

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Odlehčovací služby jako způsob pomoci pečujícím
rodinám v Domově Simeon, SKP-CENTRUM**

o.p.s.

Bakalářská práce

Autor: Veronika Hloušková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

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

Hradec Králové

2015

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Ústav sociální práce
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Hloušková**
Osobní číslo: **U12116**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Odlehčovací služby jako způsob pomoci pečujícím rodinám
v Domově Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s.**
Zadávající katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem práce bude posouzení významu odlehčovacích služeb v systému služeb sociální péče. Teoretická část se bude zabývat problematikou odlehčovacích služeb (zákonné zakotvení, historie). Následující část bude zaměřena na rodinné pečující a jejich kvalitu života v kontextu odlehčovacích služeb. V praktické části bude použita metoda kvalitativní, a to polostrukturovaný rozhovor s následnou analýzou dat.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Studijní zdroje: JEŘÁBEK, H. a kol. Mezigenerační solidarita v péči o seniory. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6, MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

31. března 2015

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
ředitel

L.S.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

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

V Horním Jelení dne 10. 3. 2015

Veronika Hloušková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za užitečné rady, podnětné připomínky a vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji všem informantkám a informantům, kteří mi věnovali svůj čas, a bez nichž by nebylo možné výzkumné šetření provést.

Abstrakt

HLOUŠKOVÁ, Veronika. *Odlehčovací služby jako způsob pomoci pečujícím rodinám v Domově Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s., 2015. 57 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.*

Tématem bakalářské práce jsou odlehčovací služby, konkrétně odlehčovací služby Domova Simeon, SKP – CENTRUM, o.p.s. jako způsob pomoci pečujícím rodinám o nesoběstačné seniory. Teoretická část je založena na studiu odborné literatury, vymezuje pojmy související s odlehčovacími službami a seznamuje čtenáře se zařízením Domov Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s. Zároveň se věnuje termínům jako rodinná péče, pečující rodina či kvalita života. Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkumnou strategii prostřednictvím rozhovorů zaměřených na kvalitu života. Cílem je zjistit, zda využití odlehčovací služby v Domově Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s. přispělo ke zlepšení kvality života pečujících rodin. Následuje analýza a interpretace poznatků získaných provedeným výzkumem.

Klíčová slova: odlehčovací služby, pečující rodina, nesoběstačný senior, kvalita života

Abstract

HLOUŠKOVÁ, Veronika. *Respite Services as a Form of Help for Caring Families in Domov Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s.* Hradec Králové, 2015. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The topic of this bachelor thesis are respite services, specifically respite services of Domov Simeon, SKP – CENTRUM, o.p.s. as a tool of help for families caring for dependent seniors. The theoretical part is based on study of professional literature, explains terms related to respite services and describes Domov Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s. It also focuses on terms as family care, caring family or quality of life. The practical part is devoted to a qualitative research strategy by means of semistructured interview aimed at quality of life. The aim of this research is to find out whether the use of respite service provided by Domov Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s. improved quality of life of caring families. This part is followed by analysis and interpretation of results acquired by the research.

Keywords:

Respite services, caring family, dependent senior, quality of life

Obsah

ÚVOD	10
1 Odlehčovací služby v systému sociálních služeb.....	12
1.1 Zařazení odlehčovacích služeb do systému sociálních služeb	12
1.2 Vymezení pojmu odlehčovací služby.....	13
1.3 Druhy odlehčovacích služeb.....	14
1.4 Historický vývoj respitní péče, resp. odlehčovací služby	16
1.5 Domov Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s.	18
1.5.1 Poskytované služby, cíle služby, cílová skupina.....	19
1.5.2 Jednání se zájemcem o službu.....	19
1.5.3 Sociální šetření	20
1.5.4 Individuální plánování.....	21
2 RODINNÁ PÉČE.....	23
2.1. Teoretické vymezení pojmů rodina, pečující rodina	23
2.1.1 Role pečující osoby	24
2.1.2 Syndrom vyhoření u pečujících osob	26
2.1.3 Podpora pečujících osob.....	27
2.2 Příspěvek na péči	27
2.3 Rodina pečující o seniora	29
2.3.1 Vymezení pojmu nesoběstačný senior	30
2.3.2 Stáří, stárnutí	32
3 KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH OSOB.....	34
3.1 Koncept kvality života.....	34
3.2 Měření kvality života.....	35
3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života pečujících osob.....	36
Shrnutí teoretické části	38
4 METODICKÁ ČÁST.....	39
4.1 Formulace výzkumného cíle.....	39
4.2 Zvolená výzkumná strategie	40
4.3 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek.....	41
4.4 Výběr výzkumného souboru a účastníci výzkumu	42
4.5 Organizace a průběh výzkumu, etické aspekty	43

4.6	Způsob analýzy získaných dat	44
5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	45
5.1	DVO1.....	45
5.2	DVO2.....	46
5.3	DVO3.....	48
	Shrnutí praktické části	49
	ZÁVĚR.....	52

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou odlehčovacích služeb, konkrétně jejich přínosem pro rodiny pečující o blízké osoby, převážně o nesoběstačné seniory. Existuje několik důvodů, které mě vedly k volbě tohoto tématu. Již šest let žiji v sousedství Domova Simeon SKP-CENTRUM, o.p.s., který odlehčovací službu nabízí. Každý den se tak setkávám jak s klienty, tak pracovníky tohoto zařízení. Během své praxe jsem navíc měla možnost seznámit se s činností tohoto zařízení a poznat, jak prospěšný je pro pečující rodiny. Snad díky těmto zkušenostem jsem si také začala uvědomovat, že i v mém blízkém okolí se nachází mnoho lidí, kteří se rozhodli pečovat o svého blízkého, většinou blízkého seniora, v domácím prostředí. Vidím, jak obětavá práce to je, a jak moc ovlivňuje kvalitu jejich života.

Rodinná péče vyžaduje přizpůsobení se celé rodiny, zejména pak samotného pečovatele. Ne každá rodina je schopna tuto náročnou péči zvládnout bez cizí pomoci tak, aby nedošlo k narušení psychické a fyzické rovnováhy všech členů rodiny. Rodinní pečující se často vzdávají své vlastní práce, zájmů či osobního života. Po počátečním vysokém nasazení a představě, že vše zvládnou sami, často přichází stav únavy, vyčerpání a pocit vyhoření. Málokdo si je vědom, jak náročná je jejich každodenní obětavá práce. Východiskem v této nelehké situaci může být poměrně nová a stále ještě relativně neznámá sociální služba, tzv. odlehčovací služba. Ta se postupně stává důležitou a nedílnou součástí pomoci, která může rodinným pečujícím ulehčit péči o blízkého člověka a tím zvýšit kvalitu jejich života.

Hlavním cílem práce je posouzení významu odlehčovacích služeb v systému služeb sociální péče.

V práci vycházím z předpokladu, že odlehčovací služby jsou určeny především pro úlevu pečujících osob, proto se teoretická část i výzkum zaměřují na rodinné pečující. Domnívám se, že se již poměrně dost mluví a píše o osobách se sníženou soběstačností, ale téměř vůbec není slyšet o nelehké situaci pečujících. Péče poskytovaná rodinnými příslušníky a dalšími neformálními pečujícími představuje stále většinu péče poskytované především seniorům.

Teoretická část práce je založena na studiu odborné literatury. Mezi autory, kteří mě ovlivnili nejvíce, patří PhDr. Pavla Šafránková a Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc. Teoretickou část

tvoří tři kapitoly. První kapitola vymezuje na základě dostupné literatury klíčový pojem odlehčovací služby v návaznosti na Domov Simeon – SKP-CENTRUM, o.p.s., zatímco druhá kapitola se zaměřuje na termíny rodinná péče, pečující osoby o seniora. Třetí kapitola se zabývá konceptem kvality života pečujících rodin a jeho měřením.

V praktické části jsem použila kvalitativní výzkumnou strategii. Metodou je zde přímé dotazování zaměřené na kvalitu života pečujících osob. Zvolenou technikou jsou individuální polostrukturované rozhovory s rodinnými pečujícími, kteří využívají odlehčovací služby Domova Simeon, SKP-CENTRUM, o. p. s. Získané poznatky následně interpretuji.

Tato práce je určena především pečujícím rodinám. Jejím prostřednictvím chci poukázat na skutečnost, že problémům neformálních pečujících se v odborných kruzích věnuje malá pozornost. Nutno dodat, že v českém prostředí je prozatím podpora pečujících často podceňována a podpůrných intervencí není mnoho. Pokud jde o laickou veřejnost, ta jakoby automaticky očekává, že pečující osoby budou všechno vykonávat se samozřejmostí a ještě budou neustále milí, laskaví, obětaví a plní elánu. Domnívám se, že mnoho pečujících osob si ani dnes nedokáže představit, že by tyto služby využily. Stále ještě bojují s předsudky a stereotypy o ústavních zařízeních, které přetrvávají z minulých let. Často považují využití těchto služeb za svoji slabost, důkaz toho, že péči o svého blízkého nezvládají. Mým přáním tedy je, aby se tato problematika dostala především do povědomí samotných pečujících, kteří hrají v životě svých nesoběstačných blízkých nezastupitelnou roli, a přispěla k boji se všemi těmito předsudky. Práce může také pomoci zvýšit informovanost o této službě a zároveň bude sloužit jako zpětná vazba pro pracovníky Domova Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s.

1 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Odlehčovací služba představuje v České republice poměrně novou sociální službu. Péče o nesoběstačné seniory v domácím prostředí je pro rodinné pečující fyzicky i psychicky velmi náročná, proto je jim nabízeno odlehčení v této nelehké situaci a to formou odlehčovací služby. V odborné literatuře české i cizí se setkáváme spíše s termínem respitní péče, V zákoně o sociálních službách i u poskytovatelů sociálních služeb se užívá pojmu odlehčovací služba. Termín „respitní“ pochází z anglického slova „respite“, který v překladu znamená oddech, úleva, dočasná úleva. Pojem odlehčovací služby chápu a v této práci používám jako synonymum pojmu respitní péče. Odlehčovací služby v České republice dosud ještě nejsou tolik známou a rozšířenou službou jako jiné sociální služby. Ujasněme si tedy, co to odlehčovací služby jsou, komu jsou určeny a v čem spočívá jejich význam.

1.1 Zařazení odlehčovacích služeb do systému sociálních služeb

Na začátku si musíme definovat, co to sociální služby jsou. Sociální služba je v definici zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., §3) definována jako „*činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“. Matoušek (2008, s. 203) popisuje sociální služby jako „*Všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti*“.

K základním formám poskytovaných sociálních služeb řadíme služby ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantní služby jsou služby, v rámci kterých klient dochází nebo je doprovázen do zařízení sociálních služeb. Ubytování není součástí této služby. Terénními službami se rozumí služby, které jsou klientovi poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí, zatímco pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Dále sociální služby dělíme na sociální poradenství zahrnující základní a odborné sociální poradenství, služby sociální prevence (napomáhající sociálnímu vyloučení ohrožených osob) a služby sociální péče. Právě do poslední jmenované skupiny patří i odlehčovací služby. „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s*

cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“. (Sbírka, 108/2006 Sb.)

1.2 Vymezení pojmu odlehčovací služby

V České republice se jedná o nový pojem, se kterým se naše společnost teprve seznamuje a většina populace se s ním nikdy nesešla. Povědomí o tom, co se vlastně odlehčovací službou rozumí, je nedostačující.

Odlehčovací služby jsou legislativně zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. (§44) jako *„Terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek“.* V druhém odstavci tohoto paragrafu jsou popsány základní činnosti, které odlehčovací služba poskytuje, rozsah těchto úkonů je upřesněn vyhláškou č. 505/2006 v § 10.

Terénní forma je poskytována přímo v domácnosti nemocného po dobu nezbytně nutnou, během které si pečující obstarává své nezbytné záležitosti. Ambulantní odlehčovací služba nabízí možnost, že bude o seniora postaráno na přechodnou dobu např. několik hodin i vícekrát v týdnu. Tuto službu může pečující rodina využít krátkodobě pravidelně, nebo jednorázově. Pobytovou formu odlehčovací služby využívají především pečující, kteří potřebují pro nabrání sil delší čas. Přechodné pobyty v zařízeních trvají většinou od tří dnů, do tří měsíců. Pro tuto práci je stěžejní pobytová odlehčovací služba.

Z výše uvedené citace zákona vyplývá, že odlehčovací službu lze využít v případě, kdy pečující potřebuje odjet na dovolenou, je sám nemocný, hospitalizovaný, potřebuje nastoupit na lázeňský pobyt nebo se z jakéhokoliv důvodu nemůže krátkodobě o nemocného postarat. Častým důvodem je také rekonstrukce bytu pečující rodiny. Péče o nesoběstačného seniora je velmi psychicky i fyzicky náročná a mohla by vést k potřebě hledat pro seniora zařízení ústavní péče. Přitom právě odlehčovací služba může pečujícím osobám v těchto případech pomoci, někdy může stačit jen si trochu oddechnout, odpočinout si.

Z pohledu uživatelů služby, seniorů nebo osob se zdravotním postižením, je důležitá motivace, aktivizace a podpora nesoběstačných jedinců, která vede ke zlepšení, popřípadě

zachování stávajících schopností. Podpora a pomoc vychází z individuálních potřeb uživatele, respektuje a zachovává jejich důstojnost. „*Služba klientům zajišťuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytuje stravu nebo pomoc při zajištění stravy, ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu s okolím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační programy*“. (vyhláška č. 505/2006)

Matoušek popisuje odlehčovací službu takto: „*Péče poskytovaná lidem, kteří dlouhodobě pečují o postižené. Nejčastěji má formu dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti. Dlouhodobá péče o zdravotně postiženého totiž představuje pro pečující osobu těžký stres*“. (Matoušek, 2008, s. 124)

Respitní péče dle Malého slovníku pomáhajících profesí (Jesenský, Janiš, 2004) umožňuje rodině nebo jiné osobě, která se jinak o klienta pravidelně stará, oddech nebo dočasné uvolnění z tohoto závazku vůči klientovi. Tyto služby se poskytují na přechodnou dobu, jinak je klient v domácím prostředí, v péči rodiny.

Kozlová problematiku odlehčovací služby popisuje podobně, jak ze strany klienta, tak pečovatele. „*Cílem respitní péče je zajistit péči osobě, která z důvodu svého věku nebo ze zdravotních důvodů tuto péči potřebuje, a poskytnout tak osobě o postiženého obvykle pečující čas k odpočinku, případně k zajištění jiných záležitostí*“. (Kozlová, 2005, s. 29)

Využití odlehčovacích služeb se podle Šafránkové (2002) pozitivně odráží na psychickém, fyzickém zdraví a na kvalitě života pečovatele a jeho celé rodiny. Odlehčovací služby poskytují státní i nestátní zařízení, a to vždy za plnou peněžní úhradu. Maximální výše úhrady je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb., § 10 odst. 2.

1.3 Druhy odlehčovacích služeb

Dle Šafránkové (2002) je možné rozdělit respitní péči dle doby trvání na:

- **krátkodobou**: tj. vystřídání pečovatele na několik hodin během dne asistentem respitní péče, dobrovolníkem nebo pracovníkem agentury poskytující respitní péči,
- **střednědobou**: například celodenní péče v denním stacionáři nebo v denním centru,

- **dlouhodobou:** týdenní až tříměsíční pobyt v pobytovém zařízení např. po dobu dovolené samotného pečovatele.

Dále respitní péči dělíme dle místa a způsobu vykonávání. Současná odborná literatura shodně uvádí 4 druhy služeb respitní péče (Kozlová, 2005, Novosad, 2009).

Novosad (2009) uvádí ve své knize, věnované osobám se zdravotním a sociálním znevýhodněním, čtyři základní modely respitní péče, které lze vysledovat v USA i v řadě evropských zemí:

- **Respitní péče poskytovaná doma.** Asistent dochází do klientovy domácnosti, kde mu poskytuje péči v přirozeném prostředí, chybí společenské kontakty klienta.
- **Respitní péče poskytovaná formou náhradní rodiny mimo domov.** Jde o jakousi obdobu pěstounské péče, poskytovanou obvykle po dobu tří měsíců. Tato forma je určena spíše rodinám s postiženým dítětem, pro seniory jsem ekvivalent této formy nenašla. Dle Šafránkové je využívána spíše v zahraničí.
- **Respitní péče je poskytovaná formou péče v kolektivu mimo domov,** nejčastěji v zařízeních pro školky, denní stacionáře a podobně. Obdobou tohoto zařízení pro rodiny pečující o seniora je zařízení denního pobytu.
- **Respitní péče dlouhodobě poskytovaná mimo domov.** Je určena pro těžce postižené, vážně, či nevyléčitelně nemocné, kdy je nutná lékařská péče. Obdobou tohoto zařízení pro rodiny pečující o seniora je zařízení přechodného pobytu.

Šafránková ještě doplňuje další tři modely respitní péče:

- **Respitní péče specifická**

Jedná se například o doprovod do zařízení denního typu, o doprovod k lékaři či na úřady. Také se nabízí možnost nočního pohlídání, které umožní pečovateli alespoň jednou za čas v klidu se vyspat, jelikož senior s postižením má v mnoha případech i poruchy spánku, které pak naruší i spánek samotného pečovatele.

- **Video - respitní péče**

Tento typ respitní péče byl vyvinut v Gerontologickém centru Univerzity v Utahu. Jde o sérii videoprogramů, které jsou sestaveny tak, aby upoutaly a po určitou dobu také udržely pozornost osob s demencí. Tyto programy jsou velmi efektivní a působí pozitivně a relaxačně. Během sledování tohoto programu samotnou postiženou osobou má pečovatel alespoň chvíli na svůj odpočinek.

- **Neformální respitní péče**

Často opomíjená forma respitní péče, jedná se o nabízenou pomoc od přátel či příbuzných. Nebývá placena, ani jinak honorována. Je založena na tzv. sousedské výpomoci nebo na základě rodinné solidarity. V současnosti se s touto formou setkáváme méně a méně často. (Šafránková, 2004)

Vzhledem k zaměření a obsahu dalších kapitol i praktické části je pro tuto práci stěžejní formou respitní péče její čtvrtý model, jak uvádí Novosad (2009), a to je péče pobytová, kde je zajištěna péče 24 hodin denně.

1.4 Historický vývoj respitní péče, resp. odlehčovací služby

Pojem respitní péče se začal utvářet v 60. letech 20. století v USA a ve vyspělých státech Evropy. Stalo se tak na základě rozsáhlého hnutí deinstitucionalizace zdravotní a sociální péče. Toto hnutí bojovalo proti nelidskému a nedůstojnému prostředí ústavů, proti nemorální segregaci nemocných občanů a proti zbavování jejich občanských práv. Hlavním cílem bylo navrátit osoby se zdravotním postižením zpět do jejich domovů. Kladl se důraz na svobodné rozhodnutí člověka, kde a jak bude žít. (Šafránková, 2002)

Deinstitucionalizační hnutí vycházelo ze dvou úvah:

1. Člověk potřebující ke svému běžnému životu pomoc druhého by měl zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Lépe pak přijímá svoji bezmocnost a nemusí náhle měnit své návyky a způsob života nebo si zvykat na nové lidi a prostředí.
2. Zůstává-li osoba s handicapem v domácím prostředí, musí se rodina, resp. některý z jejích členů, uvolnit pro péči, která představuje odpovědnost celých 24 hodin. Není pak divu, že rodinný člen potřebuje více odpočinku než běžný občan. Je vhodné si uvědomit, že rodinný pečovatel není povinen vzdát se svých občanských práv kvůli péči o svého blízkého a že i on potřebuje čas na regeneraci sil, na zábavu nebo na svůj volný čas. (Šafránková, 2002, s. 253)

Bylo třeba zamyslet se nad tím, jak umožnit rodinám, aby mohly o své zdravotně postižené členy pečovat bez velkého narušení stávajícího rodinného života a aby se samy nestávaly „otroky“ péče. V souvislosti s tím se začaly objevovat další pojmy spojené s humanizací sociálně zdravotní péče. Mezi tyto pojmy patří například pojem domácí péče, známý jako

„home care“, osobní asistence a další. Jak už to tak v této sféře sociální pomoci bývá, celý proces byl velmi zdlouhavý. Často trvalo 15 až 20 let aplikovat tyto služby do té míry, aby se staly běžnou a fungující součástí, oprávněnou ze zákona.

Ve srovnání s vyspělými státy Evropy a USA má respitní péče v ČR zpoždění přibližně 30 let. Důvodem je především segregace osob s handicapem v minulosti. Tito lidé byli odděleni od většinové společnosti bez jakéhokoli uvažování o jejich přesunu a životě v jejich přirozeném prostředí v kruhu své rodiny.

Roku 1986 potvrdil americký kongres potřebu respitní péče a současně schválil „Prohlášení o dočasné péči o zdravotně handicapované a o péči v krizi.“ Následovalo zavedení státních dotací pro projekty respitní péče. Od roku 1988 pak dostávají jak veřejné, tak i soukromé společnosti zabývající se respitní péčí granty.

Prvními iniciátory respitní péče u nás se počátkem 90. let staly především rodiny osob s handicapem, které si navzájem pomáhaly s péčí o své blízké. Odtud iniciativa směřovala k občanským sdružením a svépomocným skupinám, které už se soustředily na specifický druh postižení a vycházely přednostně z potřeb zúčastněných rodin. To vedlo nejen k odlehčení těmto rodinám, ale i ekonomickému systému. Ačkoli to možná mnozí lidé netuší, péče v domácím prostředí je méně náročná, a to jak finančně, tak i personálně, než péče ústavní. Mimo to je péče o osobu s postižením v domácím prostředí výrazem humánní a demokraticky vyspělé společnosti. V tomto duchu se rozvíjela myšlenka, a v současné době nadále rozvíjí i praktická zkušenost nové formy sociální pomoci rodinám, služby respitní péče. (Novosad, 2009)

Konference pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR, Nadace Dětský mozek a Sdružení pro komplexní péči při DMO konaná v listopadu roku 1996 znamenala velký pokrok v oblasti respitní péče v České republice. Účastníci se postavili proti předkládanému návrhu zákona o sociálních službách (původně zákon o sociální pomoci), vytvořili a podepsali memorandum týkající se zákonných norem a opatření vedoucích k důstojnému životu lidí, kteří potřebují podporu a pomoc. Memorandum neslo název „*Prohlášení účastníků konference o respitní péči – listopad 1996.*“ Podpisová akce byla adresována MPSV, parlamentu, vládě i médiím. Na základě tohoto postupu byl předkládaný návrh zákona o sociálních službách zamítnut s tím, že se později upraví části týkající se nás všech, např. období stáří, a současně se bude zmiňovat pojem respitní péče v zákonné podobě. (Šafránková, 2002)

Šafránková tvrdí, že zatímco dříve se používal termín respitní péče, v současné době lze použít jak termín odlehčovací služba, tak respitní péče. Pro účely tohoto textu budu používat termín odlehčovací služba. (Šafránková, 2002)

Stejně jako Šafránková a Novosad nahlíží na danou problematiku i Kozlová. Podle ní byly prvními iniciátory možných forem respitní péče v České republice rodiny, kterých se osobně dotýkaly nedostatky stávajících sociálních služeb, nebo občanské aktivity či iniciativy osob se zdravotním postižením. Životní podmínky pečujících o svého člena s handicapem se řadí mezi nejtěžší. Repitní péče je přínosem pro společnost i v oblasti ekonomické, protože je levnější a efektivnější než ústavní péče. Navíc může být humanizujícím prvkem v občanské společnosti. (Kozlová, 2005)

1.5 Domov Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s.

Domov Simeon je zařízení, které zahájilo provoz v roce 2009. Investiční projekt podpořil Finanční mechanismus zemí Evropského hospodářského prostoru a Norského království. Domov Simeon je jednou z organizačních jednotek společnosti SKP-CENTRUM, o. p. s., která působí na trhu sociálních služeb od roku 1992.

Považuji za důležité alespoň krátce popsat společnost SKP, pod kterou Domov Simeon spadá. Posláním obecně prospěšné společnosti SKP-CENTRUM, o.p.s. je „pomáhat vstát“ osobám v tísní a osobám ohroženým sociálním vyloučením: seniorům, osobám se zdravotním postižením, lidem v krizi a bez přístřeší, obětem domácího násilí, dětem a mladým dospělým bez fungujícího rodinného zázemí, příslušníkům minorit. Provozují efektivní a vzájemně provázaný systém sociálních služeb.

SKP o.p.s. byla založena dne 13. 3. 2008 na základě doporučení ministerstva vnitra ČR týkajícího se transformace z občanského sdružení na vhodnější právní formu. V roce 2013 poskytovalo SKP-CENTRUM, o.p.s., 22 služeb, z nich 19 registrovaných dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V současnosti je SKP největším poskytovatelem sociálních a sociálně-zdravotních služeb na území Pardubického kraje, který v regionu zajišťuje široké spektrum pobytových, ambulantních i terénních služeb, z nichž některé jsou v místě svého působení jedinečné a nemají alternativu v jiném poskytovateli. Mezi tyto řadíme i pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon. (skp-centrum, online, 2015)

Domov Simeon pomáhá rodinám pečujícím o blízkého člověka se sníženou soběstačností. Na vymezenou dobu převezme a zajistí odpovídající péči, zejména v době, kdy se rodina z nějakých důvodů o svého blízkého nemůže postarat. Pečujícím osobám tím poskytne čas na nezbytný odpočinek nebo k vyřešení vlastních problémů. V roce 2013 byla odlehčovací služba poskytnuta 103 osobám. V květnu 2013 udělilo Ministerstvo práce a sociálních věcí čestné uznání Domovu Simeon v kategorii Cena kvality pro poskytovatele sociálních služeb pro seniory.

V domově je deset dvoulůžkových pokojů. Odlehčovací služba poskytuje 16 lůžek, 4 stálá lůžka jsou určena pro uživatele služby Domova pro osoby se zdravotním postižením. Všechny pokoje mají své sociální zařízení. K dispozici je bezbariérová koupelna s odpovídajícím zařízením pro uživatele se zhoršenými pohybovými schopnostmi.

1.5.1 Poskytované služby, cíle služby, cílová skupina

Domov Simeon poskytuje 2 sociální služby:

- Odlehčovací služby: služba soc. péče dle § 44 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách – odlehčovací služby.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením: jedná se o službu sociální péče dle § 48 zákona č.108/2006 o soc. službách.

V textu se věnuji službě odlehčovací, proto dále popisuji jen tuto službu. Jedním z hlavních cílů služby je poskytovat činnosti k zachování fyzických, psychických i sociálních schopností uživatele. Důležitým cílem je v případě zájmu zprostředkovat kontakty s dalšími subjekty, např. úřady obcí rozhodující o příspěvku na péči, nebo návaznými sociálními službami. Dalším cílem je odlehčit rodině a poskytnout jejím členům čas na nezbytný odpočinek a vyřízení jejich vlastních záležitostí.

Cílovou skupinou jsou osoby starší 18 let, které mají obtíže se zvládnutím péče o vlastní osobu a to z důvodu svého věku, zdravotního postižení nebo dlouhodobé nemoci, o které běžně pečuje osoba blízká, a kteří potřebují využít odlehčovací službu, protože se jejich pečující osoba o ně nemůže na přechodnou dobu postarat. (skp-centrum, online, 2015)

1.5.2 Jednání se zájemcem o službu

Zájemce, nebo jeho zástupce – pečující osoba, kontaktuje Domov Simeon. Koordinátor Domova Simeon nebo sociální pracovnice zájemci sdělí základní informace o službě. Zájemce je dále seznámen s postupem přijetí žádosti o pobyt a s jejím dalším nakládáním.

Potřebné dokumenty:

- žádost o pobyt v sociálním zařízení,
- ceník služeb dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách,
- informace pro zájemce o sociální službu, a to bulletin nebo leták,
- tiskopis pro vyjádření lékaře.

Řádně vyplněná žádost společně s dalšími dokumenty (plná moc v případě, že má zájemce soudem nařízeného opatrovníka, kopii rozhodnutí soudu o určení opatrovníka) může zájemce podat osobně nebo doručit poštou na adresu zařízení. Z důvodu nezbytného sociálního šetření, se doporučuje žádost odevzdat, či doručit 30 dní před začátkem pobytu. Žádost se po přijetí eviduje pod pořadovým číslem.

1.5.3 Sociální šetření

Sociální pracovnice kontaktuje nové zájemce o službu a domluví si termín sociálního šetření. Šetření probíhá zpravidla v domácím prostředí žadatele o službu. Sociální pracovnice sdělí zájemci veřejný závazek, podmínky pro poskytnutí služby, podmínky stravování, rozsah poskytované péče, výši platby za službu a způsob úhrady, dokumenty nutné pro uzavření smlouvy, postup při posouzení žádosti, možnost rezervace služby, seznam dokladů a osobních věcí, které si žadatel přiveze do Domova Simeon. Seznámí žadatele o službu s možností využití trezoru v domově pro uložení cenností a finanční hotovosti, popíše základní práva a povinnosti uživatelů služby, možnost podat připomínku nebo stížnost na průběh služby a předá klientovi kontakt na Domov Simeon. Vše je zpracováno v informačním materiálu pro zájemce o sociální službu.

Sociální šetření se zapisuje do příslušného záznamu. Součástí šetření je také posouzení, zda žadatel patří do cílové skupiny uživatelů služby. Pokud do ní žadatel spadá, proces jednání pokračuje zjišťováním osobních cílů a potřeb. Záznam je prvotní informací o osobních potřebách a přáních zájemce.

Sociální pracovnice zjišťuje:

- důvod podání žádosti o odlehčovací službu,
- termín pobytu,
- rozsah poskytované péče (např. co zájemce v péči o vlastní osobu zvládá sám, s čím naopak potřebuje pomoc druhé osoby, dietní režim),
- osobní přání zájemce,
- denní harmonogram zájemce,

- jiná sdělení nutná pro správné nastavení plánu péče a individuálního plánu zájemce.

Jiným sdělením bývá především informace o tom, zda zájemce o službu potřebuje pravidelnou lékařskou péči. Rozsah lékařské péče je konzultován se zdravotní sestrou Domova Simeon. Shledá-li, že zařízení není schopno poskytnout odpovídající péči, z důvodu absence obvodního lékaře, navrhne žádost zamítnout. Sociální pracovnice předává tuto informaci zájemci společně s kontakty na návazná zařízení poskytující zdravotnickou péči. Zájemci je vždy nabídnuta možnost osobní prohlídky Domova Simeon. Po sociálním šetření dochází k potvrzení, nebo zamítnutí žádosti.

V případě zamítnutí je tato informace vždy sdělena písemně s odůvodněním zamítnutí. Poskytovatel může odmítnout uzavření smlouvy (dle § 91, odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) o poskytování sociálních služeb v případě, že:

- poskytovatel neposkytuje sociální službu, o kterou zájemce žádá,
- žadatel nespadá do cílové skupiny uživatelů, která je vymezena ve veřejném závazku,
- poskytovatel nemá dostatečnou kapacitu,
- zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- žadateli byla v době kratší než 6 měsíců vypovězena smlouva z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy. (Metodika služby, 2013)

1.5.4 Individuální plánování

Individuální plán je dokument obsahující přání uživatele, nástroje k naplnění přání a nástroje k dosažení cíle. Na sestavování plánu se podílí klient, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách.

Plán péče je zpracováván koordinátorem individuálního plánu a zajišťuje poskytování základních potřeb uživatele. Plán péče se může během poskytování služby měnit.

Koordinátorem individuálního plánování je sociální pracovník, který na základě sociálního šetření sestavuje plán péče a individuální plán. Vybírá a stanovuje klíčového pracovníka uživatele, dbá na rovnoměrnou vytíženost klíčových pracovníků. Koordinátor zodpovídá za realizaci individuálního plánu. Společně s klientem vede rozhovor o naplňování individuálního plánu.

Klíčový pracovník je pracovník v sociálních službách, který odpovídá za průběh poskytované služby uživatele v souladu s individuálním plánem. Pracovník má určeného klienta, kterému věnuje zvýšenou pozornost. Reaguje na verbální a neverbální projevy klienta, vnímá drobné

osobní potřeby či změny v chování klienta, které by mohly znamenat nesoulad mezi individuálním plánem a skutečností.

Podkladem pro sestavení individuálního plánu a plánu péče jsou údaje ze sociálního šetření. Jsou zde formulovány individuální potřeby a přání klienta, které jsou realizovány v průběhu péče o uživatele. Individuální plán a plán péče je vypracován v den nástupu uživatele. Po dvou dnech dochází k úpravě, dle potřeb uživatele. V plánu péče je stanoven rozsah a četnost poskytování základních ošetrovatelských úkonů, které se v průběhu služby opakují. Plán péče je možné aktualizovat dle změn skutečného stavu uživatele. Pracovníci v sociálních službách denně zaznamenávají poskytnuté ošetrovatelské úkony, při své práci reagují na změny v péči o uživatele a akceptují je.

Záznam o průběhu poskytované služby dokumentuje poskytování a průběh volnočasových aktivit, aktivizačních činností, emocionální a fyzické rozpoložení uživatele. Koordinátor v průběhu poskytované služby komunikuje s uživateli, nabízí jim pomoc a podporu v různých záležitostech. Hledá možnosti a cesty ke zlepšení fyzického stavu či udržení duševní pohody. O všech konzultacích vede záznamy. (Metodika služby, 2013)

Hodnocení plnění individuálního plánu u pobytu uživatele do jednoho měsíce je prováděno jednou za sedm dní. U pobytu uživatele přesahující jeden měsíc je hodnocení prováděno jednou za čtrnáct dní. Hodnocení provádí koordinátor ve spolupráci s uživatelem služby a klíčovým pracovníkem. O výsledku hodnocení provede sociální pracovník záznam. Plán péče je zpracováván v programu IS Cygnus. (Metodika služby, 2013)

2 RODINNÁ PÉČE

Z hlediska prostředí, ve kterém je péče osobám závislým na péči poskytována, můžeme hovořit o dvojitým vymezení. Prvním typem je institucionální formální profesionální péče, poskytovaná pouze v pobytových zařízeních jako jsou domovy pro seniory a další. Druhým typem, pro tuto práci stěžejním, je tzv. neformální rodinná péče, která je založena zejména na tradiční rodinné solidaritě a je poskytována v přirozeném domácím prostředí osobě závislé na péči. Rodinnou péči zpravidla zajišťují rodinní příslušníci, ale mohou ji zajišťovat také přátelé či sousedé v přirozeném prostředí nesoběstačných jedinců. Současně s rodinnou péčí mohou pomáhat také registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, jako jsou pečovatelské služby, osobní asistence nebo odlehčovací služby. Tento způsob vzájemné kombinace je nejideálnější.

2.1. Teoretické vymezení pojmů rodina, pečující rodina

„Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 512) V širším pojetí se podle Slovníku sociální práce za rodinu začíná považovat i *„skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti“* (Matoušek, 2008, s. 177). Podle Zavázalové (2001) je rodina v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná. Péče v rodině je považována za nejvhodnější ve všech směrech.

Rodina je chápána jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto je důležité, aby byl vytvořen ucelený systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které ji umožní se o nesoběstačného seniora postarat. Pojem pečující rodina není zachycen v žádné zákonné úpravě, v odborných publikacích se s tímto pojmem naopak setkáváme velmi často.

V literatuře jsem našla nejvhodnější vysvětlení pojmu pečující rodina od autorky Pavly Šafránkové, která pojem vymezuje na základě pojmu pečovatel. Podle ní se s termínem pečovatel setkáváme především v profesní oblasti, tedy v oblasti pomáhajících profesí. Přesto se tohoto označení užívá i pro pečovatele rodinné, někdy nazývané pečovateli primárními nebo laickými. *„V obou případech se jedná o osobu, která pomáhá v uspokojení tělesných, psychických a sociálních potřeb nemocného nebo zdravotně postiženého člověka. Primárními*

pečovateli obvykle bývají rodinní příslušníci, odtud pojem **rodinný pečovatel**. Zpravidla to bývá jedna osoba, která se výhradně pro péči rozhodla a přizpůsobila jí i styl svého dosavadního života“ . (Šafránková, 2004, s. 34)

Hillary Graham, zabývající se péčí v obecné rovině, s velkým porozuměním zdůrazňuje, že vztah péče je třeba definovat jako „**práci z lásky**“. Doslova říká: „*péče je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne*“ (Graham in Jeřábek, 2013, s. 43). Novák (2011) doplňuje, že pomáhat druhým je jedním z vrcholů lidskosti.

„*Podíl rodiny na péči stoupá se zvyšujícím se stupněm závislosti na péči*“. (Michalík, 2011, s. 95)

Rodina musí dle Zavázalové (2001) splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, z nichž nejpodstatnější jsou tyto:

- **Moci pečovat**- mít podmínky fyzické, sociální i psychické, bytové, časové, finanční, technické a jiné,
- **Chtit pečovat**, mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny,
- **Umět pečovat**, vědět jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci.

„*Rodina zprostředkovává starému nesoběstačnému člověku kontakt s okolním světem a brání sociální izolaci*“. (Zavázalová, 2001, s. 55)

Rozhodnutí o přijetí starého člověka do rodinné péče podstatně změní život rodiny. (Jeřábek, 2013)

2.1.1 Role pečující osoby

Pečující osobou je dle Matouška (2008, s. 134): „*Osoba, která pečuje o příbuzného přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez jakékoli formální smlouvy. Motivem této péče jsou rodinná pouta nebo přátelské vazby. Péče sahá od komplexních forem až po péči občasnou a parciální*“. Pečujícími osobami jsou převážně ženy ve středním věku. Význam pečující osoby jako poskytovatele péče byl uznán teprve nedávno v souvislosti s deinstitucionalizačním hnutím a se snahami podpořit komunitní zdroje podpory a péče. Pečující osoby jsou zatím opomíjeny. (Matoušek, 2008)

Jak se shodují autoři zabývající se problematikou pečujících osob, tento fenomén péče v rodině je zatím v České republice na okraji pozornosti sociálních služeb. (srov. Matoušek, 2008, Jeřábek, 2013)

Podle Veselé čeští respondenti obecně vyjadřují ochotu se postarat o své rodiče v domácím prostředí. „*Fakticky se však obávají ztráty zaměstnání, osobního nepohodlí a psychické či fyzické náročnosti takové péče*“. (Veselá in Jeřábek, 2013, s. 46)

Péče o nesoběstačného seniora může vyvolávat zátěž, která ovlivňuje schopnost pečovatele poskytovat péči na potřebné úrovni. Dle Šafránkové (2004) může být zátěž tělesná, finanční, plynoucí z okolního prostředí, sociální a citová. Různé formy zátěže mohou vyvolat řadu nepříjemných pocitů jak u hlavní pečující osoby, tak i u ostatních členů rodiny.

Pečovatel by měl zajistit kvalitní život osoby s postižením, neměl by zneužívat jejich financí, práv či jakýmkoliv způsobem ji týrat a omezovat. (Šafránková, s. 34)

„*Pečující rodiny bývají přetíženy a mnohdy balancují na hranici zhroucení pečujících i rozpadu rodiny*“. (Novosad, 2009, s. 73)

Poskytovanou péči lze rozlišit podle míry poskytované péče, jež vychází z intenzity a naléhavosti potřeb, které bezmocná osoba vyžaduje (Jeřábek, 2013):

- **Podpurná péče** může být zajišťována občas, nepravidelně; zahrnuje např. finanční podporu, provádění oprav domácnosti, dopravu k lékaři, vyřízení běžných pochůzek, ale také emocionální podporu. Tato forma péče nevyžaduje společné bydlení.
- **Neosobní péče** je časově náročnější, zpravidla každodenní a pro závislého jedince je obtížněji postradatelná; nejčastěji zahrnuje vaření, úklid, péči o prádlo apod.
- **Osobní péče** je nejnáročnějším stupněm pomoci; fyzicky a psychicky náročnější činnosti spojené s intimní péčí (osobní hygiena, toaleta, krmení, podávání léků, přemísťování, posazování atp.), při kterých je nevyhnutelná celodenní přítomnost pečující osoby. Vyžaduje pravidelnost, vytrvalost a značnou odpovědnost. Přitom osobní péči v největším počtu případů anebo největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy. Často se musí vzdát svého zaměstnání, což vede k propadu finanční situace celé rodiny. Starý člověk je na tuto péči odkázán a je na ní závislý.

Osobní péče je vedle přítomné lásky provázena chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti pečujících. A právě v tomto ohledu je třeba zdůraznit neobyčejně důležitou roli rodiny, která podporuje svou pomocí, solidaritou a svou spoluodpovědností pečující osobu, jíž je nejčastěji manželka, dcera nebo snacha opečovávaného seniora. (Jeřábek, 2013)

Pečovatelská zátěž závisí na délce trvání péče a možnosti rozdělit se o ni s někým dalším. Nejvíce ohroženou skupinou v rámci syndromu vyhoření jsou pečující, kteří poskytují osobní pravidelnou péči.

2.1.2 Syndrom vyhoření u pečujících osob

Pečující osoby jsou velmi silně ohroženy – jednak sociální izolací a zejména syndromem vyhoření. Tento pojem se v dnešní době skloňuje čím dál častěji především v souvislosti s vysokým pracovním tempem u profesí, kde se intenzivně pracuje s lidmi, hlavně se jedná o pomáhající profese. Je však třeba si uvědomit, že lidé, kteří se dlouhodobě starají o blízkou osobu, jsou tímto syndromem ohroženi stejně tak, dovoluji si tvrdit, že možná i více. Na rozdíl od profesionálních pomáhajících totiž nemají možnost supervize, často si nemohou o svých běžných problémech promluvit s někým jiným, jejich pracovní doba je neomezená, nároky na ně kladené velmi vysoké. Přitom jsou to ale stále lidé jako ostatní – mají svoje potřeby, dělají chyby, cítí se přetížení. Často se mluví o syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí, méně však u pečujících osob v domácnosti.

Pojem syndrom vyhoření charakterizuje Matoušek jako „*Soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí*“ (Matoušek, 2003, s. 263) Tuto Matouškovu definici můžeme vztáhnout i k rodinným pečujícím. Podobně jako Matoušek, popisuje ve své knize Novák syndrom vyhoření jako „*soubor příznaků psychického vyhoření a emočního vyčerpání*“ (Novák, 2011, s. 14). Typická je podle něj směs lehké podrážděnosti, únavy, nedocenění. Výrazně se snižuje tzv. frustrační tolerance. To, co jsme dříve vnímali jako běžné problémy, může nás nyní hodně rozčilovat. Jde o plíživé psychické vyčerpání, v souvislosti s dlouhodobým působením stresujícím podnětů. Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i jiným své obtíže. Zatajují i sami před sebou úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy atd. (Novák, 2011)

Pro pečující osoby znamená syndrom vyhoření ztrátu zájmu nebo osobního zaujetí, nejčastěji se spojuje se ztrátou činnosti a smyslu práce, projevuje se pocity zklamání při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí náladu i zájem, spokojuje se s každodenním stereotypem a rutinou. Nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít a nemít problémy. Časté jsou podle Nováka (2011) úniky k alkoholu, tabáku, tělesné obtíže, ke kterým řadíme široké spektrum psychosomatických poruch. Významným rizikem je neinformovanost o syndromu vyhoření a možné prevenci.

Pokud chceme syndromu vyhoření předejít, existuje několik preventivních opatření, která nám mohou pomoci. Měli bychom se vyvarovat sociálnímu vyloučení, odloučení od známých, přátel či širší rodiny a konzultovat své problémy s okolím. Je důležité střídat se

v rámci rodiny v péči o rodinného příslušníka a vytvořit si určitý harmonogram péče tak, aby všichni pečující měli možnost oddechu a načerpání nových sil. Měli bychom se naučit podle možností využívat profesionální služby, např. domácí ošetrovatelskou péči, pečovatelskou službu či odlehčovací službu. Přece i pečující má právo žít „svůj život“ a načerpat nové síly. Věnovat se i svým zájmům, začít relaxovat - chodit cvičit, navštěvovat kulturní akce, do přírody, naučit se relaxovat. Pokud se již necítím v tomto směru v pořádku, nesmím se bát přiznat si, že mám problém. (Novák, 2011)

2.1.3 Podpora pečujících osob

Celková úroveň podpory pečujících je u nás zatím poměrně nízká. S ohledem na sociodemografický vývoj v rámci České republiky i celé Evropy budou nadále nabývat na významu různé formy podpory a pomoci pečujícím, které budou muset být co nejúplnější a nejvíce odpovídat jejich potřebám.

Potřeby rodinných pečujících jsou důležité a je vhodné se jimi zabývat. Je třeba respektovat potřeby pečujících, a to jak emoční, materiální, ale také vhodné poskytování podpůrných služeb, které by doplnily pečující rodinu v jejím úsilí. Důležitou součástí podpory laických pečujících by měly být také dostupné informace o péči, a to informace sociálně - právní, ošetrovatelské, lékařské, psychologické, informace o komunikaci atd. Přesto, že došlo k některým zlepšením v postavení rodinných pečujících, zůstává stále mnoho neřešených problémů. Systém podpory rodinných pečujících je třeba dále rozvíjet tak, aby tento cenný zdroj péče o seniory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle.

Za nejdůležitější část podpory laickým pečujícím považují příspěvek na péči, kterému se věnuji podrobně v další kapitole.

2.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je pravidelná, opakující se dávka poskytovaná podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Je určen na úhradu potřebné péče poskytnuté registrovanými poskytovateli sociálních služeb nebo osobami blízkými či asistentem sociální péče. Příspěvek na péči náleží lidem, kteří jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu omezeni ve zvládnutí základních životních potřeb a jsou z tohoto důvodu závislí na pomoci jiné osoby. O příspěvku rozhodují kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR. Rozhodnutí se vydávají na základě vypracovaného zdravotního posudku Lékařskou

posudkovou službou Okresní správy sociálního zabezpečení. Podkladem pro vypracování zdravotního posudku jsou aktuální lékařské zprávy a písemný záznam ze sociálního šetření v domácím prostředí žadatele. Odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Stupeň závislosti a způsob hodnocení určuje příslušná vyhláška – konkrétně se jedná o vyhlášku č. 505/2006 Sb. Od 1. 1. 2012 se při posuzování stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby posuzuje deset oblastí každodenního života. Hodnotí se především schopnost zvládat základní životní potřeby, mezi které patří: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (hodnotí se pouze u osob starších 18 roků). Rozlišují se 4 základní stupně závislosti. Podle stanoveného stupně závislosti se pak odvíjí i výše dávky. Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou tehdy:

- I stupeň závislosti = lehká závislost (osoba není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby)
- II stupeň závislosti = středně těžká závislost (osoba není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb)
- III stupeň závislosti = těžká závislost (sedm nebo osm základních životních potřeb)
- IV stupeň závislosti = úplná závislost (devět nebo deset základních životních potřeb)

Výše příspěvku na péči pro osoby starší než 18 roků:

- I stupeň závislosti = 800 Kč měsíčně
- II stupeň závislosti = 4000 Kč měsíčně
- III stupeň závislosti = 8000 Kč měsíčně
- IV stupeň závislosti = 12000 Kč měsíčně

Předpokladem pro nárok na tuto sociální dávku je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – závislost na pomoci od jiné fyzické osoby.

Jelikož odlehčovací služba je služba plně hrazena klientem, měl by příspěvek na péči pomoci částečně uhradit náklady spojené s pobytovou službou. Toto tvrzení potvrzuje i Matoušek. Dle Matouška (2008) si má ten, kdo potřebuje sociální služby, tyto služby prostřednictvím příspěvku na péči obstarat a uhradit. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění potřebné péče, náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Pokud o nesoběstačného seniora pečuje pravidelně osoba, jsou jí ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany:

- Příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečujících pro účely dávkových systémů, pokud se jedná o péči o osobu blízkou a výší nepřesahuje 144 tisíc Kč ročně.
- Od roku 2001 se hlavní pečující osobě započítává doba péče jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení. A to v případě, pokud se jedná o péči o osobu blízkou. A také v případě, když neformální pečující osoba zajišťuje pomoc ve společné domácnosti závislé osobě ve druhém, třetím a čtvrtém stupni závislosti.
- Hlavní pečující osoba je státním pojištěncem v oblasti veřejného zdravotního pojištění. V případě hospitalizace osoby závislé na péči delší než 1 měsíc je nutné, aby se pečující osoby zaevidovaly na úřadě práce, nebo zahájily výdělečnou činnost.
- Pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění.

2.3 Rodina pečující o seniora

Je řada seniorů, kteří si udržují své fyzické i psychické zdraví, ale na druhé straně stoupá počet seniorů vyššího věku, kteří jsou závislí na péči své vlastní rodiny. Podle Michalíka je modelovou pečující rodinou, „rodina starající se o svého člena v seniorském věku“ (Michalík, 2011, s. 94). Michalík dále uvádí, že počet těchto rodin bude narůstat, v současné době je jich podle něho několik desítek tisíc. (2011, s. 94)

Jeřábek k této problematice dodává „V praxi nejrůznějších zemí a kultur odhadem asi 20% lidí starších 65 let získává nějakou formu pomoci od členů svých rodin. Údaje z několika pramenů shodně uvádějí, že v případě dlouhodobé péče o staré lidi 70-80% péče poskytují jejich rodiny“. (Abel in Jeřábek, 2013, s. 47) V reprezentativním výzkumu populace České republiky zjišťovali, zda a nakolik české rodiny pečují o své seniory v rodině. „Současnou nebo minulou zkušenost s takovou péčí má 24% českých rodin, 8% rodin pečuje v současnosti, 16% pečovalo jen v minulosti“. (Jeřábek, 2013, s. 59)

Za zvláštní pozornost stojí i fakt, že rodinnými pečujícími jsou nejčastěji starší ženy. Tuto skutečnost potvrzují i výsledky studie rodinných pečujících o seniory, ze které vyplývá, že „typickým pečujícím o seniora je žena ve věku 56 let“ (Válková in Východiska, 2010, s. 40).

Tato péče o staré lidi je „opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti sami vykonávat“ (Millward in Jeřábek, 2013, s. 43).

Dobře fungující rodina znamená pro každého, zejména však pro starého nesoběstačného člověka, záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci. (Zavázalová, 2001)

Rodinnou péčí o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka nebo děti a jejich partneři. Přitom v největším počtu případů anebo největším dílem zabezpečují osobní péči ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy. (Jeřábek, 2013)

„Dlouhodobá, pravidelná, časově náročná péče přizpůsobovaná potřebám opečovávaného seniora, velká zátěž pečujících a jejich altruistické obětování jsou tedy typickými charakteristikami nezbytné i významné osobní péče o seniora“. (Jeřábek, 2013, s. 105-106)

Podle Jeřábka je další důležitou podmínkou pro osobní pečování přijetí zodpovědnosti.

Zavázalová (2001, s. 56) rozděluje faktory ovlivňující péči v rodině ve své knize následovně:

Celospolečenské faktory: společnost, komunita,

- role a význam stáří, ekonomická a legislativní podpora společnosti, zaměstnanost žen, dostupnost zdravotních a sociálních služeb, změna sociální struktury rodiny, demografické faktory a jiné,

Pečující rodina: poskytovatelé péče,

- složení rodiny, její morální hodnoty, vzory chování,
- způsob bydlení, zaměstnanost ženy jako potencionální pečovatelky, zdravotní a psychický stav pečovatelů, ochota pečovat, vztahy v rodině,

Starý člověk: pečovaný, příjemce péče

- zdravotní stav, soběstačnost respektive stupeň závislosti, přijetí role pečovaného, závislého, osobnostní rysy a další,
- starý člověk a rodina, mezigenerační vztahy.

Tendence, aby starší lidé setrvali co nejdéle ve svém domácím prostředí, je zřejmá ve všech vyspělých zemích. Tento způsob péče odpovídá jejich přáním, vychází vstříc jejich potřebám zahrnujícím respekt a úctu ke stáří. Důležitým bodem je mezigenerační solidarita. *„Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje“.* (Jeřábek, 2005, s. 7)

2.3.1 Vymezení pojmu nesoběstačný senior

Přestože v centru zájmu jsou v bakalářské práci pečující osoby, je důležité věnovat se i osobám, kteří jsou na jejich péči závislí, v našem případě je to nesoběstačný senior. Aby

mohla pečující osoba využívat určité výhody či možnosti podpory ze systému sociálního zabezpečení, je nejprve nutné stanovit rozsah poskytované péče a posoudit míru závislosti osoby, o kterou pečuje.

V sociálních službách je obvyklé označovat příjemce péče z hlediska jeho soběstačnosti jako více či méně nesoběstačnou osobu. Nesoběstačnost přitom chápeme nejčastěji jako synonymum závislosti a nesamostatnosti v uspokojování vlastních životních potřeb.

„Kardinálním problémem v životě starých lidí je jejich soběstačnost a osamělost“. (Zavázalová, 2001, s. 25) Vymezit teoretická východiska nesoběstačnosti se ukázalo být obtížným úkolem, protože se definice tohoto pojmu v literatuře nevyskytuje. Z tohoto důvodu budu nesoběstačnost vymezovat pomocí konceptu soběstačnosti. Pojem soběstačnost seniorů vymezuje Zavázalová, ta chápe soběstačnost jako *„schopnost samostatné existence v daném prostředí, je to schopnost postarat se o sebe a svoji domácnost“* (Zavázalová, 2001, s. 31). Podle této autorky má soběstačnost složku fyzickou, která zahrnuje především mobilitu, složku psychickou, která zahrnuje zejména schopnost samostatně rozhodovat. Další součástí je složka sociální, kdy se jedná o úroveň integrace s rodinou a společností a složku hmotnou v podobě dostačujících příjmů. (Zavázalová, 2001)

Ve stáří klesá funkční potenciál. *„Rodina je v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná. Měla by poskytovat jen tu péči, kterou si starý člověk nemůže obstarat sám, aby nebyl díky přílišné péči blízkých nečinný. Starý člověk by měl mít snahu zůstat co nejdéle soběstačný“.* (Zavázalová, 2001, s. 53) Rodina musí dle Zavázalové splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, z nich nejpodstatnější jsou tyto:

- **Moci pečovat** - mít podmínky fyzické, sociální i psychické, bytové, časové, finanční, technické a jiné,
- **Chtit pečovat** - mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny,
- **Umět pečovat** - vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci.

„Rodina zprostředkovává starému nesoběstačnému člověku kontakt s okolním světem a brání sociální izolaci“. (Zavázalová, 2001, s. 55)

Další možností, jak vymezit nesoběstačnou osobu, tedy osobu závislou na péči jiné osoby, je vymezení pomocí pojmu závislost. K vymezení pojmu osoba závislá na péči jiné osoby je dle mého názoru nejlepší vycházet ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Za osobu závislou na péči starší 18 let věku je podle tohoto zákona považována osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat základní životní potřeby a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Terminologické vymezení pojmu senior je složité, v odborné literatuře se popisuje spíše na základě definování stáří. Za seniora se obvykle považuje osoba, která dosáhla důchodového věku, tedy osoba, které vznikl nárok na starobní důchod dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění. Vymezení stáří se věnuji v další kapitole.

2.3.2 Stáří, stárnutí

Česká republika stárne a stárnutí její současné populace nabírá na neustále se zvyšujícím tempu. Již dnes se populační stárnutí stává zásadním ekonomickým a hlavně sociálním problémem a to nejen v naší společnosti. Péče o seniory, stejně tak jako další části sociálního systému v České republice, se stává aktuálním problémem. Významný vliv mají demografické změny, oslabené rodinné vazby, vyšší účast žen na trhu práce či změna životního stylu lidí. Především tyto a jiné problémy ovlivňují péči o seniory. V souvislosti se stárnutím populace dochází také ke změnám potřeby péče a je tedy třeba očekávat stále se zvyšující poptávku, jak po sociální, tak i zdravotní péči pro seniory.

Jak píše Zavázalová (2001, s. 11) „*Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří*“. Stárnutí je všeobecný proces, kdy stárne celá populace, a zároveň proces individuální, kdy stárne konkrétní jedinec. Stupeň demografického stáří se měří podílem osob vyššího věku v populaci. Výsledkem demografického stárnutí je stáří obyvatelstva. Podle Zavázalové (2001) se za dolní hranici stáří považuje věk od 60 do 65 let.

„Dolní hranice stáří se historicky posouvá k vyšším věkovým skupinám. Příčinou toho jsou příznivější socioekonomické podmínky a vědeckotechnický rozvoj, umožňující plnější rozvoj potenciálu zdraví, snižování úmrtnosti, prodlužování střední délky života a snižování nemocnosti a nesoběstačnosti“. (Zavázalová, 2001, s. 12)

Haškovcová in Malíková (2011) charakterizuje stáří jako přirozené období lidského života. Mühlapchr in Malíková (2011) říká, že stáří sice není nemoc, je však spojeno se zvýšeným výskytem zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti. Ta vede ke zvýšení závislosti na jiných lidech, většinou rodinných příslušnících, kteří musí zastoupit seniora v plnění jeho základních potřeb.

V souvislosti se stárnutím populace a prodlužováním naděje na dožití je nutné připravovat jednotlivce na život ve vyšším věku a na možné problémy, které mohou zasáhnout do jejich

každodenního života. Péči o seniory je tedy nutné řešit na úrovni státu, veřejných institucí, komunity, ale také na úrovni rodiny. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

3 KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH OSOB

Kvalita života je široký a složitý pojem. Zkoumá podmínky pro spokojený život z různých hledisek, zahrnuje jak vnější podmínky, tak vnitřní rozměry člověka. Jedná se o pojem používaný v mnoha oblastech lidského života. V současné době existuje řada publikací, které se kvalitou života zabývají. Neexistuje však obecně přijímaný model, či jednotná platná definice. Na koncept kvality života může být nahlíženo z různých hledisek, a to z hlediska medicínského, psychologického, sociologického nebo environmentálního. Tato hlediska se vzájemně prolínají. V novějších pojetích také obsahuje pojem smysl života - hodnocení života vztahující se k vlastní subjektivní spokojenosti. Hartl, Hartlová (2009) obecně definují kvalitu života jako vyjádření pocitu životního štěstí. Existují různé oblasti bezprostředně ovlivňující kvalitu života. Kvalita života pro daného člověka může znamenat cokoli, čemu on sám přikládá důležitost.

3.1 Koncept kvality života

Považuji za důležité tento pojem definovat, jelikož ve svém výzkumu sleduji vliv využití odlehčovacích služeb na kvalitu života pečujících osob. Koncept kvality života zasahuje do mnoha vědních oborů, charakterizuje ho subjektivita, dynamika a kulturní podmíněnost, proto je jednoznačné teoretické vymezení velmi obtížné. „*Pojem ‚kvalita života‘ poprvé zmínil Pigou v roce 1920, v práci zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením.*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 7)

Dle Matouška (2008, s. 92) je kvalita života „*Komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče.*“ Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, nebo o životní spokojenost. „*Kvalitu života však až na výjimky nelze určovat nezávisle na informacích od posuzovaného člověka.*“ (Matoušek, 2008, s. 93)

Ústava Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) Z definice zdraví dle WHO vychází Nagpal (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 12), který definuje kvalitu života jako „*komplexní měření fyzické, psychické a sociální*

pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou“. Zjišťuje se kvalita života v souvislosti s prožíváním nemocí, stanovenou léčbou pacienta, s poskytováním zdravotní péče aj. V této souvislosti je důležitou oblastí psychosomatické a fyzické zdraví.

Světová zdravotnická organizace nahlíží na kvalitu života z pohledu jedinceva vnímání svého postavení v životě v souvislosti s kulturou, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu způsobu a zájmům. Jedná se koncept ovlivněný zejména pocity pohody, dále jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem a sociálními vztahy. (Vařurová, Mühlpachr, 2005) Obsah tohoto pojmu je podmíněn společenskými normami a hodnotami. Kvalita života je široký pojem, který se používá ve všech vědních odvětvích, např. v medicíně, ošetrovatelství, sociologii, psychologii aj. Z tohoto pojetí vyplývá, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním vlastní životní reality. Jinými slovy každý člověk vnímá kvalitu života jinak a po svém.

Podle Vařurové a Mühlpachra (2005, s. 17) lze na koncept kvality života „*nahlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL (Quality of Life) jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka“.* Velký vliv na subjektivní hodnocení kvality života mají nálada a emoce.

Pro účely bakalářské práce je důležitý psychologický přístup ke kvalitě života. „*Objektem zájmu psychologického přístupu je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace a negativní faktory, jako například životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad“.* (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 29)

Calman in Vařurová, Mühlpachr (2005, s. 29) říká: „*jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou“.* Psychologický přístup operuje s termínem „well being“, neboli spokojenost, pohoda. Každý člověk určitým způsobem přemýšlí o svém životě a hodnotí spokojenost s ním.

3.2 Měření kvality života

Diskuse o tom, co to kvalita lidského života vlastně je a jak ji měřit, probíhaly intenzivně v průběhu osmdesátých i devadesátých let. Přesné a teoreticky uspokojivé měření kvality života, na kterém by se shodla většina odborníků, zatím neexistuje. Je to způsobeno zejména tím, že v sobě obsahuje dvě relativně samostatné složky – objektivní

a subjektivní. Komplexně pojatou kvalitu života tedy neumíme měřit přímo. Měření kvality života se mimo jiné používá jako nástroj pro posouzení efektu intervencí sociálních služeb.

Existuje velké množství metod a nástrojů pro měření kvality života, způsoby měření jsou tedy velmi rozmanité. Množství nástrojů se stále zvyšuje, tak jak narůstají specifické oblasti, které jsou měřeny. Mezi tyto oblasti zahrnujeme kvalitu života u specifických skupin populace, např. kvalita života pečujících osob, seniorů, osob se zdravotním postižením atd. Pojetí kvality života se mění v závislosti na tom, pro koho jsou měřicí nástroje určeny.

Matoušek v Encyklopedii sociální práce (2008, s. 92, 93) uvádí: *„Nástrojem užívaným k hodnocení kvality života jsou obvykle sebesposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou. Kombinace metod při zjišťování kvality života je vždy vhodnější než spoléhat se na validitu jedné metody. Kvalitu života však až na výjimky nelze určovat nezávisle na informacích od posuzovaného člověka“.*

Světová zdravotnická organizace rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života na základě své definice kvality života. WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení, a to:

- **fyziké zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.,
- **psychické zdraví a duchovní stránka** – negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita,
- **sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora,
- **prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, životní prostředí.

Existuje velké množství standardizovaných dotazníků určených k hodnocení kvality života různých sociálních skupin, nicméně dotazník určený přímo pro pečující osoby jsem v literatuře neobjevila. Dotazníky ale v práci nepopisuji vzhledem ke kvalitativnímu zaměření výzkumné části.

3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života pečujících osob

Faktory ovlivňující kvalitu života pečujících osob jsou různorodé a je obtížné je přesně vymežit. Mezi hlavní faktory ovlivňující kvalitu života patří fyzická stránka, zahrnující zdravotní stav, psychická pohoda, podmiňující psychické prožívání, a sociální oblast, kde jsou

nejdůležitější vztahy k druhým lidem a postavení jedince ve společnosti. Kvalita života se také vztahuje k prostředí, ve kterém člověk žije, jaké má potřeby a požadavky.

Kvalita života nesoběstačného seniora je do jisté míry ovlivněna i kvalitou života pečujících osob. Pokud pečující osoba sama nedisponuje dobrým fyzickým a psychickým zdravím, odrazí se to i na péči, kterou poskytuje. (Šafránková, 2002)

Jeřábek ve své knize vyjmenovává kritické momenty osobní péče o staré lidi v rodině. Těmi jsou zdravotní problémy pečujících, osamělost pečujících, nízká pomoc od státu nebo od obce. Jako poslední uvádí traumata rodin, které musely předat starého člověka do institucionální péče. Referuje o pocitech viny, výčitkách a duševních traumatech, kterými trpí členové rodin, jež se obviňují z toho, že nezvládli péči o svého blízkého. (Jeřábek, 2013)

Dle Jeřábka (2013, s. 51) „*Rodinná péče představuje tradiční, moha generacemi ověřený model péče o staré lidi. V důsledku demografického vývoje ve světě hledá sociální politika v mnoha západních zemích řešení v návratu k rodinné péči o staré lidi*“. Takové řešení však vyžaduje přijetí významných opatření, která by učinila rodinnou péči o starého člověka zvládnutelnou. Některá opatření již fungují, jiná se připravují a další bude třeba teprve zavést.

K těmto opatřením Jeřábek řadí:

- **finanční opora pečujících osob** - příspěvek na péči, viz kapitola 2.2.
- **podpůrné služby pečujícím osobám** - odlehčovací služby, pečovatelská služba, domácí ošetřovatelská péče,
- **kurzy pro pečovatele** - relativně levné, vhodným způsobem zlepšují připravenost rodin pečovat o seniora v domácích podmínkách,
- **poradenské služby** - zdroj praktických informací o možnostech podpory pečujícím osobám,
- **podpůrné skupiny** - vyhledávaná forma podpory pro laické pečující, kde si pečující mohou vyměňovat informace, poskytovat si útěchu, praktickou i emociální podporu,
- **významnější společenské změny** – přibývající počet starších občanů vyžadujících celodenní péči (Jeřábek, 2013)

Faktorů ovlivňujících kvalitu života je velké množství. Záleží především na individuálních preferencích jednotlivých lidí a na tom, jaké hodnoty považují za důležité v jejich životě. Kvalita života je ovlivněna životními zkušenostmi, podmínkami pro život a jejich subjektivním vnímáním. Pohled na kvalitu života se v průběhu života může měnit, a to

s ohledem na věk, zdraví, sociální postavení, finanční situaci atd. Rodinní pečující si dle mého názoru zaslouží podporu a možnost důstojného a kvalitního života.

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. Vzhledem k zaměření mé práce, orientující se na problematiku odlehčovacích služeb v kontextu kvality života pečujících osob, jsou i předchozí kapitoly cíleně zaměřeny na odlehčovací služby, rodinné pečující a kvalitu života pečujících osob. Představení základních pojmů je důležité pro určitý vhled do problematiky a pro návaznost na praktickou část práce.

První kapitola objasňuje pojmy související s problematikou odlehčovacích služeb v kontextu Domova Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s. Pojmy jsou vymezené na základě dostupné literatury a zejména na základě zákona č. 108/2006 o sociálních službách, v platném znění. Odlehčovací služba je sociální služba, jejímž cílem je pomoci pečujícím i těm, o které je pečováno, má tedy ambivalentní charakter. V tomto směru je tato služba v systému služeb sociální péče výjimečná. V kontextu této práce se zabývám významem odlehčovacích služeb, který spatřuji primárně jako pomoc pro pečující osobu. Dále se v první kapitole věnuji historii respitní péče, vysvětluji druhy odlehčovacích služeb a organizaci Domova Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s.

Druhá kapitola představuje pojem rodinná péče. Rodinná péče o staré lidi je jedním z nejfrekventovanějších modelů péče o seniory v současné společnosti. V České republice je tento model vázán tradicí. Nyní probíhají procesy, které rodinnou péči znesnadňují, např. stárnutí populace nebo prodlužování průměrného věku dožití a s tím související vyšší podíl nesoběstačných lidí. Jakákoliv podpora pečujícím osobám je tedy velice důležitá. Proto se tato kapitola dále věnuje podpoře pečujících, ať už finanční či psychické a fyzické, které mohou pomoci předcházet syndromu vyhoření.

Poslední kapitola teoretické části vysvětluje koncept kvality života pečujících osob, popisuje způsoby měření a věnuje se faktorům ovlivňujícím kvalitu života, která bude zkoumána v následující praktické části.

4 METODICKÁ ČÁST

Praktická část této práce vychází z části teoretické a současně dokresluje celkový obraz rodinného pečovatele v kontextu odlehčovacích služeb. Tato část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu zaměřenému na zkoumání problematiky kvality života pečujících osob využívajících pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s. (dále jen Domov Simeon). Výzkum je proveden formou polostrukturovaných rozhovorů s informanty, kteří museli splňovat určitá, předem daná, kritéria. V následující kapitole je popsán cíl výzkumu, použité metody, organizace a etika výzkumu, informace o účastnících výzkumu a způsob zpracování rozhovorů.

4.1 Formulace výzkumného cíle

Hlavním cílem práce bylo posouzení významu odlehčovacích služeb v systému služeb sociální péče. Tento cíl bylo nutné konkretizovat a rozdělit na tři dílčí výzkumné cíle. Dílčí cíle byly následně přetransformovány do konkrétních tazatelských otázek, které jsem využila při dotazování respondentů. Hodnotitelem je sama pečující osoba.

Transformace hlavního cíle do hlavní výzkumné otázky

Jak využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s. přispělo ke zlepšení kvality života rodinných pečujících o nesoběstačné seniory?

Transformace hlavní výzkumné otázky do dílčích výzkumných otázek

DVO 1

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon kvalitu vašeho života po psychické stránce?

DVO 2

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon kvalitu vašeho života po fyzické stránce?

DVO 3

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon kvalitu vašeho života v oblasti sociálních vztahů?

4.2 Zvolená výzkumná strategie

Vzhledem k danému výzkumnému cíli jsem se rozhodla využít **kvalitativní strategii**, jež se mi pro tento účel jevila nejvhodnější. Kvalitativní výzkum nemá za cíl zevšeobecňovat získané poznatky, ale důkladně porozumět zkoumanému problému, tedy vlivu odlehčovací služby na kvalitu života konkrétního člověka. V mé práci jsou to pečující osoby, se kterými jsem vedla rozhovory, přičemž jsem se snažila monitorovat neopakovatelnou individuální situaci rodiny pečující o seniora.

„Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách“. (Petrušek in Reichel, 2009, s. 41) Nejpoužívanější definicí kvalitativního výzkumu je Dismanova definice, která tento pojem vymezuje jako: *„Nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam pokládány sdělovaným informacím“.* (Disman, 2002, s. 285) Je to tedy práce se slovy a textem. Disman k problematice dodává: *„Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění. Porozumění pak vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému“.* (Disman, 2002, s. 286) Kvantitativní výzkum jsem nezvolila z důvodu nízké kapacity lůžek Domova Simeon. Domov Simeon je zařízení rodinného typu, a proto by bylo obtížné získat informace od dostatečného množství respondentů.

Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila metodu přímého dotazování a jako výzkumný nástroj jsem použila techniku **individuálního polostrukturovaného rozhovoru**. Informanty se staly osoby pravidelně pečující o závislého seniora, které opakovaně využily odlehčovací službu v Domově Simeon. *„Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že má připraven soubor otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí“.* (Reichel, 2009, s. 111) Pořadí či formulace otázek se může měnit, důležité ale je, aby byly položeny všechny. Tazatel může případně pokládat doplňující dotazy. Je to optimální a často používaná varianta v kvalitativním zkoumání. Hendl (2008) popisuje polostrukturované dotazování jako střední cestu mezi dvěma krajními formami, kterými jsou na jedné straně volné rozhovory a na druhé straně dotazníky s pevně danou strukturou otázek. Tento typ dotazování se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.

Použití volněji utvářeného dotazování bylo vhodná volba, protože mi poskytlo určitou volnost a flexibilitu. Mohla jsem si ověřit, zda dotazování otázkám rozuměli, v případě nepochopení otázku dovysvětlit, popř. položit doplňující otázky a tím reagovat na vzniklé situace.

Dotazovaní mohli sami navrhovat možné vztahy a souvislosti a odpovídat zcela subjektivně. Jistá volnost se jeví vhodná také k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s dotazovaným.

4.3 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

Podle Hendla jsou výzkumné otázky jádrem každého výzkumného projektu. Jsou to právě výzkumné otázky, které pomáhají dosáhnout výsledků v souladu se stanovenými cíli a ukazují cestu, jak výzkum vést. (Hendl, 2008) Tazatelské otázky jsem se snažila vytvořit tak, aby byly otevřené, srozumitelné, neutrální a dostatečně široké.

Tab. č. 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumná otázka: Jak využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon (DS) přispělo ke zlepšení kvality života rodinných pečujících o nesoběstačné seniory?	
Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
DVO1: Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu vašeho života po psychické stránce?	TO1: Jak ovlivnilo využívání odlehčovací služby (OS) Váš aktuální psychický stav?
	TO2: Jaký vliv mělo využívání OS při zvládnání Vaší náročné životní situace?
	TO3: Jak změnilo využití OS Váš postoj k budoucnosti?
	TO4: Jak ovlivnilo využívání OS Váš vztah k opečovávanému?
DVO2: Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu vašeho života po fyzické stránce?	TO5 : Jak ovlivnilo využívání OS Váš aktuální zdravotní stav po fyzické stránce?
	TO6: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši vlastní vnitřní energii?
	TO7: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši pravidelnou tělesnou aktivitu?
	TO8: Jak ovlivnilo využívání OS Váš spánkový režim?
DVO3: Jak ovlivnilo využití	TO9: Jak ovlivnilo využívání OS vzájemné vztahy

pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu vašeho života v oblasti sociálních vztahů?	v rodině?
	TO10: Jakým způsobem ovlivnilo využívání OS Váš společenský život?
	TO11: Jak ovlivnilo využívání OS Vaše volnočasové aktivity?
	TO12: Jakým způsobem ovlivnilo využití OS Vaši finanční situaci?

4.4 Výběr výzkumného souboru a účastníci výzkumu

„V přípravě zkoumání patří výběr objektů k jedné z klíčových otázek“. (Reichel, 2009, s. 75)

Pro svůj výzkum jsem zvolila záměrný výběr, nazývaný také výběr úsudkem či účelový. Tento postup se často používá v kvalitativních zkoumáních, zejména pro nevelké výzkumné soubory. *„Výzkumník znalý kontextů zkoumané problematiky vybere prvky sám. Vychází přitom z výzkumných záměrů a také z uvažované podoby zkoumání“.* (Reichel, 2009, s. 83)

Pečlivý výběr účastníků výzkumu je jedním z měřítek, která zvyšují důvěryhodnost celého výzkumu. Výběru respondentů je třeba věnovat velkou pozornost. Při použití účelového výběru musí výzkumník jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje. (Reichel, 2009)

Informanty byly osoby pečující o nesoběstačného seniora, které byly vybrány pomocí účelového výběru na základě doporučení sociální pracovnice Domova Simeon. Ta mi poskytla potřebné telefonické nebo elektronické kontakty.

Respondenti museli splňovat určitá, předem daná kritéria. Všichni dotazovaní byli lidé dlouhodobě pečující o osoby ve III. a IV. stupni závislosti, a to více než jeden rok. Respondenti využili odlehčovací službu v Domově Simeon minimálně dvakrát a mají bydliště v Horním Jelení či jeho blízkém okolí. Ve všech případech se jednalo o děti seniorů. Ve dvou případech souhlasili s poskytnutím rozhovoru muži, další tři informantky byly ženy. Při výběru nebyl záměrně zohledňován věk ani pohlaví pečující osoby, nicméně pro dokreslení je v tabulce uváděn.

Tab. č. 2: Základní informace o účastnících výzkumu

Informant	Věk pečující osoby	Věk uživatele služby	Délka péče o seniora v domácnosti	Frekvence využívání OS	Průměrná délka pobytu	Stupeň závislosti
I1 (F)	52	82	19 měsíců	2x	1 měsíc	III.
I2 (F)	55	85	5 let	4x	2 týdny	IV.
I3 (M)	50	71	5 let	3x	2 měsíce	IV.
I4 (F)	54	80	4 roky	10 x	3 týdny	III.
I5 (M)	62	85	10 let	10 x	1 měsíc	IV.

4.5 Organizace a průběh výzkumu, etické aspekty

Poté, co jsem si stanovila cíle výzkumu, zvolila metody výzkumu a shromáždila informace a dokumenty potřebné k jeho provedení, domluvila jsem si setkání se sociální pracovnící Domova Simeon, abychom společně provedly výběr vhodných kandidátů. Po obdržení jejich souhlasu s účastí na výzkumném šetření jsem informanty telefonicky či osobně kontaktovala a následně jsme naplánovali jednotlivá setkání. Všechna setkání se uskutečnila v lednu 2015 v domácím prostředí informantů a trvala přibližně 45 minut. S délkou trvání rozhovoru byli předem seznámeni. Ve všech případech jsem se setkala s ochotou účastnit se výzkumu. Informanti mi umožnili nahlédnout do jejich soukromí a sdíleli své zkušenosti a pocity. Připravila jsem si úvod rozhovoru, ve kterém jsem krátce představila výzkum a popsala úlohu tazatele i dotazovaného. Zároveň jsem dotazovaným nastínila, k čemu by výzkumné snažení mělo dospět. Otázky jsem kladla srozumitelně, průběžně jsem se ujišťovala, zda informanti otázkám rozumí, a zároveň jsem jim poskytovala čas k tomu, aby si své odpovědi mohli promyslet. V závěru jsem informantkám a informantům dala možnost vyslovit se k průběhu a obsahu rozhovoru.

Na základě doporučení sociální pracovníce Domova Simeon jsem nepoužila nahrávací zařízení, aby se respondenti cítili co nejpřirozeněji, nestyděli se a nemluvili stručně. Průběh rozhovoru jsem pečlivě zapisovala na předem připravené záznamové archy, poté jsem poznámky přepsala do elektronické podoby, včetně dopisování pocitů, které jsem při rozhovoru zaznamenala.

Důležitým aspektem výzkumu je ochrana osobních údajů. Zásadně platí, že výzkumná data mohou být použita výhradně k výzkumným účelům. Každý z pěti respondentů proto obdržel písemný souhlas s poskytnutím rozhovoru, který podepsal po poskytnutí úplných informací o podstatě, průběhu, a okolnostech zkoumání. Dotazované pečující osoby byly také seznámeny s možností kdykoliv rozhovor ukončit. Z důvodu zachování anonymity jsem nepoužila skutečná jména informantů.

Během výzkumu jsem nemusela čelit žádným zásadním překážkám, až na zrušení jednoho rozhovoru. Původně jsem oslovila šest respondentů, nicméně v jedné rodině došlo k úmrtí opečovávaného seniora a tudíž jsem nepovažovala za etické tento rozhovor uskutečnit. I přes nastalou situaci jsem nehledala nového respondenta, protože zkoumaná problematika se mi jevila dostatečně saturována. Výběr jsem tedy ukončila.

4.6 Způsob analýzy získaných dat

Výchozím materiálem k třídění a vyhodnocování údajů byly moje poznámky z provedených rozhovorů. Důležitým krokem analýzy je transkripce údajů, jejich přepis z různých podob, nejčastěji do formy písemné. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) je pro práci s daty nezbytný přesný přepis nahrávek rozhovorů, provedený co nejdříve po uskutečnění rozhovoru, dokud je badatel je schopen vzpomenout si na neverbální projevy, intonaci respondenta, zámlky či ironii v hlase. Provedla jsem doslovnou transkripci z papírové podoby do podoby elektronické. Přepis jsem doplnila vlastními komentáři a poznámkami z průběhu rozhovorů, vycházejících z pozorování situace a reakcí informantů.

Data získaná doslovnou transkripcí bylo třeba roztrždit tak, aby bylo možné přehledně popsat získané poznatky. Ke každé tazatelské otázce jsem přiřadila odpovědi informantů I1-I5. Během analýzy a interpretace dat jsem se ke shromážděným údajům opakovaně vracela a zpracovávala poznámky ke každé dílčí tazatelské otázce obsahující vznikající úvahy o datovém materiálu. Hendl konstatuje, že *„kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku.“* (Hendl, 2008, s. 223) Při zpracování analýzy je důležité nenechat se ovlivnit svými osobními preferencemi, zůstat nestranný.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila do tří dílčích výzkumných otázek.

5.1 DVO1

DVO1: Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu vašeho života po psychické stránce?

Ke zjištění tohoto cíle jsem použila čtyři tazatelské otázky:

- TO1: Jak ovlivnilo využívání OS Váš aktuální psychický stav?
- TO2: Jaký vliv mělo využívání OS při zvládnání Vaší náročné životní situace?
- TO3: Jak se změnil Váš postoj k budoucnosti?
- TO4: Jak ovlivnilo využívání OS Váš vztah k opečovávanému?

Pokud jde o aktuální psychický stav a zvládnání náročné životní situace, pocítovali shodně všichni dotazovaní velkou úlevu, spojenou s dobrým pocitem, že je o rodiče kvalitně a profesionálně postaráno. Informantka 1 (I1) uvedla, že pro ní byla velmi důležitá psychická podpora pracovníků Domova Simeon. Tato dotazovaná také v rámci doplňujících otázek týkajících se syndromu vyhoření uvedla: „*Syndrom vyhoření hrozil převelice, díky službě jsem neskoučila v péči lékařů*“ (I1). Informant 5 říká: „...*věděl jsem, že je někdo, kdo mi v nelehké životní situaci pomáhá.*“ (I5), zatímco informantka 2 (I2) *konstatuje, že ubylo starostí a uklidnila se situace v širší rodině.* U pracujících informantů navíc odpadl pocit strachu o rodiče v době jejich nepřítomnosti. Informant 3 popsal situaci po propuštění maminky z Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) takto: „*Maminka byla po cévní mozkové příhodě propuštěna z LDN do domácího léčení, tam nám byla tato služba doporučena a pomohla nám tuto náročnou životní situaci vyřešit*“ (I3).

V odpovědi na třetí otázku informantka 1 říká: „...*mě se ulevilo, našlo se řešení, jak situaci zvládnout, alespoň na čas*“ (I1). Stejně to vidí I3: „*Měl jsem čas řešit dál svoji situaci*“.

Informantka 2 k otázce týkající se budoucnosti dodává: „*Moje dovolená byl stavební pilíř jak opět po načerpání nových sil se znovu o ni starat*“ (I2).

Pokud jde o vztah k opečovávanému, informant 5 uvedl: „*Můj vztah k mamince to nijak neovlivnilo, vztah jsme měli stále pěkný*“ (I5), zatímco informantka 1 popsala svůj postoj k opečovávanému takto: „*Střídání emocí od všeobjímající lásky až po vztek, beznaděj, výčitky, jestli jsme udělali dobře, obavy ze ztráty zaměstnání...*“ (I1). Dále se pečující shodují na tom, že se všichni zúčastnění radovali z návratů opečovávané osoby s vědomím, že zase mohou být spolu s rodinou. Konstatovali však také, že se rodiče do Domova Simeon rádi vraceli, protože tam byli spokojeni. Informantka 4 dodává: „*Měla jsem víc elánu, když se vrátil, tatínek tam byl rád, je Jeleňák*“ (I4).

5.2 DVO2

DVO2: Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu vašeho života po fyzické stránce?

Ke zjištění tohoto cíle jsem využila následující otázky:

- TO5: Jak ovlivnilo využívání OS Váš aktuální zdravotní stav po fyzické stránce?
- TO6: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši vlastní vnitřní energii?
- TO7: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši pravidelnou tělesnou aktivitu?
- TO8: Jak ovlivnilo využívání OS Váš spánkový režim?

Z odpovědí na otázku č. 1 můžeme vyvodit, že péče o závislé seniory je fyzicky náročná a ovlivňuje zdravotní stav pečující osoby v závislosti na aktuálním zdravotním stavu samotné pečující osoby. Pokud pečující osoba nemá žádné zdravotní obtíže, což tvrdili informanti 1, 2 a 5 (I1, I2 a I5), nedochází v souvislosti s využitím OS k zásadní změně zdravotního stavu po fyzické stránce, ačkoliv si informanti možného vlivu byli vědomi. Informantka 4 má však sama zdravotní potíže a možnost využití OS jí tedy umožnilo „*regeneraci, odpočinek, úlevu pro záda, jelikož mám nemocnou krční páteř a jsem po operaci srdce*“ (I4).

V souvislosti s vnitřní energií je z odpovědí respondentů zřejmé, že energetická kapacita pečujících osob souvisí s ochotou se o staré rodiče postarat. Informantka 2 říká: „*Se svojí*

matkou jsme měli velice dobrý vztah a neumím si představit, kdybych se do konce jejího života nemohla postarat o její kvalitní život a věnovala jsem tomu veškerou životní energii“ (I2).

Informantka 1 pozorovala pouze částečné zlepšení, protože maminku stejně každodenně navštěvovala a trávila u ní svůj volný čas. Zároveň však dodává, že došlo k zásadnější změně v pracovní oblasti. V odpovědi uvádí „...zlepšil se pracovní výkon, mohla jsem se lépe soustředit na svoje zaměstnání, více času na přípravu do zaměstnání“ (I1). Jediný informant, který na sobě nepocíťoval žádné změny, co se týče energie, byl informant 5: „Nic jsem na sobě nepozoroval, vše souviselo s úlevou, že je o maminku postaráno“ (I5).

Pokud jde o pravidelné tělesné aktivity, ze zjištěných údajů lze poukázat na možnost trávit více času sportovními aktivitami. Informantka 1 odpověděla, že měla více času na pravidelnou tělesnou aktivitu: „Při pravidelné péči nebyl čas“ (I1). K této otázce informant 5 dodává: „V pohodě jsem mohl dělat cokoli, aniž bych se obával, co maminka sama doma v rodinném domku“ (I5). Stejně tak informanti 2 a 3 shodně tvrdí, že mohli více času věnovat svým oblíbeným aktivitám. Informantka 2 k otázce dodává: „...této aktivitě se věnuji pravidelně, cvičím jógu. V zimě, když byla maminka v Simeonu, jsem věnovala svůj volný čas oblíbenému lyžování“ (I2). Informantka 4 nepozorovala změnu: „Na procházky se psem jsem chodila předtím i potom“ (I4).

Co se týká spánku pečujících osob, informanti 4 a 5 shodně uvedli, že jejich spánkový režim se s využitím odlehčovací služby nezměnil (I4, I5). Tato tvrzení jsem zaznamenala u osob, které nebyli v době využívání odlehčovací služby zaměstnáni a nebydleli s rodiči ve stejném bytě. Rozdílně popisuje situaci informant 3, který vypověděl: „Líp se vyspím, musím k mamince v noci vstávat, bylo to vyčerpávající v noci vstávat, když musím ráno do práce“ (I3). Také informantky 1 a 2 uvádějí, že spaly lépe. I2 vypověděla: „Spánkový deficit jsem doplnila v době pobytu, neboť maminka byla poslední dva roky ležící a stíral se jí rozdíl mezi dnem a nocí“ (I2). Tato informantka přirovnává péči o nesoběstačného seniora k „péči o kojence“ (I2). Informantka 1 říká: „...při využití jsem se necítila stále tak unavená“ (I1).

5.3 DVO3

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu Vašeho života v oblasti sociálních vztahů?

Ke zjištění tohoto cíle jsem použila následující otázky:

- TO9: Jak ovlivnilo využívání OS vzájemné vztahy v rodině?
- TO10: Jakým způsobem ovlivnilo využívání OS Váš společenský život?
- TO11: Jak ovlivnilo využívání OS Vaše volnočasové aktivity?
- TO12: Jakým způsobem ovlivnilo využití OS Vaši finanční situaci?

Pokud se jedná o vliv využití odlehčovacích služeb na vzájemné vztahy v rodině, ve všech pěti případech popisují informanti fungující rodinné vztahy. Všichni shodně uvedli, že vztahy v rodině to nijak neovlivnilo, protože byly fungující stále. U zkoumaných pečujících osob nikdo ze širší rodiny nedával najevo negativní emoce v souvislosti s náročnou péčí. Tento fakt přisuzují skutečnosti, že čtyři zkoumané osoby již mají dospělé děti a informant 3 děti nemá. Informantka 1 poukazuje na stmelení v širší rodině (I1). Nejvýstižněji charakterizuje situaci v rodině informantka 2: *„Vysoký věk, kterého se maminka dožila, byla zásluha celé rodiny, která si uvědomila hodnotu lidského života a pohled na stáří. Nicméně kvitujeme s povděkem, že existují odlehčovací zařízení pro seniory, kdy rodina, ač je schopna se o své blízké postarat, může využít tyto služby. Mohli jsme jako rodina odjet na dovolenou“* (I2). O podpoře ze strany rodiny se zmiňuje také informant 5, který říká, že: *„vztahy v rodině to nijak neovlivnilo, moji synové mě podporovali...“* (I5).

Z odpovědí respondentů na otázku TO10 a TO11 je zřejmé, že se volný čas snažili využít k obohacení společenského života, ať už návštěvou divadla, výletem do Prahy či wellness pobyt. Informantka 2 uvedla: *„Pokud jsi doma, nemáš myšlenku na kulturní společenské aktivity, máš v hlavě jen péči. Pokud máš jistotu, že je o osobu postaráno, okamžitě vyhledáváš společenské a kulturní programy“* (I2). Informantka 4 popisuje situaci, týkající se společenského života, takto: *„Mám více času, nemusela jsem být na telefonu, odpadla starost, nemusela jsem podřizovat všechnen volný čas tatínkovi“* (I4). Informantky 1, 2 a 4 popsaly využití volného času jako čas, kdy mohly navštívit kamarádky a o náročnou životní situaci si promluvit. To považovaly informantky shodně za důležité, *„...moc mi to pomohlo“* (I1). Informantka 4 uvedla: *„...mohla jsem jít, kdy jsem chtěla, kam jsem chtěla, cítila jsem se*

volněji, bezstarostněji“ (I4). Informant 5 uvedl, že rozdíl ve společenských aktivitách ani v trávení volného času před a po využití služby nepocíťoval (I5).

V souvislosti s finanční situací pečujících osob bylo poměrně překvapivé zjištění, které uvedla informantka 1. Ta tvrdí, že se její finanční situace v souvislosti s využitím odlehčovací služby dokonce zlepšila. Před využitím služby musela denně dojíždět do 10 km vzdálené vesnice, což zatěžovalo rodinný rozpočet (I1). Informanti 2 a 3 odpověděli, že jejich finanční situaci využití služby nijak neovlivnilo, protože příspěvek na péči, včetně starobního důchodu, pokryl celou úhradu služby (I2, I3).

Z odpovědí respondentů je zřejmé, že v těchto pěti případech příspěvek na péči plní svůj účel. Informantka 4 konstatovala, že „OS je poměrně drahá služba, ale peníze jsme v této situaci neřešili“ (I4). Informant 5 dodává: „Zpočátku podstatně, protože jsem důchodce a mamčin důchod na zaplacení služeb nestačil. Později, když maminka dostala maximální příspěvek na péči, se situace urovnala a její peníze víceméně stačily na pokrytí všech potřeb“ (I5).

SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Shrnutí DVO1

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu Vašeho života po psychické stránce?

Výpovědi informantů a informantek se v otázce vlivu OS na psychickou stránku pečujících v zásadě podobají a všichni dotazovaní vnímají přínos této služby pozitivně. Z analýzy výpovědí účastníků výzkumného šetření je zřejmé, že OS přináší podstatnou úlevu od jejich každodenních starostí, které souvisejí s náročnou životní situací. Tento aspekt je zásadní z hlediska potřebné psychohygieny pečujících a také z důvodu plánování jejich budoucnosti. S uspokojením totiž vnímají, že náročná péče neleží pouze na nich. Po využití odlehčovací služby nastupuje pocit nové vnitřní síly a energie ze strany pečující osoby. Z výzkumu dále vyplývá, že vztah pečující osoby k opečovávanému nesouvisí příliš se změnou, která péče přináší, ale spíše s kvalitou vztahu jako takového.

Shrnutí DVO2

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu Vašeho života po fyzické stránce?

Jak vyplynulo z výzkumného šetření, informanti a informantky vnímají péči jako fyzicky náročnou a uvědomují si její možný vliv na svou aktuální zdravotní situaci. Konkrétní fyzické problémy se však lišily v závislosti na zdravotním stavu každého pečujícího. Také úbytek vlastní energie v souvislosti s péčí byl informanty vnímán subjektivně, zřejmě opět v kontextu s rozdílným osobnostním nastavením každého z nich. Informanti dále pozitivně hodnotí vliv OS na rozšíření možností věnovat se svým oblíbeným tělesným aktivitám pro zdraví a potěšení.

Shrnutí DVO3

Jak ovlivnilo využití pobytové odlehčovací služby v DS kvalitu Vašeho života v oblasti sociálních vztahů?

Informanti a informantky se jednoznačně shodli, že vzájemné vztahy v rodině náročná péče nijak negativně nepoznamenala, naopak cítili podporu svých blízkých. Tato skutečnost byla pravděpodobně podmíněna zejména životní fází, ve které se pečující nacházeli, protože měli již odrostlé vlastní děti, případně byli bezdětní. Tato jejich životní fáze měla zřejmě vliv i na vnímání vlastního společenského života. Při využití OS si pečující zkrátka vážili každé volné chvíle, aniž by pocítovali nutnost ji využít pouze smysluplně. Také svoji finanční situaci hodnotili jako uspokojivou, protože souběh starobního důchodu a příspěvku na péči dokázal pokrýt veškeré náklady na péči. Tuto skutečnost přisuzují účelovému výběru informantů, kdy podmínkou byla péče o nesoběstačného seniora ve třetím nebo čtvrtém stupni závislosti.

Shrnutí HVO

Jak využití pobytové odlehčovací služby v Domově Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s. přispělo ke zlepšení kvality života rodinných pečujících o nesoběstačné seniory?

Na žádnou z otázek neodpověděli informanti zhoršením jejich psychického či fyzického stavu. Situace v rámci sociálních vztahů se také v žádném z provedených rozhovorů nezhoršila. V některých případech zůstala situace před využitím a po využití pobytové odlehčovací služby stejná. V mnohých oblastech se kvalita života pečujících zlepšila, v některých dokonce výrazně.

Z provedených rozhovorů můžeme vyvodit, že pečující osoby hodnotí možnost využít odlehčovací službu kladně. Jsou za tuto formu pomoci velmi vděční. Rodiny pečujících osob, se kterými jsem dělala rozhovory, by tedy bylo možné označit za soudržné, vyznačující se vysokou mírou vzájemné solidarity, která se přenáší mezi generacemi právě pomocí sdílení společných hodnot a výchovou. Je zřejmé, že velký důraz je kladen na dobré vztahy v rodině. Výpovědi informantek a informantů se k solidaritě v rodině opakovaně odkazují.

Naopak menší důraz je kladen na peníze. Peníze pečující většinou hodnotí jako něco, co je sice k životu nutné, ale není to jeho smyslem. Některé pečující informantky jsou ochotné kvůli péči omezit své finanční možnosti tím, že zůstanou doma se seniorem a nejsou zaměstnány. Zkoumané pečující osoby cítí odpovědnost a povinnost vrátit rodičům to, co od nich dostali.

Ze zjištěných skutečností lze odvodit, že péče o závislého seniora v rodině v kombinaci s odlehčovací službou, popřípadě jinými sociálními či zdravotními službami, je nejlepší možnou alternativou. Tedy pokud tomu nebrání aktuální zdravotní stav seniora, který vyžaduje celodenní lékařskou péči, nebo finanční či jiné možnosti rodiny.

Kvalita života pečujících osob je determinována mnoha subjektivními i objektivními faktory. Souvisí s osobností člověka, uznávanými hodnotami, zdravotním stavem, životním stylem, schopností zvládat zátěžové životní situace atd. Všichni dotazovaní prokázali empatii, chuť pečovat a vřelý přístup, čímž pomáhají starému rodiči spokojeně prožít zbytek života v milujícím prostředí své rodiny.

ZÁVĚR

V předložené práci jsem se snažila přiblížit některé aspekty kvality života osob, které pečují o závislého seniora ve své rodině za pomoci opakovaného využití pobytových odlehčovacích služeb Domova Simeon, SKP-CENTRUM, o.p.s.

Práce je rozdělena na tři kapitoly teoretické části a dvě kapitoly praktické části. V teoretické části jsem se nejprve snažila zpracovat klíčové pojmy související s cílem práce a hlavní výzkumnou otázkou. V metodické části jsem popsala metodiku výzkumného šetření. Výsledky výzkumného šetření následně interpretuji v části analytické a ve shrnutí praktické části.

Výzkumným šetřením byla ověřována efektivita odlehčovacích služeb ve vztahu k pečujícím osobám. V rámci tohoto výzkumu byla nezastupitelnost odlehčovacích služeb v systému služeb sociální péče potvrzena. Lze říci, že efektivita je dle výše popsaných výsledků zřejmá. Její vliv na rodinného pečovatele se zdá být spíše pozitivní, a to v oblastech, které dílčí výzkumné cíle sledovaly tj. psychická stránka, fyzická stránka a sociální vztahy.

Aby rodina mohla být se starým člověkem a pomáhat mu, potřebuje často pomoci také ona sama. Právě odlehčovací služby jsou jednou z významných a nenahraditelných forem pomoci v rámci systému služeb sociální péče.

Za optimální způsob péče o seniora se obecně považuje možnost co nejdelšího setrvání starého člověka v domácím prostředí za podpory rodiny. Avšak model rodinné péče může fungovat pouze tehdy, vytvoří-li společnost rodinným příslušníkům patřičné podmínky, za předpokladu pestré nabídky sociálních i zdravotních služeb. Důležitá je také vzájemná spolupráce mezi institucemi a rodinou.

Touto prací jsem chtěla mimo jiné zvýšit všeobecné povědomí o pozitivním dopadu využití odlehčovacích služeb na rodinné pečující a upozornit tím na jejich nelehkou životní situaci, ve které je každá forma pomoci velice důležitá. Pevně věřím, že se mi to alespoň v rámci této práce povedlo.

Jeřábek ve své publikaci (2013) říká, že pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity. To znamená, že vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. S tímto tvrzením mohu na základě provedených rozhovorů jedině souhlasit. Právě mezigenerační solidarita v rámci rodiny a jejich citové vazby se stávají důležitou zárukou v poskytování vzájemné pomoci. Začlenění nesoběstačného seniora v rodině je založeno na respektování a vzájemné úctě jednoho k druhému.

Jelikož v popisované organizaci nepracuji, spoléhala jsem se při výběru informantů na doporučení sociální pracovníce. Ukázalo se, že všichni doporučení informanti byli vhodně zvoleni. Jsem ráda, že jsem si toto téma zvolila, ačkoliv pro mě nebylo jeho zpracování snadným úkolem. Veškeré informace, zjištění a nově získané poznatky mě v rámci studia a případné budoucí praxe velice obohatily.

Volba výzkumné strategie se dle mého názoru osvědčila, ale zaměřila se pouze na pohled a názory pečujících osob, v další práci bych se soustředila i na pohled samotných klientů, popřípadě pracovníků, který by lépe dokreslil problematiku odlehčovacích služeb v širším kontextu.

Seznam zdrojů

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada publishing, 2013, 191. s. ISBN 978-80-247-4139-0

JEŘÁBEK, H. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013, 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.

JESENSKÝ, J., JANIŠ, K. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, 145 s. ISBN 80-704-1126-0.2

KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

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

NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011, 87 s. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-9149-2.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SKP-CENTRUM, o.p.s. *Domov Simeon – odlehčovací služba*. [online]. [citováno 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.skp-centrum.cz/seniori/domov-simeon/>

ŠAFRÁNKOVÁ, Pavla. Pojednání o respitní péči. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova. 2002, roč. 12, č. 4, s. 251-258. ISSN 1211-2720.

ŠAFRÁNKOVÁ, Pavla. Klíčové osoby v komplexu služeb respitní péče. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova, 2004, roč. 14, č. 1, s. 28-43. ISSN 1211-2720.

ŠVARÍČEK, Roman; ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ A Iva HOLMEROVÁ, *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1 Praha:MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-80-7421-021-1.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <http://www.sbirka.cz>

ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

Tabulka č. 2: Základní informace o účastnících výzkumu

PŘÍLOHA A

Přepis rozhovoru s informantkou č. 1 (I1)

Přepis rozhovoru začíná představením výzkumníka a jeho bakalářské práce, proloženým písmem jsou uváděny odpovědi informantky.

Dobrý den, jmenuji se Veronika Hloušková a dostala jsem na Vás kontakt od sociální pracovnice Veroniky Haškové, DiS. z Domova Simeon. Jsem studentkou 3. ročníku oboru sociální práce na Univerzitě Hradec Králové a zpracovávám výzkum týkající se pečujících osob, které opakovaně využily pobytovou odlehčovací službu v Domově Simeon.

Hlavním cílem práce je posouzení významu odlehčovacích služeb v systému služeb sociální péče. Tímto bych Vás chtěla požádat o zodpovězení dvanácti otevřených otázek v rámci rozhovoru, který bude trvat 30 - 45 minut. Místo a čas nechám na Vašem rozhodnutí. Otázky se týkají porovnání kvality života pečující osoby (psychická stránka, fyzická stránka, sociální vztahy) před a po využití odlehčovací služby.

Rozhovor je anonymní, nebude nahráván na záznamové zařízení, v jeho průběhu si budu dělat poznámky na záznamový arch. Všechny závěry plynoucí z mého výzkumu použiji pouze pro účely mé bakalářské práce. Samozřejmě máte právo rozhovor odmítnout.

Mockrát děkuji za odpověď,

Hloušková V.

DVO1

TO1: Jak ovlivnilo využívání OS Váš aktuální psychický stav?

„Velmi, nejsem sama na péči. Můžeš si s někým promluvit o problémech, o stavu, psychická podpora od pracovníků DS“.

TO2: Jaký vliv mělo využívání OS při zvládání Vašich náročné životní situace?

„Kladné, ubylo starostí, více času, uklidnila se situace v širší rodině, napjatá životní situace s pocitem, že je o ni postaráno“.

TO3: Jak se změnil Váš postoj k budoucnosti?

„Pocit, že se to dát zvládnout, mně se ulevilo, našlo se řešení jak situaci zvládnout, alespoň na čas“.

TO4: Jak ovlivnilo využívání OS Váš vztah k opečovávanému?

„Střídání emocí od všeobjímající lásky až po vztek, beznaděj, bezmocnost, nemůžeš pomoci, výčitky jestli jsme udělali dobře, povinnosti, kdybychom přišli o práci. Pociťovala jsem strach, abych jí neublížila, protože nemám dostatečné zdravotnické a ošetrovatelské zkušenosti, k mamince jezdila domácí ošetrovatelská péče. V Domově Simeon jsem s ní mohla být, viděla jsem, jak pečují, jak se vstřícně chovají, lidsky, s empatií. Důležitá pro mě byla také možnost neomezených návštěv v Domově Simeon, to mě uklidnilo“.

DVO2

TO5: Jak ovlivnilo využívání OS Váš aktuální zdravotní stav po fyzické stránce?

„Nenastaly velké změny, neměla jsem zdravotní problémy, co se týče fyzického stavu. Když jsem sháněla pomoc, lékař mi nabídl i pomoc pro mě samou, což jsem ocenila až později, pomohl s mým psychickým stavem, nemám se cítit vinna, pokud takové zařízení využiji“.

TO6: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši vlastní vnitřní energii?

„Částečně, protože stejně pravidelné každodenní návštěvy, chodila, viděla, zlepšil se pracovní výkon, mohla jsem se lépe soustředit na svoje zaměstnání, více času na přípravu do zaměstnání“.

TO7: Jak ovlivnilo využívání OS Vaši pravidelnou tělesnou aktivitu?

„Kladně, více času pro sebe, možnost jet na výlet, na procházku, jízda na kole, při pravidelné péči nebyl čas“.

TO8: Jak ovlivnilo využívání OS Váš spánkový režim?

„Kladně, nebudila jsem se co chvíli, při využití upravení spánkového režimu, při péči nedostatek spánku, pocit vyčerpanosti, stálá únava, při využití jsem se necítila stále tak unavená“.

DVO3

TO9: Jak ovlivnilo využívání OS vzájemné vztahy v rodině?

„V širší rodině nás to stmelilo, neměla jsem malé děti, nikdo nedával najevo negativní emoce, podpora a pomoc, celé rodiny“.

TO10: Jakým způsobem ovlivnilo využívání OS Váš společenský život?

„V době pečování minimální, částečný návrat, stihla jsem navštívit Divadlo v Pardubicích“.

TO11: Jak ovlivnilo využívání OS Vaše volnočasové aktivity?

„Návštěvy kamarádek, promluvení si o tom, moc mi to pomohlo“.

TO12: Jakým způsobem ovlivnilo využití OS Vaši finanční situaci?

„Finanční situace se zlepšila, předtím dojíždění, zdravotnický materiál, příspěvek na péči a starobní důchod stačil na úhradu služby“.

Doplňující otázky:

1. Splnilo využití OS Vaše očekávání?

„Využití OS splnilo moje očekávání, pomoc s péčí, na určitou dobu přebíral někdo částečně starost“.

2. Myslíte, že u Vás hrozil syndrom vyhoření?

„Syndrom vyhoření hrozil převelice, silný stres, díky službě jsem neskončila v péči lékařů“.

3. Pociťovala jste změnu týkající se výživy?

„Výživa se skládala z cigaret a kávy. Neměla jsem chuť, při využití jsem chodila opět do práce, kde jsem měla pravidelnou stravu“.