Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Vliv péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující

Bakalářská práce

Autor: Patricie Köhlerová

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové, 2024

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	**Patricie Köhlerová**
Studium:	F21BP0301
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Název bakalářské práce:	**Vliv péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující**
Název bakalářské práce AJ:	The impact of caring for the elderly at home on family caregivers

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat tématem vlivu péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující. V teoretické části budou vymezeny základní pojmy jako stáří a stárnutí nebo změny spojené se stářím. Součástí práce bude i část zaměřená na specifika péče o seniora v domácím prostředí a jaké tato péče může přinášet pečujícím problémy. Zmíněny budou i sociální služby a dávky, které pečující můžou využít. V praktické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem zde bude zjistit, jaké jsou dopady péče o seniory na pečující, jak se s těmito dopady vyrovnávají, případně pak také to, jak jsou pečující informováni o péči a jaký vliv mají na jejich péči sociální služby a dávky.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. Mezi láskou a povinností ? péče očima pečovatelů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

Zadávající pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 12. 4. 2024 Patricie Köhlerová

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce, paní doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracovávání této bakalářské práce. Dále děkuji všem informantům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a pomohli mi tak se zpracováním této práce.

Anotace

KÖHLEROVÁ, Patricie. 2024. Vliv péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce se zabývá vlivem péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující. Hlavním cílem práce je zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí.

Teoretická část se nejprve zaměřuje na vymezení základních pojmů, které souvisí s těmi, o které je pečováno – se seniory. Dále už teoretická část blíže představuje problematiku neformální péče a uvedeny jsou její znaky, druhy, pozitiva a význam neformální péče pro společnost. Podrobněji jsou popsány i pečující osoby a přiblíženo je i rozhodování o péči a co vše může za tímto rozhodnutím stát. Velmi důležitá část je pak zmapování problémů a potřeb pečujících osob. Poslední kapitola se zaměřuje na představení systému sociálních služeb a dalších možností podpory, které pečující mohou využít. Následuje shrnutí teoretické části práce.

Cílem empirické části je pomocí kvalitativní výzkumné strategie a polostrukturovaných rozhovorů dojít k odpovědím na dílčí výzkumné cíle práce. Výzkum proběhl s neformálními pečujícími osobami, které pečují o seniora v domácím prostředí.

Závěr práce přináší shrnutí výsledků výzkumného šetření a jsou navrženy i dílčí změny pro zlepšení podmínek pečujících.

Klíčová slova: neformální péče, péče v domácím prostředí, neformální pečující, senior

Annotation

KÖHLEROVÁ, Patricie. 2024. *The impact of caring for the elderly at home on family caregivers.* Hradec Králové. Bachelor's thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, The Institute of Social Work. Supervisor: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

This bachelor's thesis examines the impact of caring for the elderly at home on family caregivers. The main aim of the thesis is to find out how caregivers perceive caring for an elderly person in the home environment.

The theoretical part first focuses on defining the basic concepts that are related to those who are cared for - the elderly. Furthermore, the theoretical part introduces the issue of informal care in more detail and presents its features, types, positives, and the importance of informal care for society. Caregivers are also described in more detail and the decision-making process and what can be behind this decision is also presented. An especially important part is the mapping of the problems and needs of carers. The last chapter focuses on introducing the social service system and other support options that carers can use. This is followed by a summary of the theoretical part of the thesis.

The empirical part aims to use qualitative research strategy and semi-structured interviews to arrive at answers to the sub-research objectives of the thesis. The research was conducted with informal caregivers who care for the elderly at home.

The thesis concludes with a summary of the research findings and partial changes are suggested to improve the conditions of the caregivers.

Keywords: informal care, home care, informal caregiver, elderly

Obsah

Úvod ... 9
I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ ... 11
II. TEORETICKÁ ČÁST ... 12
1 Stáří, stárnutí, senior a rodina ... 12
1.1 Stárnutí ... 12
1.2 Stáří ... 13
1.2.1 Změny spojené se stářím ... 14
1.3 Senior ... 15
1.4 Rodina v souvislosti s mezigenerační solidaritou ... 16
2 Péče o seniora v domácím prostředí ... 18
2.1 Neformální domácí péče ... 18
2.1.1 Druhy neformální péče ... 19
2.1.2 Důležitost neformální péče ... 20
2.2 Pečující osoba ... 21
2.3 Rozhodnutí o domácí péči ... 22
2.3.1 Motivy k péči ... 22
2.3.2 Předpoklady pro péči a obavy z péče ... 23
2.4 Pozitiva neformální péče pro pečující ... 25
3 Problémy a potřeby pečujících při péči o seniora v domácím prostředí ... 26
3.1 Psychické a somatické problémy ... 26
3.2 Sociální problémy ... 28
3.3 Finanční problémy ... 29
3.4 Nepropojenost sociálního a zdravotního systému ... 29
3.5 Potřeby pečujících ... 30
4 Systém sociálních služeb a možnosti podpory v kontextu péče v domácím prostředí ... 31
4.1 Systém sociálních služeb ... 31
4.1.1 Sociální služby pro pečující ... 32
4.1.2 Sociální služby zaměřené na seniory v domácí péči ... 32
4.2 Finanční podpora ... 34
4.2.1 Příspěvek na péči a jeho limity ... 34
4.2.2 Dlouhodobé ošetřovné ... 35
4.2.3 Sociální dávky a další možnosti finanční podpory ... 36
4.3 Další možnosti podpory ... 36

5 Shrnutí teoretické části ... 38
III. Empirická část ... 39
6 Metodologie výzkumného šetření ... 39
6.1 Hlavní cíl výzkumného šetření a dílčí cíle ... 39
6.2 Transformace dílčích cílů ... 40
6.3 Výzkumná strategie zkoumání ... 42
6.4 Charakteristika výzkumného souboru ... 43
6.5 Průběh výzkumného šetření ... 44
6.6 Zpracování získaných údajů ... 45
6.7 Etická rizika výzkumného šetření ... 45
7 Popis a interpretace dosažených výsledků výzkumného šetření ... 47
7.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 1 ... 47
7.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 2 ... 50
7.3 Interpretace dílčího výzkumného cíle 3 ... 56
7.4 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4 ... 60
Závěr ... 65
Seznam použité literatury ... 67
Seznam tabulek ... 69
Seznam příloh ... 69

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je vliv péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující. Důvodů, proč jsem si zvolila toto téma je více a vzájemně se propojují. Prvním z nich je blízkost problematiky mé osobě, kdy v mém okolí se za posledních pár let začaly více vyskytovat osoby, které pečující o seniora. Navíc i cílová skupina senioru je mi blízká, z toho důvodu jsem v rámci praxí na prezenčním studiu sociální práce byla v domově pro seniory, kde jsem měla možnost účastnit se i mnoha sociálních šetření. Na těchto šetřeních jsem se dostala do kontaktu i s neformálními pečujícími o seniora a začala jsem si všímat nedostatečné informovanosti pečujících o možné podpoře. Tyto věci mě pak vedly k uvědomění, že v problematice neformální péče se objevují jisté nedostatky, a navíc jsem z okolí vnímala náročnost neformální péče. Z těchto důvodu jsem se rozhodla pro dané téma bakalářské práce.

Hlavní cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že problémy a zátěž spojená s péčí se týká především pečujících, bylo tedy vhodné, abych se ptala samotných pečujících. Z toho důvodu jsem se rozhodla pro kvalitativní metodu, která umožňuje získat hloubkové informace.

Zároveň také i vnímám důležitost neformální péče pro společnost, jelikož kvůli současnému demografickému vývoji a proměnám společnosti se zvyšuje a dále se bude zvyšovat podíl seniorů. Již v současnosti se setkáváme s vytížeností pobytových služeb pro seniory, které se i do budoucna nestihnou tak rychle rozvíjet a dá se tedy očekávat, že stát se bude obracet na rodiny s tím, aby péči o seniory převzaly. Pro to, aby se rodiny mohly starat o seniory, musí mít dobře nastavené podmínky pro péči. Myslím si, že v současné době Česká republika nemá tyto podmínky ideálně nastavené, což i potenciální pečující může od péče odradit, což je pak problém vzhledem k budoucnosti. Neformální pečující se také při péči setkávají s mnohými problémy, na které je důležité poukázat vzhledem k tomu, aby společnost získala větší povědomí o těchto problémech. Tyto problémy mohou komplikovat i ony podmínky pro péči, a proto si myslím, že do budoucna by se měly uskutečnit změny, které by podmínky pečujícím zlepšily. Důležité je také poukázat i na to, s jakou zátěží se setkávají pečující sendvičové generace, kteří kombinují péči o seniora s péčí o děti a zaměstnáním.

Výstupy z této bakalářské práce by mohly být přínosné odborné veřejnosti jako upozornění na problémy související s neformální péčí a k zamyšlení nad důležitostí neformální péče. Dále mohou být výstupy a uvedené informace užitečné i pro samotné neformální pečující a potenciální neformální pečující, kteří se chtějí o problematice neformální péče dozvědět více.

Bakalářská práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části práce jsem se nejprve zaměřila na základní vymezení pojmů a poté jsem se již podrobněji zaměřila na problematiku neformální péče, kdy jsem uvedla základní rozdělení, ale poukázala i na její důležitost. Dále jsem se v práci blíže zaměřila na samotné pečující osoby a popsala problematiku rozhodování o domácí péči a problémy a potřeby pečujících osob. Poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala představení systému sociálních služeb a představení dalších možností podpory pečujících. Empirická část práce popisuje výzkumné šetření, kde byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaných rozhovorů s neformálními pečujícími, kteří pečující v domácím prostředí o seniora.

I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí. Hlavní cíl byl dále rozdělen do čtyř dílčích výzkumných cílů.

DVC 1: Zjistit, jak probíhalo rozhodnutí o péči o seniora v domácím prostředí

DVC 2: Zjistit, jak se pečující vyrovnávají s péčí o seniora v domácím prostředí

DVC 3: Zjistit, jak pečující vnímají systém pomoci a podpory v souvislostí s péčí o seniora v domácím prostředí

DVC 4: Zjistit, jak pečující hodnotí současné nastavení neformální péče

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a jako technika polostrukturované rozhovory. Výzkumný soubor tvořili neformální pečující, kteří pečující v domácím prostředí o seniora a kritériem výběru pečujících bylo to, že při péči o seniora je vyjádřena mezigenerační péče (neformální pečující pečuje například o svého rodiče nebo tchýni/tchána).

Výsledky bakalářské práce by měly sloužit k upozornění na problémy a zátěž, s kterou se neformální pečující potkávají a dále by práce měla i poukázat na mezery v nastavení podmínek pro neformální péči v České republice.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří, stárnutí, senior a rodina

V první kapitole bude věnován prostor především vymezení základních pojmů jako je stárnutí a stáří, senior, rodina, ale dojde i popsání změn ve stáří, potřeb seniorů vymezení mezigenerační solidarity. Pokud totiž senior začne ztrácet soběstačnost, v prvé řade by pomoc měla přijít od rodiny a mezigenerační solidarita je důležitým faktorem, který hraje vliv při rozhodnutí o péči o seniora, a proto bude zmíněna i v této kapitole. Toto vymezení základních pojmů představuje teoretický základ důležité pro bližší vhled do tématiky péče o seniory.

1.1 Stárnutí

Ondrušová (2019) jako definici stárnutí uvádí *„Stárnutí je neodvratný, celoživotní biologicky proces, na jehož konci je stáří.“* (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019:16) O stárnutí také mluví i Pacovský (1990), který ho definuje jako: *„přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím*.“ (Pacovský, 1990:30) Stárnutí se tedy dá popsat jako neodvratný děj, který probíhá od dospělosti a končí samotným stářím. Čevela et al. (2014) popisuje, že jde o součást ontogenetického vývoje. Haškovcová (2010) dodává, že každý člověk stárne již od zrození, v některých obdobích života však člověk stárne rychleji a někdy zase pomaleji. (Haškovcová, 2010)

Dále také Pacovský (1990) definuje, že *„stárnutí je velmi složitý multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek (daných druhově i individuálně) a faktorů zevního prostředí.“* I Ondrušová (2019) mluví o tom, že na základě moderních poznatků se dá říct, že stárnutí je multifaktoriální jev a ovlivňuje ho jak genetická výbava člověka, tak i vnější faktory. Tempo stárnutí se tak dá do určité míry ovlivnit (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) Přibyl (2015) konkrétně ve své publikaci rozděluje faktory ovlivňující stárnutí na vnitřní, do kterých spadá genetická a psychická výbava jedince, a vnější, do kterých řadí životní prostředí a sociální zázemí jedince. (Přibyl, 2015)

Pro stárnutí jsou také typické **změny v rovině fyzické, psychické, sociální nebo i spirituální**. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) s čímž souhlasí i Čevela et al. (2014): “*Na individuální úrovni představuje stárnutí bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn,…“* (Čevela et al., 2014:17) Změny spojené se stářím však více popíšu v samostatné podkapitole.

1.2 Stáří

„Stáří je obecné označení pozdních fázi ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012:19) Přibyl (2015) definuje stáří jako *„poslední vývojovou etapu života lidského života, která končí smrtí.“* (Přibyl, 2015:10) Mlýnková (2011) uvádí, že: *“staří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince.“* (Mlýnková, 2011:13) Všechny tyto tři definice se shodují, že staří je závěrečnou etapou lidského života.

Stáří se dá dělit na stáří kalendářní, biologické a sociální. (Přibyl, 2015) **Kalendářní stáří** se dá jednoznačně vymezit a je tedy dáno dosažením určitého věku člověka. Jako nejčastější periodizace stáří se uvádí periodizace podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která byla přijata v 60.letech. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019)

- *60-74 let – rané stáří*
- *75-89 let vlastní stáří*
- *90 let a více – dlouhověkost* (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019:18)

S postupným demografickým vývojem a zlepšováním zdravotního stavu seniorů se však hranice stáří posunula a mluví se tak o dalších periodizacích. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) Význam má kalendářní stáří hlavně pro demografii a statistiky, jinak ale nepopisuje změny v životě člověka, takže jde spíše o administrativní nástroj. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) Mlýnková (2011) také uvádí, že kalendářní věk nemusí vůbec odpovídat věku biologickému.

Pro **biologické stáří** jsou charakteristické involuční změny, které jsou u každého jedince individuální. (Přibyl, 2015) Jak ukazuje Přibyl (2015), tak proces biologického stárnutí je ovlivněn jednak nemocností jedince a životním stylem jedince, ale také psychickým stavem, na který může mít i vliv to, zda se jedinec smířil s důsledky stárnutí a stáří.

Sociální stáří souvisí s rolí jedince ve společnosti – především se změnou sociálních rolí. Za jeho začátek se považuje odchod jedince do důchodu. (Mlýnková, 2011)

Stáří a stárnutí dle Čevely, Kalvacha, Čeledové (2012) také může nabývat trojí podoby. Jde o **úspěšné stárnutí a zdravé stáří, obvyklé stárnutí a stáří a patologické stárnutí**. Například úspěšné stárnutí a zdravé stáří se pak vyznačuje takto: *“Zdravotní a funkční stav i psychická adaptace na stáří a ekonomická situace odpovídají nárokům prostředí a sociální situaci, což umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci až hluboko do*

dlouhověkosti.“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012:28) Čevela et al. (2014) také zdůrazňuje, že v současnosti největší prioritou zdravotní i sociální prevence je hledat právě ony formy úspěšného stárnutí a vytvářet pro toto stáří podmínky.

1.2.1 Změny spojené se stářím

Stáří je mimo jiné spojené i s mnohými změnami v lidském těle, které se ale u každého mohou projevovat jinak, což závisí na mnoha faktorech jako je životní styl jedince, genetická výbava jedince či jeho zlozvyky atd. (Mlýnková, 2011) Čevela et al. (2014) mezi další faktory řadí i vlivy prostředí, psychické charakteristiky či onemocnění.

Změny se nejčastěji dělí na **tělesné změny, psychické změny a změny sociální**. (Venglářová, 2007) (Mlýnková, 2011)

Tělesné změny – Mezi typické tělesné změny ve stáří můžeme řadit celkové snížení výkonnosti a oslabení tělesných funkcí. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Dle Venglářové (2007) dochází k úbytku svalové hmoty a opotřebení kloubů, změnám termoregulace, změnám činnosti smyslů, změnám v termoregulaci, dále dochází i ke změnám trávícího a vylučovacího systému nebo ke snížení sexuální aktivity. Nejznatelnější tělesnou změnou je celková změna vzhledu. (Venglářová, 2007)

Psychické změny – Kromě tělesných změn se stáří vyznačuje také změnou psychiky a všeobecně dochází k zhoršení kognitivních funkcí – zhoršuje se paměť, myšlení, pozornost, vnímání atd. (Mlýnková, 2011). Některé změny mohou být i pozitivní – může se zlepšovat trpělivost, opatrnost nebo rozvaha. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Ve stáří dochází také k emočním změnám. Mlýnková uvádí (2011), že u patologických typů osobnosti se může se zvyšovat emoční labilita, takže tito staří lidé jsou pak více plačtiví, přecitlivělí, u některých se objevuje i úzkost či deprese. Ptáčková, Švandová a Ptáček (2021) doplňují, že v souvislosti s emočními změnami může dojít i k emočnímu oploštění, introvertnímu ladění nebo větší nedůvěřivosti (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Dále se také mohou měnit i osobnostní rysy a vlastnosti jedince, hlavně pak v případě patologických typů osobností dochází k zvýraznění negativních osobnostních rysů. (Mlýnková, 2011)

Sociální změny – Sociální stáří souvisí se změnou sociálních rolí jedince ve společnosti. Jednou z těchto změn je například odchod do důchodu. (Mlýnková, 2011) Mlýnková (2011) popisuje, že připsáním role důchodce se může snížit společenská prestiž a autorita.

„Najednou bývá senior-důchodce vnímám jako někdo, kdo čerpá peníze ze státní kasy, např. na častější ošetření u lékařů a současně společnosti nic nepřináší, tedy je zbytečný.“ (Mlýnková, 2011:25) Jak uvádí Ptáčková, Švandová a Ptáček (2021), tak problém při odchodu do důchodu představuje omezení či ztráta sociálních kontaktů. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) S odchodem do důchodu se mění i ekonomická situace seniorů a lze mluvit například i o změně životního stylu, kdy někteří senioři nevědí, jak využít volný čas, a tak se u nich můžou objevit pocity nudy, nespokojenosti, mrzutosti či lítosti. (Mlýnková, 2011) Velkým problémem je také omezení soběstačnosti, které vede k závislosti na pomoci druhých osob. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Závislost může vzniknout postupně v důsledku zhoršujícího se chronického onemocnění (například demence) či náhle v důsledku úrazu. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019)

Mezi další změny typické pro stáří můžeme zařadit i **polymorbiditu**. Jak uvádí Mlýnková (2011), tak jde o termín, který znamená vícero onemocnění najednou. Nejčastěji se vyskytuje diabetes mellitus, choroby srdečně-cévní, nemoci trávícího ústroji či respirační nemoci a také onemocnění kostí a kloubů. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Může docházet i k řetězení chorob, kdy jedno onemocnění vyvolá další nemoc. (Mlýnková, 2011).

1.3 Senior

V odborné literatuře na téma stáří a stárnutí se příliš s vymezením pojmu senior nesetkáme. Přibyl (2015) však říká, že jde o jedince, který prožívá období stáří a jedná se o emočně neutrální termín, který se dá použít v různých vědeckých disciplínách. (Přibyl, 2015) V literatuře se lze setkat i s jinými označení pro seniory jako například důchodce, kdy jak Přibyl (2015), tak Mlýnková (2011) vnímají jako nevhodné, jelikož důchodci jsou ve společnosti, ale i v médiích bývají vnímání jako někdo, kdo pouze čerpá peníze se státní kasy, ale společnosti nic nepřináší. I já osobně vnímám označení důchodce jako stigmatizující a z tohoto důvodu budu v této práci využívat termín senior.

I senioři potřebují **naplňovat své potřeby** stejně jako ostatní věkové skupiny. Odlišnost zde však spočívá v způsobu naplňování těchto potřeb a také v hierarchii těchto potřeb. Důležité je zde zmínit i to, že nejde pouze o naplnění základních životních potřeb, ale i naplnění těch vyšších jako je sebeúcta, seberealizace, důstojnost apod. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) U seniorů se do popředí dostávají zejména některé potřeby jako je pocit bezpečí a jistoty, potřeba komunikace a kontaktu s blízkými, potřeba autonomie, důstojnosti a sebeúcty. Pokud například potřeba bezpečí a jistoty nebude dostatečně

uspokojena, může u seniora dojít až k úzkostem, strachu, beznaději či agresi. Při neuspokojení potřeby kontaktu s blízkými pak u seniorů dochází k pocitům osamělosti, zbytečnosti, smutku nebo i depresi. Zachování autonomie je také velmi důležitou potřebou a pro seniory může být frustrující, pokud z nich blízcí dělají nemohoucí a neschopné. (Ptáčková, Ptáček et al., 2021) Ondrušová (2019) se ve vymezení potřeb shoduje s Ptáčkovou, Ptáčkem et al. (2021) a doplňuje je i o potřebu seberealizace, potřebu užitečnosti pro druhé, potřebu smysluplnosti života či potřeby spirituální. Potřeba seberealizace může být u seniorů naplňována formou vzpomínek na profesní dovednosti a úspěchy. (Ondrušová, Krahulcová et al., 2019)

1.4 Rodina v souvislosti s mezigenerační solidaritou

Rodina je dle Haškovcové (2010): *„Společenství osob spjatých manželstvím či pokrevním příbuzenstvím, a zdůrazňuje se, že rodina je zpravidla tvořena rodiči a jejich dětmi.“* (Haškovcová, 2010:53) Rodina také plní mnohé funkce, mezi které Haškovcová (2010) řadí funkci reprodukční, socializační, emocionální, výchovnou a ekonomickou.

Jak ukazuje Haškovcová (2010), pro seniora je rodina velmi důležitá, jelikož pokud začne senior ztrácet soběstačnost a potřebuje pomoct a péči, v prvé řadě by tato pomoc měla přijít od rodiny. Navíc i senioři by chtěli co nejdéle zůstat v domácím prostředí, o což se právě rodina může postarat. (Haškovcová, 2010). I Přibyl (2015) vyjadřuje názor, že senioři by měli co nejdéle zůstat v domácím prostředí a rodiny by se měly snažit o podporu soběstačnosti a autonomie. Pochopitelně ne každý senior má rodinné zázemí, které péči doma umožní. (Přibyl, 2015) Rodina (a rodinní pečující) by také měli před začátkem péče splňovat ještě několik předpokladů. Rodina musí chtít pečovat, mít podmínky k péči a také umět pečovat. (Pacovský, 1990) Tyto předpoklady však podrobněji popíšu v samostatné kapitole zaměřené na rozhodování o domácí péči.

Mezigenerační solidarita a solidarita obecně představují důležitou součást při péči o nesoběstačného seniora a mají vliv na to, zda bude o seniora v domácím prostředí postaráno. Pro mezigenerační solidaritu je charakteristické spolehnutí se na mezigenerační pomoc – rodič se staral o svého potomka a očekává se, že i jeho potomek se ve stáří postará o něj. (Jeřábek et al., 2013) Jeřábek et al. (2005:7) uvádí: *„Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje.“* Péče o seniora je podmíněna také sociální soudržností rodiny. Při sociální soudržnosti rodiny je důležité,

aby rodina věděla, zda v budoucnu chce či nechce pečovat a v případě, že chce, dochází k rozdělení rolí jednotlivých členů rodiny. (Jeřábek et al., 2005) Jeřábek et al. (2013) také dále konstatuje, že právě solidarita rodiny, její soudržnost a vztahy jsou hlavními faktory, které hrají roli při převzetí odpovědnosti za péči o seniora. Pochopitelně lze najít i další faktory a motivy při rozhodování o péči o seniora. Na ty se zaměřím v samostatné kapitole.

Jak ukazuje Remr (in Jeřábek et al., 2005), tak rodina byla historicky chápana jako struktura zabezpečení seniorů ve stáří, kdy se už senioři nebyli schopní o sebe postarat. (Remr in Jeřábek et al., 2005) V dnešní době však soudržnost rodin dle Jeřábka (2005) narušuje zaměření dnešní společnosti na individualismus a konzumní způsob života.

2 Péče o seniora v domácím prostředí

Druhá kapitola teoretické části se bude již podrobněji zaměřovat na problematiku péče o seniora v domácím prostředí, která se také nazývá neformální péče. Uvedeny tedy budou základní charakteristiky neformální péče, její rozdělení, ale poukážu i na důležitost neformální péče pro společnost a její pozitiva. Dále se blíže zaměřím na samotné pečující osoby a popíšu problematiku rozhodování o domácí péči, jelikož se této problematice budu věnovat i v empirické části.

Samotná péče o seniory se definuje jako: *„opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat“* (Millward, 1999:2) Péči o seniora poskytují nejčastěji rodinní pečující v domácím prostředí a tato péče se tak dá označit jako neformální – poskytuje jí totiž laický pečovatel. (Truhlářová, 2015) Jeřábek et al. (2013) uvádí, že péče o seniora představuje tradiční model péče o staré lidi. Pojem domácí rodinná péče pak vymezuje Pumprová (in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019): *„Pojem domácí rodinná péče lze chápat jako vykonávání činností poskytované rodinným příslušníkem pro blízkou osobu, která není schopna dané činnosti zvládat svépomocí, ale vzhledem ke svému věku by toho měla být schopna.“* (Pumprová in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019:251-252) Jak vidíme, tak z obou definic vyplývá, že péče je pomoc blízké osobě (v tomto případě seniorovi), která už není způsobilá vykonávat některé činnosti sama a z toho důvodu mu s těmito činnostmi pomáhá pečující. Jelikož je péče o seniora nazývaná také jako neformální, v další části se zaměřím na specifika neformální péče.

2.1 Neformální domácí péče

Neformální péče je charakteristická tím, že jí neposkytuje profesionál, ale laický pečující, kterým je často někdo z rodiny seniora. (Truhlářová, 2015) Jak uvádí Mikanová a Dvořáková (in Dragomerická et al., 2020), tak problém s definicí neformální péče je ten, že tento pojem není pevně vymezen. Z toho důvodu zde uvedu znaky, které neformální péči odlišují od péče profesionální. Geissler et al. (2015) uvádí mezi znaky neformální péče starostlivost o seniora, který se již o sebe nedokáže sám postarat, pomoc tomuto seniorovi s rozličnými činnostmi a také uvádí, že pečující není profesionálem. Na rozdíly mezi laickou a profesionální (neformální a neformální) péči se zaměřila také Triantafillou et al. (2010), která uvádí, že neformální péče je převážně poskytována

rodinou, blízkými příbuznými nebo přáteli a pečovatelé na rozdíl od profesionálních pečujících nejsou vyškoleni. Neformální pečovatelé nemají žádnou smlouvu a oficiálně nejsou ani placeni za jejich práci (i když tedy mají nárok na finanční podporu) a také obětují péči mnoho času bez vymezeného konce. Za to profesionální pečovatelé mají péči jako zaměstnání, což znamená, že mají smlouvu a jsou placeni. Čas péče je u nich vymezen pracovní dobou. (Triantafillou et al., 2010)

Pro seniora může neformální péče **představovat mnoho výhod**. Jak píše Truhlářová (2015), tak senior zůstane ve známém prostředí s jeho blízkými, kde se cítí bezpečně. Navíc neformální péče poskytuje seniorovi péči po stránce sociální, pečovatelské, emocionální a částečně i zdravotní, což jsou potřebné složky při péči. (Truhlářová, 2015) Také Bartoňová (in Jeřábek et al., 2005) uvádí, že samo domácí prostředí a přítomnost blízkých osob má pozitivní vliv na psychiku opečovávaného.

2.1.1 Druhy neformální péče

Jeřábek et al. (2005) popisuje tři stupně péče podle zajištění potřeb pro opečovávanou osobu (neboli podle intenzity potřeby péče). Jedná se **o péči podpůrnou, neosobní a osobní**.

Podpůrná péče (subsidiary care) není tolik náročnou po stránce psychické, fyzické a časové jako péče neosobní a osobní. Její charakteristikou je to, že se pečující snaží podpořit seniora a pomoct mu s činnostmi každodenního života jako pomoc s doprovody k lékaři, zajištění různých nezbytných oprav nebo finanční podporu. Tento druh péče může být zajišťován nepravidelně, podle potřeby, a nevyžaduje se tak, aby pečující a senior společně bydleli. Seniorovi navíc pečující poskytuje emoční podporu. (Jeřábek et al., 2005)

Neosobní péče (impersonal care*)* je druhým a náročnějším stupněm pro který je charakteristická pravidelnost. Jde o každodenní péči o seniora a domácnost, proto je péče časově náročnější a pro opečovávaného je obtížněji postradatelná. Pro pečovatele je zde pak možnost využití pomoci terénních sociálních služeb. (Jeřábek et al., 2005)

Péče osobní (personal care*)* je třetím a nejnáročnější stupněm péče. Jde o péči, která je náročná jak časově, tak i fyzicky a psychicky. Od pečovatele se vyžaduje nepřetržitá přítomnost. Opečovávaný je na tuto péči odkázán, což přináší velkou odpovědnost pro

pečující osobu. Z toho důvodu je důležité, aby pečující měl podporu ze strany rodiny, jelikož dopady na pečujícího jsou v případě této péče veliké. (Jeřábek et al., 2005)

Kromě výše uvedených vymezení se dá péče o seniora dělit na péči **zdravotní, sociální a emocionální**. Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení a očekává se, že po skončení péče v zdravotnickém zařízení převezme odpovědnost rodina, systém sociální péče nebo dojde ke kombinaci obou možností. Sociální péčí jsou myšleny zařízení sociálních služeb. Emocionální péči nejlépe zajistí rodina sama, pokud pečuje v domácím prostředí. Pokud je senior v péči zdravotní nebo sociální, tak se rodina snaží mu tuto péči „doplnit". (Jeřábek et al., 2005) Podobné péči o seniora do tří skupin dělí i Mlýnková (2011) – **péče zajišťovaná rodinou, zdravotní péče a sociální péče**.

2.1.2 Důležitost neformální péče

Podle údajů OECD tvoří neformální pečující zhruba 70-90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče. Přes 4/5 neformálních pečujících pak tvoří rodinní příslušníci. (Colombo et al., 2011). Truhlářová (2015) také poukázala na to, že v ČR v roce 2012 zhruba 80 % poskytovatelů dlouhodobé péče tvořili neformální pečující, což poukazuje na důležitost neformální péče. (ÚZIS dle Truhlářová, 2015)

Potřebnost této péče však bude v budoucnu ještě větší, což souvisí s demografickým vývojem a proměnou společnosti. V ČR dochází k snížení úmrtnosti starých lidí a prodlužuje se tak stáří, dochází k snížení porodnosti a k důchodovému věku se blíží silné populační ročníky narozené na počátku 70. let (Truhlářová, 2015) Důsledky demografické proměny společnosti přinášejí mnoho problémů jako například obavy ohledně financování důchodového systému a růst nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči. (Truhlářová, 2015) Truhlářová (2015) i Jeřábek et al. (2013) uvádí, že do budoucna můžeme počítat s tím, že podíl seniorů závislých na pomoci se bude zvyšovat. Jeřábek et al. (2013) také přepokládá, že do budoucna se bude společnost stále více obracet na rodiny s tím, aby převzaly péči o seniory. Souvisí to jak s faktem, že bude přibývat seniorů vyžadujících péči, tak s tím, že institucionální péče se nestihne takto rychle rozvíjet. Z toho důvodu je potřebné, aby byla v zákonech lépe vyjádřena práva pečujících osob. (Jeřábek et al., 2013)

Jak však ukazuje Mikanová (in Dragomerická et al., 2020) a i Dobiášová, Kotrusová (2017) v České republice nejsou pečující v zákonech definováni a také zde chybí jasné vymezení jejich práv. Dobiášová a Kotrusová (2017) naznačují, že český sociální

a zdravotnický systém roli neformálních pečovatelů dostatečně neoceňuje. Nedostatečný zájem o neformální péči vysvětlují následovně: *"Nedostatečný zájem o neformální pečovatele lze částečně vysvětlit tím, že se jedná o tzv. skrytou sociální skupinu, jejíž potřeby byly a pořád do určité míry jsou formulovány v souvislosti s osobami, kterým poskytují péči."* (Dobiášová, Kotrusová, 2017:24)

I přesto, že výše uvedený text naznačil, že neformální péče je pro společnost velmi důležitá, odborná veřejnost se dle Dobiášové a Kotrusové (2017) shoduje na tom, že v ČR **nejsou podmínky pro neformální péči optimální** a najdeme zde mnoho mezer, které pečujícím znesnadňují už takto náročnou činnost.

2.2 Pečující osoba

Pečující osobu můžeme definovat jako *„Osobu, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez jakékoli formální smlouvy."* (Matoušek, 2016:134) Při neformální péči je to tedy někdo, kdo o seniora pečuje. Na péči o seniora se podílí většinou i více členů rodiny, ale v praxi se lze setkat nejčastěji s tím, že péči o seniora převezme z velké části pouze jedna osoba a tu pak označujeme jako primárního pečovatele. (Jeřábek et al., 2013)

Jak bylo naznačeno v předchozí kapitole, tak **pečující osoby nejsou v českých zákonech jasně vymezeny** a chybí zde jejich definice. (Mikanová in Dragomerická et al., 2020) Pečující osoby jsou zmíněny v zákonech pouze nepřímo, a to ve vazbě na osoby závislé na péči druhé osoby, což se děje v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mikanová (in Dragomerická et al., 2020) vnímá nedostatečnou definici role pečovatele jako velký problém a popisuje následující: *„S neformálními pečujícími se pro účely poskytování sociálních služeb na oficiální úrovni nepracuje jako se samostatnou cílovou skupinou. Tato situace značně ztěžuje poskytování podpory zaměřené přímo na ně."* (Mikanová in Dragomerická et al., 2020:54)

Jak ukazuje Přidalová (2006), tak i u neformálních pečujících se setkáváme s genderovou problematikou, kdy ženy se častěji stávají pečovatelkami než muži, což souvisí s nastavením společnosti, kdy ženy jsou stále vnímány jako pečovatelky. (Přidalová, 2006) K názoru, že neformální péče je genderová, se přiklání i Dudová (2015), která uvádí: *„To, že péči poskytují ženy častěji než muži, je dáno jak kulturními faktory – odlišnou socializací dívek k tomu, že pečovatelská práce je ženská práce, kulturním spojením intimní osobní péče s ženami, tak i strukturálními faktory – odlišným*

postavením žen na pracovním trhu a v rodině.“ (Dudová, 2015:154) Na to, že neformální péči zastávají častěji ženy, než muži dále upozorňuje i Jeřábek et al. (2013).

Nastavení společnosti v problematice neformální péče se odráží i v **podílu pečujících žen a pečujících mužů**. Šimoník (2015) došel ve svém výzkumu zabývajícím se charakteristickou pečujících osob k závěru, že 83 % pečujících tvoří ženy a uvádí, že ženy věnují péči více času a pečují i delší dobu než muži. K podobným závěrům došla i Křížová, Janečková a Běláček (2016) s jejich dotazníkovým šetřením, které ukázalo, že 89 % pečujících tvoří ženy a 11% muži. Truhlářová (2015) provedla výzkumné šetření ohledně zátěže neformálních pečovatelů, kterého se zúčastnilo 844 neformálních pečovatelů, z toho 86 % tvořily ženy a 14 % tvořili muži. Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013) přichází s poznatkem, že i v rámci EU zastávají pozici neformálních pečovatelů ze dvou třetin ženy.

Mikanová (2018) dále přichází se zajímavým stanoviskem, že pečující muži mají větší tendenci neupozaďovat své aktivity a zájmy a skloubit tak péči s jejich osobním životem. U žen jakožto pečujících se setkáváme s problémem „seběobětování se“, kdy ženy spíše obětují svůj osobní život a své zájmy, aby péči mohly věnovat více času. (Mikanová, 2018)

2.3 Rozhodnutí o domácí péči

Jak uvádí Dudová (2015), rozhodnutí začít s péčí znamená přelomový okamžik jak pro opečovávaného, tak i pro pečujícího. Z toho důvodu je důležité se tomuto tématu blíže věnovat a přiblížit si, co stojí za tím, že se pečující rozhodnou pečovat o seniora doma. Důležité je zmínit i předpoklady, které by měl pečující splňovat, než se rozhodne s péčí začít. Na to se váží i překážky, které brání pečujícím s péčí začít, a které v následující kapitole také popíšu.

2.3.1 Motivy k péči

Dudová (2015) uvádí, že na základě rozhovorů, které uskutečnila pro výzkum do své knihy vyplývá, že existují dvě cesty, které vedou k samotné péči. Tou první je „krize“, kdy se náhle zhorší zdravotní stav seniora a pečující nemá čas se na péči připravit. Druhou cestou je cesta „postupná“, kdy dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu seniora a je zde možnost se více připravit. (Dudová, 2015) Jeřábek et al. (2013) uvádí, že

příčinami péče o seniora v domácím prostředí jsou nejčastěji nemoc a zhoršení zdravotního a psychického stavu seniora.

Dle Dudové (2015) mezi nejčastější motivy, proč se pečující rozhodnout pro domácí péči, patří: závazek nebo jakási povinnost pečovat o seniora pramenící z nastavení společnosti, existence citového pouta, rodinná tradice péče a reciprocita. Pečující v případě reciprocity cítí povinnost svým rodičům „oplatit“ jak péči v dětství, tak i podporu v různých životních situacích. Motivem může být i to, že pečující neviděli jinou možnost, jak péči zajistit, což souvisí s nedostupností institucionální péče a také (ne)kvalitou poskytovaných služeb v institucionální péči. Důležité také je, aby pečující měli prostor a čas pečovat. Všechny tyto motivy se často prolínají, posilují a nelze tak určit pouze jeden samostatný motiv. (Dudová, 2015) Na motivy spojené se začátkem domácí péče se zaměřil i Jeřábek et al. (2013) a v podstatě se v uvedených motivech shoduje s Dudovou (2015), ale dodává, že při rozhodování o péči je nejdůležitější přijmou pocit zodpovědnosti a opět mluví i o důležitosti možnostech rodiny.

Stejně jako Dudová (2015) a Jeřábek et al. (2013) se i Přidalová (2007) věnuje motivům péče, a i ona zmiňuje jako jeden z možných důvodů péče právě nedůvěru v institucionální péči, kdy pečující mohou mít osobní či zprostředkovanou špatnou zkušenost s institucemi. Na tento motiv navazuje i neadekvátnost nabídky sociálních služeb či jejich nedostatek. (Přidalová, 2007)

2.3.2 Předpoklady pro péči a obavy z péče

Před samotným začátkem péče by však rodinní pečující měli také splňovat několik předpokladů, kterými se zabývá Pacovský (1990). Konkrétně jde o to, že rodina musí chtít pečovat, mít podmínky k péči a také umět pečovat. (Pacovský, 1990)

Prvním předpokladem je to, že rodina musí **chtít pečovat**. Pacovský (1990) uvádí, že je důležitá především motivace rodiny pečovat, jelikož péče se dá jen těžko nařídit. Haškovcová (2010) ovšem upozorňuje, že předpoklad „chtít pečovat“ může být oslaben celou řadou faktorů jako je výchova k ekonomické a společenské nezávislosti. Dalším faktorem jsou i rodinné vztahy – pokud se senior nestaral dobře o své děti a nemá s nimi dobré vztahy, spíše se stane, že tyto děti odmítnou péči o něj. (Haškovcová, 2010)

Předpoklad **mít podmínky k péči** se váže k zajištění vhodných podmínek pro péči. Pečující by měli mít vhodný fyzický a psychický zdravotní stav k péči, zajistit bytové

a finanční podmínky a přizpůsobit se i časové náročnosti péče. (Truhlářová, 2015) Pacovský (1990) uvádí, že kvůli časové náročnosti pečující (a častěji ženy) často odchází z pracovního procesu, aby mohli pečovat. Jako úkol sociální politiky pak vidí dostatečnou podporu pečujících. (Pacovský, 1990)

Samotná péče o seniora vyžaduje také jisté znalosti, a tak je důležité, aby rodina **uměla pečovat**, což znamená mít teoretické znalosti o onemocnění seniora a praktické znalosti o péči. (Truhlářová, 2015) Haškovcová (2010) dodává, že v dnešní době už je velká dostupnost informačních materiálů a edukačních programů, což usnadňuje realizaci tohoto předpokladu.

Jak vidíme, předpokladů pro péči je opravdu mnoho, a ne každý rodinný pečující tyto požadavky splňuje. K tomuto tématu se vyjadřuje Mlýnková (2011), která uvádí několik **překážek, které brání pečujícím se začátkem poskytování rodinné péče**. Především jde povinnosti dětí seniorů o vlastní rodiny, problémy s bydlením, které by bylo nevhodné pro soužití rodiny a seniory či problémy se vzdálenosti bydlení mezi pečujícím a seniorem. (Mlýnková, 2011)

Dle výzkumu Charity ČR z roku 2016 se také 52 % Čechů obává psychické náročnosti, 47 % se obává nedostatku financí až 75 % Čechů neví, kam se obrátit pro informace potřebné pro začátek péče. (Charita dle Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) Podobné závěry přináší i výzkum Veselé (2002), která se zaměřila na potenciální pečující – děti seniorů starších 60 let. *„Obava ze ztráty zaměstnání je natolik velká, že u velké části potenciálních pečovatelů může vést k odmítnutí volby osobní péče...“* (Veselá, 2002:13) Dle Veselé (2002) se potenciální pečující obávají především zmíněného omezení zaměstnání a nezvládnutí odborné péče. Následují obavy ze zátěže časové, psychické, fyzické a finanční, obavy ze zanedbání potřeb vlastní rodiny a obavy z omezení osobního života. (Veselá, 2002) Jak uvádí Veselá (2002), tyto obavy pak následně mohou vést k rozhodnutí neposkytnou péči v domácím prostředí. Z těchto uvedených důvodů si myslím, že tyto obavy by měly být předmětem řešení sociální politiky, pokud by se je totiž podařilo snížit (například tím, že by péče byla adekvátně finančně ohodnocena a začala by se brát jako práce na plný úvazek) usnadnilo by to zaprvé rozhodnutí potenciálních pečujících a zadruhé především samotná péče by se stala pro pečující jednodušší.

2.4 Pozitiva neformální péče pro pečující

Pozitiva péče se odvíjí i od toho, v jaké fázi pečování se pečující nachází. Například na začátku péče je vůbec nejtěžší najít nějaká pozitiva, což se pak postupně mění a pečující jsou schopni nalézt ona pozitiva. (Pumprová in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019)

Dragomerická et al. (2020) mluví o mnohých ziscích, které může neformální péče pečujícím přinést. Jde například o prohloubení vztahu s opečovávaným, možnost trávit s blízkým více času, naučení se větší trpělivosti, získání praktických informací o péči, ale i uvědomění, že je třeba dbát na své zdraví (jak psychické, tak fyzické). Dalo by se tak říct, že péče se zasloužila o osobní růst pečujících. Péče pečujícím také pomohla dosáhnout jistého druhu vnitřního uspokojení, který je dán tím, že pečující vědí, že je o blízkého dobře postaráno, že mu péčí zkvalitňují život a že je spokojený. (Dragomerická et al., 2020)

Netto (dle Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) stejně jako Dragomerická et al. (2020) uvádí jako pozitivum neformální péče osobní růst, který je spojen se změnou životních postojů, získání trpělivosti, vstřícnosti a chápavosti. Péče také pečující naučila poznat své silné a slabé stránky, pomohla jim získat větší přehled o samotné péči a pozitivním aspektem péče může být i zlepšení vztahů jak k samotnému opečovávanému, tak i v rodině. (Netto dle Ondrušová, Krahulcová et al., 2019)

3 Problémy a potřeby pečujících při péči o seniora v domácím prostředí

Tato kapitola představuje důležitou součást teoretické části, o kterou se budu ve velké míře opírat i při části empirické, jelikož mapuje jednak vliv péče v domácím prostředí na pečující a dále pak potřeby pečujících osob.

Kromě již zmíněných pozitiv sebou neformální péče přináší i mnohá negativa spojená s vysokou zátěží neformální péče. Tyto negativa se projevují v oblasti psychické, fyzické, sociální a i finanční. V odborné literatuře je pro ně použit pojem „pečovatelská zátěž". Jarolímová (in Dragomerická et al., 2020) definuje pečovatelskou zátěž následujícím způsobem:" *Pečovatelskou zátěž lze charakterizovat jako multidimenzionální odpověď organismus na působící stresory v procesu péče a jako termín pro komplexní vyjádření problémů v rovině psychické, fyzické, emocionální a sociální."* (Jarolímová in Dragomerická et al., 2020:146) Millward (1999) pak pečovatelskou zátěž dělí na zátěž objektivní a subjektivní. Objektivní zátěž souvisí s délkou pečovatelské role, dobou, po kterou se pečující věnuje opečovávanému, soužitím v jedné domácnosti, zdravotním stavem opečovávané osoby, dopady na rodinu nebo také dopady na trávení volného času a vliv na pracovní život. Subjektivní zátěž je pak ovlivněna prožíváním pečovatelské role a psychosociálními, rodinnými, sociálními a kulturními faktory. (Millward, 1999) Právě na negativa spojená s pečovatelskou zátěží se v této kapitole zaměřím.

3.1 Psychické a somatické problémy

Dlouhodobá péče způsobuje pečujícím velkou psychickou zátěž, kdy kvůli této zátěži se pečující mohou potkávat s řadou problémů psychického rázu. V první řade jde především o **vystavení stresu**. Dragomerická et al. (2020) uvádí, že pociťovaný stres závisí na primárních a sekundárních stresorech, které jsou s péči spojené. Mezi primární stresory se řadí například závažnost stavu nemocného, problematické chování nemocného, ale také prostředí. Sekundární stresory souvisí s rodinnými, finančními a pracovními potížemi, které se odvíjejí od náročnosti péče – může tak jít například o problém s organizací péče či obtíže spojené s dopadem na rodinný život. (Dragomerická et al., 2020)

Z výzkumu Jedlinské, Hlúbika a Levové z (2009) také vyplynulo, že pečující jsou vystaveni **zvýšené psychické zátěži** způsobené objektivními a subjektivními rizikovými

faktory, kdy objektivní faktory se v podstatě shodují se objektivní zátěží tak, jak ji popsal Millward (1999). Mezi subjektivní faktory vzniku zvýšené psychické zátěže dle výzkumu patří nadměrný stres pečujících, změna rodinných a finančních poměrů, nedostatek času a neznalosti situace. (Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009). Dále se na psychickou zátěž orientoval i Jeřábek, který uvádí následující: *„Psychická zátěž pociťovaná hlavní pečující osobou vzrůstá spolu s rostoucí náročností péče o seniora."* (Jeřábek, 2009:260) Na dopady péče na pečující se pak také soustředil ve svém výzkumu i Šimoník (2015), který došel k závěru, že zátěž péče způsobuje **pečujícím psychické vyčerpání**. Podobně jako Millward (1999) a (Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009) i Šimoník (2015) popisuje, že ohroženější zvýšenou psychickou zátěží jsou pečovatelé, kteří žijí ve společné domácnosti a ti, kteří pečují dlouhou dobu a intenzivně.

V souvislosti s vysokou mírou stresu a zátěže se u pečujících také objevují další psychické problémy jako například **deprese, úzkosti a nejrůznější obavy**, kdy pečující jsou depresemi více ohroženi než lidé, kteří nepečují. (Pumprová in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) I u psychických problémů spojených s péčí pak najdeme genderovou problematiku. Šimoník (2015) ukazuje, že ženy vnímají negativa spojená s péčí intenzivněji než muži. Dragomerická et al. (2020) zase uvádí, že pečující ženy jsou postiženy depresemi, úzkostmi a neurotickými poruchami více než muži. K stejnému závěru dochází i výzkum OECD z roku 2011. (Colombo et al., 2011) Dragomerická et al. (2020) tento jev vysvětluje tak, že ženy tráví péčí více času než muži, dostává se jim méně podpory a také jsou především schopné obětovat svůj volný čas na úkor svého zdraví.

Dragomerická et al. (2020) i Jeřábek (2009) se shodují, že pokud pečuje větší počet osob a péče je tedy v rodině rozdělena mezi více členů, psychická zátěž nebude tak velká a pečující nebudou cítit tak velkou tíhu odpovědnosti. Myslím si tedy, že společná péče rodiny je jednou z možností, jak péči pečujícím ulehčit a snížit tak pociťovaný stres.

Péče o nesoběstačného člověka je **náročná i po stránce fyzické**, kdy pečující musí opečovávaného často zvedat, otáčet, přenášet, což představuje velkou fyzickou námahu. (Jeřábek et al., 2013) I Truhlářová (2015) uvádí, že dlouhodobá péče se odráží na fyzickém stavu pečujícího. Pumprová (2019) mluví o tom, že pečující se v důsledku náročnosti péče zanedbávají, což pak právě souvisí se somatickými obtížemi jako je hypertenze, kardiovaskulární onemocnění, zhoršení imunitního systému, problémy se spánkem a také vyčerpaností. Zároveň upozorňuje na to, že tyto problémy často nejsou

dávány do souvislosti s péčí. (Pumprová in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) Dragomerická et al. (2020) dodává, že právě pocity vyčerpanosti a únavy jsou velkým problémem, který se objevuje spíše až v pozdní fázi péče nebo po skončení péče, kdy přestanou pracovat adaptační mechanismy.

3.2 Sociální problémy

Co se týká negativ sociálního charakteru, tak jedním z dopadů neformální péče může být **dopad na rodinné vztahy**, kdy vlivem dlouhodobé péče dochází k narušení rodinných vztahů, rodinného života a péče může být i předmětem hádek v rodinách – především při rozdělení péče. (Dragomerická et al., 2020) Truhlářová (2015) k tématu dodává, že v důsledku **ztráty soukromí** může dojít k rozpadu rodinných či partnerských vztahů, o čemž mluví i Haškovcová (2010).

Dalším dopadem dlouhodobé péče je **sociální izolovanost** pečujících. Sociální izolovanost je důsledkem psychické, fyzické, ale především časové náročnosti péče. (Truhlářová, 2015) Jeřábek et al. (2013) vnímá sociální izolovanost jako jeden z kritických momentů péče v domácím prostředí, k čemuž ve svém výzkumu dochází i Šimoník (2015). Sociální izolovanost je také jedním z problémů, kterým trpí i pečující v dalších zemích EU. (Birtha, Holm, 2018)

Truhlářová (2015) uvádí, že u neformálních pečujících dochází také k **sociálnímu vyloučení**, které je zapříčiněno velkou náročností péče, kdy pečující na úkor péče obětují své aktivity, zájmy, soukromí, svůj osobní život a často musí i opustit zaměstnání, což posiluje sociální vyloučení. I Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013) vidí nedostatek času na vlastní potřeby a osobní život jako faktor, který následně vede k sociálnímu vyloučení pečujících. I Pumprová (in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019) mluví o omezení **trávení volného času,** což například Šimoník (2015) vidí jako jeden z nejpalčivějších problémů pečujících. S nedostatkem času bojují i rodinní pečovatelé v rámci EU. (Birtha, Holm, 2018) V trávení volného času se však pečující ženy liší od pečujících mužů. Jak už bylo zmíněno výše v textu, tak Mikanová (2018) upozorňuje na to, že pečující ženy spíše než muži, upozaďují své zájmy a svůj osobní život, na což dále poukazuje i Dragomerická et al. (2020): *"...ženy mají větší tendenci nadřadit potřeby opečovávané osoby svým vlastním potřebám a pečovat bez ohledu na vlastní rezervy."* (Dragomerická et al., 2020:261)

3.3 Finanční problémy

Finanční problémy pečujících se nejčastěji váží k **omezení či opuštění zaměstnání**, což způsobí velký výpadek příjmů. (Truhlářová, 2015) S tímto stanoviskem souhlasí i Pumprová (2019), která uvádí: *„Se zvyšováním náročnosti péče se přímo úměrně snižuje úvazek v zaměstnání a tím dochází ke snížení příjmů."* (Pumprová in Ondrušová, Krahulcová et al., 2019:259) Výzkum OECD poukazuje na fakt, že přerušení zaměstnání ohrožuje pečující chudobou. (Colombo at al., 2011) Pečující se také často bojí opustit své zaměstnání i z toho důvodu, že po skončení péče je náročné zařadit se zpět na trh práce. (Jeřábek et al., 2013) V ČR se pak pečující setkávají s **problémem nedostatečné výše finanční podpory** a braním péče o své rodiče jako morální povinnosti, která by měla být vykonávána bez nároku na finanční odměnu. (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013) S tímto problémem se setkávají i pečující v některých dalších evropských zemích a ocenili by, kdyby se jejich péče brala jako „práce na plný úvazek". (Birtha, Holm, 2018)

3.4 Nepropojenost sociálního a zdravotního systému

Dlouhodobá péče o seniora v domácím prostředí vyžadují jak zapojení sociálních služeb, tak i těch zdravotních. V České republice je však problémem, že tyto služby jsou resortně odděleny, což pak komplikuje uplatňování komplexního přístup v péči o seniory a pojí se s tím i další problémy, které pečujícím péči komplikují. (Mikanová, Dvořáková in Dragomerická et al., 2020)

Jedním z těchto problémů je nedostatečná koordinace zdravotní a sociální péče ze stran lékařů. Dragomerická et al. (2020) uvádí, že **pečujícím chybí základní ucelené informace o péči ze strany obvodních lékařů**, kdy pečující nemají dostatečné informace o nemoci, sociálních a zdravotních službách, o možnostech finanční podpory a bezplatných zdravotnických pomůcek. Pečující od obvodního lékaře informace o tom, co co pro ně může udělat on sám (například doporučit služby, které mohou využít, předepsat zdravotnické pomůcky, vysvětlit, že existuje příspěvek na péči a že on potvrzuje jeho žádost atd.) a také informace o organizacích, na které se mohou pečující obrátit. (Dragomerická et al., 2020) Na problém s nedostatkem informací od lékařů poukazuje ve svém výzkumu i Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013). Problémem se zdravotními a sociálními terénními službami je také jejich rozdílná kompetence. (Dragomerická et al., 2020)

3.5 Potřeby pečujících

Potřeby pečujících, a především jejich identifikace, jsou něčím, co je opět v péči o seniora zásadní. Identifikace potřeb je předpokladem po nalezení vhodného způsobu podpory pečujících. Pokud pečujícím pomůžeme jejich potřeby nalézt a naplnit, můžeme jim tak zlepšit podmínky pro péči samotnou. (Silva et. al., 2013) V této kapitole se zaměřím především na představení potřeb pečujících tak, je vymezuje Silva et al. (2013) a Remr (in Dragomerická et al., 2020), jelikož mi tato vymezení přijdou ucelená a přehledná.

Silva et al. (2013) rozděluje potřeby pečujících do 4 kategorií. První je **potřeba informací**, kdy pro pečující jsou klíčové především informace o službách, které mohou využít, informace o vhodném způsobu péče a dále i informace a podpora s problémy. Pro **potřebu odborné podpory** je charakteristická pomoc od profesionálů, kteří by pečující podpořili s vypořádáváním se s náročností péče. **Potřeba efektivní komunikace** je nezbytná jak pro spolupráci s odborníky, tak pro zvládání problémového chování opečovávaného. Poslední potřebou je **potřeba právní a finanční podpory**, která se vztahuje na pomoc s finančními záležitostmi. (Silva et. al., 2013)

V českém prostředí přichází s vymezením potřeb Jiří Remr (in Dragomerická et al., 2020), který na základě výzkumu s pečujícími identifikuje devět oblastí potřeb, které jsou postavené přímo na potřeby pečujících v ČR. Jako první oblast uvádí **vzdělávací potřeby**, které vyplývají z toho, že pečující jsou laici a nemají tedy ze začátku základní informace o péči. **Praktické potřeby** zahrnují jak znalosti, tak především praktické dovednosti pečujících. Při **technických potřebách** se jedná o potřebu stavebních úprav domácnosti. **Administrativní potřeby** jsou specifickým druhem potřeb identifikovaným na základě vysoké administrativní náročnosti, která se může projevovat například dlouhým čekáním na vyřízení požadavku, nutností opakovaně dokládat stejné dokumenty nebo v nejasném postupu při zařizování některých úkonů. Tato vysoká administrativní náročnost pak může být i důvodem rezignace pečujících na některé jejich nároky – např. příspěvek na péči. **Sociální potřeby** zahrnují jak oblast sociálních kontaktů, tak i oblast komunikace v rodině a komunikace s profesionály. **Finanční potřeby** souvisí i s postavením pečujících na trhu práce, a především se změnou postavení na trhu práce, což má efekt na množství příjmů pečujících**. Zdravotní potřeby** jsou pak spojeny se zdravotním stavem pečujících. Pečující mají dále také **potřeby psychologické a emocionální**. (Remr in Dragomerická et al., 2020)

4 Systém sociálních služeb a možnosti podpory v kontextu péče v domácím prostředí

Poslední kapitola teoretické části představí systém sociálních služeb a možnosti podpory v kontextu péče v domácím prostředí. Popsány budou sociální služby, finanční podpora, a i další podpora, kterou pečující mohou využít pro pomoc s péčí. Zároveň budou také zmíněny i limity tohoto systému. Tato kapitola je opět podstatná pro empirickou část, jelikož na hodnocení tohoto systému pomoci se v praktické části zaměřím.

4.1 Systém sociálních služeb

Systém sociálních služeb může být pro pečující velkým pomocníkem a oporou při péči o nesoběstačného seniora v domácnosti. Na druhou stranu Mikanová a Dvořáková (in Dragomerická et al., 2020) poukazují na skutečnost, že využití sociálních služeb se pojí i s různými problémy, kvůli kterým jsou pak tyto služby využívány méně, než by pro rodiny bylo potřebné. Jde například o nedostatečnou dostupnost služby v lokalitě nebo nedostatečnou kapacitu služby. (Mikanová, Dvořáková in Dragomerická et al., 2020) Mezi další překážky s využíváním sociálních služeb patří: finanční nedostupnost, omezená časová dostupnost služeb nebo i problémy s dopravou seniora do zařízeních, které služby poskytují. (Geissler et. al., 2015) Z tohoto důvodu u jednotlivých služeb uvedeny i limity, které pečující mohou odradit od využití těchto služeb.

V České republice systém sociálních služeb upravuje **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** a dále pak **vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách například přišel s novým dělením sociálních služeb a zároveň upravuje podmínky poskytování sociálních služeb, ale je zde také ukotven i příspěvek na péči, který je důležitou součásti podpory neformální péče. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Dle zákona o sociálních službách dělíme sociální služby podle druhu a formy poskytování. Mezi základní druhy patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy se pak dělí na služby pobytové, ambulantní a terénní. (zákon č. 108/2006 Sb.) **Pobytovými službami** se dle zákona rozumí takové služby, které jsou *"spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb"* (zákon č. 108/2006 Sb., § 33, odst. 2). **Ambulantní služby** jsou takové služby, za kterými klient dochází do zařízení

sociálních služeb. **Terénní služby** jsou pak poskytovány v přirozeném prostředí klienta. (zákon č. 108/2006 Sb.)

4.1.1 Sociální služby pro pečující

Pokud se zaměříme na sociálních služby zaměřené přímo na osoby pečující, zjistíme, že jich v České republice mnoho není. V podstatě jde pouze o odlehčovací službu, ale dále pečují mají i možnost využít sociální poradenství. Tento stav je dle Mikanové a Dvořákové (in Dragomerická et al., 2020) zapříčiněn tím, že pečující nejsou v zákoně o sociálních službách (ani žádné jiné legislativě) definování jako cílová skupina. V zákoně o sociálních službách jsou vymezeni pouze v souvislosti s opečovávanými osobami. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Odlehčovací služby jsou poskytovány v terénní, ambulantní nebo pobytové formě a jsou poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost (a jinak je o ně pečováno v přirozeném prostředí). Cílem této služby je poskytnout pečující fyzické osobě odpočinek. V podstatě tak pečující na nějakou dobu svěří péči o nesoběstačnou osobu jiné osobě nebo instituci. Odlehčovací služba zajišťuje následující základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 44) U odlehčovací služby představuje problém především častá nedostupnost této služby – ať už se jedná o nedostupnost kapacitní, finanční nebo nedostupnost v dané lokalitě, (Dragomerická et al., 2020).

Pečující mohou využít také služby **sociálního poradenství**. Zákon o sociálních službách dělí sociální poradenství na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. (zákon č. 108/2006 Sb.) Základní sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb a *"poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace"*. (zákon č. 108/2006 Sb., § 37, odst. 2).

4.1.2 Sociální služby zaměřené na seniory v domácí péči

Sociálních služeb zaměřených na seniory v domácí péči už najdeme podstatně více než služeb, které se zaměřují vyloženě na pečující. Mezi tyto služby řadíme: osobní asistenci, pečovatelskou službu, centra denních služeb a dále také denní a týdenní stacionáře

Osobní asistence je terénní službou, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností, které vyžadují pomoc fyzické osoby. Výhodou osobní asistence je, že je poskytována bez časového omezení. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí klienta. Osobní asistence zajišťuje například: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 39)

Pečovatelská služba je stejně jako osobní asistence službou terénní (ale zároveň také může být i ambulantní) a poskytuje se osobám se sníženou soběstačností. Tato služba na první pohled vypadá podobně jako osobní asistence, ale rozdílem zde je, že pečovatelská služba je poskytována pouze ve vymezeném čase. Služba je nejčastěji poskytována v domácnostech nebo zařízení sociálních služeb. Pečovatelská služba podobně jako osobní asistence zajišťuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 40)

Problém s nedostupností najdeme i u osobní asistence a pečovatelských služeb, kdy tyto služby často nejsou dostupné mimo pracovní dobu, mají omezené kapacity a také mohou být pro pečující nedostupné finančně. Případně i senioři či pečující se bojí přiznat, že sami už péči nezvládnou, a tak pak tyto služby odmítají. (Dragomerická et al., 2020).

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností. Jde například o pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006 Sb., § 45)

Denní stacionáře jsou službou ambulantní a opět zaměřené na osoby se sníženou soběstačností. Výčet činností této služby se shoduje s činnostmi center denních služeb kromě jedné činnosti – pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Tuto službu centra denních služeb neposkytují. (zákon č. 108/2006 Sb., § 46) **Týdenní stacionáře** jsou na rozdíl od denních stacionáři službou pobytovou. (zákon č. 108/2006 Sb., § 47) Problém stacionářů je pak ten, že jsou často nedostupné z hlediska lokality, kdy tyto služby se soustředí do větších měst a nejsou pak dostupné pro pečující z malých měst a vesnic. Mezi další problémy se řadí nedostupnost kapacitní, nutnost dopravy seniora do stacionáře či problém seniorů si na tuto službu zvyknout. (Dragomerická et al., 2020).

4.2 Finanční podpora

Mezi další podporu neformální péče řadíme i podporu finanční, která je pro pečující i samotné seniory důležitým nástrojem. Jako jednu z hlavních finančních podpor můžeme uvést příspěvek na péči. Mezi další podporu pak patří i sociální dávky – dávky státní sociální podpory, dávky hmotné nouze a také dávky pro osoby se zdravotním postižením. Další možností pro získání finanční podpory je také dlouhodobé ošetřovné.

4.2.1 Příspěvek na péči a jeho limity

Příspěvek na péči je jedinou dávkou, kterou vymezuje zákon o sociálních službách. Poskytuje se osobám, které jsou závislé na pomoci od jiné fyzické osoby. Dávka se tedy vyplácí osobě, o kterou je pečováno, nikoliv pečujícímu, a to opakovaně každý měsíc. Příspěvek na péči vyplácí příslušná pobočka Úřadu práce a také se žádá na příslušných pobočkách Úřadu práce. Ten pak rozhoduje, zda dávku přizná či nepřizná. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Příspěvek na péči dále rozlišuje čtyři stupně závislosti, od kterých se pak odvíjí výsledná výše příspěvku – čím vyšší stupeň závislosti, tím je vyšší příspěvek na péčí. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí to, kolik základních životních potřeb si osoba nezvládne sama zajistit. (zákon č. 108/2006 Sb.) Základních životních potřeb definuje § 9 zákona o sociálních službách celkem 10 a jedná se o mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Dále je výše příspěvku určena i podle věku – zda se příspěvek vyplácí osobám do 18 let věku nebo pro osoby starší 18 let. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Paragraf 11 zákona o sociálních službách pak uvádí následující výše příspěvku dle stupně závislosti: (*2) Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc*

a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),

b) 4400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

c) 12800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),

d) 19200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

(zákon č. 108/2006 Sb., § 11, odst. 2)

I u příspěvku na péči platí, že se s ním pojí různé komplikace a dále také bariéry, které mohou bránit pečujícím ve využití této finanční podpory. Jak ukazuje Dudová (2015), tak prvním problémem může být to, že pečující vnímají příspěvek na péči jako peníze svých rodičů (pokud se jedná o pečující, kteří pečují o svého rodiče) a nepovažují peníze z příspěvku na péči za něco, co by patřilo jim jako ocenění jejich práce. K stejnému závěru dospívají v jejich výzkumu i Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013) které uvádí následující: *"Někteří pečovatelé nevnímají příspěvek jako odměnu za svoji práci, dokonce o něj ani nechtějí požádat.* (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013:17) Dle Dudové (2015) může být tento problém způsoben také tím, že příspěvek na péči je vyplácen osobě, o kterou je pečováno. Velký problém s příspěvkem na péči představuje dle Dragomerické et al. (2020) a Dudové (2015) nevědomost pečujících o této formě pomoci. Bariéru ve využití můžou dále představovat i normy a hodnoty ve společnosti, podle kterých je péče o nesoběstačného seniora povinností, kterou by měl pečující vykonávat zadarmo, což pak vede k obavám zažádat kvůli odsouzení společnosti. (Dudová, 2015). Jako další komplikace pečující vidí i samotnou výši příspěvku na péči a také proces vyřizování. (Dragomerická et al., 2020)

4.2.2 Dlouhodobé ošetřovné

Další možností finanční podpory pro pečující je i **dlouhodobé ošetřovné**. Jedná se o jednu z šesti dávek nemocenského pojištění, kterou upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. (zákon č. 187/2006 Sb.) Smyslem dlouhodobého ošetřovného je pomoc pečujícím překonat situaci, kdy pečující poskytuje celodenní péči blízkému. Přiznání nároku na dlouhodobé ošetřovné je podmíněno předchozí hospitalizací ošetřované osoby v délce alespoň 4 dnů a předpokladu, že zdravotní stav ošetřované osoby bude v domácím prostředí vyžadovat poskytnutí dlouhodobé péče minimálně dalších 30 dnů. (umirani.cz, online, cit. 2023-10-24) Nárok na dlouhodobé ošetřovné má *"pojištěnec, který pečuje o osobu potřebující poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí"* (zákon č. 187/2006 Sb., Hlava VII, § 41a, odst. 1*)* a z toho důvodu nemůže pojištěnec vykonávat zaměstnání. Podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je pak účast pečovatele na nemocenském pojištění alespoň v délce 90 dní v předchozích 4 měsících. U OSVČ se jedná o 3 měsíce. V případě dlouhodobého ošetřovného má pečující nárok na podporu maximálně 90 dní a výše podpory činí 60 % denního vyměřovacího základu. (ČSSZ, online, cit. 2023-10-24)

4.2.3 Sociální dávky a další možnosti finanční podpory

Při nedostatečných příjmech může mít buď opečovávaný či pečující nárok na některé dávky státní sociální podpor nebo dávky hmotné nouze. U **dávek státní sociální podpory** se jedná o příspěvek na bydlení. U **dávek hmotné nouze** jde o příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení nebo mimořádnou okamžitou pomoc. Pokud se u opečovávaného seniora objevuje i zdravotní postižení a splňuje-li senior pravidla, je zde i možnost **dávek pro osoby se zdravotním postižením**. Zde se jedná o opakovanou dávku příspěvek na mobilitu a jednorázovou dávku příspěvek na zvláštní pomůcku. (Truhlářová, 2015)

Na pečující se vztahuje také část zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, která se zabývá **náhradní dobou pojištění**. Náhradní doba pojištění se pečujícím započítává v případě, že pečují o osobu závislou na pomoci jiné osoby ve II.-IV. stupni závislosti a žijí spolu ve společné domácnosti. Pokud se jedná o blízkou osobu, podmínka společné domácnosti se nevyžaduje. Náhradní doba pojištění se ale nezapočítává celá, ale započítává se jen 80 % doby péče. (Zákon č. 155/1995 Sb.,) Pečující a opečovávané osoby (od II. stupně závislosti) jsou také dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, **osvobozeny od hrazení zdravotního pojištění**. Povinnost hradit zdravotní pojištění za ně přebírá stát. (zákon č. 48/1997 Sb.) Do náhradní doby pro nárok na podporu v nezaměstnanosti se započítává i péče o osobu závislou na pomoci jiné osoby ve II.-IV. stupni závislosti, pečující tak mají i **nárok na podporu v nezaměstnanosti**. (Truhlářová, 2015)

4.3 Další možnosti podpory

Podpora pečujících není omezena jen na již zmíněnou podporu ze strany sociálních služeb a finanční podporu, ale pro pečující existují i další formy pomoci, které se jim snaží učinit péči o seniory zvladatelnou. Jednou z možných podpor mohou být například **svépomocné (podpůrné) skupiny** pro pečující, které představují pro pečující formu praktické a emocionální podpory. (Jeřábek et al., 2013) Ve svépomocných skupinách se pečující pravidelně schází, jsou si oporou, poskytují a vyměňují si informace, sdílí osobní zkušenosti s péčí a sdílí věci, co jim s péčí pomáhají. (Abel dle Jeřábek et al., 2013). Mezi témata, která se mohou řešit na svépomocných skupinách jsou: problémy s komunikací s opečovávaným, projevy nemocí opečovávaných a jak tyto projevy zvládat, jak skloubit zaměstnání a péči, ale řeší se i informace ohledně finanční podpory. Do svépomocných

skupin je také možné si zvát odborníky na různá témata, kteří pak pečujícím poskytnou další pohled na věc. (Motlová, Brabcová, 2023)

Péče o seniora vyžaduje řadu praktických dovednosti, proto pečujícím mohou pomoct i **kurzy** zaměřené na základy pečovatelské praxe. V českém prostředí se na tyto kurzy zaměřuje například projekt Pečuj doma spadající pod Diakonii. Tento projekt nabízí jak kurzy prezenční, tak online kurzy. (Pečuj doma, online, cit. 2023-11-10)

Pro pečující existují i různé **webové stránky**, které jim mají pomoct zorientovat se ve své situaci. Příkladem takové stránky může být www.pecujdoma.cz, kde mimo již zmiňovaných kurzů jsou pečujícím k dispozici různé příručky a videa, dále zde funguje i poradna, kde pečující naleznou informace ohledně ošetřovatelství nebo sociálně-právních věcí, případně zde můžou položit svůj osobní dotaz (Pečuj doma, online, cit. 2023-11-12) Mezi další stránky řadíme www.sendvicovagenerace.cz, www.staramseapracuji.cz nebo www.alfabet.cz. Dále se pečující mohou obrátit i na různé **organizace** jako třeba Unie pečujících, Život 90, organizaci Alfabet nebo organizací Starám se a pracuji (Neviditelní, online, cit. 2023-11-12)

Při péči pečující mohou využití také služeb **půjčoven speciálních pomůcek**, které poskytují kompenzační pomůcky pro seniory jako například různá chodítka, polohovací lůžka, invalidní vozíky či antidekubitní matrace. (Truhlářová, 2015)

5 Shrnutí teoretické části

V teoretické části bakalářské práce jsem postupovala nejprve od obecného vhledu do problematiky péče až po již konkrétní problémy pečujících a představení možností podpory pro pečující. Z tohoto důvodu jsem první kapitolu bakalářské práce koncipovala jako vymezení základních pojmů, které se váží k těm, o které je pečováno – o seniory.

Druhá kapitola už blíže představuje problematiku neformální péče a uvádí její znaky, druhy, pozitiva a význam. Především u podkapitoly významu neformální péče jsem se snažila o vyzvednutí důležitosti této péče pro budoucnost a zároveň jsem se snažila poukázat na to, že podmínky pro neformální pečující nejsou v ČR optimálně nastavené, čímž jsem se dostala k druhé části této kapitoly, kde jsem se podrobněji věnovala samotným pečujícím osobám a jejich rozhodování o domácí péči. Rozhodování o péči znamená pro pečující přelomový okamžik, a tak jsem se snažila zmapovat, co za tímto rozhodnutím stojí – jaké motivy vidí pečující pro započetí péče a čeho se naopak obávají. Ukázalo se, že obavy mohou vést až k neposkytnutí péče v domácím prostředí.

Třetí kapitolou jsem podrobněji popsala problémy, s kterými se pečující setkávají a zároveň jaké potřeby se u pečujících objevují, jelikož cílem mé práce je zmapovat vnímání péče pečujícími osobami. V poslední kapitole jsem se zaměřila na představení systému sociálních služeb a dalších možností podpory, který pečující mohou využít, zároveň se zde ale ukázaly i nedostatky tohoto systému jako je například lokální a kapacitní nedostupnost některých sociálních služeb.

Při psaní teoretické části jsem narazila na mnoho problémů a nedostatků péče v domácím prostředím a z toho důvodu mě v praktické části práce bude zajímat, jak pečující osoby péči vnímají a hodnotí. V souvislosti s uvedeným si kladu následující otázky. Jak probíhalo rozhodnutí o péči? Měli pečující dostatečné informace? S jakými problémy se v péči setkávají a jak na ně tyto problémy působí? A co sociální služby? Jak hodnotí pečující jejich pomoc a dostupnost? Jsou spokojení s finanční podporou? Co spolupráce s obvodními lékaři? Vnímají přístup státu k nim samotným jak dostatečný nebo by se mělo něco změnit? Jde o mnoho otázek, na které se pomocí rozhovorů s pečujícími budu snažit si odpovědět.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

6 Metodologie výzkumného šetření

První kapitola praktické části bakalářské práce bude zaměřena již na samotnou metodologii výzkumu, kdy nejprve bude definován hlavní cíl a dílčí výzkumné cíle práce, které následně rozpracuji do jednotlivých tazatelských otázek pro rozhovory. Dále představím a zdůvodním výběr výzkumné strategie, popíšu výzkumný soubor a uvedu, jak výzkumné šetření probíhalo a jak jsem dané informace zpracovávala. Na závěr ještě popíšu etická rizika výzkumného šetření.

6.1 Hlavní cíl výzkumného šetření a dílčí cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí, kdy tento cíl se skládá ze čtyř dílčích výzkumných cílů, které pomáhají hlavní cíl bakalářské práce naplnit.

Hlavní cíl: *Zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí*

Dílčí výzkumné cíle:

DVC 1: *Zjistit, jak probíhalo rozhodnutí o péči o seniora v domácím prostředí*

Cílem prvního dílčího cíle je zjistit, jak u pečujících probíhalo rozhodování o péči o seniora v domácím prostředí. Především to tedy znamená zmapovat důvody a motivy pro rozhodnutí pro péči a zjistit jakou roli hrály při rozhodování obavy. Záměrem je dále také zjistit, jaké zkušenosti pečující měli před samotnou péčí a zda měli informace, které by jim pomohli se v tematice péče v domácím prostředí zorientovat.

DVC 2: *Zjistit, jak se pečující vyrovnávají s péčí o seniora v domácím prostředí*

Druhý dílčí cíl se zaměřuje na náročnost péče v domácím prostředí. Jeho cílem je zjistit, s jakými všemi problémy se pečující potkávají, jak je tyto problémy ovlivňují a zda mají někoho, kdo jim s péčí pomáhá. Dále je také záměrem zjistit, co by pečujícím pomohlo péči usnadnit.

DVC 3: *Zjistit, jak pečující vnímají systém pomoci a podpory v souvislostí s péčí o seniora v domácím prostředí*

Cílem třetího dílčího cíle je zjistit, zda pečující využívají dostupnou pomoc a podporu v souvislostí s péči o seniora a jaký je jejich postoj k tomuto systému pomoci a podpory.

Zaměřovat se budu na to, v čem pečujícím současný systém pomáhá a v čem vidí jeho limity.

DVC 4: *Zjistit, jak pečující hodnotí současné nastavení neformální péče*

Cílem čtvrtého cíle je zjistit, jak pečující hodnotí nastavení neformální péče v České republice – co zde vidí za výhody a nevýhody, jak se staví k provázanosti sociální a zdravotní péči, či zda by se měl nějak změnit přístup k pečujícím ze strany státu.

6.2 Transformace dílčích cílů

Každý z dílčích cílů byl rozpracován do jednotlivých tazatelských otázek. Tato tabulka tak slouží k ucelenému přehledu dílčích cílů a s nimi spojených tazatelských otázek do rozhovorů s informanty.

Tabulka 1 - Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Indikátor	Tazatelské otázky
DVC 1: Zjistit, jak probíhalo rozhodnutí o péči o seniora v domácím prostředí	Průběh rozhodování o péči u pečujících osob	TO 1: Jaké byly Vaše důvody pro rozhodnutí pečovat? TO 2: Jaké jste měl/a před začátkem péče zkušenosti s péčí? TO 3: Jak hodnotíte dostupnost informací, které by vám pomohli se zorientovat v problematice péče v domácím prostředí před zahájením péče? TO 4: Z čeho jste před začátkem péče měl/a největší obavy?
DVC 2: Zjistit, jak se pečující vyrovnávají s péčí o seniora v domácím prostředí	Vyrovnání se s péčí u pečujících osob	TO 5: Jaké všechny úkony jako pečující zajišťujete a kdo vám s tím z rodiny či okolí pomáhá? TO 6: S jakými problémy se jako pečující o seniora v domácím prostředí potýkáte? TO 7: Vnímáte na sobě, že péče ovlivňuje vaši psychiku či zdravotní stav? Pokud ano, tak jak konkrétně?

		TO 8: Jakým způsobem ovlivňuje péče o seniora váš volný čas, vaše rodinné či přátelské vztahy? TO 9: Co by Vám nejvíce pomohlo k tomu, aby se pro Vás péče usnadnila? TO 10: Jaké pocity Vám péče v domácím prostředí přináší?
DVC 3: Zjistit, jak pečující vnímají systém pomoci a podpory v souvislostí s péčí o seniora v domácím prostředí	Systém pomoci a podpory pro pečující osoby	TO 11: Jaké sociální služby využíváte v souvislosti s péčí o seniora, v čem Vám tyto služby pomáhají a v čem naopak vidíte jejich limity? TO 12: Jak hodnotíte dostupnost služeb zaměřených na pomoc s péči o seniora v místě Vašeho bydliště? TO 13: Jakou finanční podporu využíváte v souvislosti s péčí a pomohla by Vám nějaká změna ohledně finanční podpory lépe zvládat péči? Pokud ano, jaká? TO 14: Jak hodnotíte svépomocné skupiny pro pečující, případně navštěvujete nějakou takovouto skupinu?
DVC 4: Zjistit, jak pečující hodnotí současné nastavení neformální péče	Postoj pečujících k současnému nastavení neformální péče	TO 15: Jaké spatřujete výhody péče o seniora v domácím prostředí? TO 16: Jaké spatřujete nevýhody péče o seniora v domácím prostředí? TO 17: Jakým způsobem by se měl změnit přístup k pečujícím ze strany státu? TO 19: Jak vnímáte provázanost zdravotní a sociální péče?

Zdroj: vlastní

6.3 Výzkumná strategie zkoumání

Pro výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a jako formu jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Jelikož jsem se chtěla dostat hlouběji do dané problematiky, a chtěla jsem znát konkrétní názory a zkušenosti, rozhodla jsem se zvolit právě tuto strategii.

U kvalitativní výzkumné strategie se klade důraz na hloubkový popis fenoménu, kdy tato strategie je nám schopna ukázat, proč se daný fenomén objevil. (Hendl, 2016) Pro kvalitativní výzkum je tedy podstatné získat interpretaci fenoménu pohledem jejich aktérů. (Trousil, Jašíková, 2015) Hendl (2016) jako hlavní úkol kvalitativního výzkumu vidí *„objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce."* (Hendl, 2016:48) Mezi přednosti kvalitativní výzkumné strategie pak řadí Hendl (2016) například to, že *„získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, událostí, fenoménu."* (Hendl, 2016:48) Dále je výhodou to, že fenomén se zkoumá v jeho přirozeném prostředí a umožňuje sledovat procesy, které v tomto prostředí probíhají. Kvalitativní výzkum je vhodný především v situaci, kdy o fenoménu ještě nemáme příliš informací, jelikož umožňuje vhlédnout hlouběji do problematiky a následně mohou být ze zjištěných informací tvořeny teorie. Mezi nevýhody kvalitativní výzkumné strategie patří to, že výsledky jsou těžko zobecnitelné tím, že se pracuje pouze s omezeným počtem jedinců nebo časové náročnost sběru dat a vyhodnocování výsledků. (Hendl, 2016)

Pro svou práci jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se o nejrozšířenější formu rozhovorů. Při polostrukturovaném rozhovoru si tazatel tvoří okruhy otázek, na které se bude ptát. Tyto okruhy otázek pak určují strukturu rozhovoru, ale i tak se v rámci okruhu otázek tazatel může pohybovat od jedné otázky k druhé a zaměňovat tak pořadí otázek, podle toho, jak rozhovor probíhá a vyvíjí se. U tohoto typu rozhovoru je také dobré klást doplňující otázky a ptát se účastníků na ujasnění odpovědi. Doplňující otázky je vhodné pokládat pro další rozšíření tématu. Důležité je mít definované i jádro interview, což je minimální počet otázek a témat, které je nutné probrat. (Miovský, 2006) Pro rozhovor je důležitá i samotná příprava na něj, kdy je důležité mít o tématu přehled, přizpůsobit svůj vzhled a styl komunikace informantům a připravit se na zaznamenávání odpovědí. (Trousil, Jašíková, 2015)

6.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 6 informantů. Šlo o neformální pečující, kteří pečující v domácím prostředí o seniora. Tuto skupinu informantů jsem dále chtěla ještě více konkretizovat, a tak jsem se rozhodla zaměřit na mezigenerační neformální pečující, kteří se starají o seniorského člena rodiny. U všech informantů byly místem péče obce v okrese Jičín či v okrese Mladá Boleslav.

Kritériem výběru pečujících tedy bylo, že při péči o seniora v domácím prostředí je vyjádřena mezigenerační péče – neformální pečující pečuje například o svého rodiče nebo tchýni/tchána. I ve své teoretické části jsem se zaměřila na problematiku mezigenerační solidarity a bylo zde uvedeno, že solidarita rodiny a dále pak mezigenerační solidarita je důležitým faktorem, který hraje vliv při rozhodnutí o péči o seniora. Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla zaměřit na mezigenerační péči. Dalším důvodem pro stanovené kritérium byl i fakt, že v současné době se setkáváme s problematikou sendvičové generace, kdy pečující se starají jak o své děti, tak i o své rodiče, což je vystavuje vysoké zátěži. Chtěla jsem se tak zaměřit i na to, zda péči ovlivňuje i tento faktor.

Celkem tři informanty jsem vyhledala sama ve svém okolí (proto jsou pečující z okresu Jičín a okresu Mladá Boleslav). Pro vyhledání dalších tří informantů jsem použila techniku sněhové koule. Při výběru informantů jsem operovala i s možností vyhledat informanty přes sociální službu, která se nachází v okrese Jičín nebo Mladá Boleslav. S jednou službou jsem ohledně vyhledání informantů i byla v kontaktu, bohužel však kvůli důvěrnosti informací o jejich klientech nebylo možné, aby mi daná služba pomohla.

Před začátkem samotných rozhovorů jsem pečujícím pokládala identifikační otázky, které se týkaly jak osob pečujících, tak i péče samotné. Účelem těchto identifikačních otázek bylo zjistit základní informace právě o osobách pečujících a jejich péči. Tyto identifikační údaje jsem zpracovala do následující tabulky.

Tabulka 2 - Identifikační údaje

Informant	Senior	Vzájemný vztah	Doba péče	Bydlení
Informant č. 1, žena, 44 let	Žena, 70 let	Dcera a matka	4 roky	Společné
Informant č. 2, žena, 61 let	Žena, 90 let	Dcera a matka	6 let	Oddělené

Informant č. 3, žena, 47 let	Muž, 91 let	Dcera a otec	2 roky	Oddělené, ale v rámci města
Informant č. 4, žena, 56 let	Muž, 81 let	Snacha a tchán	3 roky	Oddělené, ale v rámci města
Informant č. 5, žena, 62 let	Žena, 86 let	Dcera a matka	Téměř 2 roky	Společné
Informant č. 6, žena, 39 let	Muž, 69 let	Snacha a tchán	3 roky	Přistěhování seniora

Zdroj: vlastní

6.5 Průběh výzkumného šetření

Průběh výzkumného šetření probíhal nejprve tak, že jsem studovala literaturu, články a další relevantní zdroje pro to, abych hlouběji pronikla do problematiky a mohla tyto informace využít pro psaní teoretické části. První částí bylo tedy studování literatury a psaní teoretické části. Další část už byla zaměřena na praktickou část práce, kdy jsem si přesně definovala hlavní cíl a dílčí cíle práce. Následně jsem se pak zaměřila na vytvoření tazatelských otázek a jejich převedení do transformační tabulky.

Ve fázi, kdy jsem si definovala cíle práce a vytvářela tazatelské otázky jsem současně i začala oslovovat potenciální informanty. Tři informanty jsem vyhledala sama ve svém okolí a spojila se s nimi buď telefonicky nebo osobně. Při tomto kontaktu jsem jim vysvětlila účel mé práce a dotázala se, zda by byli ochotni poskytnou mi rozhovor právě pro účely mé bakalářské práce. V této fázi jsem ještě operovala s možností získat další informanty pomocí sociální služby, když tato možnost nevyšla, rozhodla jsem se, že využiji techniku sněhové koule. S jedním informantem jsem také konzultovala srozumitelnost otázek, na základě tohoto rozhovoru byly pak dvě otázky upraveny. Po schválení tazatelských otázek jsem se znovu spojila s informanty a domluvila si s nimi termíny rozhovorů a zároveň mi informanti předali kontakty na další neformální pečující pro účel rozhovorů.

Další částí výzkumného šetření byla samotná realizace rozhovorů. Pro rozhovory bylo vždy zvoleno prostředí, které vyhovovalo informantům a na začátku rozhovorů jsem také učinila jistý postup k zajištění etických pravidel a ošetření rizik, který uvedu níže. Průměrná délka rozhovorů byla 40 minut. Se souhlasem informantů jsem rozhovory nahrávala a z nahrávek jsem pak rozhovory doslovně přepsala.

6.6 Zpracování získaných údajů

Všechny rozhovory se uskutečnily během ledna a na začátku února 2024 v termínech, vybraných informanty. Poté proběhla transkripce provedených rozhovorů, která je potřebná pro následnou analýzu a vyhodnocení. (Hendl, 2016) Po transkripci proběhla interpretativní analýza, což znamená, že jsem rozhovory analyzovala podle jednotlivých dílčích cílů a následně je do práce popisovala a interpretovala vlastním pohledem. (Vosečková, 2024) Nejprve jsem si tedy přepisy rozhovorů vytiskla, opakovaně jsem rozhovory četla a odpovědi informantů jsem podtrhávala pastelkami, kdy pro každé téma jsem si určila jinou barvu. Podle barev jsem podtrhávala vše, co souviselo s vybraným tématem a snažila se zjistit, v čem se informanti shodují, v čem se naopak odlišují a jak se jednotlivá témata propojují – hledala jsem tak v odpovědích informantů souvislosti. Jedno z témat bylo například ovlivnění psychického rozpoložení pečujících. Nalezené souvislosti k jednotlivým tématům jsem si následně vypisovala na samostatný papír pro lepší orientaci. Následovalo samotné zpracování informací – interpretace. V té jsem zjištěné souvislosti popisovala a interpretovala do textu, kdy cílem je poukázat na to, jak informanti dané jevy interpretují, v čem se shodují a v čem se naopak rozchází. Tučným písmem jsem pak označila nejdůležitější zjištění. Do textu jsem uvedla i úryvky z jednotlivých rozhovorů, které dokládají jednotlivé pohledy informantů na věc.

6.7 Etická rizika výzkumného šetření

K výzkumnému šetření se vážou také jistá etická pravidla, která chrání účastníky výzkumu a tazatel na ně musí brát ohled. Jedná se o to, že účast na výzkumu je dobrovolná a jak uvádí Miovský (2006): *„Nikoho nelze k účastni na výzkumu nutit či na něj vyvíjet nepříjemný nátlatk.“* (Miovský, 2006:281) Účastníci výzkumu taky mají možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit, případně nezodpovědět nějakou otázku, a hlavně by měli být obeznámeni s účelem výzkumu. Dobrovolná účast je následně stvrzena informovaným souhlasem, který by měl mít nejlépe formu písemnou, což je ovšem u některých cílových skupin problémem. V takovém případě se získává informovaný souhlas ústní formou. (Miovský, 2006)

Dále je nezbytné účastníkům výzkumu zajistit anonymitu, pokud by zde anonymita zajištěna nebyla, tak hrozí, že výpovědi účastníků budou zkreslené, jelikož budou cítit, že jejich anonymita je ohrožena. Jako problém se muže jevit i využití záznamového zařízení, kdy pro některé informanty to může představovat právě ono ohrožení anonymity a z toho

důvodu toto využití odmítnout, což je nutné respektovat a být na to připraven. Celkově je nutné, aby účastníci výzkumu měli k tazatelovi důvěru v tom, že informace o nich nebudou nijak zneužity. (Trousil, Jašíková, 2015)

Pro rozhovory je také důležité zvážit čas a místo rozhovorů, jelikož informanti by se v prostředí měli cítit dobře a neměl by u nich být pocit, že je někdo jiný poslouchá. Z tohoto důvodu se tak výběr času a prostředí nechává na informantech. (Trousil, Jašíková, 2015)

Pro zajištění těchto etických pravidel a ošetření rizik jsem učinila následující. Před rozhovorem jsem informanty seznámila s účelem rozhovoru, ubezpečila jsem je, že všechny poskytnuté informace budou v bakalářské práci anonymizovány, aby je nebylo možné poznat, dále jsem je informovala o možnosti odstoupit z rozhovoru či na nějakou otázku neodpovědět. Jako poslední věc jsem se ptala informantů, zda mi dovolí udělat zvukovou nahrávku rozhovoru a ubezpečila je, že tato nahrávka bude sloužit jen pro doslovné přepsání rozhovoru a že po tomto přepsání bude smazána a nebude nikde dále poskytována. Byla jsem připravena i na možnost, že informanti nahrávku odmítnou, ale nakonec s nahrávkou souhlasili všichni. Jak jsem uvedla výše, pro informanty je důležité i místo a čas rozhovorů, z tohoto důvodu jsem výběr nechala na nich. Důležité pro mě bylo, aby se na daném místě cítili komfortně. Pět rozhovorů tak proběhlo v místě bydliště informantů a jeden v zaměstnání.

Pro navození důvěry mi pak pomohlo to, že tři informanty jsem již předem alespoň vzdáleně znala, nebyla jsem tedy pro ně úplně cizí člověk. Další tři informanty jsem získala pomocí techniky sněhové koule, což znamenalo, že informanti věděli, že jsem od jejich známých. Myslím si, že tyto faktory mi pomohly se získáním důvěry informantů, a i při samotných rozhovorech jsem vnímala, že informanti jsou otevření a nebojí se mi i na citlivé otázky odpovědět.

7 Popis a interpretace dosažených výsledků výzkumného šetření

Tato kapitola se bude zaměřovat na samotný popis a interpretaci výsledků výzkumného šetření. Cílem je zde popsat a interpretovat odpovědi informantů na otázky vázané k dílčím výzkumným cílům. Kapitola bude interpretovat každý dílčí výzkumný cíl zvlášť, k čemuž slouží právě výpovědi informantů.

7.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 1

DVC 1: Zjistit, jak probíhalo rozhodnutí o péči o seniora v domácím prostředí

Co se týká důvodu pro rozhodnutí pečovat, tak informantky mezi první impuls započtení péče uvádí **zhoršení zdravotního stavu seniora**. U dvou seniorů se zdravotní stav zhoršil po prodělání nákazy Covid-19 natolik, že bylo třeba s péčí začít.: *„… a vlastně se to vyhrotilo, když dostal Covid, kdy byl hrozně zesláblej, měl různé pády, a to jsem si uvědomila, že takhle to dál nejde…“* (informant č. 3) Jak se z rozhovoru ukázalo, tento impuls však nebyl jediným důvodem pro rozhodnutí pečovat, a při **rozhodování o péči hrálo roli více faktorů** jako například nespokojenost seniora s pobytovou službou, nespokojenost pečujících s nabídkou pobytových služeb, neochota sourozenců péči započít, či dostatečné finanční zajištění rodiny a tedy možnost informantky dovolit si zůstat doma a pečovat. *„Bráchové by se nepostarali a já to brala jako samozřejmost, že prostě když ten člověk už nemůže, tak se o něj postarám.“* (informant č. 2). *„No a vlastně…. Objeli jsme několik sociálních zařízení ohledně umístění, ale nic nám nevyhovovalo.“* (informant č. 6) Tyto faktory jsou navíc podpořené i samotnými **motivy pro péči**, které mají taky podíl na rozhodování o péči. Pečující často vnímají péči jako **samozřejmost, povinnost či jejich závazek vůči rodinnému členovi. „***Brala jsem to vlastně jako takovou samozřejmost, že děti se starají o své rodiče, když oni předtím dělali to samé.“* (informant č. 6) *„Je to manželův tatínek a prostě člověk to bere jako svoji povinnost vůči němu, takže proto se staráme. A děláme to pro něj rádi“* (informant č. 4) **Dále se zde také objevuje motiv reciprocity, či víra, že i o pečující bude v budoucnu takto postaráno.** *„…prostě musím se o toho člověka postarat. Prostě že už nemůže a doufám, že až nebudu moct já, tak že mně teda dcery pomůžou. Nevím, no… Já jsem to brala jako samozřejmost, tu péči.“* (informant č. 2). *To stejné bylo i s tatínkem, prostě o člověka se rodiče starali v dětství a on jim to chce nějak vrátit, když už oni nemůžou.* (informant č. 4) Z těchto výpovědí se tak dá říct, že mezigenerační solidarita hraje roli při rozhodnutí o péči, což uvádí i Jeřábek (2005). Avšak i přesto, že informantky uvádí, že

péče pro ně je samozřejmostí, **z rozhovorů jsem však identifikovala, že až taková samozřejmost to pro pečující nebyla a rozhodnutí pečovat bylo ovlivněno vícero faktory**, které jsem uvedla výše – například tím, že sourozenci pečujícího by se nepostarala nebo že pobytové služby nebyly pro rodinu či seniora vyhovující. Na tuto skutečnost, že péče není až takovou samozřejmostí, ukazuje i Dudová (2015). Stejně tak i jako Dudová (2015), i já usuzuji, že motivy péče se vzájemně prolínají a nelze tak hovořit pouze o jednom samostatném motivu.

Další otázkou jsem zjišťovala předchozí zkušenosti s péčí. Část informantek uvedla, že **zkušenosti neměla, nebo měla pouze malé zkušenosti**. *„Neměla jsem, nepečovala jsem.“* (informant č. 3) Pečování tak pro ně bylo novou zkušeností. Informantky č. 2 a 4 a uvedly, že **již nějaké zkušenosti měly**, jelikož už dříve o někoho pečovaly. *„Měla jsem od toho svého tatínka, jo, tam vlastně to ale bylo 10 let zpátky.“* (informant č. 4) *„Jako něco jsem měla od manžela, jelikož jsem se předtím starala o manžela.“* (informant č. 2) Informantka č. 6 pak zkušenosti měla **díky svému vzdělání a pracovním zkušenostem.** *„Vzhledem k tomu, že jsem zdravotní sestra, tak vlastně nějakou zkušenost s péčí o nemocnýho člověka jsem měla.“* (informant č. 6) Vzdělání a pracovní zkušenosti se později v rozhovoru ukázala jako výhoda pro zvládání péče.

Co se týká informovanosti, tak velká část informantek uváděla, že **informace si musely zjišťovat samy** – například na internetu, na základě osobních či telefonických kontaktů apod. *„Vlastně z internetu a různě kde, kdo, co povídal jsem měla zjištěný – co si mám oběhat, zařídit…“* (informant č. 1) *„To jsem si všechno hledala sama, nějaký možnosti…“* (informant č. 3) *„A co se týká sociálních věcí, tak to jsem si všechno musela zjistit sama.* (informant č. 6) Pečujícím dále **pomáhali i odborníci** – například pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci. Informantka č. 1 však uvádí, že informace od sociálních pracovnic na Úřadě práce či pracovnic pečovatelské služby přišly až v době, kdy už mnoho věcí měla zjištěných a zařízených. *„A pak, jako když už pak přišla sociální služba vlastně k nám, tak ta hlavní pracovnice mě navigovala, kam bych jako měla jít, ale to já už jsem během toho všechno měla vyřízený, zažádaný, co bylo potřeba.“* (informant č. 1) Jako **výhoda se ukázalo, když informantky v oblasti sociální nebo zdravotní mají známé či příbuzné**. *„…vzhledem k tomu, že tchán je dobrej kamarád s naším obvodním lékařem, tak jsem s ním mohla spolupracovat.“* (informant č. 6) *„Anebo mi pomáhaly dcery, protože obě jsou zdravotní sestry a ta starší vlastně dělala určitou dobu v domově důchodců.“* (informant č. 2) Dvě informantky také uvedly, že **informace sice na začátku**

neměly, ale že ani neměly potřebu informace zjišťovat. *„A ani nezjišťovala. Je to máma, tak to člověk bral.“* (informant č. 5) U informantky č. 4 může být důvodem to, že péči mají rozdělenou s manželem a ten zajišťuje komunikaci s odborníky, včetně vyřizování administrativních věcí. Myslím si, že ze strany obvodních lékařů zde není informování pečujících takové, jaké by mělo být, na což poukazuje i fakt, že většina pečujících si musela dohledávat sama. Potvrzuje se tak výsledek studie Dragomerické et al. (2020), která uvádí že pečujícím chybí základní ucelené informace o péči ze stran lékařů.

Další otázkou jsem se snažila zjistit, jakou roli hrály při rozhodování o péči v domácím prostředí obavy. Nejčastěji se u informantek **objevovaly obavy z toho, jak budou samotnou péči zvládat**. *„Největší obavy mám z toho, že maminka zůstane úplně ležící a prostě nebude se o sebe sama postarat a já to prostě nebudu zvládat.“* (informant č. 1) Jak se ukázalo, tak tyto obavy souvisí s tím, že informantky se před péčí obávaly, že se zdravotní stav seniora bude dále zhoršovat, což ukazuje výše uvedená výpověď informantky č. 1. Dále pokud informantky mají řídit chod rodiny a zaměstnání, tak tyto obavy ohledně nezvládání se váží i na to, že **nevěděly, zda pro ně bude v budoucnu možné skloubit péči s rodinou a zaměstnáním**, což ukazuje výpověď informantky č. 3 *„Asi obavy z toho, jak to budu zvládat, jak to skloubím s tou rodinou, která mě taky potřebuje a jak to skloubím celkově i s tou prací.“* (informant č. 3) V podstatě tak pečující poukazují na stejné či podobné obavy, které ve svém výzkumu uvedla i Veselá (2002). Jak už jsem uvedla v teoretické části, myslím si, že pro některé potenciální pečující to může být důvod, proč s péčí nezačít. Dále se u pečujících také často objevovala výpověď, **že si nedokázali představit, do čeho jdou. Tím pádem se pak u těchto pečujících neobjevovaly žádné obavy**, jelikož nevěděli, co všechno může péče v domácím prostředí obnášet. *„Každej mi povídal rozmysli si to, budeš mít starost hroznou. Ale já jsem si nějak ani nedokázala představit, co to je.“* (informant č. 5) Informantka č. 4 uvedla i obavu z toho, že senior se bude k péči stavět odmítavě. *„Ale ze začátku jsem se bála, jak tu péči bude přijímat.“*

Shrnutí DVC 1:

První dílčí výzkumný cíl přinesl zjištění, že prvotním impulsem pro započetí péče v domácím prostředí bylo zhoršení zdravotního stavu seniora, avšak nejednalo se o jediný důvod pro rozhodnutí pečovat. Na rozhodnutí o péči měla vliv i motivace pečovat a konkrétně pak samotné motivy pro péči. Pečující často vnímali péči jako samozřejmost, povinnost, závazek vůči rodinnému členovi, roli zde hrála také reciprocita či víra, že i o pečující bude v budoucnu takto postaráno. I přesto, že pečující uvádí péči jako samozřejmost, z jejich výpovědí jsem dospěla k tomu, že rozhodnutí pečovat není až takovou samozřejmostí a vliv na rozhodnutí zde kromě zhoršení zdravotního stavu a motivů péče měly i další faktory jako to, že rodina pečujícího není schopna zajistit péči nebo nevyhovující pobytové služby ze strany seniora či rodiny. Důvod pro péči nelze nalézt pouze jeden, ale jedná se spíš o souhru a prolínání různých faktorů a motivů, které mají za výsledek zahájení péče. Před zahájením péče se u informantek objevovaly také mnohé obavy – především z toho, jak budou samotnou péči zvládat s ohledem na to, že zdravotní stav senior se může zhoršovat a s ohledem na to, že v budoucnu může být více problematické kombinovat péči se zaměstnáním a starostí o rodinu. Tato druhá obava se váže k právě k pracujícím pečujícím, kteří se starají jak o seniora, tak o své děti. U některých informantek se ale obavy neobjevovaly, jelikož příliš nevěděly, do čeho jdou. Na toto navazuje i fakt, že část informantek neměla s péčí zkušenosti, takže zkrátka nevěděly, do čeho jdou. Co se týká informovanosti pečujících před začátkem péče, tak se ukazuje, že pečující nejsou před samotnou péčí dostatečně informováni a musí si mnoho věcí dohledávat sami. Výhodu mají pak ty informantky, které mají známé či příbuzné v oblasti sociální či zdravotní, jelikož informace mohou získat od nich. Některé informantky informace neměly, ale ani neměly potřebu si je nějak zjišťovat. Zde se jako důvod jeví to, že péče je v rodině rozdělena.

7.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 2

DVC 2: Zjistit, jak se pečující vyrovnávají s péčí o seniora v domácím prostředí

Informantky se při péči v domácím prostředí setkávají s mnohými problémy. V rozhovorech informantky často uváděly jako problém **samotné chování opečovávaného seniora**, které v těchto případech souviselo například s projevy stáří, onemocnění seniora či jeho povahou, jak ilustrují uvedené citace. *„Největší problém je to, že prostě zapomíná a zapomíná kam si dává věci, takže já to pořád musím hledat. A to*

mě pak věčně volá kvůli tomu, že neví, kde to je.“ (informant č. 2) *„...jsme chtěli zajistit tu pečovatelku, což on absolutně odmítal.“* (informant č. 4) *„A někdy pak ta její paličatost.“* (informant č. 5) Dalším identifikovaným problémem byl i **problém ohledně sociálního šetření na příspěvek na péči**, kdy informantka vnímala sociální šetření jako neprofesionální a nedůstojné. *„A mně vadilo to jednání, že ty otázky pokládaly tomu člověku tak, že jemu bylo hloupý na to říct, že to nezvládá.“* (informant č. 6) Jako velká témata se však u pečujících ukázaly **problémy psychického rázu a problém skloubit péči o seniora s chodem rodiny**. Na tyto problémy jsem však měla zaměřena samostatné otázky, popíšu je tedy níže v práci.

Další otázkou jsem se zaměřila na zkoumání psychické a fyzické náročnosti péče. **Až na jednu informantku všechny informantky uvedly, že cítí, že je péče ovlivňuje po stránce psychické**. Jedna informantka hovořila i o potřebě brát antidepresiva. *„Ona, dokud může, tak pro mě je to dobrý, protože mi pomáhá – přesune se do tý koupelny, tam sedí já ji opláchnu… ale ona u toho brečí a to mi psychicky dává zabrat.“* (informant č. 1) *„No a psychika...někdy jsem z ní na nervy…“* (informant č. 5) Některé informantky hovořily o vlivech na psychiku již při otázce zaměřené na problémy při péči, z čehož soudím, že psychická náročnost péče je pro ně velkým tématem. Informantky v souvislosti s péčí mluvily o **unavenosti, stresu a obavách, ale i problémech se spaním.** *„Teď jsem unavená, nebudu říkat, že ne.“* (informant č. 3) *„A pak prostě když se vrátím domů do prázdnýho baráku a třeba večír, když se dám do klidu, tak se mi to všechno přemítá v hlavě, pak z toho nemůžu spát.“* (informant č. 2) Dvě informantky uvedly, že pro ně je **psychicky náročné to, že nikdy neví, co je čeká až přijdou za seniorem**, což se pojí právě s obavami, strachem a stresem. *„Protože nikdy nevím, co mě čeká, když jedu k ní“. Jsou to takové obavy a stres, co mě tam čeká.“* (informant č. 2) *„A vlastně i takovej strach, že když tam jdu, tak já nevím, co mě čeká...což prožívám každý den.“* (informant č. 3) **Celkově péče představuje pro pečující velký tlak**, a právě i tento tlak může ovlivnit psychiku, jak uvádí informantka č. 3. *„A pak takovej ten neustálej tlak, máme to všechno s manželem na sobě, takže je to takový, že prostě musím se starat.“* (informant č. 3) Jak se ukázalo, tak tento tlak je posílen, pokud pečující mají sourozence, kteří však nejsou schopni je v péči zastoupit. K tomuto problému se však později vyjádřím v samostatné otázce. V souvislosti s psychickou zátěží u sebe pečují **identifikují potřebu odpočinku**. *„Člověk se někdy dostane do toho stádia, kdy už toho je moc, takže pak opravdu potřebuju na 2-3 dny odejít z toho baráku, abych já si tu hlavu*

vyčistila a nabrala energii a sílu prostě na todlecto.“ (informant č. 1) **Ukazuje se, že odpočinek pomáhá psychickou zátěž lépe snášet**, stejně **jako duševní hygiena a vnitřní nastavení**, o kterém hovoří informantka č. 6. *„No a teď se snažím o hypoterapii a snažím se volnej čas věnovat úplně něčemu jinýmu. A jelikož vím, co to je duševní hygiena, tak vím, že to je strašně důležitý.“ „V tomhle okamžiku je strašně důležitý si to nastavit „já chci“, protože v okamžiku, kdy to beru jakože „musím“, tak mě to semele. Ale taky jsem si už touhle krizí prošla.“* (informant č. 6) Co se týká ovlivnění zdravotního stavu, hovořila o něm pouze jedna informantka. Pro informantky je tedy péče náročnější po stránce psychické.

Na otázku ohledně ovlivnění volného času odpověděly všechny informantky tak, že **cítí omezení volného času**, které souvisí s náročností péče v domácím prostředí. *„Ale člověka to prostě omezuje v tom volném čase, musí se řídit vlastně podle těch jejich požadavků.“* (informant č. 2) Jako složité se pro pečující ukazuje **plánování – kvůli péči musí více plánovat a také podřizovat své koníčky a volný čas opečovávanému seniorovi**, což ukazuje výrok informantky č. 4. *„Takže co se týče plánování, tak to mělo a má velký vliv. Prostě jsme se museli naučit. Protože člověk, když něco plánuje, tak musí ale počítat s tím, že každý den po práci jde za tatínkem.“* (informant č. 4) Jako další problém ohledně volného času se jeví **nemožnost si odpočinout a vycestovat**, o čemž hovoří informantka č. 3. *„Ovlivňuje, teď jsme ve fázi, kdybychom někam se taky utrhli, ale prostě nemůžeme někam jet a tejden ho tady nechat dceři. To fakt nechci, to není jednoduchý. Rádi bychom někam vycestovali, ale prostě bratr mě plně nevynahradí, ten to nedá. Nemáme takový prostor, no.“* (informant č. 3) Podobně se vyjadřuje i informantka č. 6 *„Švagrová, no ta dělá mrtvýho brouka. Kdyby chtěla, tak řekne, hele, já si tátu vezmu, ale nedělá to. A když já jí říkám, jestli si nechce vzít tátu na víkend, tak dělá, že neslyší. Takže my nejezdíme na dovolený a jedeme v kuse.“* (informant č. 6) Jak je vidět z uvedených příkladů, **na volný čas pečujících má vliv i to, jak se (ne)zapojují další rodinný příslušníci**. K tomuto tématu se více vyjádřím v samostatné otázce. Informantka č. 1 musela také kromě svého volného času **podřídit péči i pracovní dobu**. *„Teď je to takový, že i pracovní dobu v práci mám přizpůsobenou k tomu, abych kdykoliv, když se něco bude dít doma, mohla odběhnout z práce, kterou mám tady asi 10 minut.“* (informant č. 1). Důležité je také zmínit, že pečující si **uvědomují potřebu odpočinku a potřebu volného času**, jelikož jim to pomáhá s psychickou zátěží péče, což ostatně bylo zmíněno i výše.

Co se týká ovlivnění rodinných vztahů, tak především **u pečujících, kteří se kromě o seniora starají ještě o děti, dochází k narušení chodu rodinu.** *„Nemám čas na svoji rodinu, věnuji čas mamince a nejde to nějak jakoby skloubit." „A já pak zanedbávám vlastně svoji rodinu, kde já mám vlastně ještě malou dceru, která mě potřebuje."* (informant č. 1) *„No, největší problém je skloubit chod naší normální mladý rodiny s péčí o někoho."* (informant č. 6) Informantky tedy vnímají, že je problém skloubit chod rodiny s péčí v domácím prostředí. Navíc u mladých rodin je nutné péči kombinovat jak s chodem rodiny, tak i s prací, což je velkou zátěží. **Dochází zde ke ztrátě osobního života, soukromí, intimity.** *„V tu chvíli jde osobní život, intimní život úplně jinam. Hlavně jsme kvůli tomu dost ztratili to soukromí, všude s nami je ten táta prostě."* (informant č. 6) Informantky dále hovoří o tom, že náročnost péče pak vede i k podráždění a následným **hádkám mezi partnery.** *„Ale někdy je to taky takový složitý, hádáme se kvůli tomu. On má taky jiný přístup k tatínkovi než já, neshodneme se v něčem a pak se dohadujeme a já se to snažím balancovat. A to mě pak taky někdy vysiluje."* (informant č. 3) Z rozhovorů jsem dále také identifikovala, že **téma rozdělení péče je mezi pečujícími a jejich širší rodinou (často sourozenci) předmětem neshod, které vedou až ke zhoršení vztahů.** *„Švagrová, no ta dělá mrtvýho brouka. Kdyby chtěla, tak řekne, hele, já si tátu vezmu, ale nedělá to. A když já jí říkám, jestli si nechce vzít tátu na víkend, tak dělá, že neslyší."* (informant č. 6)

Další otázkou jsem zjišťovala, kdo pečujícím s péčí pomáhá, ukázalo se, že pečující **ve většině případů nejsou na péči sami**. Do péče se zapojují partneři, případně i děti. **Jako velmi pomocné se jeví to, když pečující mají s partnerem péči o seniora rozdělenou**. *„Manžel, manžel hodně. On je obrovská podpora, je to parťák a když nemůžu já se starat, tak nastoupí on."* (informant č. 3) *„A podporujeme se natolik, že o tom druhém víme, že prostě ať je to jak je to, tak jdeme do toho spolu."* (informant č. 4) Pro informantky pomoc partnera či rodiny znamená **oporu, která vede ke snížení psychické zátěže péče**. Informantka č. 4 uvedla, že necítí ovlivnění psychicky, zároveň pak ale zmínila následující: *"A bejt sama… tak asi by to člověka semlelo. Najednou by byl víc unavenej a teď by na všechno byl sám. Takhle my to furt řešíme spolu."* (informant č. 4) Na tomto příkladu tak chci ilustrovat potřebnost a důležitost opory pro pečující. Dále má pomoc rodiny **pozitivní vliv i na volný čas pečujících**. *„Tak manžel je doma a syn. Bez nich bych se nikam nehnula. Když jsou doma, tak se postaraj a já můžu jít flákat."* (informant č. 5) Pečující se bohužel také setkávají **s nespoluprací širší rodiny**, především pak jejich

sourozenců. *„A musím říct, že mám teda bráchu a ten se takhle nestará.“* (informant č. 3) *„Ale jinak jsme na to s manželem sami, protože po smrti tchýně dcera přestala fungovat.“* (informant č. 6) A jak vyplynulo z výpovědí informantek, tato **nespolupráce se výrazně odráží na volném čase pečujících**, **kdy informantky nemají možnost si odpočinout, jelikož je nemá kdo nahradit.** *„A to je možná nejhorší, člověk nemá možnost se odregovat, s tím, že by jí řekl: „Hele ségra, vem si tátu, my jako rodina si potřebujem odpočinout.“* (informant č. 6) **Pokud si pečující nemají možnost odpočinout, odráží se to i na jejich psychickém rozpoložení**, jelikož je na ně kladen daleko větší tlak. *„A pak takovej ten neustálej tlak, máme to všechno s manželem na sobě, takže je to takový, že prostě musím se starat.“* (informant č. 3) Uvedené výroky tak ukazují, že pokud je péče rozdělena mezi více osob, sníží se i psychická zátěž a tíha zodpovědnosti pečujících, na což poukazuje i Dragomerická et al. (2020) i Jeřábek (2009).

Na to, kdo pečujícím s péčí pomáhá, navazuje i další otázka, kdy jsem se ptala, co by informantkám pomohlo, aby se pro ně péče usnadnila. Ukázalo se, **že pečujícím, kteří vnímají neshody ohledně rozdělení péče v rodině, by pomohlo, kdyby se rodina více zapojila do péče o seniora**. *„Asi jakoby, kdyby třeba… kdyby se ten brácha aktivně víc zapojil. Že bychom se aktivně střídali, abych já věděla, že tam ten den nemusím, ale že bych měla klid, že je o taťku postaráno“* (informant č. 3). *„Asi by to bylo něco úplně jiného, kdybych na to nebyla sama a zapojili se i nějak ty bráchové.“* (informant č. 2) Z výroku je vidět, že toto zapojení by pomohlo k odpočinku informantek. Dvě informantky také uvedly, že sice ví, že to není reálné, ale že by jim **péči usnadnilo, kdyby se zdravotní stav seniora již nezhoršoval**. *„Asi kdyby se možná trochu mohla postavit na ty nohy, ale to už vím, že se nestane.“* (informant č. 5) Dále informantky i uvádí, že by jim pomohlo, kdyby **administrativa byla jednoduší** *„A pak taky ta byrokracie je dost nepřehledná a náročná. To by taky mělo jít nějak víc jednodušeji a nemuset pořád s něčím někam lítat, třeba ohledně hospitalizace se ten příspěvek stopne a je to dalších x papírů a lítání.“* (informant č. 6) U informantek se objevila i odpověď, **že neví, co by jim v současné situaci pomohlo.** Informantka č. 1 však dodala následující *„Pomohlo, pomohlo, uplně nevím, takhle teď nedokážu říct… Ale teda bezbariérová koupelna mi teď dost pomohla, že se to takhle všechno uzpůsobilo.“* I bezbariérovost je pro pečující pomocí, kterou oceňuji, ostatně o ní mluví i Remr (in Dragomerická et al., 2020) jako o jedné z potřeb pečujících.

Péče pečujícím **přináší také různé pocity**. Pokud jde o pocity kladné, tak ty informantkám pomáhají se s péčí vyrovnat a dávají jim i jakousi naději. Jde například o zadostiučinění, radost, že péči zvládají nebo uspokojení. *„To zadostiučinění, že to zvládnu i přes to, že to fakt někdy není jednoduchý.“* (informant č. 3) *„Prostě takovej pocit uspokojení, že to naše snažení má teda nějakej pozitivní dopad.“* (informant č. 4) Pocity negativní pak ukazují náročnost péče. Jedná se například o unavenost, naštvání či přání, aby se senior již netrápil. *„No a z toho negativního… naštvání.“* (informant č. 6) *„…a že člověk je někdy unavenej a zoufalej.“* (informant č. 1)

Shrnutí DVC 2:

Informantky se při péči setkávají s mnohými problémy, mezi které můžeme řadit například samotné chování opečovávaného seniora, jako velká témata se však ukázaly problémy psychického rázu a problémy skloubení péče s chodem rodiny. Informantky uvádí, že péče pro ně představuje velkou psychickou zátěž, jelikož se pojí s mnohými obavami a velkým tlakem, což se projevuje například únavou, stresem nebo problémy se spaním. Informantky si pak uvědomují, že odpočinek jim pomáhá psychickou zátěž lépe snášet. Co se týká ovlivnění zdravotního stavu, hovořila o něm jen jedna informantka, dá se tak říct, že péče značněji ovlivňuje psychické rozpoložení. Odpočinek však především pro informantky, které pracují a starají se i o děti, není možný až tak často. Pečující celkově cítí omezení volného času, kvůli péči se musí více přizpůsobovat a plánovat. Péče dále může ovlivňovat i zaměstnání. Jako další velký problém se ukazuje narušení chodu rodiny, u kterého dochází především u pečujících, kteří se starají současně i o děti – pečující nemají tolik času na vlastní děti a rodinu a náročnost péče pak vede i k hádkám mezi partnery. Péče může narušovat i vztahy v širší rodině, pokud je rozdělení péče předmětem neshod. Ukázalo se, že informantky ve většině případů nejsou na péči samy, a právě na jejich vyrovnání s péčí má velký vliv pomoc rodiny. Informantky si především pomoci jejich partnerů velmi cení a vnímají jí jako velkou oporu. Problém pak představuje, když širší rodina nespolupracuje. Shrnula bych to tak, že rodina je pro pečující opravdu významným pomocníkem, který jim může pomoct snížit psychickou náročnost péče a přinést víc volného času, na druhou stranu, pokud rozdělení péče v rodině nefunguje tak, jak by mělo, je to pro pečující velké břemeno a negativně se to podepisuje na jejich volném čase a psychickém rozpoložení. Nejvíce by informantkám s péčí pomohlo právě větší zapojení rodiny. Dále by ocenily i zjednodušení administrativy ohledně příspěvku na péči nebo to, aby se zdravotní stav seniora

nezhoršoval. Některé informantky naopak nevěděly, co by jim pomohlo. S péčí v domácím prostředí se pojí také různé pocity, pokud jde o ty kladné, tak ty pomáhají pečujícím se s péčí vyrovnat, ty negativní naopak ukazují na náročnost péče v domácím prostředí.

7.3 Interpretace dílčího výzkumného cíle 3

DVC 3: Zjistit, jak pečující vnímají systém pomoci a podpory v souvislostí s péčí o seniora v domácím prostředí

Informantky nejčastěji využívají pečovatelskou službu v souvislostí s péčí o seniora, případně pak i dovážku stravy. Jedna informantka využívala i tísňovou péči. Ne všechny informantky však využívají dostupných služeb. Z rozhovorů se ukázalo, že **dostupné služby nevyužívají informantky, které jsou již v důchodu**, což může být dle mého zapříčiněné tím, že mají na péči víc času než informantky, které péči kombinují s prací. Pokud pečující pomoc služeb využívají, **tak jsou za ni rádi a chválí si ji.** Pomoc těchto služeb se tak jeví pro pečující jako **podstatná**. *„A taky pro mě je ta pomoc to, že si můžu zavolat těm pečovatelkám do té Charity a kdykoliv mi přijedou pomoct. To je pro mě psychická podpora, můžu se na ně vlastně spolehnout, obrátit se…“* (informant č. 1) *„Ale některá se fakt snaží a fakt mi uleví s tou prací, uklidí, zamete…“* (informant č. 3) Dále se dá u informantek identifikovat i **vděčnost** za pomoc služeb. *„A víte co, já jsem jim vděčná za tu pomoc, já jsem jim vděčná, že on je spokojený. A musím říct, že on se díky nim zlepšuje psychicky.“* (informant č. 4) *„…že může kdykoliv maminka zavolat a oni můžou přijet pomoct. To je kolikrát fakt k nezaplacení.“* (informant č. 1) Na službách informantky oceňují i **možnost doprovodů**, jelikož jde o ulehčení péče. Informantka č. 4 hovoří i o **pocitu klidu** *„A nám to pomáhá v tom, že vlastně my jsme máme pocit klidu, že vlastě po dobu, kdy my jsme v práci, tak je od toho tatínka postaráno.“* (informant č. 4) Co se týká toho, jaké vidí pečující v daných službách limity, tak jde například o **časové ohraničení pečovatelské služby**. *„Tam mě vadí, že mají nějakej časovej limit, že to koupání je v 5 hodin odpoledne, což je dost brzy zase.“* (informant č. 1) Informantka č. 3 pak vnímá jako problém některé pracovnice v sociálních službách, ale uvádí, že jde od „člověka k člověku“ *„A ty limity…. Je to od pečovatelky k pečovatelce. Některá si tam prostě hrcne a nic moc neudělá. Ale některá se fakt snaží a fakt mi uleví s tou prací, uklidí, zamete…“* (informant č. 3) **Celkově však informantky příliš o limitech služeb**

nemluvily a ukázalo se již zmíněné – pokud pomoc služeb využívají, tak jsou za tuto pomoc vděčné a oceňují ji.

Odpovědi na otázku ohledně dostupnosti služeb zaměřených na pomoc s péči o seniora v domácím prostředí v místě bydliště informantů byly již kritičtější. Především se ukázal problém s dostupností služeb, na který poukazuje i Dragomerická et al. (2020) a to je to, že sociální služby typu **denní stacionáře a odlehčovací služby nejsou dostupné pro pečující z vesnic a malých měst.** *„Ale v těch větších městech je dobrý, když tam mají prostě tyhle stacionáře, že tam můžeš dát třeba na 2 hodiny toho člověka, když třeba potřebuješ k lékaři nebo tohle. A to tady není. Nebo kdyby člověk chtěl jet na dovolenou, aby si oddychl, tak třeba na ten tejden jí někam dát…“* (informant č. 2) Podobně se vyjadřuje i informantka č. 6 *„No, myslím, že naše místo mi úplně nic moc nenabízí. Malý města a vesnice maj v tomhle problém. A zase abych ho vozila někam do Jičína, kde mi ho stejně nevemou? Ty stacionáře nejsou, nebo jsou ve velkých městech, kde jsou plný.“* (informant č. 6) Zároveň informantka č. 6 poukázala i na další problém, o kterém hovořila i informantka, která bydlí ve větším městě, a to je **nedostupnost kapacitní**. *„Ještě před pečovatelskou službou jsem zkoušela jednu službu, co tady máme ve městě, kde mají právě víc služeb pro seniory, i denní stacionář, osobní asistenci, pečovatelskou službu… a takhle, a to mi prostě řekli, že teď mi nemůžou pomoct, že mají všechno naprosto obsazený.“* (informant č. 3) Celkově informantka č. 3 vnímá, že **i když bydlí ve větším městě, tak zde není dost široká nabídka služeb**, právě i kvůli zmíněným plným kapacitám nebo tomu, že došlo ke zrušení tísňové péče, kterou využívali. *„A možná by mohla být větší nabídka služeb. Tady vlastně u nás třeba je ta pečovatelská služba a pak ta druhá organizace, jak jsem zmiňovala, kde mi teda řekli, že mají všechno naprosto obsazený.“* (informant č. 3). **K dostupnosti se pečující vyjadřovali i pozitivně**. *„No to zase vim i od známejch, že jak je tady ta Charita, tak by šlo, aby k nám dojížděli, kdyby člověk měl zájem, ale já teď nechci.“* (informantka č. 5) *„My jsme neměli problém, protože jsme zavolali do té služby a oni nám řekli ano.“* (informantka č. 4) *„Já jsem ráda, že jsem kontaktovala tu Charitu a ta mi vyhověla.“* (informantka č. 1) Myslím si, že na uvedených příkladech je však vidět, že **pozitivní přístup k dostupnosti je ovlivněn** buď tím, že informantky služby nevyužívají, a tak ani nemají potřebu se o dostupnost zajímat, nebo pak situací, kdy první oslovená služba jim vyhověla, takže opět zde není potřeba se o dostupnost zajímat.

Co se týká finanční podpory, tak informantky využívají příspěvek na péči, jedna informantka zatím nepobírá, ale má zažádáno. Jiné příspěvky informantky nezmiňovaly. Z rozhovorů se také ukázalo to, že někteří pečující **nevnímají příspěvek na péči jako odměnu za péči, ale jako peníze svých rodičů**, na čemž se podle mého hodně odráží nastavení společnosti k mezigenerační péči. *„Ale já si nic od ní jakoby nevyžaduji, to jí nechávám, to jsou maminky peníze a ona si z toho platí tyhlecty služby a platíme z toho ty pomůcky. Pořád je to maminka, prostě nemám pocit, že ona by mi měla za tu péči něco platit."* (informantka č. 1) Dále jak ukazuje výrok pečující č. 1, tak **bariérou ve využití příspěvku je i nastavení společnosti, že péče o seniora je povinností v rámci mezigenerační solidarity**, na což ostatně ukazuje i Dudová (2015). *„Ani já jsem si nechtěla jakoby zažádat původně o tenhleten příspěvek na tu péči, protože to v tý hlavě mám nastavený tak, že to je maminka a mám se o ní postarat."* (informantka č. 1) Informantka č. 6 uvádí, že i pro ni bylo kvůli tomuto nastavení společnosti těžké získat odvahu zažádat o příspěvek na péči a dodává i další problém: *„A taky co mě pěkně štvalo, tak že jsem měla z nějakejch těh úředníků, lékařů a sester pocit, že jsem někdo méně a že je okrádám o jejich peníze, že jsem vlastně vlastně póvl, kterej se chce flákat a bejt za státní peníze doma. Což je hodně ponižující. A to pak spoustu lidí i podle mě odradí od té péče a radši se starat vůbec nebude. A plno lidí se tohodle bojí s radši o ten příspěvek ani nezažádá, já sama jsem měla problém získat odvahu."* (informant č. 6) Jak uvádí informantka, tak právě i toto dále může být bariérou pro to vůbec péči započít. Informantka č. 5 také uvádí, že ani **nevěděla o existenci příspěvku na péči** a dozvěděla se o něm až od obvodního lékaře. *„Akorát paní doktorka mi zařídila nějakou tu finanční pomoc. Já jsem ani nevěděla, že to existuje."* (informant č. 5) Informantky č. 3 a č. 4 pak dodávají, že příspěvek na péči byl nápad jejich manželů, kteří se orientují v těchto věcech, z čehož usuzuji, že **informovanost ohledně příspěvku na péči stále není tak velká, jak by mohla být.**

Ohledně finanční podpory mě ale především zajímalo, zda by informantkám pomohla nějaká změna této podpory. **Informantky, které současně s péčí i pracují, se vyjadřovaly ve smyslu, že v současné době jsou s výší podpory spokojené, jelikož nemají problém vyjít finančně.** *„No za nás ty peníze, co dostáváme, jsou úplně dostačující, protože pokrývají ty naše výdaje navíc."* (informant č. 4) *„Nás vyloženě peníze netlačily, u nás bylo důležitý se sesynchronizovat časově. Takže já si řekla ano, nám ty peníze stačej."* (informant č. 6) Tyto informantky zároveň ale později dodávají,

že **vnímají, že nějaké změny ohledně finanční podpory by měly proběhnout**. Především kvůli tomu, že **pokud by přišly o zaměstnání** a měly jen pečovat (a případně byly i na péči sami), tak **je současná finanční podpora nedostatečná.** *„A ona taky by ta situace jako by byla jiná, kdy se ten její stav zhoršil tak, že bych nemohla chodit do práce, to by se muselo zažádat o tu vyšší částku toho příspěvku a nedokážu si představit, že člověk je na tu péči sám a musí třeba jakoby z toho příspěvku vyjít sám a zároveň zaplatit z něj všechny ty pomůcky… tak tam by to asi mělo bejt nastavený nějak jinak pro takový lidi.“* (informant č. 1) *„A říkám si, jak se má člověk starat, když přijde o příjem, kterej potřebuje na chod domácnosti? V okamžiku, kdybych teď musela zůstat doma jen s 19 tisící, měla jen tenhle příjem, a musela se starat o domácnost, platit nájem, elektriku a všechno prostě, tak z toho člověk nevyžije.“* (informant č. 6) *„A zase to není hrazený tak, abych skončila v zaměstnání, které mě naplňuje, cejtím se, že někam patřím.“* (informant č. 3) **Informantky, které již jsou v důchodu a pečují, vnímají finanční podporu jako dostatečnou a nehovoří o změnách**, což může být zapříčiněné právě tím, že mají stálý příjem (starobní důchod) a nemusí se tak bát ztráty zaměstnání. *„No to já takhle jsem spokojená.“* (informant č. 5) Některé informantky dále hovořily i o dalších problémech ohledně příspěvku na péči, kdy je pro ně **složitá administrativa kolem příspěvku na péči**. *„Navíc toho vyřizování kolem, to je takových papírů, lítání a starostí kolem toho.“* (informant č. 1)

Informantek jsem se také ptala, jak hodnotí svépomocné skupiny pro pečující a zda případně nějakou takovou skupinu navštěvují. Kromě informantek č. 3 a č. 6 se mi dostalo odpovědí, že **nevědí, co to svépomocné skupiny jsou**. Informantky č. 3 a č. 6. uvedly, že vědí o jejich existenci, ale že by jim daná pomoc nejspíš nepomohla. *„Ale asi by mi to nepomohlo, tím, že jsme v manželem v tom spolu, tak si hodně říkáme věci spolu. Pak s dcerou to řešíme, to je takové moje vrba, tak si tak nějak postěžuju… nebo i synovi. Bereme to v rámci rodiny.“* (informant č. 3) U informantky č. 6 se dalo očekávat, že bude o existenci svépomocných skupin vědět, jelikož jde o zdravotní sestru. Celkově si však myslím, že i podle výpovědí informantek **není informovanost o této formě pomoci dostatečná.**

Shrnutí DVC 3:

Pomocí třetího dílčího výzkumného cíle bylo zjištěno, že pomoc formou dostupných služeb informantky převážně využívají. Tuto možnost využívají informantky, které péči kombinují se zaměstnáním. Ani jedna z informantek nacházející se ve starobním důchodu dostupné služby nevyužívá, což může být zapříčiněné tím, že mají na péči více času než informantky, které péči kombinují s prací. Pokud pečující dostupné služby využívají, tak jsou za ně vděční, chválí si je a pomáhají jim s péčí a o limitech služeb příliš nemluví. Jako problém se ukázala nedostupnost služeb zaměřených na pomoc s péči o seniora, kdy sociální služby typu denní stacionáře a odlehčovací služby nejsou dostupné pro pečující z vesnic a malých měst. Další forma nedostupnosti je nedostupnost kapacitní, kterou zase více vnímaly informantky z větších měst. Celkově se dá říct, že jak na vesnicích, tak ve městech není dost široká nabídka služeb. Některé informantky se k dostupnosti vyjadřovaly i pozitivně, což však bylo ovlivněné tím, že zde nebyla potřeba se o dostupnost služeb více zajímat. Co se týká finanční podpory, tak tu informantky využívají. Z rozhovorů se ale ukázalo, že nynější nastavení společnosti může být bariérou pro využití příspěvku na péči. Ani informovanost o příspěvku na péči stále není tak velká, jak by mohla být. Informantky, které kombinují péči se zaměstnání, jsou s výší finanční podpory spokojené, ale i přesto vnímají, že by zde měla nastat změna ohledně finanční podpory a to proto, že pokud by přišly o zaměstnání a měly jen pečovat, a to ještě samy, tak je současná finanční podpora nedostatečná. Informantky, které jsou již v důchodu, nehovoří o změnách finanční podpory a důvodem pro to může být, že již mají stálý příjem z důchodu. Jako nedostatečná se také ukazuje informovanost o dalších formách pomoci – v tomto případě svépomocné skupiny.

7.4 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4

DVC 4: Zjistit, jak pečující hodnotí současné nastavení neformální péče

Co se týká výhod péče v domácím prostředí, tak se všechny informantky shodly, že **výhodou je to, že senior zůstane v domácím prostředí, kde má kolem sebe blízké osoby.** *„A ten člověk je v prostředí, který zná a je s lidmi, který ho maj rádi, což je pro něj strašně důležitý.“* (informant č. 6) Podobně, akorát více stručně, se vyjadřuje i informantka č. 5 *„No že je ve svým a je se svejma, je v tom domácím prostředí.“* (informant č. 5) Informantka č. 2 právě zdůrazňuje i důležitost blízkých osob. *„Ten člověk se cítí daleko lepší, když má u sebe toho blízkýho, než když se o něj stará někdo někdo*

jinej, někdo cizí vlastně. Taky prostě je doma, zná to tam.“ (informant č. 2) Co se týká výhod pro pečující, tak informantka č. 3 uvedla, že pro ni je výhodou péče v domácím prostředí to, že **získala hlubší vztah ke svému otci** a také pak **radost z toho, že je o seniora dobře postaráno**. *„A paradoxně jak ta maminka teď není, tak já jsem získala hlubší vztah k tomu tátovi, ještě jak se o něj staráme.“ „Takže i mě to dává, když vidím, že tam přijdu a on je šťastnej, když vidím, že mě má rád a je o něj zkrátka dobře postaráno.“* (informant č. 3) Naopak informantka č. 6 uvádí, že právě kromě té radosti, že je o seniora dobře postaráno, **v péči výhodu pro pečující nevidí z následujících důvodů**. *„Jinak pro mě jako pečujícího? Nevím, jestli se dá úplně mluvit o výhodách, pokud chci žít plnohodnotnej rodinnej, osobní a pracovní život. Ano, jsou tam výhody pro toho, o kterého se staráš. Jako zase je tam z toho ten dobrej pocit, že se dobře postaráš.“* (informant č. 6) Jak už bylo zmíněno dříve, péče je pro pečující velkou zátěží právě z důvodů ovlivnění rodinných vztahů, volného času apod.

Na otázku nevýhod péče v domácím prostředí již **byly výpovědi pestřejší a lišily se.** Na čem se však informantky shodují, tak to je to, že **nevýhodou je samotná náročnost péče**, o které již byla řeč dříve v práci. Některé informantky uvádí náročnost psychickou, zvlášť pokud je pečující na péči sám. *„Tak tam je nejhorší ta psychika, tím se to všechno stupňuje.“* (informant č. 1) *„No někdy je to psychicky náročný pro nás obě.“* (informant č. 5) Jiné informantky zase více mluví o náročnosti ohledně volného času, kdy se pečující musí přizpůsobit seniorovi, což pak právě zasahuje do volného času. *„…nevýhoda je to plánování. Přeci jenom člověk má svoje zařizování, svoje koníčky, a to se musí všechno nějak upravit.“* (informantka č. 4) Informantka č. 1 hovoří o **nutnosti přizpůsobit bydlení potřebám seniora**, což je finančně náročné. *„prostě to bydlení přizpůsobit k tomu životu toho člověka, aby tam ten člověk dokázal bejt. A todle všechno je finančně dost náročný.“* (informant č. 1) Informantka č. 3 pak zase popisuje problém toho, že **v domácím prostředí není možnost celodenního dohledu nad seniorem** tak, jak je to v institucionálních zařízeních. *„Já tam hlavně tu nevýhodu, že tam není ten celodenní dohled, co si myslím, že on by potřeboval.“* (informant č. 3) Dále byla také jako nevýhoda uvedeno to, že **v ČR není vytvořena dobrá podpora a podmínky pro rozhodnutí o péči, a navíc stát pečující dostatečně neoceňuje**. *„Nevýhody je to, že člověk není informovanej, nedokáže si představit do čeho jde a nemá zároveň žádnou u nás vytvořenou podporu a podmínky pro to, aby měl možnost se rozhodnout, jestli jo nebo ne. Je to všechno na základě toho, že těm pečujícím na těch lidech záleží a chtějí to pro ně*

udělat, ale důsledky už si nikdo nedokáže představit. (informant č. 6) Na tomto výroku se opět ukazuje problém s informovaností pečujících a opět se na něm ukazuje i problematičnost nastavení české společnosti, že péče o rodiče by měla být povinností vykonávanou zadarmo.

V další otázce mě zajímalo, zda by se nějak měl změnit přístup státu k pečující, aby se jim péče usnadnila. Ukázalo se, že i přes mé obavy, že informantky nebudou vědět, co říct, **mají informantky k nastavení neformální péče v ČR dost výhrad**. Až na jednu informantku (která nevěděla, zda by stát měl nějak změnit svůj přístup) se informantky shodují, že **stát by měl zlepšit podmínky pro neformální péči**. V prvé řadě jde o to, že **nabídka sociálních služeb by měla být větší**, a především by **služby jako denní stacionáře a odlehčovací služby měly být dostupnější i pro lidi z malých měst a vesnic**, což jsou názory, které se ukazovaly již při otázce na dostupnost služeb. *„A možná by mohla být větší nabídka služeb. Tady vlastně u nás třeba je ta pečovatelská služba a pak ta druhá organizace, jak jsem zmiňovala, kde mi teda řekli, že mají všechno naprosto obsazený. Takže jakoby širší, komplexnější paleta. Aby těch organizací bylo víc.“* (informant č. 3) *„Třeba mít možnost jako takhle odložit toho člověka třeba někam na hodinu nebo na dvě, když jdeš k doktoru, což prostě je jenom v těch velkejch městech a lidi za malejch měst a vesnic jsou na tomhle bití.“* (informant č. 2) *„A nebo třeba víc dostupné denní stacionáře…“* (informant č. 6) Dále jak již bylo zmíněno v předchozím dílčím výzkumném cíli, měly by **proběhnout změny ohledně finanční podpory pečujících**, i když informantky přesně neuvádí, jaké by to měly být. *“Asi jakoby kdybych se měla rozhodovat, tak by mi nevadilo z té práce odejít a starat se o něj celodenně, ale muselo by tam být nějaké finanční ohodnocení tak, abych já taky jednou nebyla bitá kvůli důchodu třeba… a tak bych se o něj starala, nevadilo by mi to. Ale za těhletě okolností težko, že jo.“* (informant č. 3) Celkově by se **měl změnit i samotný přístup státu k pečujícím**, kdy stát pečující nedostatečně oceňuje, na což poukazuje informantka č. 6 a již výše zde o tomto problému byla zmínka. *„Chybí mi tady takovej ten postoj od státu ve smyslu: „My jsme rádi, že se o toho člena rodiny postaráte, protože tím pádem odpadají státu náklady na hospitalizace, odpadají náklady na umístění ve státním důchodovém zařízení apod.“* (informant č. 6) Informantka č. 6 také vnímá, že **s rodinami pečujících a převážně pak s hlavním pečujícím by se mělo komplexně pracovat**. *„…ten náš systém by mohl líp fungovat a mělo by se s těma rodinama pečujících pracovat, pokud o to budou stát, což taky teď nefunguje, na to že stát razí domácí péči.“*

(informant č. 6) Dále dodává, že by právě v rámci práce s pečujícími ocenila sociálního pracovníka, na kterého by se mohla obrátit. *„Vlastně by bylo super, kdyby se i pečujícím přidělil nějakej „styčnej sociální pracovník“, na kterýho by se mohl obrátit s čímkoliv, pomáhal by ti třeba s obvodním lékařem, pomáhal ti zajišťovat a vyřizovat věci, informoval by tě, co máš v té dané situaci dělat. Protože tohle já si všechno musela zjišťovat a obíhávat sama.“* (informant č. 6) Myslím si, že takovouto pomoc by při současné vytíženosti obvodních lékařů ocenilo mnoho pečujících. Informantka č. 1 také hovoří o tom, že není myšleno na obézní seniory a vnímá to jako věc, kterou by měl stát změnit. *„A jakoby teď v tuhle chvíli nemůže nic – není na ně oblečení, nejsou na ně plýny, nejsou pro ně chodítka…“* (informant č. 1)

Poslední otázka byla zaměřena na vnímání provázanosti zdravotní a sociální péče. U informantek **převažoval názor, že zdravotní a sociální péče by měla být lépe propojena**. *„A přijde mi, že člověk si o tu spolupráci mezi lékaři a sociálním musí říkat, musí na to jakoby tlačit svým způsobem. A myslím si, že by ta spolupráce mohla být lepší.“* (informant č. 1) *„Myslím si, že právě to zdravotní-sociální-obvodní lékař nefunguje. Vlastně ta nejnižší úroveň, která by měla fungovat.“* (informant č. 6) Za prvé by zde měla být dle informantek **větší informovanost ze strany lékařů** při začátku péče, ale i při péči. *„…lidi nejsou informovaní, klienti nejsou informovaní, rodina není informovaná a obvodní lékař, na kterém to všechno visí, i všechna zodpovědnost se háže na něj, tak je natolik zahlcenej administrativou a nevím čím vším, že a jenom vypsání posudku na příspěvek na péči eventuelně o zvýšení je problém.* (informantka č. 6) Z výroku je patrné, že problém je zde také zahlcenost lékařů. Jak ukazuje informantka č. 1, lékaři by měli více informovat ohledně sociálních služeb. *„I třeba když jsem se ptala na nějaký další možnosti pro maminku, jako různý služby a centra, tak mi doktor řek, že existujou, ale ať si to dohledám sama.“* (informant č. 1) **Co se týká sociálních služeb a propojenosti s lékaři, měla by zde být i větší komunikace**, jak dodává informantka č. 4. „*Tam by to vlastně třeba nemělo jít přes nás, laiky, ale asi třeba ty pečovatelky by měly rovnou komunikovat s tím ošetřujícím lékařem. Tam bych nějakou tu provázanost viděla. I co se týče třeba toho příspěvku.“* (informant č. 4) Tato komunikace by usnadnila i vyřizování ohledně příspěvku na péči. Dále by informantky **ocenily, kdyby lékař mohl seniora více navštěvovat v domácím prostředí.** *„No a ze strany lékařů… Aby se k tomu víc postavili čelem a ty seniory víc navštěvovali v tom domácím prostředí. Protože takhle mě nutí tahat tatínka kvůli práškům k lékaři a on už ani nechce být takhle vláčenej.“* (informant č. 3)

Informantky č. 2 a č. 5 **vyjádřily spokojenost s propojeností**. *„Tak paní doktorka mi to zařídila všechno, to díky paní doktorce.“* (informant č. 5) *„Nebo když jsem se předtím starala o manžela, tak doktorka přijela se na něj podívat a zkontrolovat, i mi nabízela, že jestli mi má napsat žádost o polohovací postel, za další mi pak nabízela, jestli chci, aby mi s tím pomáhala a dojížděla ke mně ta péčě.“* (informant č. 2) V průběhu rozhovoru se u této informantky ukázalo, že její obvodní lékařka je zároveň její známá, což si myslím, že i do značné míry ovlivnilo přístup obvodní lékařky k informantce.

Shrnutí DVC 4: Ohledně výhod péče v domácím prostředí se informantky vyjadřují tak, že tato péče přináší výhody především pro seniory, a to v tom, že mohou zůstat právě v domácím prostředí, kde jsou kolem nich blízcí. Pro informantky je pak výhodou, že vědí, že je o seniora dobře postaráno. Nevýhod už informantky vidí podstatně více – jde především o samotnou náročnost péče, která pak informantky ovlivňuje například po stránce psychické nebo ve volném čase, dále pak jde o nutnost přizpůsobit bydlení či nemožnost zajistit celodenní dohled. Ke změnám ve přístupu státu k neformální péči se informantky vyjadřují tak, že stát by měl zlepšit podmínky pro neformální péči. To dle informantek znamená dostupnější sociální služby, jak kapacitně, tak lokalitně, dále to představuje učinění změn ve finanční podpoře pečujících, ale i jde o práci s rodinami pečujících. Stát by také měl celkově změnit svůj přístup k pečujícím a více je oceňovat. Co se týká propojenosti zdravotní a sociální péče, tak ta by dle informantek měla být více propojena. Lékaři by tak měli více informovat pečující, komunikovat se sociálními službami, ale i více navštěvovat opečovávané seniory.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem vlivu péče o seniory v domácím prostředí na rodinné pečující. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pečující osoby vnímají péči o seniora v domácím prostředí, kdy tento cíl byl rozdělen do čtyř dílčích výzkumných cílů. Po zpracování interpretací dílčích výzkumných cílů vnímám tento cíl jako za naplněný. K dosažení tohoto cíle jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii formou polostrukturovaných rozhovorů, což mi pomohlo proniknout hlouběji do problematiky péče o seniory v domácím prostředí, což by mi kvantitativní výzkumná strategie neumožnila. Vnímám tak zvolenou výzkumnou strategii jako adekvátní mé práci.

Výzkumným šetřením jsem dospěla k zjištěním, že pečující se při péči potýkají s mnohými problémy, a především jako velká témata se ukázala psychická zátěž, skloubení péče s chodem rodiny, ovlivnění volného času a sním spojená nemožnost odpočinku. Rozložení péče mezi víc členů rodiny představuje pro pečující oporu, která jim může pomoct snížit uvedené problémy, pokud toto rozdělení nefunguje, zátěž pečujících to naopak zvyšuje. Celkově se pečující setkávají při péči s mnohými problémy a dle mého názoru je důležité na tyto problémy více poukazovat a přispět tak k většímu povědomí o těchto problémech. Také bych zde chtěla upozornit na to, že problémy jsou palčivější pro pečující, kteří kombinují péči o seniora, s péčí o děti a prací, a i proto si myslím, že problematice sendvičové generace by se měla věnovat větší pozornost.

Dále jsem si výzkumným šetřením potvrdila, že podmínky pro neformální pečující nejsou v současné době v ČR dobře nastavené, o čemž jsem psala již v teoretické části práce. Pečující se setkávají s nedostupností sociálních služeb typu denní stacionáře a odlehčovací služby, kdy tyto služby nejsou dostupné v malých městech a vesnicích a v místech, kde jsou, mají plné kapacity. Jak se ukázalo z výzkumné části, sociální služby jsou pro pečující velkým pomocníkem, proto si myslím, že jejich dostupnost by se měla zlepšit. I současné nastavení finanční podpory se jeví jako nedostatečné. Dále by se i do budoucna mělo zaměřit na větší spolupráci sociální a zdravotní péče, kdy lékaři by měli pečující více informovat a komunikovat se sociálními službami. Právě i ona informovanost pečujících o různých formách pomoci by měla být větší. Dle mého je dále do budoucna vhodné se zaměřovat i v rámci sociální práce na pečující jako cílovou skupinu, což by pečujícím ulehčilo především začátky péče a orientaci v péči. Celkově

by však ale i stát měl změnit svůj přístup k neformálním pečujícím a více je oceňovat, na což jsem poukázala již v teoretické části a výroky informantů to potvrdily. Vzhledem k současnému demografickému vývoji a proměnám společnosti můžeme počítat s tím, že se bude zvyšovat podíl seniorů závislých na pomoci, a proto vnímám jako velmi podstatné, aby se podmínky pečujícím zlepšily.

Myslím si, že tato bakalářská práce může přispět právě k většímu povědomí o důležitosti neformální péče a dále upozornit jak na problémy, s kterými se pečující setkávají, tak i upozornit na současné nastavení podmínek pro péči, které není pro pečující adekvátní. Bakalářská práce může tak jednat sloužit odborné veřejnosti a dále si myslím, že přináší i ucelené informace o problematice neformální péče, takže může posloužit i samotným neformálním pečujícím či potenciálním neformálním pečujícím.

Pro budoucí výzkumy bych doporučila dále se blíže zaměřit na problematiku sendvičové generace, konkrétně na jejich problémy a potřeby. Dále si i myslím, že by mohly proběhnout i komplexnější výzkumy zaměřené na mapování spokojenosti pečujících se systémem sociálních služeb a finanční podporou. Tyto výzkumy by případně mohly odhalit i další nedostatky a navrhnout změny.

Seznam použité literatury

BIRTHA, M., HOLM K. 2018. Kdo pečuje? Studie zabývající se problémy a potřebami rodinných pečovatelů v Evropě [online]. *Fórum sociální politiky*. 12(3), 21-31. [11. 10. 2023]. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/clanek/kdo-pecuje-studie-zabyvajici-se-problemy-a-potrebami-rodinnych-pecovatelu-v-evrope/

COLOMBO, F. et al. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.

ČEVELA, R. et al. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada.

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie – Úvod do problematiky*. Praha: Grada.

ČSSZ. *Dlouhodobé ošetřovné* [online]. [24. 10. 2023]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/dlouhodobe-osetrovne

DOBIÁŠOVÁ, K., KOTRUSOVÁ, M. 2017. Zasluhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR [online]. *Sociální práce*. 17(6), 22-41. [27. 10. 2023]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf

DRAGOMERICKÁ, E. et al. 2020. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum.

DUDOVÁ, R. 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR.

GEISSLER, H. et al. 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [25. 10. 2023]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/1_V%C3%BDstupn%C3%AD-analytick%C3%A1-zpr%C3%A1va.pdf

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Praha: Havlíček Brain Team.

HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

JEDLINSKÁ, M., HLÚBIK P., LEVOVÁ J. 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících [online]. *Profese online – recenzovaný časopis pro nelékařské zdravotnické obory*. 2(1), 27-38. [11. 10. 2023]. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-200901-0003_Psychicka_zatez_laickych_rodinnych_pecujicich.php

JEŘÁBEK H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. [online]. Praha: CESES FSV UK. [21. 10. 2022]. Dostupné z: https://docplayer.cz/7945089-Hynek-jerabek-a-kolektiv.html

JEŘÁBEK, H. 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*. 45(2), 243-265.

JEŘÁBEK, H. et al. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠŤÁLKOVÁ, J. 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR [online]. *Fórum sociální politiky*. 7(6), 10–20. [4. 10. 2023]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf

KŘÍŽOVÁ E., JANEČKOVÁ H., BĚLÁČEK, J. 2016. Family Carers' Perspectives on Integrated Community Care in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 24(4), 289–296.

MATOUŠEK, O. 2016. *Slovník sociální práce*. Třetí vydání. Praha: Portál.

MIKANOVÁ, A. 2018. Rodinná péče o seniora z pohledu rodinných pečujících [online]. *Fórum sociální práce.* Special Issue, 81-88. [20. 9. 2023]. Dostupné z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wpcontent/uploads/sites/10/2018/11/Anna_Mikanova_81-88.pdf

MILLWARD, C. 1999. Caring for Elderly Parents. *Family Matters*. 52, 26-30

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. První vydání. Praha: Grada.

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada.

MOTLOVÁ, L., BRABCOVÁ I. 2023. Respekt k rozmanitosti – neformální péče pohledem neformálních pečovatelů. [Konference] *Respekt k rozmanitosti. Hradecké dny sociální práce.* Hradec Králové. 7.-8. 9. 2023

Neviditelní. *Neformálně pečující* [online]. [12. 11. 2023]. Dostupné z: https://neviditelni.org/neformalne-pecujici

ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ B. et al. 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum.

PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.

Pečuj doma. *Kurzy a akce* [online]. [12. 11. 2023]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/kurzy-a-akce/

Pečuj doma. *Pečuj doma* [online]. [12. 11. 2023]. Dostupné z: https://www.pecujdoma.cz/

PŘIBYL, H. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.

PŘIDALOVÁ, M. 2006. Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové) [online]. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. 7(1), 1-5. [19. 9 2023]. Dostupné z: https://www.genderonline.cz/artkey/gav-200601-0001_integration-and-solidarity-caring-daughters-and-caring-sons.php

PŘIDALOVÁ, M. 2007. Motivy k péči o stárnoucí rodiče [online]. *Sociální práce*. 7(3), 87-96. [25. 9. 2023]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2007-3.pdf

PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK R. et al. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada.

SILVA, A. L. et al. 2013. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*. 27(4), 792-803.

ŠIMONÍK, P. 2015. *Podpora neformálních pečovatelů – závěrečná zpráva z výzkumu* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [11. 10. 2023]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/2_Závěrečná-zpráva-z-dotazníkového-šetření-mezi-neformálními-pečovateli.pdf

TRIANTAFILLOU, J. et al. 2010. *Informal care in the long-term care systém*. European Overview Paper. Vienna.

TROUSIL, M., JAŠÍKOVÁ V. 2015. *Úvod do tvorby odborných prací*. Vyd. 2., rozš. Hradec Králové: Gaudeamus

TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ, A. a MYDLÍKOVÁ E. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Umírání.cz. *Ošetřovné a dlouhodobé ošetřovné* [online]. [24. 10. 2023]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/rady-a-informace/osetrovne-a-dlouhodobe-osetrovne

VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada

VESELÁ J. 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným seniorům*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

VOSEČKOVÁ, A. 2024. Re: *BP 2023 - Interpretativní analýza* [elektronická pošta]. Message to: Patricie Köhlerová. 29. února 2024. [2. 3. 2024]. Osobní komunikace.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Transformační tabulka 40
Tabulka 2 - Identifikační údaje 43

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru

Příloha 1 – Přepis rozhovoru

Jaké byly Vaše důvody pro rozhodnutí pečovat?

„Umřel mi tatínek, teoreticky maminka by nebyla jakoby schopná se postarat o svoji domácnost, o kterou se vlastně ten tatínek staral… A pak k tomu přispěl covid, který dostala a z nemocnice mi vlastně vrátili ležící maminku. Takže tam to bylo takovej ten počátek všeho, kdy to začlo.“

Jaké jste měla před začátkem péče zkušenosti s péčí?

„Jenom okoukání, co se maminka starala o své rodiče, jinak nic jiného.“

Jak hodnotíte dostupnost informací, které by vám pomohli se zorientovat v problematice péče v domácím prostředí před zahájením péče?

„Ty informace jakoby byly, ale jenom to, co tak člověk v tom životě pochytil, kde co kdo povídal, ale jakoby nic odbornýho to nebylo. Člověk se tak nějak musel postarat o to sám, různě si zjišťovat, doptávat se…“

Takže tím myslíte, že jste si ty informace zjišťovala sama a dohledávala třeba na internetu?

„Tak tak, ten internet mi pomohl… A pak, jako když už pak přišla sociální služba vlastně k nám, tak ta hlavní pracovnice mě navigovala, kam bych jako měla jít, ale to já už jsem během toho všechno měla vyřízený, zažádaný, co bylo potřeba. Vlastně z internetu a různě kde, kdo, co povídal jsem měla zjištěný – co si mám oběhat, zařídit… Ale i na tom Úřadě práce mi sociální pracovnice pomohly, vysvětlily mi, jak ty žádosti budou postupovat, navigovaly mě, co se bude dít dál a jaký mám možnosti. A pak ty pracovnice z pečovatelské služby samy i nějaké věci nabízely a radily… ale jak jsem říkala, dost věcí už jsem měla zjištěných a zařízených.“

Z čeho jste před začátkem péče měla největší obavy?

„Největší obavy mám z toho, že maminka zůstane úplně ležící a prostě nebude se moct o sebe sama postarat a já to prostě už nebudu zvládat… Tam je problematické to, že já bych to asi zvládla, kdyby maminka nebyla hodně silně obézní člověk. Teď vlastně se jí i našel lymfatický myom, který jí na břichu pořád roste, roste… Není zkrátka hubený

člověk a nedá se ní manipulovat, pokud ona sama trošku nepomůže, tak to nezvládne nikdo.“

Jaké všechny úkony jako pečující zajišťujete a kdo vám s tím z rodiny či okolí pomáhá?

„No tak zajišťuji veškerý chod domácnosti, hygienu veškerou. Akorát jakoby mamince dovážejí stravu, kterou ji přivezou z charity. Ona jediný co, tak si to jídlo ohřeje, umeje si nádobí po sobě a přejde zpátky, jde koukat na televizi, na toaletu si dojde… a to je veškerý, co jako je schopna udělat. Veškerou péči o domácnost, úklid, nákupy – to všechno zajišťuju já. Večerní toaletu, noční toaletu, to musíme odklízet my, to má u postele, takže to se musí dennodenně. Vlastně koupání, masáže a péče o její tělo musí každodenní bejt a to všechno zajišťují vlastně skoro já sama jediná. Teda děti mi pomáhají, ale to je takový spíš trošku poklid a tak… Ale tu péči o tu maminku zvládám sama. Akorát sem taky dochází pedikérka, kadeřnice a masérka. Maminka zkrátka není schopna se sama o sebe postarat, akorát dojít se na toaletu a ohřát jídlo a umýt nádobí po sobě.“

S jakými problémy se jako pečující o seniora v domácím prostředí potýkáte?

„Já…psychika…. Pro mě to je náročný z psychickýho hlediska – jenom to, že když člověk vidí, jak ona se stresuje. Ona, dokud může, tak pro mě je to dobrý, protože mi pomáhá – přesune se do tý koupelny, tam sedí já ji opláchnu… ale ona u toho brečí a to mi psychicky dává zabrat… A dává zabrat tohohle hlediska, takže ona se. Ona si pořád na tohle ještě za ty roky nezvykla, že se o ní někdo jakoby v tomhletom směru stará, že už to nezvládne sama. Ona říká, že si na to nejde zvyknout.“

No, s tím vlastně souvisí i moje další otázka… Vnímáte na sobě, že péče ovlivňuje vaši psychiku či zdravotní stav? Pokud ano, tak jak konkrétně?

„To určitě… ta psychika tam hraje velkou roli prostě. A já pak zanedbávám vlastně svoji rodinu, kde já mám vlastně ještě malou dceru, která mě potřebuje, kluk ten je velkej už… ale ta psychika prostě tam je nejhorší v tomhletom směr. Nemám čas na svoji rodinu, věnuji čas mamince a nejde to nějak jakoby skloubit… Je to takhle, no. Prostě člověk taky potřebuje na chvilku vypnout, odjet třeba na 3 dny, protože už jsem třeba někdy tak unavená z toho psychickýho hlediska, že mám pocit, že bych ji (mamince) dokázala někdy i třeba ublížit. Člověk se někdy dostane do toho stádia, kdy už toho je moc, takže pak

opravdu potřebuju na 2-3 dny odejít z toho baráku, abych já si tu hlavu vyčistila a nabrala energii a sílu prostě na todlecto…Což se nedá zase až tak často.“

No jasně, je to prostě v tomhle to je hrozně těžký… A jak třeba péče ovlivňuje váš volný čas a vaše rodinné a přátelské vztahy? To už jste vlastně taky tak nakousla při těch předchozích otázkách

„Tak ovlivňuje… ovlivňuje tu rodinu, že nemám čas se věnovat svý rodině… Ale zas furt pořád říkám, mám maminku doma, kdy bydlí v nižším patře. Já jsem si ve svým bytě ona mě může prozvonit, zavolat a já a doběhnu. Můžu pořád ještě pracovat taky. Horší by bylo, kdybych byla někde mimo, kdybych bydlela mimo. To dojíždění ten přesun k ní každou každou chvílí, to by takhle nešlo… „

„Teď je to takový, že i pracovní dobu v práci mám přizpůsobenou k tomu, abych kdykoliv, když se něco bude dít doma, mohla odběhnout z práce, kterou mám tady asi 10 minut. Vlastně jezdím i autem do práce kvůli tomu, abych se mohla dostat domů hned, když potřebuje tu pomoc. A vlastně teď i ta Charita mě dokáže zaopatřit, že máme na ne telefon a maminka jim kdykoliv může zavolat a oni jsou jakoby během chvilky tady, pokud teda mají čas. Třeba se stane, že oni dorazí až za 20 minut, když se jakoby něco děje. Ale aspoň tahle nabídka, ta možnost, je pro mě přijatelná, že já v tý práci můžu bejt v klidu, že může kdykoliv maminka zavolat a oni můžou přijet pomoct. To je kolikrát fakt k nezaplacení.“

A co by Vám nejvíce pomohlo k tomu, aby se pro Vás ta péče více usnadnila?

„Pomohlo, pomohlo, uplně nevím, takhle teď nedokážu říct… Ale teda bezbariérová koupelna mi teď dost pomohla, že se to takhle všechno uzpůsobilo. A taky pro mě je ta pomoc to, že si můžu zavolat těm pečovatelkám do té Charity a kdykoliv mi přijedou pomoct. To je pro mě psychická podpora, můžu se na ně vlastně spolehnout, obrátit se… I když oni teda nemají zas tu péči třeba až úplně do večera. Oni končí 6 hodinou odpolední.“

No jasně, ale furt je dobrý, že si tam vlastně kdykoliv můžete takhle zavolat, a přijedou hned pomoct, což taky kolikrát ty služby jsou vytížené a úplně to nejde, takže je dobře, že v tomhle v nich máte oporu… A teď vlastně se na ty sociální služby budu i ptát. Jaké sociální služby využíváte v souvislosti s péčí o seniora, v čem Vám tyto služby pomáhají a v čem naopak vidíte jejich limity?

„Tak zatím sociální služby, máme teda tu pečovatelskou službu z té Charity. Bereme z tý Charity obědy, což ji donášejí až domů. Vlastně oni mají nabídku velice širokou jakoby - že jí nandají a ohřejou jídlo, uklidí po ní talíře a todlecto… což my zatím nevyužíváme… Potom využíváme koupání, že jí přijedou vykoupat, to právě je když já potřebuju si odjet nebo potřebuju nějak vypnout, tak oni přijdou jí vykoupat. Tam mě třeba vadí, že mají nějakej časovej limit, že to koupání je v 5 hodin odpoledne, což je dost brzy zase. Já chápu, že toho je hodně, že těch klientů mají víc a musí to nějak udělat, ale je to prostě brzo, zvlášť pro ní, kdy ona vydrží sedět třeba ještě do 8-9 hodin, tak je to takový omezující. A jiné služby nevyužíváme, zatím to není potřeba, ještě to zvládám."

Jak hodnotíte dostupnost služeb zaměřených na pomoc s péči o seniora v místě Vašeho bydliště?

„Já jsem ráda, že jsem kontaktovala tu Charitu a ta mi vyhověla. Máme štěstí, že mají tuhlectu možnost přizpůsobit se, jak jsem říkala, že vlastně něco se děje a oni můžou přijet. Mají i velkej výběr toho navazujícího – že zajišťují úklidy, nákupy, což zatím zvládám jakoby já, ale kdyby bylo potřeba, tak vím, že to tady je."

Jakou finanční podporu využíváte v souvislosti s péčí o seniora?

„Tak finanční podporu bere maminka akorát ten stupeň 2. příspěvku na péči, což je nějakých 4000. Jinak nic, a to využívá vlastně na to stravný, na tu pedikérku a masérku a ty pomůcky jako plýny a tak. Ale já si nic od ní jakoby nevyžaduji, to jí nechávám, to jsou maminky peníze a ona si z toho platí tyhlecty služby a platíme z toho ty pomůcky. Pořád je to maminka, prostě nemám pocit, že ona by mi měla za tu péči něco platit. A taky doufám, že jednou se postarají takhle moji děti o mě."

Pomohla by Vám nějaká změna ohledně finanční podpory lépe zvládat péči o seniora? Pokud ano, jaká?

„Zatím jakoby asi není co bysme víc potřebovali pro tu maminku. Ale když přijdeme do stádia, kdy ona bude potřebovat půjčit nějaký invalidní lůžko nebo něco takovýho a bude potřeba platit tu pečovatelskou službu víc, tak asi by bylo nutný, nějaká větší finanční podpora. Ještě my máme pořád jenom ten 2. stupeň, takže ještě stále jde žádat o nějakou vyšší částku, což jde kdykoliv požádat o přezkoumání. No ale myslím si, že zatím jako není potřeba. Ještě jakoby není na tom až tak zdravotně špatně a nechce se mi ždímat stát. Ani já jsem si nechtěla jakoby zažádat původně o tenhleten příspěvek na tu péči, protože to

v tý hlavě mám nastavený tak, že to je maminka a mám se o ní postarat. Navíc toho vyřizování kolem, to je takových papírů, lítání a starostí kolem toho…. A ona taky by ta situace jako by byla jiná, kdy se ten její stav zhoršil tak, že bych nemohla chodit do práce, to by se muselo zažádat o tu vyšší částku toho příspěvku a nedokážu si představit, že člověk je na tu péči sám a musí třeba jakoby z toho příspěvku vyjít sám a zároveň zaplatit z něj všechny ty pomůcky… tak tam by to asi mělo bejt nastavený nějak jinak pro takový lidi.“

Jak hodnotíte svépomocné skupiny pro pečující, případně navštěvujete nějakou takovouto skupinu?

„Neslyšela jsem o tom nikdy.“

A ještě jsem se chtěla zeptat, jaké pocity Vám péče v domácím prostředí přináší?

„Já to prostě beru tak, že to patří k životu jakoby… a že člověk je někdy unavenej a zoufalej. Jako můžu říct, že někdy jsou situace, že člověk si přeje, když vidí tu maminku, jak se trápí a je toho psychicky na ní hodně, tak aby prostě usnula a už se neprobudila… nemusela se trápit. A prostě občas v takovém stavu jsem, kdy si přeju, aby se už netrápila a odešla s úctou.“

Jaké spatřujete výhody péče o seniora v domácím prostředí?

„To, že člověk je ve svým, je doma, je mezi svejma věcma, co si v životě koupil si, je ve svým prostředí. Ta psychika pro něj musí bejt i jakoby lepší než někde v nějakým pečovatelským domě, kde sice třeba jsou hodný, ale nedokážu takový to domácí prostředí nahradit.“

Jaké spatřujete nevýhody péče o seniora v domácím prostředí?

„Musí si člověk opravdu jakoby přizpůsobit to bydlení k tý situace, která je u toho člověka – musí se zařídit například bezbariérové koupelny, bezbariérový přístup do domu, rozšířit futra… prostě to bydlení přizpůsobit k tomu životu toho člověka, aby tam ten člověk dokázal bejt. A todle všechno je finančně dost náročný. Ještě u těhle starejch domů vysokejch, co se dřív stavěly, je to to náročnější, že to není přizpůsobená prostě na člověka, kterej je minimálně pohyblivej. Ale zase prostě je to to domácí prostředí, což prostě nejde nahradit.“

A kdybyste třeba popsala nějakou nevýhodu péče z vašeho úhlu pohledu?

„Tak tam je nejhorší ta psychika, tím se to všechno stupňuje. A když není člověk v pohodě, tak samozřejmě se přidávají různý věci a nemoci k tomu.“

A co si třeba myslíte, že by se mělo změnit ze strany státu, aby vlastně pro vás ta péče byla lepší třeba?

„Z mý strany je to třeba to, že není myšleno na lidi jako je moje maminka, což já mám teda maminku hodně obézní. A jakoby teď v tuhle chvílí nemůže nic – není na ně oblečení, nejsou na ně plýny, nejsou pro ně chodítka – jsou třeba do 160 kg, což je pro nás třeba málo. Zkrátka není možnost sehnat tychlecty věci pro těžší lidi, což je jako pro mě hodně velkej problém.“

Teď jsme se dostaly k poslední otázce. Jak třeba vnímáte provázanost zdravotní a sociální péče? Jestli by vám pomohlo, kdyby se tam něco změnilo vlastně?

„Z naší strany od toho třeba dává doktor ruce pryč. Neřeší to, třeba aby s námi toho víc probral nebo nějaká snaha, tak to ne. I třeba když jsem se ptala na nějaký další možnosti pro maminku, jako různý služby a centra, tak mi doktor řek, že existujou, ale ať si to dohledám sama. Tak to se pak nemusím ptát. Předepíše léky a tím to končí. Aby sám doktor se přišel na ní podívat, to ne, to si musím zažádat já, aby se přišlo na preventivní prohlídku podívat se na ní, zkontrolovat jí. Všechno si musím zažádat. Nehlídají si ty pacienty, který jsou v tý domácí péčí, to člověk prostě musí nad nima stát, aby se přišli podívat. Z tohodle hlediska je to problematický. A přijde mi, že člověk si o tu spolupráci mezi lékaři a sociálním musí říkat, musí na to jakoby tlačit svým způsobem. A myslím si, že by ta spolupráce mohla být lepší.“

Tak to je teda takhle z mé strany všechno, tak mockrát děkuju.

„Není zač.“