiteční, pokud se jim to nepodaří, propadají pocitům méněcennosti a většinou následuje i zhoršení zdravotního stavu. Nesoběstační a starší senioři preferují pevné zázemí domova, pozitivní přijetí rodiny a zachování lidské důstojnosti.

Ubývání schopností vlivem stárnutí ve všech oblastech života (zhoršení zraku, sluchu, omezená pohyblivost, horší přizpůsobivost a další) se může u seniorů projevit **změnou v sociálním chování**. Často nechtějí, a také nemohou opustit soukromí svého domova, uzavírají se a jsou tak izolováni od ostatní společnosti. Většinou udržují kontakty pouze s rodinou a blízkými přáteli nebo sousedy. Vzhledem k egocentrismu starých lidí,



může být sníženo sociální cítění s projevy od nevhodného chování až po ztrátu péče o svůj vzhled a svou domácnost u lidí osamělých.

Život seniorů ovlivňují **sociální události**, které se většinou v tomto období kumulují a způsobují velkou zátěž a změnu v sociálním postavení. Ztráta životního partnera může přinášet osamělost, někdy i nutnost z finančních důvodů se přestěhovat. Přibývá ovdovělých žen. Nemoci, které snižují soběstačnost, často vedou k nutnosti umožnit vstup do svého soukromí pečovatelské službě nebo se přestěhovat tam, kde je potřebná pomoc. Umístění do domova pro seniory znamená ztrátu sociálního okolí a identity, pobyt v nemocnici přináší anonymní roli pacienta a ztrátu všech sociálních rolí (více kapitola 2.1 této bakalářské diplomové práce). Staří a velmi staří senioři negativně vnímají ztráty vrstevníků, protože nemají již možnost popovídat si s nimi a zavzpomínat na společně prožitou dobu, mladým lidem a jejich světu přestávají rozumět, proto se cítí se osamělí, opuštění.

Tyto zásadní životní změny jsou pro seniory velice **náročné na adaptaci**, která často může probíhat rozličným způsobem a být provázena zhoršením zdravotního stavu a nemocemi. Podle charakteru osobnosti a předchozích životních zkušeností se můžeme setkat se spokojenými seniory, kteří jsou přizpůsobiví, navazují nové vztahy s druhými lidmi, těší se ze života, stáří akceptují. Někteří senioři jsou však pasivní, spoléhají na druhé, že se postarají, chtějí doma odpočívat, volí strategii závislosti. Naopak obranný postoj zaujímají zejména ti, kteří měli postavení, nechtějí odejít do důchodů, bojí se závislosti, stáří nechtějí přijmout. Nepřátelství ke svému okolí projevují senioři nespokojení se svým životem, protože příčinou všech nezdarů a negativních událostí jsou ostatní lidé a společnost. Bývají často mrzutí. Někteří jedinci naopak obviňují sebe sama za vše špatné, ani svůj život nehodnotí pozitivně, hovoříme o strategii sebenenávisti (Haškovcová 2010, s. 83). Tyto strategie ovlivňují vztahy seniorů ke svému okolí, zejména k pečující rodině a ostatním pomáhajícím lidem.

### 1.2.5 Umění stárnout a vyrovnat se se stářím

**MOTTO:**

*„Moudré a spokojené stáří může člověk prožít jen tehdy, když pro ně také něco sám udělá.“*

**Haškovcová 2010, z názorů Cicera.**

Haškovcová říká, že Cicero výše uvedená slova vyjádřil ve svém spise o stáří již 44 roků před naším letopočtem a uvádí další názory Cicera na stáří z jeho spisů (Haškovcová 2010, s. 144). Stárnutí je přirozený děj, a pokud jej chceme prožít kvalitně, musíme se na něj připravovat v průběhu života, tak jako se připravujeme na ostatní životní etapy. Stáří je třeba přijmout, pracovat na sobě, protože lze zmírnit jeho projevy sebeovládáním a aktivitou.

V současné době, kdy se prodlužuje lidský věk a přibývá starších lidí v populaci, se diskutují otázky kvality života do vysokého věku. V USA vznikl **koncept úspěšného stárnutí**. Podle tohoto konceptu úspěšně stárnout znamená být soběstačný a svou aktivitou tělesnou, psychickou i sociální pozitivně ovlivnit svůj stav organismu nejméně do 90 let. Zdravotní a funkční stav organismu ve stáří určuje nejen individuální genetická výbava a nemoci, životní podmínky, ale zejména způsob života a subjektivní prožívání (Kalvach 1997, s. 52). Pasivitou a nečinností se snižují funkce a schopnosti organismu a naopak cituji Kalvacha (1997, s. 55), který říká, že „kondiční aktivita je schopna překlenout věkový rozdíl 30 let.“ Velký vliv má způsob stravování a odpočinek.

Pro pečující rodiny, které se nachází v životní etapě pozdní dospělosti nebo raného stáří, je důležité zvážit pomoc institucí s pečováním vzhledem k podmínkám, ke svému životnímu stylu a subjektivnímu prožívání, aby zbytečně nedocházelo k vyčerpání jejich organismu a předčasnému stárnutí se zdravotními komplikacemi, ale zvládli se sami na stáří připravit.

Pro seniory je vhodná strategie adaptace na stáří podle Baltese, jak uvádí Wágnerová (2000, s. 455), která spočívá v selekci – přijmout omezení, které stáří přináší, vybírat přiměřené aktivity podle možností a sil seniora, v optimalizaci – zachované schopnosti podporovat a trénovat, v kompenzaci – vhodným výběrem pomůcek, úpravou prostředí, nedostatek nahradit jinou zachovanou dovedností.

Stáří je náročnou životní etapou člověka, jejíž specifika se odráží v projevech stárnutí, které ovlivňují potřeby starších lidí, proto se v následujícím textu zaměřím na specifické potřeby ve stáří.

### **1.3 Specifické potřeby ve stáří**

**Potřeba** je motivační silou, která vede člověka k určitému chování a jednání. Potřeba může být projevem nedostatku v životě člověka, který je negativně vnímán a prožíván. Potřeba je také projevem přání, síla, která vede k aktivitě, ke změně chování. Naplnění potřeby snižuje vnitřní duševní napětí, vede ke spokojenosti a pohodě, naopak dlouhodobě neuspokojené potřeby narušují duševní rovnováhu (Kohoutek 2009).

Potřeby člověka vysvětlím nejprve obecně, na základě teorie amerického humanistického psychologa Maslowa (Říčan 2009, s. 189), který rozdělil potřeby na základní a vyšší a vytvořil pyramidu potřeb, s tím, že musí být uspokojeny postupně, z nižších pater k vyšším. Následně v textu uvedu potřeby specifické pro seniory.

- **Základní fyziologické potřeby** jsou důležité k zachování života: potřeba výživy, dýchání, vyprazdňování, spánku a odpočinku, hygieny, pohybu, sexuální potřeby, potřeba zdraví a tišení bolesti.
- **Potřeba bezpečí a jistoty:** nemít strach, fyzické bezpečí, potřeba řádu, mít kde bydlet, být finančně zajištěn.

- **Potřeba lásky a sounáležitosti:** mít koho milovat a být milován, někam patřit, mít svou rodinu, přátele, mít si s kým popovídat, říci svůj názor, být vyslechnut, být užitečný.
- **Potřeba uznání, úcty a respektu** od druhých, potřeba kompetence, zvládnout určité činnosti a situace, vážit si sám sebe, mít sebedůvěru a být pozitivně hodnocen a respektován okolím.
- **Potřeba seberealizace** znamená mít smysluplné cíle a tvořivou práci je naplňovat, člověk potřebuje znát a rozumět, poznávat a mít informace, má potřebu krásy a harmonie, rozvíjet své zájmy, vyjádřit svou individualitu, autonomii, nezávislost.
- **Spirituální potřeby** jsou vrcholem pyramidy, člověk se věnuje smyslu života a jeho perspektivy, otázkám víry, přesahu osobní existence, má své životní hodnoty, cíle, svou jedinečnost.

Z této obecné hierarchie potřeb, které jsou vlastní všem lidem, můžeme lépe pochopit změny v potřebách starších lidí. Abychom mohli seniorům poskytovat potřebnou péči a podporu, musíme jejich potřeby znát a chápat je.

### **1.3.1 Změny v potřebách starších lidí**

Starší lidé nejsou stejní, každý má jiné potřeby a cíle, proto bychom se měli vyvarovat všem předsudkům a mýtům (Haškovcová 2010, s. 42). Starého člověka musíme vnímat jako jedinečnou osobnost, respektovat jeho individuální potřeby a uznávané hodnoty. Každý prožil svůj specifický životní příběh, má jiné životní podmínky, ekonomické zázemí, rodinnou situaci i jiný způsob života (Kalvach 1997, s. 122).

#### **Základní fyziologické potřeby**

**Fyziologické potřeby** musí být satureovány vždy na prvním místě, jinak se jejich nedostatek odráží na celkovém stavu a nelze se věnovat potřebám

dalších stupňů. U seniorů se někdy setkáváme s rozdílnými názory na osobní hygienu, protože v době jejich mládí nebylo denní koupání běžné.

**Zdraví** patří mezi základní potřeby a má pro člověka nejvyšší hodnotou. Sýkorová (2007, s. 58) uvádí ve svých studiích, že senioři spojují zdraví se soběstačností a jeho zhoršení s obávanou závislostí. Dokud zdravotní stav neomezuje jejich soběstačnost, nepovažují se za staré. Zdraví neznamena pro seniory pouze nepřítomnost nemoci a postižení, ale pocit pohody ve všech oblastech života (Pichaud, Thareauová 1998, s. 61).

Stáří a projevy stárnutí přináší chronické nemoci a určitá omezení, proto je důležité „naučit se žít se svou nemocí“ (Haškovcová 2010, s. 255), přizpůsobit se daným možnostem a hledat vhodné činnosti, které přináší radost. Příčinou nadměrných somatických stesků u seniorů může být i vynucování si pozornosti.

Zdravotní stav u seniorů kolísá a je úzce provázán se sociální oblastí, a také psychickým stavem. Dopad na zdraví má finanční stres, nevhodné bydlení, ztráta partnera, stres z chronické nemoci, pocit osamělosti či umístění do domova pro seniory a další sociální události. Nemoci a omezená pohyblivost mají za následek větší riziko pádu a úrazu. Setkáváme se s inkontinencí, imobilitou, nadměrným užíváním léků, s poruchami chování, úzkostmi, a depresemi, někdy končící sebevraždou. Zhoršené zdraví má za následek snížení fyzické soběstačnosti.

### **Potřeba bezpečí a jistoty**

Pichaud, Thareauová (1998, s. 38) rozlišují tři podoby potřeby bezpečí a jistoty. **Potřeba finančního** zajištění se projevuje spořivostí seniorů, při nedostatku seniory provází strach a úzkost z budoucnosti, někdy nadměrně strádají věcí a dělají si zásoby. **Potřeba fyzického bezpečí** může být narušena sníženou pohyblivostí a rizikem pádu, či akutním zhoršením zdravotního stavu, pokud žijí osaměle. **Psychické bezpečí** a jistotu narušuje nedostatek v pravidelném režimu (zejména u lidí s demencí), strach z ovdovění, z nemoci a z ubývání sil snižuje sebedůvěru.

Velkým ohrožením je ztráta vlastního domova a soukromí při nástupu do instituce. Projevuje se vyžadováním pozornosti, upínáním na rodinu, na personál, někdy i sekýrováním pečující osoby, z důvodu nepřijetí její autority. Senioři potřebují mít určitou rovnováhu mezi mírou samostatnosti a potřebou jistoty a bezpečí, kterou přináší potřebná péče. Musí se však vyloučit nadměrné ochraňování pečujícími proti vůli seniorů. U těžce nemocných a umírajících se potřeba bezpečí zesiluje, k naplnění dochází blízkostí druhých, pohlazením, nasloucháním.

### **Potřeba lásky a sounáležitosti**

Starý člověk je nejistý, cítí se ohrožený, má **větší potřebu emoční podpory**. Upíná se na svou **rodinu**, vyžaduje potvrzování, že je milován a má v rodině své místo. Pro seniory je velice důležitý **kontakt s vrstevníky**, s přáteli, s nimiž si rozumí a vzájemně si vyjadřují podporu, popovídají si, sdělí svůj názor nebo navštíví různé akce. **Potřeba někam patřit** je také silně spjata s bydlištěm a vlastní identitou, proto přestěhování seniorů nebo umístění do instituce je zdrojem úzkosti a stresu.

Ve stáří je často nedostatečně saturována **potřeba přátelství**, která je důležitá pro každého jedince. Pokud zůstává člověk sám, sociálně nezařazený, často začne hledat chybu u sebe nebo se zlobit na celý svět, obojí mu brání ve zlepšení sociálních kontaktů. Současný trend ve společnosti podporuje individualismu a nezávislost, soběstačnost, který vede k pocitům samoty, nepochopení od druhých (Tournier 1998, s. 48). Přibývá lidí ve všech věkových kategoriích s pocitem osamění, o to více v období stáří. Nedostatek přátelství vede k uzavírání se do sebe. Nenaplněná potřeba být milován může vést k neustálému stěžování, aby člověk získal alespoň soucit druhých lidí. Ze strachu, že není milován, hledá důkazy lásky druhých lidí a vděčnost (Tournier 1998, s. 105). **Osamělý**, opuštěný člověk, který nemá nikoho, komu by na něm záleželo, většinou ztrácí smysl života, může zanedbávat sebe i domácnost.

## **Potřeba uznání, úcty a respektu**

**Potřeba sebeúcty** je ve stáří narušena odchodem do důchodu a ztrátou profesní role, ubýváním sil a postupnou závislostí, nastupují pocity méněcennosti, snížení sebedůvěry seniorů. Sebeúctu posilují vzpomínky na dřívější úspěchy, i podpora pečujících, kteří vedou seniory k posílení soběstačnosti a zachovaných schopností a dovedností. Potřeba zachování sebeúcty je důležitá i pro umírajícího člověka, kterému prokážeme úctu a zachováme důstojnost empatickým jednáním pečujících a respektováním jeho přání.

Negativní vnímání stáří ze strany **společnosti**, její kultura, hodnoty, zejména preferovaný kult mládeže a zakořeněné mýty o stáří, podporují diskriminaci seniorů. Nepřátelský postoj společnosti vůči seniorům, se projevuje omezením rovných příležitostí ve službách, ve zdravotnictví, pohrdáním, někdy až násilím. Tato atmosféra ve společnosti se odráží v psychice seniorů, snižováním jejich sebevědomí a sebeúcty (Sýkorová 2007, s. 47-53).

**Potřebu být pozitivně hodnocen a respektován okolím** může naplňovat rodina, přátelé, formální pečovatelé, kteří by měli znát zásady kontaktu se seniory. U mladších seniorů k naplnění potřeby dochází v rodině prostřednictvím pomáhání mladým s péčí o vnoučata, či drobnými pracemi.

## **Potřeba seberealizace**

Potřeba seberealizace se u seniorů postupně mění. Senioři chtějí být soběstační, dosti času věnují péči o domácnost, o dům, zahrádku a vlastní osobu. Potřeba smysluplného vyplnění volného času a hledání přiměřených aktivit dle zájmu a možností, je pro seniory důležitá, přispívá k pohodě, naopak nečinnost může vést k apatii a rezignaci. Starý člověk postupně zužuje své zájmy, ztrácí motivaci k aktivitám.

K zásadním změnám v potřebách seniorů dochází v důsledku zhoršeného zdraví, ztrátě soběstačnosti a úplné závislosti na pomoci druhých, kdy

se potřeba autonomie může snižovat, stává se důležitější potřeba bezpečí a důstojnosti (Sýkorová 2007, s. 227).

Potřebě **osobní autonomie** je věnována samostatná kapitola (1.3.2 této bakalářské diplomové práce), protože tato potřeba a její naplnění ovlivňuje vnímání závislosti u seniorů a vztah mezi seniory a pečujícími. Senioři považují uchování nezávislosti v oblasti fyzické, finanční i rozhodování o svém životě, za zvládání stáří (Sýkorová 2007, s. 212).

**Potřeba soukromí** je u seniorů ohrožena přestěhováním do instituce, narušena může být i vstupem formálních pečujících do domácnosti seniora.

### **Spirituální potřeby**

V průběhu stárnutí se člověk více zaměřuje na duchovní hodnoty a obrací se do minulosti. **Potřeba být vyrovnaný se svým životem** a pozitivně ho přijmout, snižuje strach a úzkost ze smrti, proto senioři vzpomínají a bilancují, aby mohli dosáhnout pocitu integrity vlastního života.

Starý člověk se **potřebuje vyrovnat se smrtí**, často o ní hovoří, a proto by se těmto rozhovorům pečující v blízkém okolí neměli vyhýbat. **Potřebu přesahu vlastního života** věřícím pomáhá naplnit náboženská víra. Potřebu otevřené budoucnosti a naděje, jak uvádí Vágnerová (2000, s. 506) může saturovat pokračování rodu, zejména v životech vnoučat a dalších blízkých lidí, i když smrt ukončí život fyzicky, bude dál žít na symbolické úrovni (ve vzpomínkách, v jeho tvorbě či díle). Umírající člověk má často potřebu svým blízkým předat sdělení do budoucna. Senioři se většinou více než smrti, bojí dlouhého umírání, bezmocnosti a bolesti.

**Potřeba smysluplného života**, těšit se z drobných radostí i v krátkodobé perspektivě, je pro seniory velice důležité. Naplnění potřeby se bude lišit u soběstačného seniora, který nastupuje do důchodu a hledá další naplnění života a u seniora osamělého nebo závislého na pomoci druhých. Každé zhoršení zdravotního stavu seniorů může vést ke ztrátě smyslu života



a všech zájmů, k úzkosti, beznaději, rezignované apatii končící smrtí, proto má velký význam podpora pečujících a odborníků.

Chování seniorů můžeme lépe porozumět, pokud budeme hledat jeho příčiny a motivaci v nenaplněných potřebách (Haškovcová 2010, s. 253). Péče o závislého seniora, by měla zabezpečit nejen základní biologické potřeby a potřebu bezpečí, ale měla by se také zajímat a přispívat k naplňování jeho vyšších potřeb v rámci daných limitů.

### **1.3.2 Autonomie seniorů**

**Osobní autonomie** je považována za nejvyšší lidskou potřebu – být nezávislý v uspokojování svých potřeb, provádět aktivity dle vlastní volby a samostatně rozhodovat o svém životě. O osobní autonomii hovoří Sýkorová (2007, s. 75) ve spojitosti s individualitou, důstojností, soukromím a svobodou, ovlivňují ji hodnoty a normy společnosti, k jaké sociální třídě člověk patří, okruh nejbližších, i sociální vazby. Pichaud, Thareauová (1998, s. 44) vysvětlují, že „autonomie a závislost na pomoci druhých se nevyklučují, můžeme být závislý a při tom autonomní“, vždy záleží na přístupu pečující osoby, jaké vytváří podmínky pro to, aby senior mohl o sobě a svém životě rozhodovat, aby mu bylo poskytnuto pouze tolik podpory, aby byl motivován k zachování a rozvoji dovedností. Citlivým přístupem je nutné rozlišit míru závislosti, její příčinu a vytvořit si rovnocenný vztah, založený na spolupráci, který podporuje autonomii seniorů. Přístupy autoritativní, manipulující nebo ochranné jsou zdrojem negativních pocitů seniorů a autonomii potlačují.

**Soběstačnost** je schopnost vykonávat samostatně běžné denní aktivity – osobní péče, péče o domácnost, vyřizování úředních záležitostí, zájmové aktivity. Soběstačnost ovlivňují nejen snižující se fyzické a psychické možnosti jedince, ale také životní podmínky, bytové – patrový dům bez výtahu, na okraji města, lokální topení apod. (Kalvach 1997, s. 56).

**Nesoběstačnost** vzniká většinou v důsledku vážných nemocí, které způsobují snížení pohyblivosti často až imobilitu a omezí schopnosti zvládnout běžné aktivity bez pomoci druhé osoby, hovoříme o částečné či úplné **závislosti**. O sekundární závislosti hovoříme v případě barier ve vlastním prostředí.

Pokud se zvyšuje závislost a je nutná pomoc, bývá narušen pocit pohody sebeúcta. Senioři zpočátku nechtějí obtěžovat druhé, stydí se. Požádat o pomoc je pro ně ponižující, vítají, když jim děti samy pomoc nabídnou. Větší problém mají zejména muži. Senioři často k uspokojení potřeb kombinují formální a neformální zdroje pomoci, protože tím podporují svůj pocit nezávislosti (Sýkorová 2007, s. 118). Mladší senioři volným úsilím mobilizují své síly a volí strategie rozložení činností v čase, volí přiměřené aktivity, aby si udrželi svou autonomii. Manželské páry seniorů si vzájemně pomáhají i v nejtěžších obdobích nemoci a nesoběstačnosti, snaží se udržení autonomie jako páru.

Nesoběstačnost, **závislost** na pomoci druhých je pro seniory závažným problémem, který může od základu změnit jejich život a je obtížné se s ním vyrovnat. U nesoběstačných seniorů se setkáváme s pocity úzkosti, beznaděje, bezmocnosti, smutku. Jsou ohroženy jejich základní potřeby a potřeba jistoty a bezpečí. Provází je obavy, kdo jim zajistí potřebnou pomoc, zda mohou zatížit svoje děti a rodiny nebo raději zvolit vstup do domova pro seniory (Sýkorová 2007, s. 191). Rozhodování ovlivňuje mnoho činitelů – zdravotní stav, možnosti rodiny, míra závislosti, vlastní bydlení, finanční otázka.

Závislí senioři preferují pomoc rodiny, která jim zachová potřebu bezpečí, důstojnost, potřebu soukromí a sociálních a emocionálních vazeb. Potřeba autonomie přestává být aktuální, řeší otázky smyslu života a jeho konce (Sýkorová 2007, s. 193). V chování seniorů se může projevit egocentrismus a vynucování pozornosti až vydírání pečujících se ztrátou soudnosti. Senioři potřebují pravidelný režim denních činností, pokud pro ně aktivity

ztrácí smysl, uzavírají se do svého vnitřního světa a do svých vzpomínek (Sýkorová 2007, s. 225).

Záleží na pečující rodině či profesionálních pečujících, aby pomohli svým přístupem nesoběstačnému starému člověku vyrovnat se s touto situací a kvalitní péčí zajistili osobní pohodu, která vyjadřuje kvalitu života i u těžce nemocných. K tomu přispívá hledání drobných radostí, přání, vyrovnání se s prožitým životem, vstřícný individuální přístup respektující osobnost člověka (Haškovcová 2010, s. 257).

### **Shrnutí**

Stárnutí je fyziologický proces, který probíhá u každého individuálně, je ovlivněn předchozím životem a záleží na osobnosti každého člověka, jak se dokáže vyrovnat s úbytkem sil, odchodem do důchodu, ovdověním a dalšími ztrátami. Mladší senioři, pokud jsou zdraví, dokážou většinou vlastními silami zvládnout projevy stáří. U starších seniorů po 75 roce života se projevy stáří prohlubují, většinou i vlivem nemocí začínají být závislý na pomoci druhých. Senioři se obávají nemoci a ztráty soběstačnosti, nechtějí být na obtíž. Nesoběstační, zcela závislí senioři, prožívají beznaděj, smutek, ztrácí smysl života, protože jeho kvalita se mění. Tu mohou ovlivnit všichni pečující přístupem a kvalitou poskytované péče. Pokud mají senioři možnost volby, preferují pomoc rodiny a možnosti zůstat ve svém domově. Rodina zajistí bez větších problémů občasnou pomoc, trvalá celodenní péče je pro ni velkou zátěží.

## 2 Pečující rodina a její potřeby

**Rodina** je základní jednotkou společnosti, malou sociální skupinou, která naplňuje významné funkce - reprodukční, socializační, výchovnou, ekonomickou, ochrannou, emocionální, svým členům předává postavení ve společnosti (Haškovcová 2010, s. 53). Za rodinu se považuje manželský pár a jejich děti, společně tvoří základní **nukleární rodinu** (Možný 2011, s. 25). V západoevropských zemích je zákonem daný monogamický model rodiny, kdy manželský svazek může být uzavřen výhradně s jedním partnerem.

Funkce rodiny, její velikost a soužití jejích členů se mění v průběhu dějin v souvislosti s vývojem společnosti, jejími hodnotami a kulturou. V období po první světové válce došlo v uspořádání rodiny k výrazným změnám, tradiční rodina zaniká a mění se v rodinu moderní. V **tradiční rodině** rozhodovali o sňatku děti rodiče tak, aby byl zachován majetek a společenské postavení rodiny, křesťanský sňatek byl v této době nerozlučitelný. Generace dětí a rodičů žili společně, socializace a výchova dětí byla především záležitostí rodiny a náboženství. Rodina musela být po ekonomické stránce soběstačná a plnila všechny výše uvedené funkce. **Moderní rodina** již vzniká na základě individuálního vztahu, který je křehčí a snáze končí rozvodem. Rozvoj průmyslové výroby vytváří pracovní příležitosti mimo domov rodiny, proto dochází k oddělování a ke stěhování nukleárních rodin za prací. Výchovu dětí ve větší míře ovlivňují škola a další instituce, zdravotnická a sociální zařízení poskytují péči starým a nemocným (Možný 2011, s. 23). V posledních desetiletích dvacátého století, kdy jsou uznávanými hodnotami individualismu a nezávislost, sociologové charakterizují proměnu **rodiny v postmoderní** (Možný 2011, s. 23). Přibývá lidí žijících samostatně. Někteří dávají přednost kariéře před rodinou, kterou zakládají až později nebo vůbec ne. Rodiny mají nízký počet dětí, v důsledku vysoké rozvodovosti je mnoho neúplných rodin, generace žijí odděleně. Výchovu dětí a jejich socializaci ovlivňují média i konzumní způsob života ve společnosti. Na soužití v rodině působí změny na trhu práce, nezaměstnanost, tolerance

k alternativám rodiny, opakované sňatky. Pokud je rodina v krizové situaci zasahuje stát. Takovou krizovou situací v rodině může být i potřeba zajistit péči o starší členy rodiny v době jejich plné závislosti na pomoci druhých.

Sociologie považuje **rodinu za systém**, který funguje na základě citových vazeb, vztahů mezi jednotlivými členy rodiny a na vzájemné komunikaci (Možný 2011, s. 75). V rodině má každý člen svou pozici a plní sociální role, které předpokládají určitý způsob chování, práva i povinnosti. Muž většinou plní roli profesní, manželskou, otcovskou, žena naplňuje roli matky, manželky, zaměstnané ženy, pečuje o domácnost. V průběhu života rodiny se role a pozice jednotlivých členů mění, podle toho v jaké části životního cyklu se rodina nachází. Každá rodina je jedinečná, záleží na jejích členech, jaký funkční systém si vytvoří, jak si vyjednájí svá očekávání a jaké okolnosti je donutí role přejímat. Důležitá je kooperace členů, která zajistí rodině materiální zázemí a ochranu v případě nepříznivých událostí a ve stáří, kdy velkou oporou plní širší rodina.

**Rodina je malá sociální skupina**, která z pohledu sociální psychologie svým členům pomáhá uspokojit životní potřeby, včetně potřeby bezpečí, ochrany, poskytuje emocionální a sociální podporou a také zpětnou vazbu na chování, důležitou v procesu socializace a pro vývoj osobnosti dítěte. Rodina pomáhá svým členům orientovat se ve společnosti, předává dětem její hodnoty a normy svým specifickým způsobem, v oblasti výchovy působí jako „primární socializační činitel“ (Vágnerová 2000, s. 20).

V rodinném společenství se v průběhu života vytváří rozmanité **vztahy** a vazby. Soudržnost a funkčnost nukleární rodiny je závislá na partnerském vztahu rodičů, jejich rozvodem a dalšími sňatky se vztahy v rodině komplikují. Mezi rodiči a dětmi bývá kritickým okamžikem k přehodnocení vztahů dospělost dětí. Pro rodiče znamená děti přijmout jako rovnocenné partnery a vyrovnat se s jejich odchodem z domova. Děti si do dospělosti často přenášejí iluzi o rodičích, kteří si umí se vším poradit a bývají pro ně stále symbolickou podporou. Proto pro děti ve středním věku je těžké si uvědomit, že rodiče stárnou, ubývají jim síly, odchodem do důchodu

se stávají sociálně slabší, a že to jsou ony, kdo postupně přebírají autoritu v rámci rodiny. Pro děti není lehké vyrovnat se s nemocí rodičů a se situací, kdy rodiče mění své postoje a stávají se závislími na jejich pomoci (Vágnerová 2000, s. 392).

### **Příklad z praxe**

*Manželka důchodového věku pečovala o svého manžela s rozvíjející se demencí, který potřeboval dohled 24 hodin a nechtěl být nikde sám, ani v denním stacionáři, kdy se po jejím příchodu na ni velice zlobil. Poskytovali jsme službu v domácnosti, aby ona sama mohla odejít z domova k lékaři nebo si odpočinout. Byla již velice unavená z péče o manžela, cítila se i v rodině osamělá, protože dospělé děti, žijící mimo domov při krátké návštěvě rodičů matku nechápali, co na otci stále vidí. Ona se proto na děti zlobila, že jí nepomáhají. V rozhovorech s manželkou jsme hledali způsob, jak ji danou situaci ulehčit. Hovořili jsme i o vztazích mezi dětmi a rodiči, právě o tom, že děti mají z dětství rodiče za autoritu a setkání s nemocí, kdy se mění povaha rodiče a stává se závislým, je pro ně těžké přijmout. Jednou z možností je, vše v klidu s dětmi rozebrat, vysvětlit situaci a dát jim čas, aby se s tím vyrovnaly. Za několik týdnů jsem hovořila s manželkou a klientem a byla jsem překvapená změnou. Oba byli usměvaví, spokojení, manželka mi s radostí sdělila, jak ji nyní děti pomáhají, vezmou si otce na víkend k sobě a ona má zatím doma možnost odpočinku.*

**V širší rodině** se setkáváme s generacemi prarodičů a vnuků, s jejich sourozenci a jejich rodinami. Silné pouto k sobě mají sourozenci, protože je spojují společné zážitky z dětství. Vztahy mezi prarodiči a vnoučaty jsou obohacující a přínosné pro obě strany. **Rodinné generace** od sebe dělí čas, prožívání různých životních cyklů a vývojových úkolů (Sýkorová 1996a, s. 15). V současné rodině se můžeme setkat, v důsledku prodlužování lidského života, se čtyřmi i pěti generacemi (Kalvach 1997, s. 127). Na soudružnosti celé rodiny se významně podílí především střední generace, protože bývá místem vzájemných setkávání nukleárních rodin (Sýkorová 1996a, s. 31), které žijí většinou samostatně a jejich stárnoucí

prarodiče si zachovávají svůj způsob života. Se soužitím více generací se setkáváme již málo a spíše na vesnicích. Haškovcová (2002, s. 43) hovoří o tzv. atomizaci rodiny a intimitě na dálku, která nebrání udržování dobrých vztahů mezi generacemi. Rodina je pro nesoběstačné seniory důležitá, protože pomáhá zvládnout krizové situace a obtíže stáří, je oporou, posiluje sebezpojetí a autonomii seniorů (Sýkorová 2007, s. 210).

Pro pečující rodiny je péče o závislého seniora sociální událostí, která má dopad na jejich osobní život, proto se zaměřím v následujících kapitolách na potřeby pečujících a na důsledky, pokud nejsou saturovány. Budu se zajímat, jakou podporu má pečující rodina ze strany státu, jaké instituce ji pomohou zvládnout péči v domácím prostředí. Pro seniory a jejich kvalitu života má velký význam vlastní domácí prostředí a způsob poskytované pomoci.

## **2.1 Význam a výhody domácího prostředí**

Jak jsem uvedla v první kapitole, senioři chtějí žít ve svých domovech co nejdéle. Ve svém přirozeném domácím prostředí žije každý svým způsobem života, podle svých zvyklostí. Domov **naplňuje potřebu bezpečí a jistoty, soukromí a autonomie, sounáležitosti k rodině, přátelům, spoluobčanům.** S domovem, kde prožili senioři velkou část života a zapustili kořeny, je spojují **vzpomínky** na mládí, partnera, prožité radostné chvíle (Haškovcová 2010, s. 285).

**Domácí prostředí posiluje sebedůvěru a kompetence** zvládnout běžné aktivity. Proto v době nemoci má domácí prostředí pozitivní vliv na uzdravování, které probíhá rychleji než v nemocnici, nemocný je v lepší psychické kondici, protože zůstává v kruhu svých blízkých. Zkrácení doby hospitalizace a možnost doléčení v domácím prostředí za pomoci sester domácí zdravotní péče má pro seniory a jejich rodiny velký význam, protože získávají potřebné informace, odbornou ošetrovatelskou pomoc a psychickou podporu. Zdravotní sestry mohou pomoci v rámci

ošetřovatelské rehabilitace se zlepšením pohyblivosti a s nácvičkem soběstačnosti, naučí aplikovat inzulin, převazují rány a provádí další úkony, kterými podporují uzdravování či adaptaci na případný zdravotní handicap. Naopak hospitalizace nebo umístění v léčebně, kdy dochází k upoutání na lůžko, zavedení permanentního katétru nebo nutnosti používat plenkové kalhotky, společně se změnou prostředí, vyvolávají u seniorů obranné reakce, neklid, zmatenost, depresi. Použití uklidňujících léků a následná imobilita, mohou vést k dekubitům, nedostatek podnětů a motivace k aktivitě se může projevit ztrátou smyslu života a rezignací. Proto rodiny umístění v léčebně tolik zvažují, a pokud mají možnost a zdravotní stav to umožňuje, raději o seniory sami pečují. Pro společnost je poskytování domácí zdravotní péče levnější než pobyt na lůžku v nemocnici nebo v Léčebně dlouhodobě nemocných (Haškovcová 2002, s. 46).

**Opustit vlastní domov** a přestěhovat se do jiného prostředí, znamená pro seniory krizovou událost. Zejména odchod do instituce znamená ztrátu soukromí a možnosti rozhodovat o svém životě, člověk se stává anonymní, ztrácí jistotu a své blízké okolí, pobyt v domově většinou považuje za poslední etapu a konec života. Adaptovat se na nové prostředí, vytvořit si nové vztahy a jiný smysluplný způsob života, přináší seniorům velkou stresovou zátěž, kterou ne všichni dokážou zvládnout. Vágnerová (2000, s. 500) vysvětluje průběh adaptace na tuto nedobrovolnou změnu třemi fázemi. Než dojde k přijetí změny, počáteční fáze odporu s negativními reakcemi přechází do fáze zoufalství a apatie, která může končit i smrtí starého člověka. Snadněji se adaptují senioři, kteří odchází do domova dobrovolně. I přes tato rizika je nabídka institucionální péče nutná, protože může být jediným možným řešením pro starého člověka, aby v době nesoběstačnosti mohl mít zajištěnou potřebnou pomoc.

Než však dojde k tomuto krajnímu řešení, z výše uvedených důvodů, měly by být vyčerpány všechny možnosti, které pomáhají seniorům a jejich rodinám a umožňují jim žít ve svém domově nebo u svých dětí. Od konce minulého století se usiluje ve společnosti o **deinstitutionalizaci** péče



o seniory, to znamená poskytovat pomoc především v přirozeném prostředí seniorů, podporovat neformální pečující a posílit rozvoj sociálních služeb, terénních a ambulantních, v oblasti komunitní péče. Pro sociální práci tento termín znamená změnu v přístupu v práci s klientem na přístup orientovaný na člověka, systemický přístup, antiopresivní přístup, logoterapii nebo sociálně – ekologický model, jak uvádí Kubalčíková, Radičová (Časopis Sociální práce, Anotace čísla březen 2013, cit. 12. 12. 2012)

**Domácí prostředí přispívá ke zvýšení kvality života seniorů.** I když jsou limitováni úbytkem sil, mají doma většinou více podnětů k aktivitám podle vlastního výběru. Snaží se o sebe postarat, mají svá zvířata, květiny, zahradu a další zájmy, své blízké, kteří jim pomáhají.

### **Příklad z praxe**

*Manžel se chtěl postarat o svou manželku, která zůstala ležet na půl těla ochrnutá, potřebovala aplikovat inzulín, přesto si jí chtěl vzít z nemocnice domů a postarat se o ní. Nejprve hledal informace, potřeboval se poradit, co připravit doma, jak se naučit pečovat a zjistit, jakou pomoc může očekávat, protože děti chodí do práce a bydlí mimo město. Společně jsme vybrali potřebné kompenzační pomůcky, manžel zajistil polohovací lůžko, invalidní vozík jsme zapůjčili. S termínem propuštění z nemocnice byla domluvena návaznost našich služeb. Sestry domácí zdravotní péče již v den propuštění večer zajistily aplikaci inzulínu, následně v průběhu dalších dnů manžela učily aplikovat inzulín a edukovaly ho v péči, prováděly ošetrovatelskou rehabilitaci, zajistily kontakt s lékařem. Pracovníci pečovatelské služby docházely 3 x denně, pomáhali s osobní hygienou na lůžku a později i v koupelně, zajistili polohování, posazování, přesuny na invalidní vozík a později dle instrukcí sester s klientkou a manželem trénovali chůzi. Děti pomáhaly o víkendech. Aby se klientka dostala ven na zahrádku, domluvili jsme kontakt s firmou se schodolezy. Jejich pracovník vybral vhodnou pomůcku, poradil jak upravit schodiště a zajistil zácvik rodiny. Manžel vzorně o manželku pečoval a hledal pro ni různé aktivity, i když to pro něj bylo náročné, vařil podle jejich instrukcí, pečoval*

*i domácnost. Klientka byla velice ráda, že je doma s manželem, se kterým prožila 50 let života, a za pomoci našich služeb a rodiny to zvládnou. Takto spolu doma prožili dva roky života, kdy další ataka cévní mozkové příhody klientce život ukončila. Manžel tak vzornou péčí manželce prodloužil život, kterému i přes vážnou nemoc dával smysl a kvalitu. Po jejím odchodu se těžko se situací vyrovnával, ale mohl dál žít s pocitem, že udělal pro manželku vše, co bylo v jeho silách.*

## **2.2 Formy a způsob poskytované pomoci a podpory pečujícími**

Poskytovaná pomoc a podpora nesoběstačným seniorům může mít různou podobu a intenzitu, může ji poskytovat rodina a další pečující osoby. Sýkorová (1996 a, s. 11) rozlišuje pomoc materiální, vedle ní je neméně důležitou podpory kognitivní a emocionální.

**Podpora materiální** znamená pomoc v oblasti osobní péče - pomoc při hygieně, toaletě, oblékání, při jídle, při pohybu. Práce v domácnosti zahrnují běžný a velký úklid, mytí oken, praní prádla, nákupy, zajištění stravy, ale také technické záležitosti - topení, opravy v bytě, úklid společných prostor, či údržba rodinného domku nebo práce na zahrádce. Vzhledem k omezeným pohybovým možnostem je pro seniory důležitá pomoc se zajištěním dopravy k lékařům, na úřady apod. Finanční pomoc senioři nechtějí přijímat, snaží se žít skromně, jak uvádí Sýkorová (2007, s. 137). Ve své praxi se setkávám s finančními problémy u seniorů ovdovělých, žijících samostatně v rodinném domku, kterým důchod často nestačí na pokrytí nákladů spojených s bydlením a zároveň zdravotní stav vyžaduje doplatky za léky nebo za služby. V těchto případech je podpora rodiny nutná. Osamělí senioři jsou však odkázáni na sociální příspěvky, pokud nestačí na režii domácnosti a na služby, jediným řešením je ústavní péče.

### **Příklad z praxe**

*Mladší senior žijící sám na malé obci, svobodný, bezdětný, bez rodiny, měl z příbuzných pouze sestru. Žil v rodinném domku po rodičích a se setrou, která bydlela daleko, se nepohodl, proto se nestýkali. Dříve pracoval jako řidič a jezdil po celé republice, po odchodu do důchodu zůstal doma bez sociálních kontaktů, bez kamarádů. Na malé obci mnoho vrstevníků neměl, občas hovořil se sousedy nebo si zašel do místní hospůdky, jejíž provoz byl však omezen. Sám auto neměl, do města si podle potřeby dojel autobusem. Z důvodu nemoci požádal v zimě o zavedení pečovatelské služby a dovoz obědů, protože v obci není prodejna a cestu do města nezvládl. Problémy se začaly kupit, když se v domku rozbila vodárna, nefungoval vodovod ani teplá voda. Neměl peníze na opravu, vodu ze studny získával po vědrech a nosil domů. I když měl možnost využívat sociální služby na koupání, praní prádla a další, odmítal, v té době byl ještě soběstačný. Když se situace nelepšila, peníze chyběli na opravu televize i na uhlí na zimu, a začal si stěžovat na samotu, že zapomene mluvit, protože neměl žádné známé ani blízké, byla jediným řešením žádost do domova pro seniory, kterou jsme pomohli vyřídit. V době, kdy čekal na volné místo v domově, se zdravotní stav náhle zhoršil, klient byl nalezen v domku v bezvědomí a po několika dnech v nemocnici zemřel.*

Materiální (instrumentální) podporu mohou poskytovat rodiny, přátelé, sousedé, terénní sociální a zdravotní služby, často se jejich pomoc prolíná.

Někteří pečující chtějí dobře zvládnout veškerou péči o zcela závislé ležící seniory, ale některé úkony jsou nad jejich možnosti fyzické nebo psychické. Velice často to bývají úkony osobní hygieny.

### **Příklad z praxe**

*Rozvedený syn celodenně pečoval o svou matku, avšak osobní hygiena a převlékání bylo, vzhledem k jejich vztahu, pro něj psychicky nepřekonatelnou bariérou. Pracovnice pečovatelské služby proto přicházely třikrát denně a tuto pomoc zajistily, syn vedení domácnosti zvládl sám.*

*Odbornou zdravotnickou péči poskytovala podle potřeby sestra domácí zdravotní péče.*

Podpora **kognitivní** přináší seniorům potřebné informace a rady, jak se vypořádat s běžným životem a rozvojem techniky, s vyřizováním úředních a někdy i finančních záležitostí. V této oblasti má důvěru rodina, pro ni však bývá velkým problémem péče o rodiče s demencí. Pokud potřebují senioři nebo rodina informace k řešení sociální události, jakou je nemoc, ovdovění, ztráta soběstačnosti, hledají odborné informace a pomoc, obrací se na lékaře, sociální služby a další odborné pracovníky.

Instituce poskytují **formální péči**. Rozlišujeme instituce ústavní (nemocnice, domovy pro seniory), ambulantní (stacionáře) a terénní (pečovatelská služba, domácí zdravotní péče). Státní a nestátní instituce, které mohou být oporou pečující rodině o závislého seniora v přirozeném prostředí, blíže specifikují v poslední části druhé kapitoly.

**Emocionální** podpora pomáhá naplnit potřebu lásky a sounáležitosti, zvyšuje sebedůvěru, je vyjadřována empatií, útechou a vstřícností. Tuto podporu může poskytnout pouze funkční rodina s projevy pozornosti a lásky dětí a vnoučat k seniorům, kde si jsou příbuzní oporou v běžném životě i v životních krizích. Nejbližším člověkem a největší oporou je partner, proto je pro seniory velice těžké se s jeho odchodem vyrovnat.

Pečující profesionální pracovník nedokáže rodinu nahradit, ale pokud poskytuje péči na základě vztahu s klientem, ve kterém projevuje pochopení, vnímá a přijímá klienta jako jedinečnou a autonomní bytost, může zmírnit pocity osamělosti a posílit jeho sebehodnocení. Pichaud, Thareauová (1998, s. 66) také poukazují na odpovědnost všech pečujících, kteří svou péčí mohou přispět k posílení a navrácení soběstačnosti seniorů nebo naopak nadměrnou péčí motivaci k aktivitě snížit a závislost seniora na pomoci druhých zvyšovat.

Ve stáří poskytují potřebnou péči a podporu nesoběstačným rodičům převážně děti, tedy **střední generace a vnoučata**, vzdálenější příbuzenstvo

již méně. Sýkorová říká, že Brodyová ve svých poznatcích uvádí, že dospělí vnuci bývají oporou rodičům matky zejména v období nemoci a vnučky mají větší příbuzenskou odpovědnost než střední generace (Sýkorová 1996 a, s. 79). Vágnerová (2000, s. 486) potvrzuje větší shovívavost a toleranci vnoučat ve vztahu k prarodičům, než mají jejich rodiče, a na pomoci se také podílejí.

Muži provádí většinou těžší práce kolem domu, bytu, údržbu a ve stejné míře synové i zeťové nebo bratři. Kdežto ženy pomáhají s osobní péčí, starají se o domácnost a emocionální podporu. Snachy zajistí nejprve pomoc v domácnosti, pak emocionální podporu, oproti tomu dcery podporují rodiče nejprve emocionálně, pak zajistí potřebnou instrumentální pomoc. Bez rozdílu rodinné vazby tráví společně volný čas nebo zajistí dopravu k lékaři a na úřady (Sýkorová 2007, s. 196).

Pečující rodina pomáhá většinou v pořadí životní partner, děti, vnoučata, vzdálenější příbuzní, a již méně pomáhají přátelé a sousedé. Pro bezdětné, svobodné nebo rozvedené seniory bývají naopak důležité přátelské a sousedské vazby. Pomoc laických pečovatелů vyjadřuje termín **neformální péče**. Sociologické výzkumy říkají, že až 70 - 80% potřebné péče poskytují seniorům rodiny nebo sousedé (Haškovcová 2002, s. 43). Krátkodobou pomoc a pouze v některých oblastech života většinou rodiny zvládnou bez větších obtíží. Pokud je potřeba celodenní dlouhodobá péče, je tato situace pro pečující rodinu zátěží.

### 2.3 Sociální situace pečující rodiny

**Rodina je odpovědná** za zabezpečení přiměřené životní úrovně a individuálních potřeb svých členů. Poskytuje jim ochranu a je nápomocna v případě osobních a jiných událostí. Má **nezastupitelné místo v zabezpečení seniorů ve stáří**, kteří mohou zůstat doma ve svém známém prostředí i v době nesoběstačnosti jen za podpory rodiny. Haškovcová (2010, s. 286) říká že, „rodina musí chtít, umět a moci“ poskytnout

potřebnou péči. Pod pojmem „**chtít**“ se skrývá vlastní život seniora, výchova dětí v rodině a vlastní příklad péče o rodiče. Rozvody a opakované sňatky komplikují a narušují vztahy v rodině, někdy vztah s dětmi je narušen i nedostatečnou péčí rodičů v jejich dětství. A naopak neustálá podpora dětí i v dospělosti, je nevede k nezávislosti a děti nechtějí vidět a akceptovat, že senioři pomoc potřebují.

Dospělé děti vnímají pomoc rodičům většinou jako samozřejmost, chtějí pomáhat z úcty a lásky k rodičům, cítí to jako morální povinnost (Sýkorová 2007, s. 199). Vzájemně se mezi sebou a svými rodinami o pomoci rodičům domlouvají. Pomoc organizují podle vzdálenosti místa bydliště od rodičů, proto ten, kdo bydlí s rodiči v jednom domě, je automaticky považován za největší zdroj pomoci. Dále rozhodují časové možnosti vzhledem k zaměstnání, charakter pomoci, zda mají potřebné zdroje materiální nebo zda umí práci vykonat. Sýkorová (2007, s. 197) shodně uvádí, že rozhodující vliv na poskytování pomoci má kvalita vztahů v rodině, vzpomínky na dětství a péči rodičů, ale také majetek a dědictví.

„**Umět**“ znamená mít informace, dovednosti, pomůcky a vědět, jak pečovat. O tom, zda „**mohou**“ pomoci, rozhoduje mnoho faktorů. U seniorů manželů, kteří si vzájemně pomáhají, a jeden vážně onemocní, hrozí riziko vyčerpání sil. Zde snadno pomáhají děti a formální organizace. Pokud dojde ke ztrátě partnera a přidá se nemoc, která způsobí nutnost dlouhodobé péče, vzniká již více problémů. Pečující ženy bývají často také důchodového věku a jejich síly se mohou vyčerpat, proto potřebují pomoc mladší generace nebo instituce. Problémem je samostatné bydlení jednotlivých generací, často není možné sestěhování do jednoho bytu z důvodu prostoru, finančních, či péče o děti, nastěhování dítěte k rodiči ohrozí jeho vlastní rodinu. Pak senior raději volí odchod do domova, aby nebyl na obtíž. Dětem se sice uleví, ale mají pocit lítosti, zahanbení, že se o rodiče nepostaraly. Někdy děti volí stěhování seniora od jednoho dítěte ke druhému po určitém období. Ženy středních let chodí do práce, pečují o svou rodinu a děti, někdy i o vnoučata, chtějí pomoci rodičům. Jsou v náročné situaci, která

často vede k jejich onemocnění, fyzickému nebo psychickému vyčerpání. Potřebují pomoc s pečováním, jinak senior skončí v ústavní péči. Odchod ze zaměstnání před důchodem je v současné době nemožný, znamená zůstat již bez práce a financí (Haškovcová, 2010, s. 290 – 294).

**Pečující rodina** se většinou nachází v životní etapě střední generace ve věkovém rozmezí 45-59 let, je sama ve zralém věku, kdy se musí vyrovnávat s počínajícím vlastním stárnutím, a zároveň se stářím a závislostí rodičů i jejich odchodem. Někteří se nemohou emočně s touto situací smířit, může docházet k obranným reakcím s popíráním nebo bagatelizováním problémů, či jak uvádí Vágnerová (2000, s. 430) „šoku z reality stáří“. Vysvětluje změnu ve vztazích k rodičům na soucit, upozorňuje na možnost vzniku i negativních emocí a mnohdy nepochopení a zoufalství, zejména pokud se projevuje u rodičů demence a nelze se s nimi dohodnout. Děti těžce nesou změny v myšlení, ztrátu sebeobsluhy a egocentrimus starých rodičů, kteří vyžadují splnění požadavků bez ohledu na jejich možnosti, a ještě jsou podezřívaví, stále nespokojení. Děti většinou nevědí, proč k takovým změnám u rodičů dochází a jak se k nim mají chovat. Péče o závislé rodiče přináší velkou zátěž a omezením v osobním životě.

#### **2.4 Omezení v osobním životě pečujících**

Péče o závislého seniora v přirozeném prostředí je sociální událostí, která způsobuje změnu v životě rodiny a je pro ni zátěží. Pichaud, Thareauová (1998, s. 68) říká, že „závislost starého rodiče na pomoci druhých se týká celého rodinného systému.“ Pečující se musí sami vyrovnat s komplikacemi ve svém osobním životě, nutně potřebují mít podporu a spolupráci celé rodiny a také možnost dalších podpůrných služeb mimo rodinu, aby mohli zátěž zvládnout.

Zajistit potřebnou a kvalitní péči nemocnému a nesoběstačnému člověku v seniorském věku vyžaduje mnoho času, informací, fyzických

a psychických sil a také podmínky materiální, nejen finanční zabezpečení, ale i vhodné bydlení a vybavení kompenzačními pomůckami.

I když senioři i jejich děti preferují samostatné bydlení, v období závislosti, kdy nemůže rodič již bydlet sám ve svém domově, rozhodují se pro přestěhování k dítěti do jednoho domu či bytu. Pro pečující rodinu to znamená zásah do běžného chodu domácnosti, narušení jejich dosavadní zvyklostí a další povinnosti a práce na víc. Režim se musí přizpůsobit především potřebám péče o seniora. Pokud odchází do zaměstnání a potřebují být zastoupeni, střídají se v péči další členové rodiny nebo přichází pracovníci sociální služby. Dochází tím k **narušení soukromí rodiny** a celé domácnosti, která se stává otevřenou pro všechny, kdo pomáhají pečovat.

Pečující musí upravit svůj **časový režim**, vzhledem k pracovním povinnostem, ke svým dětem, partnerovi, vnoučatům, vyrovnat se s plněním všech sociálních rolí a současně věnovat potřebný čas péči blízké osobě. Většinou jim nezbývá již žádný volný čas na zájmové aktivity nebo udržování kontaktů s přáteli, jsou ohroženi **sociální izolací**. Rizikem je dlouhodobý **nedostatek času** na odpočinek, který se projeví únavou, zhoršením zdravotního stavu pečující osoby, který může vést až k jejímu vyčerpání.

Zvládnout péči o špatně pohyblivého či ležícího nesoběstačného člověka je velice fyzicky náročné, často se neobejde bez pomoci dvou osob. Je třeba znát zásady ošetřovatelské péče, polohování, přesuny na židli, na vozík a další. Získat informace o potřebných kompenzačních pomůckách, o možnostech pomoci, je důležité zejména na začátku pečování, kdy rodina neví, jak se s danou situací vypořádat. **Nedostatek informací** je zdrojem stresu a obav, jak vše zvládnout. Některé činnosti může zajistit odborný personál, některé se naučí podle možností rodina.

Omezení v životě pečující rodiny se může negativně odrazit na jejich vztazích, snadněji vznikají konflikty, zejména pokud jde o nepochopení



ze strany ostatních členů rodiny. Pokud je nutný **odchod ze zaměstnání**, musí se řešit nedostatek finančních prostředků a následné snížení životní úrovně. Pokud má někdo v pečující rodině vyšší sociální postavení, mnoho času tráví v práci a nemůže se věnovat pečování, obrací se více na instituce.

Sýkorová (1996a, s. 66) uvádí, že dlouhodobá péče přináší pečujícím omezení osobní autonomie, rozhodování o svém životě, protože věnují svůj volný čas rodičům. Tato situace je pro pečující rodinu zdrojem úzkosti, stresu, obav, pocitů bezmoci, i když pomáhají, mohou za nějaký čas dospět k rozhodnutí umístit rodiče do domova pro seniory (Sýkorová, 2007, s. 169 odkazuje na Piercy, 1998) .

Vágnerová (2000, s. 433) vysvětluje situaci pečujících, kteří jsou pod velkým tlakem, protože chtějí pomoci dětem a zároveň se postarat o své rodiče. Potvrzuje, že péče o rodiče vyvolává stres, jednak z denního kontaktu se starým člověkem, který je dementní a nemohoucí, a jednak z narušení vlastního rodinného života a svých potřeb, omezení soukromí i vztahů s ostatními lidmi. Tato dlouhodobá zátěž může vést ke ztrátě perspektivy a k rozhodnutí o umístění do domova pro seniory. To však považují za osobní selhání a trápí je pocit viny.

Na negativní pocity pečujících, jako je strach, že se nebudou umět postarat, nenaplní sociální roli a nezvládnou péči, že obětují vlastní rodinu, na strach ze smrti rodiče, také upozorňuje Pichaud, Thareauová (1998, s. 70). Tyto pocity jsou zdrojem stresu a úzkosti, někdy i nenávisti, která může vést až k zanedbávání seniorů. Kvalita péče a soužití je závislá na rovnováze mezi pocity lásky k rodičům a chtít jim v prostředí domova poskytnout potřebnou péči. Všichni autoři se shodují na velké psychické zátěži pečující rodiny, která se ještě zvyšuje, pokud se u rodičů projevuje demence a dochází ke změnám v psychických projevech. Tuto zátěž prohlubuje neznalost nemoci a nepochopení.

## **Příklad z praxe**

*Jak svou situaci vnímají pečující rodiny, když se rozhodnou hledat řešení mimo rodinu, jak zvládnout zátěž a vydržet pečovat:*

*Dcera pečovala o matku, kterou si vzala k sobě domů po propuštění z nemocnice, protože nemohla zůstat sama ve svém bytě. Situace trvala téměř rok, matka se po zdravotní stránce trochu zlepšila, ale u nich v rodině vznikaly konflikty, protože dospívající dcera, musela přenechat babičce svůj pokoj. Dcera chodila do práce na směny, snažila se zvládnout svou rodinu i pečovat o matku, ale byla unavená, neměla chvíli soukromí, odpočinku a ještě si nebyla jistá, zda dává matce vše, co potřebuje, protože již neměla čas trénovat její dovednosti a dávat dostatek podnětů k další rehabilitaci (po CMP s postižením pohyblivosti a řeči). Přišla za poskytovatelem sociálních služeb, plačtivě vyprávěla o své situaci a žádala o radu a pomoc. Domluvili jsme se společně s matkou na pobytu v denním stacionáři.*

*Dcera se chtěla postarat o svou nemohoucí matku, za kterou docházela pravidelně domů, protože matka již potřebovala podporu v denních aktivitách a nechtěla ji umístit do žádného zařízení. Sama měla několik let před důchodem a nemohla přijít o práci z finančních důvodů. Měla vnoučata a dcera potřebovala také podporu. Ona sama byla často nemocná a již unavená z velké zátěže. Uvítala pomoc pečovatelské služby, která několikrát denně docházela k matce, a zároveň matka využívala i služby denního stacionáře. Službu si domlouvala podle práce a svých možností, matku si vozila k sobě domů o víkendech.*

## **2.5 Potřeby pečujících rodin**

Potřeby pečujících vychází z individuálních potřeb, které má každý člověk, dle výše uvedené Pyramidy potřeb Maslowa (kapitola 1. 3 této bakalářské diplomové práce). Dalšími faktory, které ovlivňují potřeby pečujících, jsou věk, který souvisí s plněním sociálních rolí, náročnost poskytované péče a z toho vyplývající omezení osobního života. Na základě informací

uvedených v předchozích kapitolách, definuji oblasti potřeb pečujících, které mohou být nedostatečně saturovány, a mohou ovlivnit kvalitu poskytované péče i kvalitu života seniorů a pečujících:

- **Potřeba informací** – o správném způsobu pečování, získání kompenzačních pomůcek a vybavení a úpravě domácnosti, možnosti podpory ze strany státu a společnosti v oblasti služeb a další.
- **Potřeba finančního zabezpečení** – riziko odchodu ze zaměstnání a chudoby, dávky sociálního zabezpečení, sociální příspěvky, bydlení a další.
- **Potřeba uznání, sebeúcty, kompetence** – zvládnout péči o seniora, její náročnost se odvíjí od jeho zdravotního a psychického stavu, pohyblivosti, závislosti, potřeby celodenní péče i během noci. Vysokou **psychickou a fyzickou zátěží** pro pečující jsou senioři s demencí, onkologickým onemocněním, umírající. Dlouhodobý **stres** a přetížení, frustrace z neuspokojených potřeb, mohou být příčinou deprese až syndromu vyhoření pečujících.
- **Potřeba zdraví, spánku, odpočinku** - dlouhodobá zátěž, stres, nedostatek odpočinku vedou k únavě pečujících a vyčerpání sil. Důsledkem bývá celkové zhoršení zdravotního stavu s projevem různých i závažných onemocnění. I u pečujících se, vzhledem k věku, můžeme setkávat s projevy stárnutí a úbytkem sil.
- **Potřeba sociálních kontaktů** – ztráta přátel, na které není čas, neúčast na společenských aktivitách, omezený kontakt s druhými lidmi přináší **sociální izolaci**
- **Potřeba autonomie, nezávislosti, seberealizace** – omezení až ztráta osobního života - nedostatek času věnovaný své rodině, i přestěhování seniora může vést ke zhoršení rodinných vztahů, nedostatečné naplnění sociální role manželky, matky, babičky – může být příčinou vlastní

nepohody a pocitu selhání, není čas na zájmy, práci a odpočinek, seberealizaci.

**Kvalita života pečujících** – je ohrožena, pokud nejsou uspokojeny jejich potřeby a nemají možnost pomoci a podpory v sociálních službách a dalších institucích ze strany společnosti.

**Kvalita života seniorů** – je závislá na kvalitě poskytované péče. Nespokojenost, frustrace, vyčerpání pečujících jsou pro seniory **rizikem** ve formě nedostatečné péče až nebezpečím domácího násilí. Vyčerpání sil pečujících vede k trvalému umístění seniora do ústavní péče.

Vzhledem k tomu, že potřeby pečujících rodin mají významnou roli v poskytování pomoci seniorům, budou proto jedním z předmětů výzkumu v praktické části bakalářské práce.

## **2.6 Společenské podmínky pro pečující**

Vzájemnou pomoc mezi generacemi ovlivňuje společnost, která v oblasti ekonomiky a sociální politiky vytváří pro tuto pomoc podmínky materiální a legislativní, a dále uznávané morální hodnoty a normy ve společnosti.

Společenské změny v Evropě na konci dvacátého století, jak uvádí Sýkorová (1996b, s. 51), vedou k omezování sociálního státu a k posílení významu rodiny, její zodpovědnosti a tradiční rodinné solidarity. Rodina, která zajistí pomoc a péči svým starším členům, je pro společnost z ekonomického hlediska přínosem (Sýkorová 1996a, s. 9).

Sociální politika se zabývá otázkami sociálního zabezpečení občanů, nezaměstnaností, bytovou politikou, zdravotní péčí, a také vytváří podmínky pro profesionální pečovatele a rozvoj sociálních služeb na podporu seniorů.

V odborné literatuře se všichni autoři (Kalvach 1997, s. 127, Sýkorová 1996, s. 79, Haškovcová 2010, s. 298, Pichaud, Thareauová, s. 71) shodují na potřebě pomoci pečujícím, ale jak tomu skutečně je v praktickém životě,

je možné zjistit na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí, online). **Materiální podmínky** ve stáří v době závislosti rozhodují o možnostech pomoci jak u seniorů, tak i pečující rodiny. Senioři jsou v oblasti příjmů zabezpečeni státem z důchodového pojištění výplatou starobního a vdovského důchodu. V případě závislosti mohou požádat o příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením). Z dávek státní sociální podpory je vyplácen příspěvek na bydlení a pomoc v hmotné nouzi. V současné době jsou veškeré sociální dávky soustředěné na Úřadu práce.

Finanční podmínky pečující rodiny mohou být různé. Pečující může být sám příjemcem starobního či invalidního důchodu, může být zaměstnán a pobírat mzdu, ale také dávky z nemocenského pojištění či podporu v době nezaměstnanosti. Děti bez práce někdy řeší situaci v rodině, tím že začnou pečovat o závislého seniora, který pobírá příspěvek na péči. Pokud pečující odejde ze zaměstnání, protože chce pečovat o nemocné rodiče a bude v evidenci Úřadu práce, toto období se mu započítává do odpracovaných let do důchodu. Důležité jsou však vztahy v rodině, pouze finanční motivace pečujícího je pro seniora rizikem. V praxi jsem se setkala i s případy, že pečování z nějakých důvodů nezvládali, ale přesto odmítali potřebné sociální služby, umístění do nemocnice či domova. Seniorům s nízkým důchodem musí děti doplácet na pobyt v Domově pro seniory. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, § 87 (Ministerstvo vnitra, Sbírka zákonů) dětem ukládá vůči rodičům vyživovací povinnost, pokud to rodiče potřebují a děti jsou schopné samy se živit.

Současnou ekonomiku státu ovlivňují změny na trhu práce, nezaměstnanost zadluženost státu, stárnutí populace, rozdíl mezi produktivními občany a vyplácenými důchody, proto je nutná důchodová reforma.

Cílem sociální politiky v oblasti **zdravotní péče** je zajistit její dostupnost, kvalitu i ekonomické ukazatele. Za financování zdravotní péče zodpovídají

zdravotní pojišťovny, které na základě smluvního vztahu lékařům a zdravotnickým zařízením vykázanou zdravotní péčí uhradí. Pojišťovny stanovují výši úhrady a podmínky, určují finanční limity, které nesmí lékaři překročit. Ze zdravotního pojištění lze získat základní kompenzační pomůcky a pomůcky na inkontinenci, rozhodující je zdravotní stav a indikace lékaře.

Pečující rodina musí, při vyšší spotřebě, pomůcky na inkontinenci dokupovat, zajistit si pomůcky k ošetřování, doplácí na léky. Komunikace s lékaři a zdravotnickým personálem je pro pečující zásadní, přesto se stává, že doma po propuštění seniora z nemocnice jsou bezradní. Důležitá je proto návaznost **domácí zdravotní péče**, která zajistí odbornou péči potřebnou k doléčení a rekonvalescenci, včetně potřebných informací, a tak vhodně doplní laickou péči rodiny. Chronickým pacientům umožní žít v domácím prostředí. Tato péče je indikována lékařem a hrazena zdravotní pojišťovnou (Haškovcová 2002, s. 46).

V oblasti **bydlení** je nedostatek malých bezbariérových bytů a bytů v domech s pečovatelskou službou, kde se vlivem vhodného prostředí posílí soběstačnost seniorů. Seniorské bydlení omezuje bydlení ve starších panelových domech bez výtahu, bydlení v nevyhovujícím rodinném domku nebo v nevyhovujících podmínkách u lidí s nízkým příjmem. Možností na výměnu bytu je také nedostatek. Podmínky pro bydlení jsou jedním z důležitých kritérií, které ovlivňují rozhodnutí pečující rodiny, zda bude možné společné bydlení, a tím i možnost pečovat o závislého seniora v domácím prostředí. Důležitá je velikost bytu, rodinného domku, bariery, ale i dostupnost služeb.

Materiální podmínky rodiny tvoří její zdroj příjmů - mzda, důchod nebo sociální dávky, profese či postavení ve společnosti, zda je rodina ekonomicky silná nebo se pohybuje na hranici chudoby. S tím souvisí i otázka bydlení, možnost vlastního auta či dalších kompenzačních pomůcek. Také záleží, jakým způsobem života žil senior, jak se připravil na stáří, jaké má své finanční zázemí a zda děti musí pomáhat i v této

oblasti, důležitý je jeho zdravotní stav. To vše ovlivňuje sociální situaci rodiny a možnost pečovat v domácím prostředí, proto sociální situace rodiny, její podmínky, za kterých pečují, budou také jedním z předmětů výzkumu.

Sociálním službám a dalším institucím, které mohou poskytnout pečujícím rodinám potřebnou podporu, je věnována následující kapitola.

## **2.7 Instituce pro podporu pečujících o seniory v domácím prostředí**

Sociální služby jsou vymezené Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Ministerstvo práce a sociálních věcí, online), který definuje typy služeb, pravidla pro jejich poskytování a způsob zajištění jejich kvality. Služby poskytují státní a nestátní neziskové organizace, které jsou uvedeny na internetových stránkách ve veřejném registru sociálních služeb.

Rodiny a senioři mohou využívat sociálního poradenství a typy služeb – terénní, ambulantní nebo pobytové. Terénní - **pečovatelská služba** je vhodná pro rodiny, které pracují a potřebují zajistit péči o seniora v době jejich zaměstnání nebo pečují celodenně, ale nezvládnou některé úkony. Ambulantní služby, zejména **denní stacionář**, jsou oporou rodině, pokud potřebují celý den na vyřízení svých záležitostí nebo si odpočinout. Pobytové služby – **respitní péče**, pomáhají rodině zajistit delší odpočinek, odjet na dovolenou, někdy i zvládnout svoje zdravotní problémy, aby mohli opět pečovat. Stejný účel mají odlehčovací služby terénní či pobytové. V oblasti zdravotní je velkou oporou **domácí zdravotní péče**, pokud zdravotní stav vyžaduje, je možná hospitalizaci v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných nebo v hospici. Pokud se projeví závažné překážky v pečování, mohou být oporou domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Zdravotní a sociální služby doplňují neformální péči, měly by být dostupné a dostatečně flexibilní, zaměřené na kvalitu života seniorů. V jednotlivých regionech existují rozdíly v rozsahu poskytovaných služeb, zejména v terénních službách.

Pečující rodiny mohou získat informace od lékařů, na internetových stránkách, od sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, u poskytovatelů sociálních služeb a u sociálních pracovníků na sociálních odborech Městských úřadů, kde mohou řešit otázky zvláštního příjemce důchodu nebo institut opatrovnictví. Pečující rodina musí spolupracovat s institucemi, jako je Úřad práce z důvodu sociálních dávek, se zdravotní pojišťovnou většinou při zajišťování kompenzačních pomůcek. Při jejich výběru se mohou obracet přímo na firmy poskytující kompenzační pomůcky. Mohou využívat komerčních služeb, které zajistí např. pomoc s úklidem.

Významnou úlohu mohou mít pro pečující podpůrné spolky – Parkinson, Roska, Svaz postižených civilizačními chorobami, Svaz tělesně postižených v České republice, dále Česká alzheimerovská společnost a další.

## **Shrnutí**

Péče o závislého seniora je pro pečující rodinu sociální událostí, která zasahuje do jejich osobních životů. Záleží na sociální situaci pečujících, jejich věku, finančních možnostech, bydlení, potřebných informacích, zdravotním stavu jejich i seniora, vnímání psychické, fyzické a časové náročnosti péče, zda se rozhodnou pečovat a jakým způsobem potřebnou péči zajistí. Pokud pečující nemá možnost saturovat svoje potřeby, dochází k přetížení, ke zhoršení zdravotního stavu, které se mohou projevit nedostatečnou péčí, syndromem vyhoření a nutností umístění seniora do ústavní péče. Proto bude praktická část zaměřena na zmapování potřeb pečujících a způsobu jejich saturace, protože kvalita života seniorů a pečujících souvisí s podporou ze strany státu a sociálních služeb.



## Část praktická

### 3 Výzkum v rodinách pečujících o závislého seniora v regionu Nymburského okresu

Praktická část bakalářské diplomové práce je zaměřena na rodiny pečující o závislého seniora v domácím prostředí v regionu okresu Nymburk. Senioři, o které rodiny pečují, jsou uživateli služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. Téma výzkumu bylo zvoleno na základě mé profesní praxe v této organizaci. Cílem výzkumu je zmapovat komplexní potřeby pečujících rodin, podmínky, za jakých pečují a zjistit, jakou pomoc potřebují. Na základě analýzy dat budu hledat možnosti, jak ve výše uvedené organizaci zefektivnit poskytované služby a spolupráci s rodinou s cílem zajistit potřebnou podporu pečující rodině v dlouhodobém pečování, aby se předešlo jejímu vyčerpání a následně nutnosti umístění seniora v ústavní péči.

#### 3.1 Prostředí výzkumu

Okres Nymburk je jedním ze 12 okresů Středočeského kraje. Nachází se na východně od Prahy v nížině středního Polabí, která je převážně zemědělskou oblastí. Na jeho rozloze 850 km<sup>2</sup> se nachází 87 obcí, mezi nimi je pouze 7 menších měst a 3 městyse. Největšími městy jsou Poděbrady a Nymburk s necelými 15 000 obyvateli. Celkem žije 58 % obyvatel ve městech a 42% v obcích (Města, obce a vesnice v ČR, online). Rozložení mnoha malých obcí, ovlivňuje náročnost poskytování terénních sociálních služeb.

Na území okresu Nymburk žije 93 433 obyvatel, z toho 45 702 mužů a 47 731 žen. **Ve věku nad 65 je let 15,1 %** z celkového počtu obyvatel (Český statistický úřad, údaje k 1. 1. 2011, online).

Města Poděbrady, Nymburk, Lysá nad Labem jsou obce s rozšířenou působností, a obce s pověřenými obecními úřady jsou města Sadská a Městec Králové. Senioři tohoto regionu mohou využívat služeb dvou poskytovatelů sociálních a zdravotních terénních služeb, dvou nemocnic, tří domovů pro seniory, včetně domova se zvláštním režimem, 14 Domů s pečovatelskou službou s kapacitou 256 míst. V dalším textu popíší podrobněji společnost Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., jednoho z největších poskytovatelů terénních služeb regionu, protože bude prostředím, kde bude proveden výzkum.

### **Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.**

Společnost Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. poskytuje terénní sociální služby v regionu okresu Nymburk v různých podobách od roku 1971. Za tuto dobu prošla organizace značnými změnami a vývojem. V roce 2005, kdy se Krajský úřad rozhodl, že nebude zřizovatelem terénních služeb v rámci Středočeského kraje, starostové měst a obcí okresu přispěli svým rozhodnutím k zachování regionální organizace formou obecně prospěšné společnosti, kterou založilo město Poděbrady. V roce 2001 se podařilo registrací nestátního zdravotnického zařízení sociální služby rozšířit o domácí zdravotní péči a obě služby v domácím prostředí klientů provázat. Domácí zdravotní péči poskytují registrované zdravotní sestry, na základě ordinace praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře v nemocnici podle potřeby 7 dní v týdnu, 24 hod denně. Pro nemocné je tato služba bezplatná, hrazená zdravotními pojišťovkami. Posláním společnosti je zajistit pomoc a podporu klientům ve vlastním sociálním prostředí. Myšlenka domov je doma se naplňuje prostřednictvím poskytování širokého spektra sociálních služeb a jejich vhodnou kombinací. Společnost má registrovány sociální služby - pečovatelská služby, osobní asistence, denní stacionář a odlehčovací služby (terénní a pobytové).

Organizačně je provoz rozčleněn do čtyř středisek se sídlem v Poděbradech, Nymburce, v Lysé nad Labem a v Městci Králové, ředitelství organizace je v Poděbradech. Společnost zaměstnává celkem 120 pracovníků, kteří

z jednotlivých středisek poskytují služby občanům žijícím jak ve městech, tak na obcích. **Služby jsou dostupné** každému člověku podle jeho individuálních potřeb bez rozdílu bydliště v celém regionu okresu Nymburk, a to nejen v pracovní dny od 7 do 15.30 hod, ale podle potřeb klientů i ve večerních hodinách, o víkendech a svátcích.

**Cílovou skupinou** jsou občané v nepříznivé životní situaci, kteří z důvodu stáří, nemoci, zdravotního či tělesného postižení, potřebují pomoc druhé osoby se zajištěním základních životních a osobních potřeb v domácím prostředí. V současné době využívá služeb 1400 klientů. Nejvíce klientů je ve věkové skupině starších seniorů 76-90 let 62 %, nad 90 let je 10 % klientů, mladších seniorů ve věku 60-75 let je 22 %, nejméně 6 % tvoří skupina dospělých do 60 let. Vzhledem k velkému počtu klientů ve věkové skupině starších seniorů, kdy se často zvyšuje jejich závislost na pomoci rodiny, je nutná spolupráce s rodinou, aby senioři mohli žít ve svých domovech. Proto, abych lépe porozuměla pečujícím rodinám a poskytla jim potřebnou podporu, zvolila jsem si pro svou bakalářskou diplomovou práci výše uvedené téma.

Financování společnosti je více zdrojové, státní dotace, přispívají města a obce, úhrady od klientů. Společnost využívá možnosti finančních zdrojů z různých projektů a sponzorské dary. Domácí zdravotní péče je hrazena podle smluvního ujednání zdravotními pojišťovkami.

Sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy s klientem, podle jeho individuálních potřeb a dle individuálního plánu klienta. Úhrady za sociální služby jsou dány ceníkem. Služby jsou poskytovány podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (Portál veřejné zprávy, online).

Poskytováním služeb se snažíme pomoci naplnit nejen základní životní potřeby klientů, ale také se zajímáme o kvalitu jejich života, vyplnění volného času, možnosti kontaktu s druhými lidmi. Aktivizace klientů probíhá v domácím prostředí, v denních stacionářích, podle možností zapojením do společenských aktivit v místě bydliště a pořádáním kulturních

akcí naší organizací, např. posezení při hudbě, opékání špekáčků na Cidlině. Mezi největší akce patří organizace soutěžní výstavy Šikovné ruce našich seniorů, nyní již celorepublikové akce, pořádané letos po čtrnácté.

### **3.2 Cíle výzkumu, hypotézy**

**Cílem** výzkumu je zjistit odpověď na otázku: „Jaká jsou specifika situace rodin pečujících o závislé seniory v přirozeném sociálním prostředí na okrese Nymburk?“

#### **Pracovní cíle:**

1. Zjistit podmínky, za jakých rodina pečuje o závislého seniora v přirozeném sociálním prostředí.
2. Zmapovat potřeby pečujících rodin.
3. Zjistit jaké formy pomoci a podpory považují členové pečujících rodin za efektivní.
4. Vypracovat pro organizaci Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. návrh opatření na zefektivnění poskytovaných služeb a spolupráci s rodinou.

**Hypotézy** k jednotlivým pracovním cílům byly vytvořeny na základě zpracované teoretické části bakalářské diplomové práce a profesní zkušenosti z oblasti sociální a zdravotní práce se seniory.

#### **Hlavní hypotéza**

Lze předpokládat, že pro pečující rodinu je důležitá opora v institucích, aby mohla v domácím prostředí pečovat o seniory a nemuselo dojít k jejich umístění do ustavní péče.

Prvním pracovním cílem je zjistit, za jakých podmínek rodina pečuje o závislého seniora v přirozeném sociálním prostředí, stanoveny byly hypotézy:

**Hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že ve většině případů budou závislí senioři bydlet společně s pečující rodinou.

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že péči o závislého seniora zabezpečují ve většině pečujících rodin ženy.

**Hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že za významný zdroj svých finančních příjmů označí většina členů pečujících rodin příjmy ze systému sociálního zabezpečení.

### **Operacionalizace:**

Pečující rodina - rodina, která poskytuje péči svým starším nesoběstačným členům – rodičům, prarodičům a dalším příbuzným v domácím prostředí.

Přirozené sociální prostředí - prostředí vlastního domova seniorů nebo společné bydlení s dětmi.

Ústavní péče - péče poskytovaná na lůžkovém oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných nebo v Domově pro seniory.

Péče - poskytovaná pomoc a podpora nesoběstačným seniorům ve formě materiální, kognitivní a emocionální pomoci (kapitola 2.2 této bakalářské diplomové práce).

Závislý senior - za seniora je považován člověk ve věku nad 60 let, který z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled druhé osoby v oblasti péče o vlastní osobu a soběstačnost ve III. stupni těžké závislosti a ve IV. stupni úplné závislosti (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 8, 2c) d), Portál veřejné správy, online).

Instituce – instituce poskytují formální péči, jsou vymezené Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišujeme instituce terénní, ambulantní, pobytové (kapitoly 2.2, 2.7 této bakalářské diplomové práce)

Většina je více než 51%, menšina je méně než 50%, polovina je 50%.

Podmínky pro pečování charakterizuje sociální situace rodiny. Sociální situaci bude hodnocena podle těchto ukazatelů – věk pečujících a pohlaví, rodinný stav, vzdělání, vztah k seniorovi – manžel, dcera, syn, vnučka, vnuk, zeť, snacha, sociální role – zaměstnaný, starobní – invalidní důchodce, manžel, manželka, rodič, prarodič, jakou pomoc potřebuje senior, kdo v rodině pomáhá pečovat – rodina úzká, širší, sousedé, známý, organizace a jaké, bydlení – byt, rodinný domek, bydlení – společné, samostatné, v obci, ve městě, kompenzační pomůcky, finanční podmínky - zdroj příjmu – mzda, důchod invalidní, starobní, příspěvek na péči, jiné sociální dávky, odchod ze zaměstnání (kapitola 2.6 této bakalářské diplomové práce).

Druhým pracovním cílem je zmapovat potřeby pečujících rodin, stanoveny byly hypotézy:

**Hypotéza č. 4:** Lze předpokládat snížení finančních příjmů u většiny pečující rodin v době pečování.

**Hypotéza č. 5:** Lze předpokládat u většiny pečujících nedostatek informací spojených s pečováním.

**Hypotéza č. 6:** Lze předpokládat, že většina pečujících uvede v souvislosti s pečováním nedostatek času pro sebe, na aktivity mimo domov, na své přátele.

#### **Operacionalizace:**

Potřeby pečujících rodin – potřeba informací, finančního zabezpečení, potřeba zdraví, spánku, odpočinku, potřeba sociálních kontaktů, potřeba seberealizace, autonomie (kapitola 2.5 této bakalářské diplomové práce).

Informace spojené s pečováním – informace z oblasti ošetrovatelské péče, kompenzačních pomůcek, o nemoci seniora, o dávkách sociálního zabezpečení, o sociálních službách.

Finanční příjmy – mzda, přivýdělek.

Třetím pracovním cílem je zjistit jaké formy pomoci a podpory považují členové pečujících rodin za efektivní, byly stanoveny hypotézy:

**Hypotéza č. 7:** Lze předpokládat, že pro většinu pečujících rodin, bude významná pomoc se zajištěním úkonů v oblasti osobní hygieny seniorů a možnost zastoupit v pečování.

**Hypotéza č. 8:** Lze předpokládat, že ve většině případů pečující rodiny budou využívat možnosti více než jedné služby organizace Centrum sociálních zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.

**Hypotéza č. 9:** Lze předpokládat, že pečující rodina, která využívá podporu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb, umístí své seniory do ústavní péče v méně než 10 % případů za rok.

#### **Operacionalizace:**

Sociální služby vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – pečovatelská služba, asistenční služba, odlehčovací služby, denní stacionář, včetně poskytování jednotlivých úkonů v rámci služby.

Domácí zdravotní péče – poskytování zdravotních úkonů na základě ordinace praktického lékaře zdravotní sestrou v domácím prostředí. Odbornost 925, Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 138/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů.

### **3.3 Popis výzkumného vzorku**

Do výzkumného vzorku byly zařazeny rodiny pečující o závislé seniory v domácím prostředí na okrese Nymburk. Podmínkou byla výše příspěvku na péči III. a IV. stupně u seniorů a poskytování některé ze služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, formou jedné a více návštěv denně, jejíž náplní nebyl pouze dovoz obědů.

Velikost výzkumného vzorku byla stanovena s ohledem na celkový počet klientů a jednotlivá střediska. Organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. poskytovala k 30. 11. 2012 sociální služby 1369 klientům ve 4 střediscích. Přehled počtů klientů podle středisek a výše příspěvku na péči uvádí tabulka č. 1, včetně počtu klientů a rodin stanovených ve výzkumném vzorku. Z každého střediska byla oslovena každá pátá rodina podle abecedního seznamu, jejíž senior splňoval výše zadaná kritéria, celkem 20 pečujících rodin.

Středisko	Počet klientů	Počet klientů s příspěvkem na péči	Z toho III. a IV. stupeň	Výzkumný vzorek, počet
Lysá nad Labem	332	101	18	3
Městec Králové	236	78	26	3
Nymburk	548	209	45	10
Poděbrady	253	98	21	4
Celkem	1369	486	110	20

*Tabulka 1. Počet klientů podle jednotlivých středisek k 30. 11. 2012, počet klientů s příspěvkem na péči celkem, z toho III. a IV. stupeň, počet klientů a jejich rodin ve výzkumném vzorku ze všech středisek.*

### 3.4 Metodika výzkumu

**Objektem výzkumu** je rodina pečující o seniora v domácím prostředí a spisová dokumentace klientů ve vybraném regionu.

**Předmětem výzkumu** jsou potřeby pečujících rodin a způsoby jejich naplňování ze strany vybrané služby, případně požadavky rodin na zefektivnění služeb.

Výzkum bude proveden metodou terénního šetření. Výzkumnou technikou bude rozhovor a analýza produktů lidské činnosti, v tomto případě spisové dokumentace klientů.



### Analýza spisové dokumentace klientů

Analýza spisové dokumentace klientů bude provedena s cílem zjistit, o koho rodina pečuje, jaké jsou potřeby seniora a jaká péče mu je poskytována organizací. Kritéria rozboru spisové dokumentace jsou uvedena v příloze č. 1. K analýze bude použita spisová dokumentace klientů Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., kteří budou ve výzkumném vzorku.

### Rozhovor s pečující rodinou

Rozhovor bude proveden formou polostandardizovaného rozhovoru. Připravené otázky budou osnovou pro rozhovor, jsou uvedeny v příloze č. 2. Odpovědi budou zaznamenávány písemně.

## **3.5 Vlastní výzkum**

Vlastní výzkum byl proveden u vybraného vzorku klientů, který splňoval předem stanovená kritéria. Výzkumný vzorek 20 klientů a jejich pečujících rodin byl ze všech čtyř středisek organizace, tvořil 1,4% z celkového počtu klientů organizace a 18,8% klientů s příspěvkem na péči III. a IV. stupně. Výzkum byl proveden se souhlasem ředitelky organizace za dodržení etických pravidel. Výzkum byl proveden dvěma technikami, analýzou spisové dokumentace seniorů a rozhovory s jejich pečujícími rodinami. Obě techniky provedla autorka práce sama. Statistická data za celou organizaci byla zpracována z počítačového programu se souhlasem ředitelky organizace.

### **3.5.1 Analýza spisové dokumentace**

Analýza dat, získaných ze spisové dokumentace klientů Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady z výzkumného vzorku, ukázala, o koho rodiny pečují. Výzkumný vzorek seniorů je o dva vyšší, než je pečujících členů rodiny, protože jedna dcera pečuje jak o svou matku, tak společně i o svou sestru, zrovna tak zeť pečuje o tchyni a svou manželku, která

je nyní dlouhodobě nemocná. Celkový počet seniorů ve výzkumném vzorku je 22. Z toho šest mužů ve věkovém rozmezí 65 – 88 let a 16 žen ve věku 65 – 101 let (tabulka č. 2). Ve věku nad 80 let převažují ženy, tomu odpovídá i počet 11 vdov ve výzkumném vzorku seniorů. Mezi 22 seniory byli také zaznamenáni dva rozvedení, osm z nich žije stále v manželství (tabulka č. 3), ve kterých vychovali své děti, které o ně dnes pečují (tabulka č. 4). Jedno manželství bylo bezdětné.

Věk klientů	60 – 69 let	70 – 79 let	80 – 89 let	90 – 99 let	100 a více	celkem
Muži	3	1	2	0	0	6
ženy	3	2	7	3	1	16
Celkem	6	3	9	3	1	22

Tabulka 2. Počty klientů ve výzkumném vzorku, rozdělení podle věku a pohlaví.

Rodinný stav klientů	Svobodný svobodná	Ženatý vdaná	Rozvedený rozvedená	Vdovec vdova
Muži	0	5	1	0
Ženy	1	3	1	11
celkem	1	8	2	11

Tabulka 3. Počet klientů rozdělených podle rodinného stavu.

Počet dětí v rodině seniora					
	0	1	2	3	4
Muži	0	3	2	1	0
ženy	2	4	8	1	1
Celkem	2	7	10	2	1

Tabulka 4. Počet dětí v rodině seniora ve výzkumném vzorku.

Tabulka č. 5. uvádí počet seniorů ve III. a IV. stupni závislosti a její možné příčiny. Ve výzkumném vzorku u seniorů převažují v 16 případech

chronické nemoci, v pěti případech různé formy demence nebo se kombinují. Většina klientů má úplnou nebo částečnou inkontinenci (tabulka č. 6) a jejich pohyblivost je výrazně omezená (tabulka č. 7).

	Příspěvek na péči		Příčina závislosti			
	III. stupeň	IV. stupeň	Chronická nemoc	Duševní nemoc	Demence	Obojí
Muži	5	1	4	1	1	2
ženy	6	9	12	1	4	1
Celkem	11	10	16	2	5	3

*Tabulka 5. Rozlišení stupňů závislosti a možné příčiny závislosti u výzkumného vzorku seniorů.*

Inkontinence	není	občas	úplná
muži	0	2	4
ženy	3	4	9
celkem	3	6	13

*Tabulka 6. Rozlišení typu inkontinence ve výzkumném vzorku seniorů.*

Pohyblivost	muži	ženy	celkem
Chůze samostatná	0	1	1
Chůze s pomocí druhé osoby	3	5	8
Přemístění na invalidním vozíku	3	3	6
Ležící na lůžku	0	7	7

*Tabulka 7. Rozlišení pohyblivosti ve výzkumném vzorku seniorů.*

Všichni senioři jsou závislí při pohybu na pomoci druhé osoby a potřebují k usnadnění pohybu a péče různé kompenzační pomůcky (tabulka č. 8). Pouze jedna klientka se pohybuje sama, ale vzhledem k demenci potřebuje celodenní dohled. Uvedená data potvrzují obecně uznávanou náročnost péče o osoby s těžkou nebo úplnou závislostí, která zvyšuje nároky na pečující osoby po stránce fyzické i psychické. Vzorek seniorů obsahuje typické

vlastnosti a situace, se kterými se setkáváme v naší praxi u takto závislých seniorů, kteří mají pečující rodinu, která chce dlouhodobě pečovat.

Kompenzační pomůcky	Polohovací lůžko	Invalidní vozík	Zvedák	Toaletní křeslo	chodítko	hůl
Muži	1	2	0	1	2	1
ženy	9	7	1	3	5	0
Celkem	10	9	1	4	7	2

*Tabulka 8. Vybavení domácností kompenzačními pomůckami ve výzkumném vzorku seniorů.*

### **3.5.2 Rozhovory s pečujícími rodinami**

Rozhovor byl předem připraven, nejprve byly provedeny dva před výzkumné rozhovory, a následně byly okruhy otázek ještě upraveny (příloha č. 2). Bylo provedeno 20 rozhovorů s pečujícími členy rodin autorkou práce. Rozhovory byly vedeny formou polostandardizovaného rozhovoru a se souhlasem respondentů byly odpovědi písemně zaznamenávány. Za jakých podmínek rodina pečuje, mapovaly okruhy otázek 1-5, potřeby pečujících rodin byly získány z odpovědí na okruhy otázek č. 6-14, a jakou pomoc rodiny potřebují, obsahovaly odpovědi na okruhy otázek 15-17. Rozhovory s pečujícími rodinami byly velice zajímavé, vedly nejen k získání informací, ale i k pochopení jejich situace v širších souvislostech. Většina respondentů uvítala možnost si popovídat. Délka rozhovoru byla průměrně 60 minut.

### **3.5.3 Výzkumné závěry**

Výzkumné závěry byly zpracovány deduktivní metodou kvantitativního výzkumu. Snaha porozumět situaci pečujících rodin odpovídá přístupu k informacím v kvalitativním výzkumu (Disman 2011, s. 291). Data získaná analýzou spisové dokumentace klientů a z rozhovorů s pečujícími rodinami jsou interpretována společně u jednotlivých cílů a hypotéz výzkumu.

V přípravné fázi výzkumu bylo stanoveno devět hypotéz, které byly vyhodnoceny v pořadí podle tří pracovních cílů.

Jedním z pracovních cílů výzkumu bylo zjistit, za **jakých podmínek rodina pečuje** o závislého seniora v domácím prostředí.

Všichni pečující uvádí, a také vyplynulo ze spisové dokumentace, že jejich senioři potřebují pomoc ve všech oblastech péče o svou osobu, 24 hod denně, potřebují zajistit chod domácnosti, potřebují podporu kognitivní i emocionální. V šesti případech je se seniory obtížná komunikace, protože z důvodu nemoci nemluví, pokynům většinou rozumí.

**Důvody, které vedou rodinu k péči** o své seniory v domácím prostředí ve výzkumném vzorku, jsou morální, rodiny považují péči za samozřejmost, nechtějí své blízké dát do ústavní péče, ve dvou případech si je z ústavní péče vzali domů. Uvádím přepis odpovědí některých respondentů, které jsou výstižné za všechny:

*„S matkou mám krásný vztah, měla jsem báječné rodiče, chci se postarat z lásky, starala se o mě celý život. Je to samozřejmost, rodiče mi pomáhali, proto jí to chci vrátit.“*

*„Pokud člověk chce pečovat, tak jde všechno, člověku to nesmí být na obtíž. Nikdo neví, na jak dlouho to je. Pečuji, aby tchyně nemusela do domova pro seniory, protože doma v rodině má její život smysl.“*

*„Představila jsem si, že budu v její kůži a nechtěla jsem ji nikam dát, je to máma.“*

*„O vážně nemocnou manželku se chci postarat, jsme 40let manželé, nechci být zbabělý.“*

**Hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že ve většině případů budou závislí senioři bydlet společně s pečující rodinou.

Podmínky bydlení závislých seniorů byly zmapovány v analýze spisové dokumentace a následně doplněny o údaje z rozhovorů. Sedmnáct seniorů žije společně s rodinou v rodinném domku, tři senioři žijí společně v bytě na sídlišti, jedna žena bydlí sama v bytě a jedna sama v rodinném domku, z celkového počtu 22 seniorů. Dvacet seniorů z výzkumného vzorku bydlí s rodinou, pouze dvě ženy bydlí samy (tabulka č. 9).

Bydlení	Město	Obec	Rodinný domek	byt	S rodinou	sám
Muži	4	2	4	2	6	0
ženy	9	7	14	2	14	2
Celkem	13	9	18	4	20	2

*Tabulka 9. Počet seniorů žijících ve městě, jejich bytové podmínky, počet seniorů žijících samostatně.*

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 1 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin o těžce a zcela závislé seniory na Nymbursku se vyznačuje tím, že sdílí domácnost se závislým seniorem.

Z rozhovorů byly doplněny údaje, jak dlouho společně bydlí závislý senior a pečující rodina, které danou situaci dokreslují. V souvislosti s potřebou péče se čtyři senioři přestěhovali k dětem do rodinného domku, kde mají svůj pokoj. Ve dvou případech se děti přistěhovaly k rodičům do jejich rodinného domku, aby mohly potřebnou péči zajistit. Osm manželských dvojic spolužije celý život, čtyři pečující rodiny bydlí společně s rodiči v rodinném domku v samostatné domácnosti již řadu let. Dva senioři žijí samostatně a děti k nim pravidelně několikrát za den společně se službou dochází.

**Hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že péči o závislého seniora zabezpečují ve většině pečujících rodin ženy.

Rozbor výzkumného vzorku 20 pečujících členů rodiny ukázal, že v osmi případech byly pečujícími dcery, ve třech synové, dvě snachy a jeden zeť,

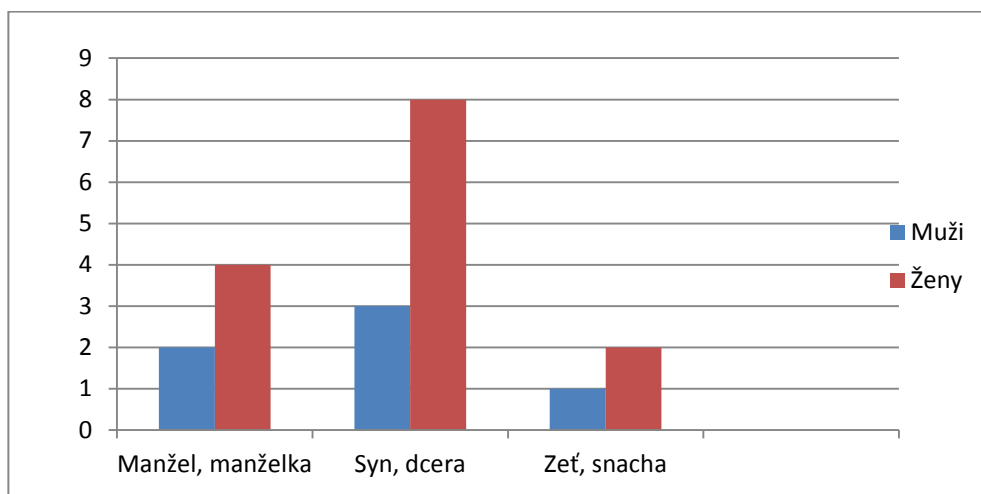
což znamená, že 55% z celkového počtu pečujících tvoří děti seniorů a 15% tvoří partneři dětí seniorů. Dva manželé pečují o své manželky, čtyři manželky o své manžele, což znamená, že 30% z celkového počtu pečujících jsou partneři seniorů. Rozlišení generací se odráží i v potřebách pečujících členů rodin. Rozdělení pečujících podle pohlaví je 14 pečujících žen a šest pečujících mužů (tabulka č. 10, graf č. 1), což je 70% žen a 30% mužů z celkového počtu pečujících.

Z uvedených dat vyplývá, že hypotéza č. 2 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme proto tvrdit, že většina pečujících rodin na Nymbursku se vyznačuje tím, že jsou pečujícími o závislé seniory ve většině případů ženy.

Vztah sestry a v jednom případě manželky není v počtu 20 pečujících zohledněn, protože pečujícími jsou v jedné osobě dcera a sestra, a v jedné osobě zeť a manžel (v tabulce znázorněn vztah v závorce).

Kdo pečuje	manželka manžel	dcera	syn	snach a	zeť	sestra	celkem
O muže	4	1	1				6
O ženy	2 (1)	7	2	2	1	(1)	14
celkem	6	8	3	2	1		20
Pečujících žen	4 20%	8 40%		2 10%			<b>14 70%</b>
Pečujících mužů	2 10%		3 15%		1 5%		<b>6 30%</b>

*Tabulka 10. Rozlišení počtu pečujících podle příbuzenského vztahu k seniorovi a podle pohlaví.*



Graf 1. Příbuzenský vztah pečujících.

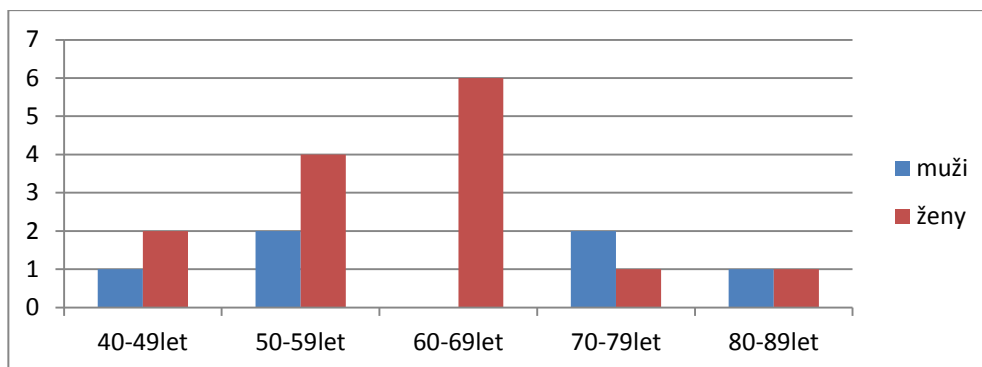
**Hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že za významný zdroj svých finančních příjmů označí většina členů pečujících rodin příjmy ze systému sociálního zabezpečení.

Ze studia dokumentace bylo zjištěno, že 70% pečujících jsou děti seniorů nebo jejich partneři, rozhovorem bylo zjištěno, že jsou ve věku 40 - 75 let, pečující partneři jsou ve věku 62 - 82 let. Rozdělení pečujících podle věku a pohlaví (tabulka č. 11), vzdělání pečujících, jejich rodinný stav (tabulka č. 12) a jejich zdroj finančních příjmů (tabulka č. 13) ukazují **finanční podmínky** pečujících rodin.

Věk pečujících	40 – 49 let	50 – 59 let	60 – 69 let	70 – 79 let	80 – 89 let	celkem
Muži	1	2	0	2	1	6
ženy	2	4	6	1	1	14
Celkem	3	6	6	3	2	20

Tabulka 11. Počet pečujících ve výzkumném vzorku, rozdělení podle věku a pohlaví.





Graf 2. Věk pečujících.

Pečující	Vzdělání			Rodinný stav		
	Střední odborné	Maturita	Vysokoškolské	Ženatý/vdaná	Rozveden	Vdova svobodná
Muži	1	3	2	4	2	-
ženy	5	7	2	8	4	1 +1
Celkem	6	10	4	12	6	2

Tabulka 12. Počet pečujících ve výzkumném vzorku, rozdělení podle stupně vzdělání, rodinného stavu.

Zdroj příjmu u pečujících	Mzda, podnikání	Zkrácený pracovní úvazek	Úřad práce	Invalidní důchod	Výsluhová penze	Starobní důchod
Muži	2				1	3
ženy	2	1	1	1		9
Celkem	4	1	1	1	1	12

Tabulka 13. Zdroj příjmu u pečujících z výzkumného vzorku.

Z rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že devět pečujících dětí nebo jejich partnerů je v produktivním věku, avšak pouze dva pracují v klasické pracovní době, jeden podniká, takže si může upravit práci podle potřeby péče a jeden pracuje na směny. Z důvodu pečování jednou zvolili zkrácený úvazek, jednou zůstali doma v částečném invalidním důchodu, jednou

zůstali doma na výsluhové penzi a jedna z nich šla do předčasného důchodu. Jedna zůstala doma, je hlášena na Úřadu práce, bez vlastního příjmu, závislá pouze na důchodu matky a na příspěvku na péči. Dvanáct pobírá starobní důchod. Zdrojem příjmu u pečujících je v pěti případech mzda, v 15 případech dávky sociálního zabezpečení – důchod starobní, invalidní výsluhová penze.

Z uvedeného vyplývá, že hypotéza č. 3 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Zároveň můžeme tvrdit, že většina pečujících rodin o těžce a zcela závislé seniory na Nymbursku se vyznačuje tím, že příjmy ze systému sociálního zabezpečení jsou pro ně významným zdrojem finančních příjmů.

Druhým z pracovních cílů výzkumu bylo **zmapovat potřeby pečujících rodin.**

**Hypotéza č. 4:** Lze předpokládat snížení finančních příjmů u většiny pečující rodin v době pečování.

Ověření této hypotézy navazuje na údaje uvedené u předchozí hypotézy (tabulka č. 13), údaje byly sděleny respondenty v rozhovorech. Devět respondentů je v produktivním věku, pouze čtyři pracují na plný úvazek a pobírají mzdu, dalších pět z důvodu pečování má svůj příjem omezený. Dva respondenti uvedli, že nemají finanční problémy a výdaje tedy nesledují. Sedm respondentů uvedlo, že finanční zabezpečení v souvislosti s pečováním je stejné, příspěvek na péči pokryje náklady na péči, ale zároveň dodávají, že šetří a žijí skromně, tak vyjdou. Jedenáct respondentů uvádí snížení životní úrovně, protože nemohou chodit do práce nebo mají velké výdaje na léky, pleny a služby. Zároveň ještě dodávají ve třech případech, že si proto nemohou dovolit zaplatit více služeb, ve čtyřech případech připouští finanční podporu od svých dětí, zejména pomoc při pokrytí nákladů spojených s bydlením.

Všichni pečující uvádí jako velice důležitou pomoc ve formě příspěvku na péči a ve třech případech příspěvku na mobilitu, bez kterých by si nemohli

dovolit žádné služby. Pečování jim usnadňují kompenzační pomůcky, pomůcky na inkontinenci.

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 4 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin o těžce a zcela závislé seniory na Nymbursku se vyznačuje tím, že v době pečování dochází ke snížení jejich finančních příjmů.

**Hypotéza č. 5:** Lze předpokládat u většiny pečujících nedostatek informací spojených s pečováním.

Rodiny z výzkumného vzorku pečují o své seniory již dlouhou dobu, v rozmezí jednoho roku až deseti let. To se projevilo v odpovědích na **potřebu informací**, která je největší na počátku pečování, když dojde ke zhoršení zdravotního stavu, zvýšení závislosti seniora a s tím spojené navýšení potřebné péče. Všichni respondenti uvádí, že si informace museli hledat a získávat sami, že záleželo na ochotě a vstřícnosti pracovníků na různých místech, se kterými se setkali a to většinou dostávali odpovědi na jednotlivé dotazy. Pouze ve dvou případech při propuštění z nemocnice dostali celý potřebný balíček informací (jak pečovat, vybavení pomůckami, o sociálních dávkách, kontakt na službu), dále pak více informací dostali, až při kontaktu s poskytovatelem služby Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady.

Informace spojené s pečováním získávali z více různých zdrojů, 16 respondentů uvedlo jako největší zdroj informací poskytovatele služeb, Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, v 10 případech to byli lékaři, v 10 případech internet, v sedmi případech kamarádi a známí, ve čtyřech případech byla zdrojem informací rodina a zdravotníci v rodině, a nemocnice, kde se snažili odkoukat, jak to dělají. Čtyřikrát uvedli jako zdroj letáky, třikrát sociální odbor. Dva členové pečujících rodin měli možnost absolvovat kurz pro pečující rodiny, který ocenili jako velice přínosný.

Na potřebu informací v současné době tři členové rodin uvádí, že by o kurz měli zájem, pokud budou mít za sebe náhradu v pečování, další tři rodiny by uvítaly informace z právní oblasti, dva o kompenzačních pomůckách. Ostatní již za dobu pečování potřebné informace získali, aktuálně si je doplňují.

Z uvedených dat vyplývá, že v současné době u výzkumného vzorku pečujících rodin nebyla prokázána platnost hypotézy č. 5, protože 1-10 let pečují a potřebné informace již získali. Všechny pečující rodiny potvrdily potřebu informací spojených s pečováním, ale zejména v době zhoršení zdravotního stavu seniora a změně v rozsahu potřebné péče. Formulace hypotézy nebyla stanovena přesně, měla být uvedena včetně časového vymezení potřeby informací.

**Hypotéza č. 6:** Lze předpokládat, že většina pečujících uvede v souvislosti s pečováním nedostatek času pro sebe, na aktivity mimo domov, na své přátele.

**Pečování o závislé seniory zasahuje do života pečujících rodin,** jak se shodují ve svých odpovědích všichni členové pečujících rodin. Uvádí časové omezení, protože se nemohou volně rozhodovat, musí neustále čas plánovat, nemohou odejít na delší čas z domova bez zajištění péče jinou osobou, neustále nosí v hlavě starost a zodpovědnost. Uvádí, že je to náročné na psychiku více než fyzická práce. Děti nemohou pracovat podle svých představ, manželé musí převzít v domácnosti plnění rolí druhého nemocné partnera. Nikdo z respondentů neuvádí narušení vztahů v rodině. Uvádím některé z odpovědí respondentů:

*„Pečování zasahuje hodně do života, mimo zaměstnání vůbec nikam nechodím, pouze si dojdu nakoupit, jsem stále doma, aby matka byla zabezpečena. V době mé práce má zajištěnou asistenční službu. Doma se věnuji péči o domácnost a matce, na vnoučata nemám čas, nemůžu si dělat, co bych chtěla.“*

*„Na dovolené v celku 14 dní jsem nebyla již několik let. Když mám volno z práce, hlídám vnoučata a pečovatelská služba zajistí péči o matku, další víkend se matce věnuji sama.“*

*„Nemůžu pracovat v zaměstnání, trochu mi chybí lidi.“*

*„Nemůžu nikam společně s manželkou, nemohu si s ní promluvit, protože má poruchu řeči.“*

*„Musím být stále doma, nikam nemůžu, až bude matka zabezpečená, ani sama k lékaři, když potřebuju. Potřebuju si odpočinout, vyčistit hlavu, mluvit s někým jiným, proto občas jedu na kole nakoupit, kde někoho známého potkám. Není to pouze fyzická námaha, ale především psychická, stále jsem ve střehu, aby se jí nic nestalo, stále jsem vnitřně neklidná.“*

V oblasti **potřeby spánku** nemá sedm pečujících žádné problémy, dalších sedm uvádí, že mají občas nedostatek spánku, podle toho, jak musí v noci vstávat a pečovat. Šest posuzuje svůj spánek jako nedostačující, protože ráno jsou neodpočinutí.

Čas na **aktivity pro sebe** mimo domov si udělá pouze pět respondentů, osm uvádí aktivity a činnosti převážně doma, protože se nemohou vzdálit, čtyři uvádí, že na jiné aktivity jim již nezbývá čas. Další tři uvádí únavu, nemají sílu a chuť na další aktivity, nemají se na co těšit. Tento čas souvisí s možností být vystřídán někým z rodiny nebo mít možnost si zaplatit více služeb. Z analýzy dokumentace vyplynulo, že sedm pečujících nemá sourozence, tudíž tíha péče je převážně na něm.

S těmito informacemi souvisí i možnosti **kontaktu s druhými lidmi**. Pět respondentů je v tomto ohledu bez problémů, pět si popovídá s lidmi, když jde na nákup, ale musí spěchat domů. Šest uvádí, že sousedka, kamarád či příbuzní přijdou občas k nim domů, protože nemají jinou možnost, jak se setkat a popovídat si. Čtyři uvádí, že nemají čas na přátele, ani na své lékaře, známí vrstevníci jim v okolí již zemřeli, těší se jen, až přijdou jejich děti. Většina respondentů vnímá v souvislosti s pečováním omezení

v kontaktu s druhými lidmi, jak je již výše uvedeno, z časových důvodů. Při výzkumných rozhorech bylo patrné, jak jsou rádi, že si mohou chvíli povídat s někým jiným.

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 6 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci ve všech částech. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin o těžce a zcela závislé seniory na Nymbursku se vyznačuje tím, že v době pečování o závislé seniory má nedostatek času pro sebe, na aktivity mimo domov, na své přátele.

Třetím z pracovních cílů výzkumu bylo zjistit, **jaké formy pomoci a podpory považují členové pečujících rodin za efektivní.**

**Hypotéza č. 7:** Lze předpokládat, že pro většinu pečujících rodin, bude významná pomoc se zajištěním úkonů v oblasti osobní hygieny seniorů a možnost zastoupit v pečování.

Pečující rodiny vnímají **náročnost pečování**, a jak ji hodnotí na stupnici od jedné do pěti, je možné posoudit v tabulce č. 14. Jeden respondent uvedl, že pokud by neměl možnost střídat se po týdnu v pečování s bratrem, péči by nezvládl. Jedna respondentka uvádí: *„Zpočátku, než jsem se vše naučila a vyrovnala se situací, myslela jsem si, že to nezvládnou, nyní už jsem si zvykla a světlym bodem pro mě jsou vnoučata, když přijedou.“* 14 pečujících, tedy 70% z výzkumného vzorku, hodnotí náročnost pečování jako velice náročnou a až na hranici svých možností.

Náročnost pečování	1	2	3	3 - 4	4	5
	bez obtíží	s obtížemi	velice náročné		na hranici mých možností	nelze zvládnout
Muži	1	1	1	2	1	
ženy		4	8		2	
Celkem	1	5	9	2	3	

*Tabulka 14. Jak vnímají náročnost pečování pečující rodiny ve výzkumném vzorku.*

Za nejvíce náročnou označují zátěž na psychiku v devíti případech, v sedmi případech fyzickou manipulaci na lůžku a přesuny na křeslo a zajistit osobní hygienu v devíti případech. Opět se opakuje jako náročné omezení kontaktu s lidmi 1x, časová náročnost 2x, nemožnost popovídat si pro poruchu řeči 2x, pocit, že se nemůžou hnout z domova a nemají čas pro sebe 3x. Z rozhovorů uvádím příklady:

*„Není žádný soukromý život, přemýšlím stále, zda je vše kolem péče zajištěné, je to psychická zátěž.“*

*„Máma pro mě znamenala autoritu, nyní je pro mě deprimující, vidět ji v tomto stavu ležící na lůžku. Je náročné se s tím vyrovnat, ale musí jít i stud stranou, aby mohla zůstat doma a nemuseli jsme ji dát do domova pro seniory. Proto dochází pečovatelská služba třikrát za den a pomáhá s osobní hygienou a převlečením.“*

Všichni pečující se přesto chtějí o své blízké postarat doma a nechtějí je nikam umístit, proto v jejich pocitech, jak uvádí, převládají obavy o své zdraví, aby sami neulehli 10x, pocity permanentní povinnosti 3x, zodpovědnosti 1x, strach ze zhoršení zdravotního stavu svého blízkého 4x, strach z jejich smrti 2x. Ve třech případech pečující uvedli, že jsou v pohodě, u pěti se střídají pocity pohody a nepohody, podle toho zda se něco akutního neděje, tři pečující uvedli pocity únavy a vyčerpání. Z toho vyplývá, že potřebují pomoc dalších osob, aby mohli pečování zvládnout.

Pečující rodina nejprve hledá spolupráci ve vlastních rodinách, mezi příbuznými, zejména mezi sourozenci. V jedné rodině se střídají dva synové po týdnu, v neděli si předají službu a druhý syn pokračuje v péči o ležící matku v její domácnosti společně s pečovatelskou službou. V druhé rodině se střídají tři sestry, jedna bydlí společně s matkou a pečuje čtyři dny v týdnu, druhé dvě dojíždějí a pečují další dny. Všichni se společně domluví o plánu svých dovolených. Obě rodiny takto pečují již dlouhou dobu, oceňují možnost načerpat síly v době volna. Pečující osoby uvádí, že je pro ně důležitá pomoc dalších členů rodiny: pomáhají manželé a manželky ve čtyřech případech, synové, dcery a snacha v osmi případech, ze širší rodiny sourozenci pečujících 5x, jejich rodiče 2x a synovec 1x u bezdětných manželů. Dále uvádí pomoc sousedky 2x, přítelkyně 3x a jejich pomoc různě kombinují.

Z jiných komerčních služeb využívali rodiny pouze 1x dovoz obědů. Pomoc podpůrných spolků využívá pouze jeden člen pečující rodiny, a to Svazu postižených civilizačními chorobami, odkud získal informace o pomůckách a v současné době se účastní relaxačních pobytů.

Z rozhovorů s pečujícími rodinami vyplynulo, že možnost využívání služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, je pro ně ve 14 případech zásadní, protože bez této pomoci by nemohli doma péči o své blízké zvládnout a museli by je umístit do domova pro seniory. Důležitá je pro ně pomoc v průběhu celého dne, kdy je podle potřeb jejich seniorů navštěvují pracovníce přímé péče 2x až 3x denně včetně víkendů a svátků v 11 případech, jedenkrát celodenní péče 8-15.30hod v průběhu celého pracovního týdne v domácím prostředí.

Z úkonů pečovatelské služby je nejvíce využívána a oceňována pomoc s osobní hygienou a ve 13 případech, dovoz obědů u devíti seniorů, který ulehčí pečováním mužům a nemocným manželkám, pomoc při přesunech na vozík v sedmi případech, pomoc při podání jídla u šesti seniorů, sedm seniorů využívá pomoc při ošetření nohou, dva pomoc při osobní hygieně



ve středisku, tři k zajištění nákupů a pochůzek, dva úklidů v domácnosti a k doprovodu mimo domov.

U asistenční a odlehčovací služby oceňují pečující časový rozsah podle jejich potřeb, aby mohli chodit do práce nebo si zajistit svoje záležitosti, či si odpočinout v 8 případech. Odpočinek v době pobytu jejich seniora v denním stacionáři nebo v pobytových službách v Sánech, je pro načerpání nových sil pro ně také nepostradatelný, uvedlo 7 pečujících. Sedm pečujících rodin oceňuje pocit jistoty, který mu poskytovatel služeb dává. Ví, že mohou kdykoliv zavolat a v nepříznivé situaci jim bude poskytnuta podpora v oblasti poradenství nebo rozšíření služeb podle jejich potřeby. Jaký druh služeb pečující rodiny využívají, ukazuje tabula č. 15.

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 7 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin o těžce a zcela závislé seniory na Nymbursku se vyznačuje tím, že v době pečování je pro ně důležitá pomoc se zajištěním úkonů v oblasti osobní hygieny seniorů a možnost zastoupit v pečování. Možnost využívání služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady považují za zásadní, bez této pomoci by nemohli doma péči o své blízké zvládnout a museli by je umístit do domova pro seniory.

**Hypotéza č. 8:** Lze předpokládat, že ve většině případů pečující rodiny budou využívat možnosti více než jedné služby organizace Centrum sociálních zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.

Nejvíce využívanou službou u výzkumného vzorku 22 klientů je pečovatelská služba 14 klienty, odlehčovací službu v domácím prostředí využívají čtyři klienti a pobytovou odlehčovací službu pět klientů. Denní stacionář pravidelně navštěvují tři klienti s cílem zajistit kontakt s vrstevníky, aktivně vyplnit volný čas, odlehčit manželce. Osobní asistenci využívají tři klienti s cílem aktivizace a nácviku soběstačnosti v době nepřítomnosti rodiny. Domácí zdravotní péči využívá 8 klientů v kombinaci

se sociálními službami. Různé typy sociální služby podle potřeby kombinuje 6 klientů.

	Sociální a zdravotní služby						Z toho 2 a více sociálních služeb	Z toho sociální služby a DZP
	OA	DS	OS doma	OS	PS	DZP		
Muži		2	2	1	2	3	1	3
Ženy	3	1	2	4	12	5	5	5
celkem	3	3	4	5	14	8	6	8

*Tabulka 15. Počet seniorů podle druhu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb (OA osobní asistence, DS denní stacionář, OS doma odlehčovací služba terénní, OS odlehčovací služba pobytová, PS pečovatelská služba, DZP domácí zdravotní péče).*

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 8 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin na Nymbursku se vyznačuje tím, že v době pečování o závislé seniory využívají více druhů služeb organizace Centrum sociálních zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. a služby podle potřeby různě kombinují.

**Hypotéza č. 9:** Lze předpokládat, že pečující rodina, která využívá podporu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb, umístí své seniory do ústavní péče v méně než 10 % případů za rok.

V současné době o umístění do domova pro seniory uvažuje pouze jedna rodina, protože až nastane situace, že jejich senior nezvládne pobyt v noci sám doma, bude nutná ústavní péče. Společné bydlení z důvodu malého bytu není možné. O změnách v organizaci péče přemýšlí pět pečujících, zvažují zejména rozšíření služeb o odlehčovací pobytové služby a služby v domácím prostředí, dále o navýšení počtů dní v denním stacionáři. Ve třech rodinách je možná služba pouze v domácím prostředí, protože

podle rodiny by senior nezvládl vyrovnat se s cizím prostředím a nelze zajistit přesun. Ve třech případech, však služby z finančních důvodů navýšit nemohou, i když by je potřebovaly využívat ke svému odlehčení.

Rizikem pro pečující rodiny je jejich vlastní nemoc, v loňském roce dvě rodiny museli umístit seniora do léčebny dlouhodobě nemocných, aby zvládli vlastní operaci a rekonvalescenci. Z domovů pro seniory si vzali rodiny své blízké zpátky domů ve dvou případech.

V roce 2012 byla ukončena služba z důvodu odchodu do domova pro seniory nebo do léčebny dlouhodobě nemocných u 16 % seniorů z celkového počtu ukončených služeb v celé organizaci. Provedla jsem proto analýzu důvodů ukončení služby. V tomto čísle se skrývají čtyři procenta klientů, kteří žili osaměle (svobodní, rozvedení, ovdovělí, bezdětní), kde nebyla rodina, která by mohla zajistit potřebnou péči společně se sociální službou. Další dvě procenta, kdy klienti museli být hospitalizováni na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných z důvodu vážného zdravotního stavu. Dvě procenta klientů byla umístěna do domovů se zvláštním režimem z důvodu pokročilé demence, kdy byla nutná péče 24 hodin.

Uvedená data ukazují, že hypotéza č. 9 je platná pro daný vzorek respondentů a cílovou populaci. Můžeme tedy tvrdit, že většina pečujících rodin na Nymbursku se vyznačuje tím, že pokud má v době pečování o závislé seniory možnost využít podpory služeb organizace Centrum sociálních zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. mohou v domácím prostředí pečovat dlouhodobě (rodiny ve vzorku 1 -10 let), a tím seniorům zachovávají možnost žít v domácím prostředí se svou rodinou.

## Shrnutí

V praktické části byla zjišťována specifika situace pečujících rodin o závislé seniory v domácím prostředí v regionu Nymburského okresu. Pečující rodiny měli vhodné bytové podmínky pro pečování, většinou bydleli společně se seniory v rodinném domku, v pětině případů žili generace společně již řadu let. Společné bydlení snižuje finanční náklady na bydlení. V oblasti finančního zabezpečení je rodina závislá na pomoci státu, jak vyplývá z výzkumu. Pokud je pečující v produktivním věku a chce pracovat na plný úvazek a zvládnout pečovat, musí v průběhu dne využívat podpory sociálních služeb, která spotřebuje příspěvek na péči. Nemá však již čas na svůj vlastní odpočinek, ani peníze na navýšení služeb, pokud není v rodině nikdo, kdo by mohl pomoci. Zvládnout situaci a žít pouze z důchodu a příspěvku na péči seniora, bez pomoci další rodiny, je dlouhodobě také nezvládnutelné, protože nejsou peníze na službu, a tím možnost úlevy. Výzkum ověřil, že senior v době závislosti III. a IV. stupně potřebuje většinou pomoc a péči 24 hodin. Pečující potvrdili fyzickou i psychickou náročnost pečování, která omezuje rozhodování o jejich čase věnovaném odpočinku, přátelům a ostatním členům rodiny. Dlouhodobě, ve výzkumném vzorku 1-10 let, pečují rodiny, kde se sourozenci pravidelně střídají nebo děti pomáhají rodičům, kde je společné bydlení, dostatek finančních prostředků a možnost využívat podpory služeb. Pokud některé z těchto podmínek nejsou naplněny, zvyšuje se riziko vyčerpání pečujících, které povede k rozhodnutí trvale umístit blízké do domova pro seniory. Tímto rizikem jsou ohroženy tři pečující rodiny, důvodem je, že pečující nemá sourozence a další širší rodinu a nemá ani dostatek finančních prostředků na rozšíření služeb. Závěr výzkumu hlavní hypotézu potvrdil a také potvrdil poznatky získané z odborné literatury v teoretické části bakalářské diplomové práce.

Ve výzkumném vzorku pečujících rodin nebyly zaznamenány narušené rodinné vztahy, dvě rodiny i přes veškeré omezení, které pečování pro ně přináší, uvádí pozitivní hodnocení vzhledem k dětem, které mohou

alespoň doprovodit na kroužky, a děti se učí pomáhat druhým, příkladem vlastní rodiny.

*V praxi však nejsou ojedinělé případy narušených vztahů v rodině, které mají vliv na poskytování péče starším členům rodiny. V těchto případech o to častěji dochází k odchodu seniora do pobytových služeb, protože v případě těžké závislosti seniora nelze dostatečnou péči v domácím prostředí zajistit pouze za pomoci služby a občasné pomoci rodiny. Bohužel jsou i případy, kdy pro starého člověka je umístění v domově pro seniory vysvobozením a možností žít v důstojném prostředí, protože doma docházelo ze strany příbuzných různou formou ke zneužívání seniora.*

Výzkumný vzorek pečujících je naopak příkladem, že je možné v domácím prostředí v době těžké závislosti o seniory pečovat řadu let, i když musí často řešit mnoho náročných situací. Některé se snažili přiblížit v rozhovorech a upozornit na další související problematiku. Zpracování těchto informací je věnována následující kapitola, která společně s výzkumnými závěry povede ke zhodnocení činnosti a vytvoření návrhu opatření pro organizaci Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o. p. s.

## **4 Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o. p. s. a výzkum**

V rozhovorech s pečujícími rodinami vyplynuly potřeby a problémy, které nelze všechny vyřešit v rámci poskytování služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady (dále jen organizace), přesto by zde měly být uvedeny.

Připomínky pečujících rodin, co jim znesnadňuje život, pokud sami doma pečují o závislého seniora upoutaného na lůžko nebo invalidní vozík:

- Chybí bezbariérovost u lékařů, praktických, i odborných, některé ordinace jsou umístěny v prvním patře bez výtahu, proto musí hůře pohybliví pacienti dojíždět do 15-20 km vzdáleného města.
- Zubní lékař, který má bezbariérový přístup, nemůže přijmout do péče pacienta na vozíku, protože má plný limit pacientů.
- Problémem je v současné době pro pečující získat sanitu na převoz k odbornému lékaři a obtížná manipulace s ležícím člověkem při převozu. Většinou řidič jezdí sám a požaduje na příbuzných pomoc vynést nemocného do patra, pokud není v domě výtah. Přivítali by proto možnost, aby odborní lékaři, kožní lékař, chirurg, logoped, diabetolog, nebo psychiatr, mohli v případě potřeby navštívit ležícího nepohyblivého pacienta v domácím prostředí, tak jako praktický lékař. Podobné to je s fyzioterapeutem, kterého si platbou v hotovosti hradí ve dvou rodinách, aby mohl docházet za nimi domů.
- Bariery ve městě a na obcích limitují a znesnadňují pohyb venku, pokud jdou pečující na procházku se seniory za pomoci invalidního vozíku, je to pro každého fyzicky náročný úkol.
- Bariery v bytech činžovních domů bez výtahu, schody v rodinném domku, bydlením v malé obci s nedostatečným autobusovým spojením, jsou důvodem ke změně bydliště. To je ovšem většinou nereálné,

protože kapacita bytů v domech s pečovatelskou službou je nedostačující, na byt se čeká i několik let.

- Úklid společných prostor v panelovém domě je stejnou povinností pro nemocného nepohyblivého starého člověka, jako pro mladé. Úklid musí zajistit rodina nebo si na úklid zajistit službu a zaplatit ji. Řešit morální přístup ke starším a nemocným spoluobčanům však není předmětem této práce.

Problémy barier na obcích a u lékařů nejsou v kompetenci poskytovatele služeb vyřešit, ale v rámci komunitní práce na jednotlivých střediscích, mohou vedoucí středisek ve spolupráci s Městskými a obecními úřady na tyto problémy upozorňovat a prosazovat jejich řešení v zájmu všech klientů a občanů.

#### **4.1 Návrh opatření na zefektivnění poskytovaných služeb**

Činnost organizace byla hodnocena podle jednotlivých oblastí na základě výzkumných závěrů a připomínek respondentů, které vyplynuly z odpovědí na otevřené otázky v rozhovorech. V hodnocení se odráží profesní zkušenost a snaha o kritický pohled na současnou praxi vzhledem k pečujícím rodinám.

K vybavenosti organizace pomůckami nebyly zaznamenány připomínky. **Barriery v bytech** a možnost jít ven, lze řešit za pomoci stávajících kompenzačních pomůcek. Organizace má půjčovnu pomůcek, které podle potřeby zapůjčí na určitou dobu, než si klient zajistí pomůcku vlastní. Vedle běžných pomůcek je k dispozici koupací nafukovací lůžko do domácnosti a zvedací zařízení do vany do domácnosti, lze zajistit bezbarierové koupání na středisku osobní hygieny, schodolez a další pomůcky. Ke zvážení je, zda mít i vlastní mobilní zdvihací zařízení, které by se mohlo podle potřeby převážet do domácnosti a tam usnadnit manipulaci s ležícím klientem a jeho koupání. Je to však pro organizaci finančně nákladné a je nutné mít

kolektivu pracovníků vždy i mužskou ruku k přepravě pomůcky. Zatím se řeší tím, že se rodině pomáhá zajistit si pomůcku vlastní. Spolupracujeme s firmami, které podle potřeby přijedou za klientem a přímo v domácím prostředí vyberou vhodnou pomůcku (invalidní vozík, schodolez, zvedací zařízení).

**Závěr:** Poradenská činnost v organizaci v této oblasti funguje dobře, zajišťují ji vedoucí středisek a sestry domácí zdravotní péče. Informace jsou pro pečující důležité v okamžiku zhoršení zdravotního stavu a pohyblivosti seniora nebo pečujících, na začátku, ale i v průběhu služby.

**Doprovod klientů** mimo domov souvisí často s omezením lékařů vypsát na převoz k odbornému lékaři sanitu, proto se požadavek na tento úkon zvyšuje. U ležících pacientů není se sanitou problém, ale s fyzickou přepravou, jak je uvedeno výše. Pečující rodiny úkon doprovodu doplňují o potřebu zajistit přepravu do odlehčovacích služeb pobytových, pokud ji senior nezvládne v osobním autě. Pečující rodina se informovala na platbu v hotovosti za převoz sanitou mimo zdravotní důvody, jedna cesta by stála 1500Kč, což si nemůže dovolit.

**Závěr:** Zajistit převoz ležícího klienta organizace nemůže, protože nemá potřebné vozidlo. Požadavek na přepravu klienta na vozíku, vyžaduje také upravený automobil, organizace se již rozhodla v loňském roce pro jeho získání, ale z nedostatku finančních prostředků k jeho zakoupení zatím nemohlo dojít. Organizace doprovod klientům zajišťuje individuálně podle potřeby k lékaři, na úřady, do denního stacionáře, do střediska osobní hygieny a další, pokud klient zvládne přesun do auta za pomoci druhé osoby.

**Rozsah sociálních služeb** je pro současné potřeby seniorů a jejich pečující rodiny dostačující, požadavky na další služby nebyly zaznamenány. Jak již bylo uvedeno, služby si podle potřeby různě kombinují. V rozhovorech jsem zaznamenala: *„Péče poskytovaná v léčebně dlouhodobě nemocných a ve vašich odlehčovacích službách se nedá porovnat, u vás byla super.*



*Škoda jen, že je problém s převozem, matku nelze převézt osobním autem, jinak bychom službu využili častěji.“*

**Závěr:** Potvrdila se potřeba fyzioterapeuta v terénu, který by mohl, na základě ordinace lékaře, provádět úkony v domácím prostředí klientů a služba byla hrazena ze zdravotního pojištění. Ze zákona tato možnost existuje, musí být vypsáno výběrové řízení a uzavření smlouvy je v kompetenci zdravotní pojišťovny. Tato služba by společně s domácí zdravotní péčí a sociálními službami pomohla zajistit vyšší kvalitu života klientů, přispěla by ke zlepšení jejich pohyblivosti a soběstačnosti.

**Časovou dostupnost služeb** podle individuálních potřeb klientů i několikrát za den a o víkendech, si pečující ve většině případů pochvalují. U dvou pečujících členů by pomohlo zlepšit kvalitu života, kdyby si mohli večer zajít například do divadla, nebo se vzdálit na celou noc.

**Závěr:** Zvážit i toto časové rozmezí služby, možnosti personální kapacity a organizaci práce na jednotlivých střediscích.

**Ke kvalitě poskytovaných služeb a jejich organizaci** přispějí i tyto postřehy pečujících. Rodině přináší větší pocit klidu, když je mimo domov, pokud ví, že péči převzal pracovník, který dobře zná klienta a prostředí. Pečujícím přináší pocit jistoty a klidu, že vědí, když budou náhle něco potřebovat, že mohou zavolat o radu nebo pomoc. Připomínkou byl jiný přístup ke vzdělaným seniorům, zejména v oblasti jejich aktivizace. V současné době navštěvuje denní stacionáře velká část klientů s poruchami paměti. S kvalitou práce pracovníků byli pečující spokojeni, ve dvou případech vidí rozdíl mezi jejich prací. Uvádím rozhovor s respondentem, vysokoškolsky vzdělaným, který musel celý život odvádět se svými pracovníky precizní práci: *„Oceňuji ochotu a vstřícnost pracovníků, pokud potřebuji s něčím pomoci, jejich poctivou prací, nic neodbudou. Dochází k nám ráno a večer, zajistí osobní hygienu, čistotu toaletního křesla, v poledne přivezou oběd, sestry domácí zdravotní péče dochází 3x týdně za účelem ošetřovatelské rehabilitace. Myslím si, že jste špička v republice.“*

V průběhu rozhovoru s pečujícími jsme postupně nacházeli cesty, kde by se dali služby rozšířit, upravit nebo kde najít nějakou radost, jak si život obohatit.

Závěr: Doporučení, věnovat rozhovor pouze pečujícímu, rozlišit čas pro klienta a čas pro rodinu, poslouchat a společně hledat řešení, být psychickou oporou i pečujícím.

#### **4.2 Návrh opatření v oblasti spolupráce s rodinou**

Čtvrtým pracovním cílem bylo vypracovat pro organizaci Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o. p. s. návrh opatření na zefektivnění poskytovaných služeb a spolupráci s rodinou.

V předchozím zhodnocení činnosti již některé návrhy na zefektivnění služeb byly v závěrech řečeny, nyní se zaměřím na spolupráci s rodinou. V této oblasti bych doporučila vycházet z teorie systemického přístupu v sociální práci, zaměřit se více na rodinu, v sociální práci se zajímat hlouběji o celý systém, seniora i pečující rodiny. V současné době je spolupráce s rodinou popsána a nastavena ve standardech kvality k jednotlivým službám. Tyto zásady spolupráce bych navrhovala rozšířit o sociální práci s rodinou pečující o závislého seniora, s cílem, předejít vyčerpání pečujících a tím předejít trvalému umístění seniora do pobytového sociálního zařízení. Úskalí, která musí pečující rodiny zvládnout je mnoho, a v podstatě nemají v současné době možnost ucelených informací a potřebnou podporu. Riziko vyčerpání se zvyšuje u pečujících, kde chybí širší rodina, u pečujících bez finančních prostředků, registrovaných na Úřadu práce, a těch, kteří nedokážou odpočívat a péči ani na chvíli přenechat druhým. U rodin, které absolvovali kurz se základy psychohygieny, byl vidět rozdíl, jak vnímali svoje potřeby.

Návrh konkrétních opatření:

- Seznámit spolupracovníky na všech střediscích s problematikou pečujících rodin, aby pochopili jejich situaci, a při poskytování služeb byli oporou seniorům i členům pečující rodiny.

- Podpořit vedení organizace při přípravě kurzů pro pečující rodiny, podporovat rodiny pečující o závislé seniory v jeho absolvování, jako důležitou prevenci syndromu vyhoření.
- Senior a rodina, sociální pracovník, vytvořit a zachovat rovnocenný, partnerský přístup, založený na dobrovolné spolupráci, vzájemné důvěře, s respektem k individualitě seniora i pečujících.
- V rámci sociálního šetření se zaměřit na potřeby seniora a současně i na potřeby pečující rodiny, služby nastavit po vzájemné dohodě na základě zakázky.
- V sociálním šetření věnovat čas samostatně pečující rodině. Pro zmapování její situace byl vytvořen dotazník pečující rodiny, jehož základ tvoří některé z otázek výzkumného rozhovoru. Dotazník (příloha č. 3) povede vedoucí střediska (sociálního pracovníka) k pochopení situace pečujícího a ke zjištění, jak pečující svou situaci vnímá a co potřebuje, a tím usnadní najít společně řešení, jak zlepšit kvalitu života seniorů a jejich pečujících rodin.
- Cílem je snížit riziko vyčerpání u všech pečujících, se zaměřením na rizikové skupiny pečujících – pečující bez blízké rodiny, která je může vystřídat, pečující bez práce, v tíživé finanční situaci, kteří si nemohou více služeb dovolit.
- Sociální šetření provádět podle potřeby, minimálně jednou až dvakrát za šest měsíců.
- Najít způsob setkávání pečujících rodin o závislé seniory v rámci organizace ve všech službách, jako se to podařilo v denním stacionáři.
- Vytvořit poradenská centra pro pečující rodiny na každém středisku, která by byla dostupná veřejnosti, spolupracovat s Úřadem práce.

## **Závěr**

Poskytovat pomoc a podporu seniorům prostřednictvím služeb v době jejich závislosti na pomoci druhé osoby v domácím prostředí, znamená věnovat podporu a pomoc celé rodině. Jen tím můžeme dát seniorům šanci žít ve svém domácím prostředí se svými nejbližšími do konce života, uchovat jeho kvalitu a zlepšit kvalitu života pečujících. Pečování je pro rodinu náročnou sociální událostí, která vyžaduje podporu společnosti. Tato varianta je pro společnost nejen levnější alternativou, na rozdíl od lůžka v pobytových službách, ale její přínos pro lidský život je neocenitelný.

Bakalářská diplomová práce se zabývala tématem podpory rodin pečujících o seniory. Jejím cílem bylo zmapovat komplexní potřeby rodin pečujících o závislé seniory v domácím prostředí v regionu nymburského okresu.

Práce byla rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části na základě odborné literatury byly v první kapitole vymezeny pojmy, senior, projevy stárnutí, specifické potřeby ve stáří a v době nemoci. Druhá kapitola vymezuje situaci pečujících rodin. Vysvětluje význam a výhody domácího prostředí, formy a způsob poskytované pomoci, popisuje sociální situaci pečující rodiny, potřeby pečujících v době pečování o závislého seniora a společenské podmínky pro pečující.

V praktické části bylo cílem zjistit, jaká jsou specifika situace rodin pečujících o závislého seniora v přirozeném domácím prostředí na okrese Nymburk. Výzkum byl proveden dvěma technikami, analýzou spisové dokumentace seniorů s těžkou nebo úplnou závislostí, kteří využívali služeb Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, a rozhovory s jejich pečujícími rodinami. K výzkumným závěrům bylo přistupováno při zpracování metodou kvantitativního výzkumu, ovšem se snahou porozumět situaci pečujících rodin, která je přístupem výzkumu kvalitativního. Byly stanoveny dílčí pracovní cíle, podle kterých byly vedeny rozhovory a zpracovány závěry. Cílem bylo zjistit, za jakých podmínek rodina pečuje, zmapovat potřeby pečujících, zjistit jaké formy pomoci a podpory považuje

rodina za účinné, a na základě závěrů vypracovat pro organizaci návrh opatření na zefektivnění poskytovaných služeb a spolupráce s rodinou.

Pečující rodiny z výzkumného vzorku ukázaly, že je možné pečovat o seniory v období jejich úplné závislosti v domácím prostředí dlouhodobě, řadu let, ale potřebují k tomu určité podmínky. Mezi důležité patří vhodné společné bydlení, dostatečné finanční zabezpečení, podpora vlastní rodiny a opora v institucích, aby mohli být podle potřeby zastoupeni, samozřejmě i jejich odhodlání a vůle, chtít pečovat. To potvrdilo názory uváděné v odborné literatuře a v teoretické části této bakalářské diplomové práce. Práce ukázala na situace, jak je sám pečující ohrožen náročností úkolu a vyčerpáním sil, a proto potřebuje podporu a pomoc druhých. Výzkumný vzorek pečujících rodin nepopsal všechny možné aspekty sociální situace pečujících, protože každá rodina je jiná svou velikostí, funkčností, podmínkami a z toho i plynoucími individuálními potřebami pečujících. Závěry práce potvrdily, že rozsah poskytovaných služeb organizací Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady je pro rodiny v regionu dostatečný, pro efektivitu služeb a spolupráci s pečující rodinou pomohly nalézt další způsoby, jak zkvalitnit podporu celého systému rodiny. Cíl práce byl naplněn.

Vypracováním Bakalářská diplomová práce jsem získala mnoho cenných informací k pochopení situace a porozumění potřebám pečujících rodin, kterým se budu věnovat v průběhu své další profesní praxe. Pro čtenáře může být přínosem k vytvoření náhledu na širokou problematiku podpory pečujících rodin a k pochopení nelehké situace pečujících rodin o závislé seniory v domácím prostředí. Do budoucna by bylo zajímavé provést výzkum ve spolupráci s Úřadem práce u většího vzorku pečujících rodin o závislého člena rodiny ve všech věkových kategoriích v celém regionu.

I když jsou v této práci uvedena více negativa z pohledu pečujících rodin, z rozhovorů a přístupu k pečování bylo vidět, že všichni pečující se chtějí o své blízké doma starat a umožnit jim žít společně se svou rodinou. Svě

rozhodnutí považují za jediné správné a hledají řešení, jak tento nelehký úkol zvládnout.

Každý senior, každá rodina a její pečující člen mají svůj individuální životní příběh, který spojuje láska a ochota, pomáhat si i v nejtěžších obdobích svého života, v nemoci a stáří. Zaslouží si proto náš obdiv, poděkování a podporu ze strany společnosti a státu.

## Seznam použité literatury a zdrojů

DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2011. 372 s. ISBN 80-246-1966-8

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

KALVACH, Z., a kol., *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

MOŽNÝ, I., *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2011. 324 s. ISBN 80-86429-87-8.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*. Původní francouzské vydání 1996 Lyon: Chronique Sociale. České vyd. 1. Praha: Portál, s.r.o., 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

ŘÍČAN, P., *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 304 s. ISBN 80-7367-560-8

STUART-HAMILTON, I., *Psychologie stárnutí*. Původní anglické vydání 1994 Londýn. České vyd. 1. Praha: Portál, s.r.o., 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: SLON, 2007. ISBN 80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, D., *Prázdné hnízdo. Šance nebo břemeno?* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1996a. ISBN 80-7067-622-1

ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., *Reminiscenční terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 111 s. ISBN 80-7262-711-0.

TOURNIER, P., *Osamělost mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1998. ISBN 80-85495-15-5.

VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

### **Internetové zdroje**

SÝKOROVÁ, D., *Rodina staršího středního věku v systému příbuzenské pomoci a podpory*. [online]. In *Sociologický časopis*, XXXII (1). Praha: Čsl. Akademie věd, 1996b. ISSN 0038-0288. Dostupné z WWW: <[http://sreview.soc.cas.cz/uploads/62425661610933b3fb66b63fdd763a8b853ca579\\_312\\_051SYKOR.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/62425661610933b3fb66b63fdd763a8b853ca579_312_051SYKOR.pdf)> [cit. ze dne 20. 11.2012]

KOHOUTEK, R., 2009. *Potřeby jako motivy chování a prožívání*. [online]. Dostupné z WWW: <<http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/potreby-jako-motivy-chovani-a-prozivani>> [cit. ze dne 2. 2. 2013]

KUBALČÍKOVÁ, K., RADIČOVÁ, I., *Časopis Sociální práce, Anotace čísla březen 2013*, [online]. Dostupné z WWW: ze<<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&zakon=1&id=51>> [cit. ze dne 12. 12. 2012]

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Právní předpisy pro sociální služby *Zákon č. 108 ze dne 16. března 2006, o sociálních službách*. [online]. Dostupné z WWW:<[http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)> [cit. ze dne 25. 1. 2013]

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Integrovaný portál, Sociální tematika*. [online]. Dostupné z www: < <http://portal.mpsv.cz/soc>> [cit ze dne 23. 2. 2013]



Města, obce a vesnice v České republice. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.obce-zakon.info/okres.php?id=Nymburk>> [cit. ze dne 23. 2. 2013]

Český statistický úřad. *Počet obyvatel v obcích*. [online]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1301-12-r\\_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1301-12-r_2012)> [cit. ze dne 15. 2. 2013]

Portál veřejné zprávy. [online]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=62334&recShow=3&fulltext=z~C3~A1kon~20o~20soci~C3~A1ln~C3~Adch~20slu~C5~Beb~C3~A1ch&nr=&part=&name=&rpp=15#parCnt>> [cit. ze dne 24. 2. 2013]

Ministerstvo zdravotnictví. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 138/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů*. [online]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni\\_1791\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html)> [cit. ze dne 24. 2. 2013]

Ministerstvo vnitra. Sbíрка zákonů. *Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině*. [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.google.com/cse?cx=015489265366623571386:3bwvsailiyy&ie=UTF8&q=z%C3%A1kon%20%C4%8D.94/1963%20Sb.#gsc.tab=0&88SM.q=z%C3%A1kon%20%C4%8D.94%2F1963%20Sb.&88SM.page=1>> [cit. ze dne 17. 3. 2013]

### **Legislativní zdroje**

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 138/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů.

## **Seznam tabulek a grafů**

<i>Tabulka 1. Počet klientů podle jednotlivých středisek k 30. 11. 2012, počet klientů s příspěvkem na péči celkem, z toho III. a IV. stupeň, počet klientů a jejich rodin ve výzkumném vzorku ze všech středisek. ....</i>	<i>55</i>
<i>Tabulka 2. Počty klientů ve výzkumném vzorku, rozdělení podle věku a pohlaví. ....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 3. Počet klientů rozdělených podle rodinného stavu. ....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 4. Počet dětí v rodině seniora ve výzkumném vzorku. ....</i>	<i>57</i>
<i>Tabulka 5. Rozlišení stupňů závislosti a možné příčiny závislosti u výzkumného vzorku seniorů. ....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 6. Rozlišení typu inkontinence ve výzkumném vzorku seniorů. ....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 7. Rozlišení pohyblivosti ve výzkumném vzorku seniorů. ....</i>	<i>58</i>
<i>Tabulka 8. Vybavení domácností kompenzačními pomůckami ve výzkumném vzorku seniorů. ....</i>	<i>59</i>
<i>Tabulka 9. Počet seniorů žijících ve městě, jejich bytové podmínky, počet seniorů žijících samostatně. ....</i>	<i>61</i>
<i>Tabulka 10. Rozlišení počtu pečujících podle příbuzenského vztahu k seniorovi a podle pohlaví. ....</i>	<i>62</i>
<i>Tabulka 11. Počet pečujících ve výzkumném vzorku, rozdělení podle věku a pohlaví. ....</i>	<i>63</i>
<i>Tabulka 12. Počet pečujících ve výzkumném vzorku, rozdělení podle stupně vzdělání, rodinného stavu. ....</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka 13. Zdroj příjmu u pečujících z výzkumného vzorku. ....</i>	<i>64</i>
<i>Tabulka 14. Jak vnímají náročnost pečování pečující rodiny ve výzkumném vzorku. ....</i>	<i>70</i>

**Tabulka 15.** Počet seniorů podle druhu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb (OA osobní asistence, DS denní stacionář, OS doma odlehčovací služba terénní, OS odlehčovací služba pobytová, PS pečovatelská služba, DZP domácí zdravotní péče). .....73

**Seznam grafů:**

*Graf 1. Příbuzenský vztah pečujících.* .....63

*Graf 3. Věk pečujících.* .....64

**Seznam příloh:**

Příloha č. I. Kriteria rozboru spisové dokumentace

Příloha č. II. Rozhovor s pečujícím členem rodiny

Příloha č. III. Dotazník pro pečujícího člena rodiny

*Příloha č. I.*

**Kriteria rozboru spisové dokumentace**

<b>Kriteria</b>	<b>Senior</b>
<b>Věk:</b>	
<b>Pohlaví:</b>	
<b>Rodinný stav:</b>	
<b>Děti:</b>	
<b>Bydlení:</b>	Město, obec, Rodinný dům, byt, Přízemí, výtah, patro, Sám S rodinou
<b>Pohyblivost:</b>	Na lůžku Na invalidním vozíku Chůze po bytě za pomoci:
<b>Kompenzační pomůcky:</b>	Vlastní: Zapůjčené:
<b>Inkontinence:</b>	Ne, ano, pomůcky:
<b>Příspěvek na péči:</b>	
<b>Příčina závislosti:</b>	Onemocnění chronické Duševní onemocnění, demence
<b>Komunikace:</b>	
<b>Kontakt s okolím:</b>	
<b>Cíl péče:</b>	
<b>Využívá služby:</b>	Domácí zdravotní péče
<b>ve smlouvě:</b>	Sociální
<b>Osobní asistence</b>	
<b>Denní stacionář</b>	
<b>Odlehčovací služby</b>	Terénní Pobytové
<b>Pečovatelská služba</b>	
<b>Úkony, četnost:</b>	
<b>Rodina - kdo pečuje:</b>	
<b>Jiné informace:</b>	

## ***Příloha č. II.***

### **Rozhovor s pečujícím členem rodiny**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Věra Součková, pracuji v organizaci Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. a studuji obor sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci studia a diplomové práce se věnuji tématu Podpora rodin pečujících o seniory. Ve své práci často řeším potřeby seniorů a jejich podporu formou poskytování služeb, tak aby mohli žít ve svém domácím prostředí co nejdéle. Se zvyšující se mírou závislosti, však narůstá potřeba podpory seniorů i ze strany pečující rodiny. Tím se rodina dostává do nelehké situace, kterou se snažím v rámci výzkumu zmapovat. Chtěla bych Vás proto požádat o rozhovor, abych mohla lépe poznat, za jakých podmínek pečujete, co potřebujete a co by Vám pomohlo danou situaci ulehčit. Pokud budete souhlasit, Vaše odpovědi si písemně zaznamenám. Rozhovory všech respondentů budou zpracovány anonymně.

#### **1. Jakou pomoc potřebuje senior?**

- s péčí o svou osobu (hygiena, oblékání, podání jídla...)
- v domácnosti (úklid, praní prádla, oběd...)
- finanční podpora rodiny (rada, peníze)
- jiná podpora (kognitivní, emocionální a ...)
- Senior pobírá důchod starobní, vdovský, invalidní, další dávky

#### **2. Základní údaje o pečující osobě:**

- **vztah k seniorovi** (manžel, manželka, dcera, syn, vnučka, vnuk, zeť)
- **rodinný stav:**
- **věk:**
- **děti, vnoučata** (doma, mimo domov)
- **sociální role** (zaměstnaný, starobní – invalidní důchodce, manžel, manželka, rodič, prarodič,.....)
- **vzdělání** (střední odborné, maturita, vysokoškolské)

3. **Změnily se v souvislosti s péčí o seniora vaše podmínky bydlení? Pokud ano, můžete mi prosím blíže specifikovat ?**
- bydlení – byt, rodinný domek, bydlení – společné, samostatné, v obci, ve městě, výtah, schody, úprava bytu...
4. **Jak se změnilo v souvislosti s pečováním vaše finanční podmínky, vaše finanční zabezpečení?**
- **zdrojem příjmu jsou** mzda, důchod starobní, invalidní, vdovský...
  - riziko odchodu ze zaměstnání
  - **sociální dávky** (nemocenská, příspěvek na bydlení, dávky hmotné nouze, příspěvek na péči)
  - **zabezpečení je** stejné, není stejné – snížilo se, zvýšilo se z důvodu
5. **Co Vás vedlo k rozhodnutí, že budete doma o svou matku (otce, babičku, manželku.....) pečovat?**
6. **Jak dlouho pečujete?**
7. **Víte, kde získáte kompenzační pomůcky, jak upravit domácnost, jak správně pečovat, máte informace o nemoci seniora, o sociálním zabezpečení, jaké služby můžete využívat?**
- vím, nevím, potřebuji více informací a jaké
  - kde jste je získal(a) (lékař, poskytovatel soc. služeb, zdravotní sestra domácí zdravotní péče, sociální pracovnice, internet, leták, známý, další .....
8. **Jak pečování zasahuje do vašeho osobního života?**  
(Co se změnilo ve vašem životě v době, pečování?)
- naplnění sociálních rolí, vztahy v rodině,...
9. **Jak se v noci vyspíte?**
- Probouzí se, pečujete i v noci, vstáváte ráno odpočinitý nebo se cítíte unavený jako večer....
10. **Věnujete se nějakým aktivitám mimo pečování, jen sám pro sebe, které vám přináší radost? A jak často?**
- Co vám pomáhá k načerpání nových sil?

**11. Najdete si čas na své přátele? Kolik času týdně jim můžete věnovat?**

**12. Jak hodnotíte zátěž, kterou pečování přináší:**

- Lze zvládnout, náročnost 1.....2.....3.....4.....5 nelze zvládnout.  
(1. bez obtíží, 2. s obtížemi, 3. velice náročné, 4. na hranici mých možností, 5. nezvládnutelné)

**13. Co je pro vás z pečování náročné, obtížné zvládnutelné, vyčerpávající?**

**14. Jaké pocity v souvislosti s pečováním prožíváte? Jak vnímáte svou situaci?** Jsem spokojený, že vše zvládnou, strach, obavy, úzkost, zlost, vztek, stres, únava, vyčerpání – nemám sílu dále pečovat.  
(pocit pohody x pocit nepohody, spíše v pohodě, spíše v nepohodě)

**15. Co vám pomáhá zvládnout a ulehčit pečování? Jaká pomoc je pro vás důležitá, aby jste se mohli o matku (manželku...) doma starat?**

- sociální služby (terénní, ambulantní, pobytové)
- domácí zdravotní péče
- kdo v rodině pomáhá pečovat
- Kdo vám vedle rodiny pomáhá s pečováním? (přátelé, sousedé,....)
- další instituce (Městských úřad, sociální odbor - zvláštní příjemce důchodu, institut opatrovnictví, Úřad práce, Zdravotní pojišťovna, firmy poskytující kompenzační pomůcky, lékař, nemocnice, komerční služby (zajistí např. pomoc s úklidem.....))
- Podpůrné spolky – Parkinson, Roska, Alzheimerová společnost, pro nemocné s cévní mozkovou příhodou a další.....

**16. S čím by jste potřebovali pomoci, aby jste měli více času pro sebe a k odpočinku?**

**17. Co byste chtěli změnit, uvažujete o změně v péči, umístění rodiče v domově pro seniory?**

### ***Příloha č. III.***

#### **Dotazník pro pečujícího člena rodiny**

Ve své práci často řeším potřeby seniorů a jejich podporu formou poskytování služeb, tak aby mohli žít ve svém domácím prostředí co nejdéle. Se zvyšující se mírou závislosti, však narůstá potřeba podpory seniorů i ze strany pečující rodiny. Tím se rodina dostává do nelehké situace. Chtěla bych Vás proto požádat o rozhovor, abych mohla lépe poznat, za jakých podmínek pečujete, co potřebujete a co by Vám pomohlo danou situaci ulehčit.

<b>Klient:</b>
<b>Pečující:</b>
<b>Jméno:</b>
<b>Zaměstnaný                      bez práce                      důchodce starobní - invalidní</b>
<b>Bydliště:   stejné                      jiné:</b>
<b>Kontakt:</b>
<b>Jak dlouho pečujete?</b>
<b>Potřebujete získat kompenzační pomůcky, upravit domácnost, potřebujete informace o nemoci seniora, o ošetrovatelské péči, o sociálním zabezpečení, o službách sociálních, zdravotních, jiné ?</b>
zájem o kurs pro pečující rodiny   ano - ne
<b>Co Vás vedlo k rozhodnutí, že budete doma o své blízké pečovat?</b>
<b>Jak se v noci vyspíte?</b>
Probouzí se, pečujete i v noci, vstáváte ráno odpočínutý nebo se cítíte unavený jako večer....
<b>Věnujete se nějakým aktivitám mimo pečování, jen sám pro sebe, které vám přináší radost? A jak často? Co vám pomáhá k načerpání nových sil?</b>



<p><b>Najdete si čas na své přátele? Kolik času týdně jim můžete věnovat?</b></p>
<p><b>Jak hodnotíte zátěž, kterou pečování přináší:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lze zvládnout, náročnost 1.....2.....3.....4.....5 nelze zvládnout. (1. bez obtíží, 2. s obtížemi, 3. velice náročné, 4. na hranici mých možností, 5. Nezvládnutelné)</li> </ul>
<p><b>Co je pro vás z pečování náročné, obtížné zvládnutelné, vyčerpávající?</b></p>
<p><b>Jak vnímáte svou situaci?</b> Jsem spokojený, že vše zvládnou, mám strach, obavy, úzkost, zlost, vztek, stres, únava, vyčerpání – nemám sílu dále pečovat. (pocit pohody x pocit nepohody, spíše v pohodě, spíše v nepohodě)</p>
<p><b>Jaká pomoc je pro vás důležitá, aby jste se mohli o matku... doma starat?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>kdo</b> v rodině pomáhá pečovat</li> <li>- <b>Kdo</b> vám vedle rodiny pomáhá s pečováním? (přátelé, sousedé,....)</li> <li>- <b>sociální služby</b> (terénní, ambulantní, pobytové)</li> <li>- <b>domácí zdravotní péče</b></li> <li>- <b>další instituce</b></li> </ul>
<p><b>S čím potřebujete pomoci, aby jste měli více času pro sebe a k odpočinku?</b></p>
<p><b>Co byste chtěli změnit, uvažujete o změně v organizaci péče, umístění rodiče v domově pro seniory?</b></p>

## **Anotace**

**Příjmení a jméno autora:** Součková Věra

**Název katedry fakulty:** Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta UP

**Název práce:** Podpora rodin pečujících o seniory

**Počet znaků:** 160 525

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 13

**Klíčová slova:** senior, pečující rodina, domácí prostředí, potřeby pečujících, podpora pečujících, sociální a zdravotní služby

Bakalářská diplomová práce je zaměřena na téma podpory rodin pečujících o závislé seniory v domácím prostředí na okrese Nymburk. Má dvě části. Teoretická část vymezuje na základě odborné literatury pojmy, senior, projevy stárnutí, specifické potřeby ve stáří, a popisuje sociální situace pečujících rodin, jejich potřeby a společenské podmínky. Cílem praktické části bylo zjistit, za jakých podmínek rodina pečuje, jaké jsou její potřeby a jaká forma pomoci je z pohledu pečujících osob považována za účinnou. Informace byly získány analýzou spisové dokumentace a rozhovory s pečujícími rodinami. Závěry výzkumu potvrdily, že pečování je pro rodiny náročnou sociální událostí, která vyžaduje podporu společnosti a služeb. Rozsah poskytovaných služeb organizací Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. je pro rodiny v regionu dostatečný.

## **Annotation**

**Surname and Name of the Author:** Součková Věra

**Name of Department and Faculty:** Department of Sociology and Andragogy, Philosophical Faculty of UP

**Title of the Thesis:** Support of the Families Taking Care of Seniors

**Number of Characters:** 160 525

**Number of Attachments:** 3

**Number of Resources Used:** 13

**Keywords:** senior, care taking family, home environment, needs of the caring, supports of the caring, social and health services

## **Summary of the Thesis**

The bachelor thesis focuses on the topic regarding support of the families taking care of depending seniors in home environment in Nymburk region. It consists of two parts. The theoretical part sets the following definitions on the basis of specialised literature: senior, aging process signs, specific needs in old-age. It further describes the social situations of the care taking families, relevant needs and social conditions. The target of the practical part was to find out the conditions entering the care taking process, the family needs and the form of the help, which is regarded efficient from the care taking people's point of view. The information was obtained from the analysis of written documentation and via the interviews with care taking families. The research outputs approved that the care taking process is demanding social event for the concerned families, which requires the society support and services. The scope of services granted by the organisation "Centre of Social and Health Services Poděbrady o.p.s." seems sufficient for the respective families within the region.