

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Péče o seniory v domácím prostředí

Bakalářská práce

Autor: Klára Štígllová
Studijní program: B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Klára Štígllová
Studium:	F20BP0151
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Název bakalářské práce:	Péče o seniory v domácím prostředí
Název bakalářské práce AJ:	Care for the elderly at home

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou domácí péče o seniory. Zaměří se na pečující osoby, u kterých bude zkoumat, s jakými nejčastějšími problémy se pečující osoby potýkají a jaké jsou jejich potřeby. Dále bude analyzovat sociální služby pro seniory, které mohou pečující osoby využít. Výzkum bude zpracován formou polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími osobami.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory. Praha: Karolinum, 2020. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ a kol. Gerontologie pro sociální práci. Praha: Karolinum, 2020. TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015.

Zadávací pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	15.6.2022

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 11. 4. 2023

.....

Klára Štígllová

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, paní doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za odborné vedení mé bakalářské práce, její ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala. Děkuji také všem informantům, kteří se zúčastnili rozhovorů a sdíleli se mnou své zkušenosti.

Anotace

ŠTÍGLOVÁ, Klára. 2023. *Péče o seniory v domácím prostředí*. Hradec Králové. 73 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o seniory v domácím prostředí. Hlavním cílem práce je zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje.

Teoretická část se nejprve věnuje vymezení základních pojmů souvisejících s péčí o seniora v domácím prostředí. Dále popisuje vliv péče o seniora v domácím prostředí na rodinu a jeho okolí. Velmi důležitou částí je poté podpora pečujících osob a rodin prostřednictvím sociálních služeb, finančních příspěvků a kompenzačních pomůcek. Poslední část mapuje neformální péči a postavení neformálních pečujících osob v České republice. Vymezena je neformální péče, její typy, pozitiva a negativa. Popsána je také osoba v roli neformálního pečujícího a dopady, které může taková péče na osobu mít. Poslední kapitola shrnuje celou teoretickou část a pokládá otázky, které budou zkoumány v rámci výzkumného šetření.

Empirická část se poté věnuje hledání odpovědí na dílčí výzkumné cíle, které byly stanoveny. Výzkum je realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s neformálními pečujícími osobami. Na závěr je celá problematika shrnuta a jsou navrženy menší změny, které byly zjištěny na základě výzkumu a které by tak nadále mohly ulehčit život pečujícím osobám.

Klíčová slova: senior, domácí péče, neformální pečující, pomoc a podpora pro pečující osoby, rodina seniora

Annotation

ŠTÍGLOVÁ, Klára. 2023. *Care for the elderly at home*. Hradec Králové. 73 pp. Bachelor Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. Leader of the Bachelor Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The present Bachelor's thesis examines the topic of caring for the elderly in their home environment. Its primary objective is determining how caregivers perceive caring for the elderly in the home environment and how this care affects them.

In the beginning, the theoretical part defines the fundamental concepts related to caring for the elderly in their home environment. Furthermore, it describes the impact of caring for an elderly person at home on the family and its surroundings. Supporting carers and families by providing social services, financial contributions, and compensatory aids is integral to this process. The last part describes informal care and the position of informal carers in the Czech Republic. The chapter defines informal care, its types, benefits and drawbacks. Moreover, it specifies the informal carer and how this type of care can affect such a person. The last chapter summarises the whole theoretical part and raises questions that shall be explored in the research survey.

Consecutively, the empirical part focuses on answering the specific research objectives established in the previous part of the thesis. The research relies on semi-structured interviews with informal carers. Finally, the whole topic is summarised, and minor changes are suggested based on the research that might facilitate the lives of carers.

Keywords: elderly, home care, informal carers, help and support for carers, family of an elderly person

Obsah

Úvod	9
I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ.....	11
II. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Senior a stáří	12
1.1 Senior	12
1.1.1 Potřeby seniorů.....	13
1.2 Stárnutí	15
1.3 Stáří	16
1.3.1 Změny ve stáří	17
2 Rodina a péče o seniora	19
2.1 Péče o seniory	19
2.2 Rodina v kontextu péče o seniora v domácím prostředí	20
2.3 Podpora pečujících rodin v ČR.....	21
2.3.1 Sociální služby	22
2.3.2 Finanční podpora.....	24
2.3.3 Kompenzační pomůcky a úpravy domácnosti	26
2.3.4 Domácí zdravotní péče.....	27
3 Neformální péče o seniory	28
3.1 Neformální péče.....	28
3.1.1 Typy neformální péče.....	29
3.1.2 Pozitiva a negativa neformální rodinné péče	30
3.2 Pečující osoba	31
3.2.1 Problémy, potřeby pečujících a dopady péče.....	32

3.2.2 Syndrom vyhoření u pečujících.....	35
4 Shrnutí teoretické části	37
III. EMPIRICKÁ ČÁST	38
5 Výzkumné šetření	38
5.1 Formulace cílů výzkumného šetření	38
5.2 Transformace dílčích cílů	40
5.3 Výzkumná strategie zkoumání.....	41
5.4 Charakteristika a zdůvodnění výzkumného souboru	43
5.5 Průběh výzkumného šetření	46
5.6 Zpracování získaných údajů	47
5.7 Etická rizika výzkumného šetření	47
6 Popis a interpretace dosažených výsledků	49
6.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 1	49
6.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 2	51
6.3 Interpretace dílčího výzkumného cíle 3	55
6.4 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4	58
Závěr	62
Seznam použitých zdrojů.....	64
Seznam tabulek.....	67
Seznam příloh	67

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je péče o seniory v domácím prostředí. Důvodů, proč jsem zvolila toto téma, je hned několik. V první řadě je mi velmi blízká cílová skupina seniorů. Během praxí jsem měla možnost s nimi pracovat a tyto praxe mě velmi naplňovaly. Dalším důvodem a základním impulsem pro volbu tohoto tématu bylo psaní práce na podobné téma v průběhu bakalářského studia. V ten moment jsem se začala zabývat myšlenkou napsat na takové téma i bakalářskou práci.

Zároveň jsem začala vnímat potřebu, že je nutné o tomto tématu více diskutovat, a to nejen v oblasti sociální práce, ale i v celé společnosti. Mezigenerační solidarita je v České republice stále velmi silná. To vyplývá nejen z odborné literatury, ale i z mého výzkumného šetření. Přestože jsem před začátkem psaní neměla tolik informací, uvědomovala jsem si, jak je tohle téma důležité a ze zkušeností a z praxí jsem věděla, že se okolo něj točí mnoho otázek a problémů. A protože se tyto problémy týkají z velké části samotných pečujících, chtěla jsem znát jejich pohled na celou situaci. Proto jsem se také nakonec rozhodla provést výzkumné šetření s pečujícími osobami.

V české literatuře se zejména v posledních letech začíná o neformální péči psát více. Je však mnohdy poukazováno na spoustu problémů, které s takovou péčí souvisí. Bylo již provedeno i několik výzkumů, které kvantitativně zkoumaly pohledy pečujících osob na neformální péči. Vzhledem k tomu, že mne zajímal spíše hlubší pohled na věc, rozhodla jsem se jít cestou kvalitativní.

Hlavním cílem mé bakalářské práce tak bylo *zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje*. Dle mého názoru je téma nutné řešit, protože počet seniorů v naší společnosti stále roste a vzhledem k nedostatečným kapacitám pobytových služeb pro seniory, se většina rodin bude ubírat k cestě pečování v domácím prostředí. Aby se ale v domácím prostředí pečovalo osobám dobře, měly by k tomu být zajištěny určité podmínky a podle mého názoru tomu tak aktuálně v České republice není. Z pohledu sociální práce je také nutné se tématem zabývat, protože pomoc sociálních pracovníků potřebují nejen senioři, ale právě i samotní pečující. Pro mě osobně je téma velmi důležité a doufám, že se v budoucnu uskuteční některé změny, které by přispěly ke zlepšení podmínek pečování v domácím prostředí. Práce by pak mohla být

přínosná pro sociální pracovníky pracující s touto cílovou skupinou, ale i pro osoby, které moc neví o problému neformální péče v České republice. Měla by také sloužit pro všechny čtenáře jako zamyšlení, jaké změny by se měly odehrát, aby byly podmínky pro domácí pečování lepší.

V teoretické části se věnuji základním východiskům a popisuji nejdůležitější témata týkající se dané oblasti. Úvodní kapitola je více teoretická a zahrnuje základní pojmy. Dále se již více věnuji tomu, jaký má péče v domácím prostředí dopad na rodinu a okolí seniora. Poslední kapitola se zaměřuje na neformální péči a pečující osoby. V empirické části je popsáno výzkumné šetření, které bylo provedeno kvalitativní formou pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory proběhly s pečujícími osobami, které se starají v domácím prostředí o seniora či seniory, a mají tak s touto péčí zkušenosti. V závěru shrnuji celé výzkumné šetření a diskutuji nad některými změnami, které by dle mého názoru a na základě provedeného výzkumu přispěly ke zlepšení situace.

I. CÍL PRÁCE A NÁSTIN METODIKY ZPRACOVÁNÍ

Hlavním cílem bakalářské práce je *zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje*. Práce se tak zaměřuje na vnímání péče o seniory v domácím prostředí z pohledu pečujících osob. Pro výzkum byly osloveny pečující osoby, které pečují v domácím prostředí o seniora. Byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími osobami. Většina pečujících osob byla vyhledána prostřednictvím sociálních služeb, které pomáhají pečujícím osobám s péčí o seniora a jeden z informantů byl dohledán v mém okolí.

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje.

Dílčí výzkumné cíle:

DVC 1: Zjistit, jak se rodina a okolí zapojili do péče o seniora.

DVC 2: Zjistit, jakou pomoc a podporu využívají pečující osoby pro usnadnění péče o seniora v domácím prostředí.

DVC 3: Zjistit, jaké jsou potřeby pečujících osob při péči o seniora v domácím prostředí a s jakými se potýkají překážkami či problémy.

DVC 4: Zjistit, jak pečující osoby vnímají neformální péči v České republice.

Výsledek výzkumu v této bakalářské práci by měl přispět k lepšímu pochopení situace neformálních pečujících osob v České republice. Také by měl zjistit nedostatky, které pečující osoby vnímají ze své pozice neformálních pečujících. Dále by se pak mělo poukázat na to, které oblasti nejsou v České republice v této problematice dostatečně ošetřeny a co by se tedy mělo změnit.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Senior a stáří

První kapitola bude věnována základním pojmům, které souvisí s cílovou skupinou mé bakalářské práce. Jedná se zejména o pojmy senior, stáří a stárnutí. Mimo to budou popsány i potřeby seniorů, které je třeba znát i v případě, kdy někdo pečuje o seniora v domácím prostředí. Tuto kapitolu považuji za důležitou, protože abych se mohla dále zabývat péčí o seniory v domácím prostředí, je nutné nejdříve jasně vymezit, kdo to je senior, jaké jsou jeho potřeby, co znamená stáří apod.

1.1 Senior

Existuje mnoho knih, které se zabývají stářím a stárnutím, péčí o seniory a jinými podobnými tématy. V části těchto publikací však chybí vymezení základního pojmu senior. Jednu z definic nám nabízí Sak a Kolesárová (2012), kteří píší, že „*senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“ (Sak, Kolesárová, 2012:25)

Toto je jistě ovlivněno tím, že si pod pojmem senior každý představí něco trochu jiného. Dá se vycházet z předpokladu, že stárnutím populace se mění i vnímání seniorů jako takových. Tedy v minulosti, kdy se lidé nedoživali tak vysokého věku jako dnes, by byl za seniora považován člověk nižší věkové kategorie. Dnes, kdy se stále prodlužuje věk dožití, se dle mého názoru mění i vnímání seniorské populace.

Janečková (2005) se zmiňuje o tom, že starým lidem často bývá připisován status důchodce, a to bez ohledu na to, zda už jsou ve starobním důchodu či ne. Dle jejích slov jsou poté takoví lidé považováni za neaktivní a neproduktivní. Popisuje také negativní a pozitivní vnímání stáří, kterému se budu více věnovat v podkapitolách stáří a stárnutí (Janečková, 2005).

1.1.1 Potřeby seniorů

Každý člověk má své potřeby. To platí i pro seniory. Lidský život je charakteristický tím, že naše potřeby se během života postupně mění. V každé vývojové etapě života se dá nalézt několik potřeb, které jsou pro dané vývojové období typické. Příbyl (2015) se věnuje tomu, co znamená mít nějakou potřebu. Dle jeho definice se jedná o nějaký nedostatek, který je potřeba odstranit. To, jak jsou potřeby v životě člověka naplňovány, poté ovlivňuje i jeho chování. Potřeby „*jsou také základním motivem pro udržení rovnováhy mezi člověkem a prostředím.*“ (Příbyl, 2015:31) Je však důležité mít na paměti, že každý člověk má potřeby trochu odlišné a stejně tak i jejich uspokojování je individuální, na což je nutné myslet i při práci se seniory (Příbyl, 2015).

Dle Haškovcové (2010) potřebuje senior zejména „*přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení a dále místo, kde je doma, kde se cítí vážen a ctěn a kde ho má někdo rád.*“ (Haškovcová, 2010:125) Na první pohled se tak nedá říct, že senior má nějaké zvláštní potřeby, které by lidé v jiné věkové kategorii neměli. Ptáčková, Ptáček a kol. (2021) ale mluví o tom, že u starého člověka se způsoby naplňování potřeb mohou určitým způsobem odlišovat. Zde dochází k propojení vyšších a základních lidských potřeb, kde mezi základní patří například potřeba jíst, vylučovat apod. Toto rozdělení vymezil A. H. Maslow, který potřeby sestavil do pyramidy. Lidské potřeby jsou zde seřazeny „*hierarchicky od těch nejnaléhavějších – biologických, přes potřeby psychosociální až po potřeby růstu a rozvoje (seberealizace).*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012:33)

U seniorů se ale nejedná pouze o naplňování těch základních potřeb. I v případě, že je senior již méně soběstačný, má samozřejmě i ty vyšší potřeby, jako např. sebeúcta, autonomie a další. Proto pokud bude někdo pracovat se seniorem a pomáhat mu v naplňování jeho základních potřeb, musí myslet i na tyto vyšší potřeby a respektovat jeho důstojnost, aby se necítil méněcenný (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021). Mezi další potřeby ve stáří řadí např. potřebu bezpečí, kontakt s blízkými lidmi a přáteli, potřebu autonomie aj. Potřeba autonomie je pro staré osoby velmi důležitá. Pojí se zejména s tím, že někteří senioři přestávají být s přibývajícím věkem soběstační a někdy nemají zcela kontrolu nad svým životem. Proto je potřeba s nimi jednat tak, aby byly tyto potřeby co

možná nejvíce naplňovány, protože i starý člověk má právo rozhodovat o svém životě (Ptáčková, Ptáček a kol. 2021).

Aby mohl senior své potřeby naplnit, je důležité je také nejdříve identifikovat. O tom píše Příbyl (2015), který říká, že samotné identifikování potřeb není někdy lehké pro zdravého a mladšího člověka. O to horší může být situace právě u seniorů, a to z toho důvodu, že u mnoha seniorů dochází ve stáří k problémům se zdravotním stavem, objevují se různá onemocnění nebo třeba problémy s komunikací. V tomto případě je třeba přihlížet ke každému seniorovi individuálně a zvolit vhodný způsob komunikace, aby mu bylo usnadněno jeho potřeby identifikovat (Příbyl, 2015).

Důležitou myšlenkou zůstává, že potřeby u seniorů se nijak výrazně neliší od potřeb mladších generací. Dle Příbyla (2015) mezi veřejností stále visí mnoho stereotypů vůči potřebám starých lidí. Není totiž pravda, že by senioři měli jiné potřeby, než mladší lidé nebo že by dokonce měli pouze základní potřeby (tedy ty fyziologické) (Příbyl, 2015). Mění se však způsob, pomocí kterého jsou tyto potřeby uspokojovány, některé potřeby se snižují a jiné naopak zvyšují. Ke snížení dochází zejména u potřeby stimulace a učení. Ale pozor, i staří lidé se dokáží naučit nové věci, pouze to může být náročnější a může to trvat déle. Naopak do popředí se dostává potřeba bezpečí a nějaké životní jistoty. Mezi další potřeby u seniorů patří ekonomické zabezpečení, tedy schopnost se o sebe finančně postarat a být co nejdéle fyzicky soběstačný (Příbyl, 2015).

Psychosociálním potřebám ve stáří se věnovala také Chloubová (2005). V jejím článku píše, že tyto potřeby jsou vždy individuální, „*protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací.*“ (Chloubová, 2005:14) Vytvořila přehled tzv. existenciálních potřeb a řadí sem: zdraví, bezpečí a pomoc, sociální a ekonomické jistoty, soběstačnost, bydlení, informace, podněty, mír a klid, a nakonec potřeba struktury a řádu. (Chloubová, 2005: str. 14) Tvrdí, že právě u těchto potřeb dochází u starých lidí k frustraci. Starým lidem se často zhoršuje jejich zdraví, omezuje se jejich soběstačnost, ztrácí sociální a ekonomické jistoty, v jeho domácnosti potřebují větší zabezpečení a bezbariérovost, zhoršuje se vnímání a paměť, a tím i příjem informací apod. Proto senioři potřebují zejména klid a řád, který si během života nastavili (Chloubová, 2005).

Chloubová (2005) dokonce vytvořila *Dům životních potřeb*, které vychází z Maslowovy pyramidy potřeb člověka. Chloubová však v tomto Domě definovala celkem 45 potřeb, které my jako lidé máme. Princip tohoto domu je vlastně stejný jako již zmiňovaná pyramida. V přízemí se nachází základní tělesné potřeby a postupuje se po patrech až ke střeše, kde se nachází ty vyšší potřeby. Chloubová (2005) k tomuto tématu píše, že každý, kdo pracuje se starým člověkem, k němu musí přistupovat komplexně a v případě, že dojde k poruše nějaké části, je to i porucha celého člověka (Chloubová, 2005).

1.2 Stárnutí

Další podkapitola se bude zaměřovat na pojem stárnutí. Dle Příbyla (2015) existuje mnoho definic těchto dvou pojmů, takže jistě není v mých silách a ani to není účelem mé bakalářské práce, zde vyčíst všechny tyto definice. Nejvíce záleží na tom, z jakého oboru je na téma stáří a stárnutí pohlíženo. Jinými slovy, každý vědní obor bude mít definici stáří a stárnutí odlišnou (např. sociální práce, psychologie, demografie atd.) (Příbyl, 2015).

„Stárnutí je neodvratný, celoživotní biologický proces, na jehož konci je stáří.“ (Ondrušová, Kahulcová a kol., 2019:16) Z této definice lze vyvodit, že stárnutí není krátkodobá životní fáze, ale probíhá celý život. Stárneme každý den už od narození, ale většina lidí si spojí tento pojem pouze se stářím a koncem života. To potvrzuje i definice od Příbyla, který říká, že *„stárnutí je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí.“* (Příbyl, 2015:9) Pacovský zasazuje stáří pouze jako období, které probíhá mezi dospělostí a stářím (Pacovský, 1990).

Stárnutí u každého člověka probíhá jiným způsobem. Kromě některých faktorů, které může ovlivnit každý sám (např. životní styl apod., více v podkapitole stáří), existují i ty, které my jako lidé ovlivnit nedokážeme. Příbyl (2015) tyto faktory rozděluje na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory řadí genetickou výbavu, jiná další onemocnění tělesná i psychická a poté i samotnou psychickou výbavu jedince (tedy jak jedinec např. zvládá zátěžové situace, stres, jakou má povahu apod.). Vnějšími faktory jsou fyzikální

(prostředí, kde jedinec žije), chemické a sociální (sem řadí zejména rodinu, finance atp.) (Příbyl, 2015).

1.3 Stáří

„*Výsledkem stárnutí je stáří (senium).*“ (Kalvach a kol., 2004:197) Je součástí života každého z nás a je nevyhnutelné. Pacovský (1990) popisuje, že lidský život se skládá z několika vývojových fází od narození až po smrt. Každá tato fáze je typická svými znaky (zejména těmi biologickými), trvá určitou dobu a je vždy spojena s různými změnami. „*Stáří je tedy poslední ontogenetickou vývojovou etapou.*“ (Pacovský, 1990:29) Definici tohoto pojmu se věnuje také Matoušek (2016), který stáří vymezuje jako období mezi 60. – 65. rokem. Zdůrazňuje však, že Matoušek zde mluví o období, které je typické pro západní kulturu. Jiné kultury by pravděpodobně stáří vymezily jinak. Ptáček, Ptáčková a kol. (2021) vymezují stáří jako etapu v závěru našeho života, „*během kterého dochází nejen k involučním procesům, ale také ke zrání naší osobnosti.*“ (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021:13)

Stáří se dá věkově ohraničit. V takovém případě se mluví o kalendářním stáří. Toto věkové rozdělení poskytla Světová zdravotnická organizace (WHO). Dle ní se stáří skládá ze tří fází. Prvním obdobím je rané stáří (60-74 let), druhým obdobím je vlastní stáří (75-89 let) a posledním je dlouhověkost (90 let a více) (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). Dle Ondrušové (2019) slouží kalendářní stáří pouze pro statistické a demografické účely, protože zde nejsou zahrnuty změny, sociální role, schopnosti starého člověka apod.

Protože kalendářní stáří nezohledňuje mnoho těchto faktorů, existují i další typy stáří. Kalvach a kol. (2004) mluví také o sociálním stáří. Sociální stáří zohledňuje potřeby a sociální role, které se během stáří mění. V tomto případě není stáří vymezeno konkrétním věkem, ale spíše se věnuje tomu, co mají senioři společného. Dále existuje první, druhý, třetí a čtvrtý věk. První a druhý věk se nevztahuje ke stáří, ale k dětství a dospělosti. Naopak třetí věk se vztahuje ke stáří a vyznačuje se post-produktivitou a čtvrtý věk je obdobím závislosti. Ani toto rozdělení však není zcela ideální, vzhledem k negativnímu popisu třetího a čtvrtého věku (Kalvach a kol., 2004). Sociální stáří začíná v momentě,

kdy má člověk nárok na starobní důchod (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). Třetím typem stáří, které Kalvach a kol. (2004) zmiňují, je stáří biologické. V tomto případě se jedná o „*označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince.*“ (Kalvach a kol., 2004:96) Tento typ zohledňuje zdravotní stav jedince, změny a pokles zdraví. U starých lidí tedy mají velký vliv i případná onemocnění (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019).

Stáří se dá vnímat z různých úhlů pohledů. Určitá část lidí pohlíží na tuto životní etapu pouze negativně. Novák (2014) se zmiňuje o tom, že někteří můžou stáří vnímat jen jako ztrátu fyzických a psychických schopností a úbytku sociálního života. V dnešní době se však na stáří snaží pohlížet i z té pozitivní stránky. Člověk má po odchodu do důchodu více volného času, může se tedy věnovat aktivitám a činnostem, které ho baví. Má také méně povinností, což je spojeno zejména s odchodem ze zaměstnání a mnoho dalšího (Novák, 2014). Přesto je však potřeba si připustit, že skutečnost, „*že s přibývajícím věkem nám přibývá nemocí, není nevyhnutelný úděl stáří, ale výsledek našeho života a životního cyklu.*“ (Rheinwaldová, 1999:8) Neznamená to tedy, že jakmile se člověk dostane do období stáří, začne se zhoršovat jeho fyzický a psychický stav. Záleží pouze na tom, jak se člověk o sebe staral celý život a jaký měl životní styl.

Příprava na stáří probíhá v podstatě celý život. Pokud porovnáme tvrzení Rheinwaldové (1999), jejíž myšlenky jsem popisovala výše, a tvrzení Pacovského (1990), oba se v podstatě shodují. I přes ten fakt, že obě jejich publikace jsou již staršího data, dle mého názoru toto stále platí dodnes. Shodují se na tom, že každý člověk si za průběh svého stáří odpovídá sám.

1.3.1 Změny ve stáří

Postupným vývojem dochází v našem těle k mnoha změnám. Jinak tomu není ani ve stáří. I určité změny ve stáří následně ovlivňují to, jaké bude mít senior potřeby. To je nutné zvážit i při péči o něj v domácím prostředí. Pokud se někdo rozhodne o seniora postarat doma, měl by mít na paměti, že je dobré znát skutečnosti, které stáří doprovázejí. Mimo jiné se jedná o již zmíněné změny a potřeby.

Nejčastěji si lidé pod pojmem změny ve stáří představí zejména ty tělesné. Ptáčková, Ptáček a kol. (2021) mluví například o celkovém snížení výkonnosti, ubývá svalová hmota, dochází k opotřebení kloubů, mění se kůže (ztrácí se pigmentace, je méně pružná, přibývají vrásky po celém těle apod.), senior ubývá na hmotnosti a další. Také zmiňují tzv. polymorbiditu, což znamená, že se u seniora může vyskytovat několik různých onemocnění najednou (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

Dále se objevují i různé duševní změny, u seniorů se může často vyskytovat demence a deprese. Stejně tak dochází ke změnám emočním. Dle Ptáčkové, Ptáčka a kol. (2021) se však u seniorů nejčastěji setkáme se změnami v oblasti kognitivních funkcí. Typickým příkladem je zhoršená paměť a vnímání, s tím související časté zapomínání, ale také mají senioři například potíže s řešením různých problémů. Neobvyklé nejsou ani poruchy v oblasti chování (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

Velice přehledné rozdělení změn ve stáří nabízí také Venglářová (2007), která rozdělila tyto změny do tří kategorií. Jedná se o změny tělesné, psychické a sociální. Toto rozdělení může být přínosné zejména pro ty, kteří si zjišťují, co stáří doprovází a vzhledem k přehlednému rozdělení se dá tato problematika lépe pochopit. Mezi tělesné změny řadí např. celková změna vzhledu seniora, ubývání svalové hmoty, změna termoregulace, změny v trávicím systému a vylučování (např. častější chování na WC), snížená sexuální aktivita atd. U změn psychických popisuje celkové zhoršení paměti a častější zapomínání, změny ve vnímání, zhoršení úsudku, nedůvěra apod. Nakonec mezi sociální změny patří odchod do starobního důchodu, s čímž mohou souviset i následné finanční problémy. Ale také úmrtí přátel či partnera a osamělost (Venglářová, 2007:12, tab. 1 Změny ve stáří).

2 Rodina a péče o seniora

Následující kapitola se bude zabývat tématem rodiny a péče o seniora. Vzhledem k tématu mé bakalářské práce se jedná o podstatnou kapitolu. V úvodu bude obecně vymezena péče o seniory, domácí prostředí a dále bude následovat podkapitola rodina v kontextu péče o seniora. Společně s tím bude podstatná část kapitoly věnována pomoci a podpoře, kterou mohou pečující osoby či rodiny využít.

2.1 Péče o seniory

Samotný pojem péče si vysvětluji jako starání se o někoho. V kontextu péče o seniory to tedy znamená starat se o seniora, a to kdykoliv a kdekoliv. Nemusí se jednat pouze o domácí prostředí, ale patří sem např. i sociální služby, zdravotnická zařízení a další. Příbyl (2015) uvádí, že jedním z hlavních cílů péče o seniora by vždycky měla být snaha o podporu soběstačnosti a co nejvyšší možné míry autonomie v přirozeném prostředí. (Příbyl, 2015). Jinými slovy, měli bychom se jako společnost snažit o to, aby senioři zůstávali co nejdéle ve svém prostředí (často domácí prostředí) a podporovat jejich samostatnost. V případě, že senior přestane být částečně soběstačný, měl by mít možnost i nadále být v jeho přirozeném prostředí, např. s dopomocí rodiny či sociální služby. Podobně péči o seniory vysvětluje Jeřábek (2013), který péči v rodině zařazuje jako závazek společnosti, který patří k mezigenerační solidaritě (Jeřábek, 2013).

Samozřejmě ne vždy je toto řešení možné a záleží na situaci seniora a jeho rodiny. Někteří senioři nemají blízkou rodinu či přátele, kteří by se o ně mohli postarat, proto jim nezbyvá jiná možnost než pobyt ve službě, pokud péči sami o sebe nezvládnou. Dle odborné literatury je v institucionální péči více seniorů, než je třeba, což je připisováno zejména většímu počtu rodin, které jsou nefunkční nebo neúplné. Druhým problémem je nedostatečná nabídka služeb podporujících péči o seniora v domácím prostředí (Příbyl, 2015).

Různými koncepty péče se zabýval také Jeřábek (2013), který rozlišuje tři typy péče o seniora. V první řadě se jedná o péči *zdravotní*. „*Zdravotní zařízení zajišťují v odůvodněných případech rehabilitaci v centrech, léčebnách a sanatoriích hrazených*

zcela nebo částečně ze zdravotního pojištění, nebo částečně, resp. plně ošetřovaným a jeho rodinou.“ (Jeřábek, 2013:45) Druhým typem péče je péče *sociální*. V tomto případě se jedná o sociální služby určené pro seniory. Třetím typem je péče *emocionální*. Zde Jeřábek upozorňuje na fakt, že tento typ péče je nejlépe zajištěn ve většině případů právě v domácím prostředí, kde může být senior doma v kruhu svých blízkých a rodiny (Jeřábek, 2013).

2.2 Rodina v kontextu péče o seniora v domácím prostředí

Tak jako každý člověk, i senior chce zůstat co nejdéle doma. Proto se dá předpokládat, že když dojde na rozhodování o další péči, mnohdy bývá přáním seniora zůstat doma. Tuto myšlenku podporuje Haškovcová (2010), která potvrzuje, že senior by měl mít možnost zůstat doma co nejdéle to jde. Pokud je to jen trochu možné a péče o seniora je zvládnutelná doma, měly by se k této volbě rodiny přiklánět častěji (Haškovcová, 2010).

Rodina ještě předtím, než se začne starat o seniora doma, musí udělat mnohá rozhodnutí. Taková péče znamená změny nejen pro seniora a pečujícího, ale i pro celou rodinu. Dle Jeřábka (2005) je péče o starého člověka ovlivněna zejména soudržností rodiny a nejvíce záleží na tom, jakým způsobem v rodině funguje solidarita. Onou soudržností je zde myšlen zejména jednotný postoj, který by rodina měla k péči o seniora zaujmout. Čím více je rodina jednotná a drží při sobě, tím je rozhodování jednodušší a rychlejší. Poté by měl následovat druhý krok, *„rozdělení rolí umožňující uskutečnění této rodinné péče.“* (Jeřábek a kol., 2005:7) Zde je nutné, aby si rodina určila své role, aby každý věděl, co bude dělat a jak k péči o seniora přispět (Jeřábek a kol., 2005).

Pokud se rodina rozhodne o méně soběstačného seniora starat, vykonává tuto péči v domácím prostředí. Domácí prostředí bývá nejčastěji bydliště seniora, kde žije. Druhou možností je péče v místě bydliště pečující osoby. V zákoně o sociálních službách není přímo definováno domácí prostředí, je zde ale uvedena definice přirozeného prostředí člověka. Dle zákona se tedy rozumí *„přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými*

sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 3, písm. d)).

Ondrušová, Krahulcová a kol. (2019) se také zabývaly vymezením domácí rodinné péče. Tuto péči vymezují „*jako vykonávání činnosti poskytované rodinným příslušníkem pro blízkou osobu, která není schopna dané činnosti zvládat svépomocí, ale vzhledem ke svému věku by toho měla být schopna.*“ (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019:251-252) Mnoho rodin jednoduše tuto péči odmítne, a to z mnoha různých důvodů. Některé důvody uvádí např. Truhlářová (2015) a řadí sem nevhodné bydlení, velkou vzdálenost mezi rodinou a seniorem, časovou vytiženost (Truhlářová zde uvádí zejména povinnost péče o vlastní rodinu), vlastní zaměstnání, které brání osobě zůstat doma a pečovat celodenně o seniora a v neposlední řadě také únavu a vyčerpání kvůli péči o seniora (Truhlářová, 2015). Jako další uvádím např. nedostatek financí pro zajištění domácí péče o seniora a neznalost a strach.

Existují některé předpoklady, které by rodina měla splňovat ještě předtím, než se rodina začne starat o seniora. Rodina, která chce převzít péči o jedince, by měla zejména chtít tuto péči vykonávat, mít k tomu vhodné podmínky (jako např. finanční, materiální apod.), umět péči vykonávat (zde je důležité podávání informací ze strany odborníků, naučit rodinu základy ošetrovatelských postupů, zajistit rodině kompenzační pomůcky pro péči o seniora a případné úpravy domácnosti a samozřejmě musí rodina vědět, na koho se obrátit v případě problémů). Posledním předpokladem je podpora, kterou by měla rodina dostat. Podpora se týká všech možných oblastí, jako finanční (tedy podpora v podobě nějakých dávek či příspěvků), informační a poradenská (již zmíněné podávání informací rodině), odlehčovací (tedy např. v podobě sociálních služeb, které rodině s péčí o seniora pomohou) a mnoho dalších (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011).

2.3 Podpora pečujících rodin v ČR

To, zda se rodina o seniora začne starat a jakým způsobem to bude dělat, mnohdy záleží i na tom, jaké podpory se rodině v této oblasti dostane. Rodina někdy není schopna veškerou péči o seniora zastat sama, a tak musí vyhledat patřičnou pomoc. Důležitým

faktem dle Dudové (2015) je, že podpora neformální péče o seniory v rodinách je jak v Evropě, tak i v České republice zatím poměrně nové téma, které bude důležité řešit zejména v letech budoucích (Dudová, 2015).

Za dob socialismu byla rodinná péče podporována minimálně, stát ji spíše věnoval institucionálním zařízením, případně terénní péči. V sedmdesátých letech se postoj změnil a více se zaměřoval na rodinnou péči. Dalšími významnými událostmi poté byly roky 1975 a 1976. V těchto letech se začala považovat doba strávená péčí o seniora jako náhradní doba v sociálním pojištění. O rok poté byl zaveden příspěvek, který pomáhal finančně pečující osobě tzv. příspěvek na péči o osobu blízkou. To se však změnilo roku 2006, kdy tato finanční podpora přestala náležet pečující osobě a byla určena osobě, o kterou je pečováno (Dudová, 2015). Smyslem této změny byl dle Dudové (2015) pohled na opečovávanou osobu jako na svobodného člověka, který má právo rozhodnout se, jak tuto finanční pomoc využije. Mimo jiné se čekalo, že se sníží počet seniorů v institucionálních zařízeních (Dudová, 2015).

Co se týká aktuální podpory rodinných pečujících, v České republice dosud není tato problematika nijak legislativně ošetřena. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). To vnímám negativně, protože pečujících rodin bude v budoucnu přibývat a s tím budou narůstat i různé problémy, se kterými se budou tyto osoby setkávat. Proto by byla potřeba vytvořit legislativu, o kterou by se mohly pečující osoby opřít.

2.3.1 Sociální služby

Sociální služby jsou jedna z nejčastějších možností, kterou pečující rodiny využívají jako pomoc při péči o seniora v domácím prostředí. Dragomirecká a kol. (2020) však poukazují na fakt, že tyto služby nejsou pečujícími rodinami využívány tolik, jak by se na první pohled mohlo zdát. Jedním z hlavních důvodů je nedostupnost těchto služeb v lokalitě. V České republice je větší počet služeb ve větších městech. Problém nastává v malých obcích, kde sociální služby nejsou a musí sem dojíždět terénní služby z okolních měst. Druhým častým problémem bývá finanční situace rodiny.

V České republice jsou sociální služby vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten vymezuje veškeré sociální služby a zároveň stanovuje podmínky, za kterých mohou být klientům poskytovány. Formy poskytování sociálních služeb dle tohoto zákona existují tři, a to pobytové, terénní a ambulantní. V případě péče o seniora v domácím prostředí budou rodiny či pečující osoby volit spíše terénní nebo ambulantní.

Sociálních služeb, které jsou určeny pro pečující osoby, je minimum. Jednou z těchto hlavních je odlehčovací služba. Ta je popsána v zákoně č. 108/2006 Sb., v § 44.

- *Odlehčovací služba* může být poskytována ve všech třech formách. Hlavním smyslem této služby je poskytnout pečující osobě odpočinek od opečovávané osoby či osob, „o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 44, odst. 1) Častou formou odlehčovacích služeb je pobytová, kam pečující osoba nebo rodina umístí na nějaký čas seniora a přenechá tak péči o něj na službě. Pro pečující osoby, které se o seniora starají dlouhou dobu, bývá tato forma odpočinku velmi důležitá, protože péče je vyčerpává nejen fyzicky, ale i psychicky. Odlehčovací služba dle zákona poskytuje základní činnosti, jako je „pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 44, odst. 2) a další činnosti. Další pomoc, kterou mohou poté pečující osoby využít, je sociální poradenství. Na to má právo každý a základní sociální poradenství je poskytováno např. v rámci každé sociální služby, ale i na dalších místech (Dragomirecká a kol., 2020).

Další typy terénních služeb jsou pak již určeny pro samotného klienta, v tomto případě tedy pro seniora. Obecnou charakteristikou těchto služeb je, že jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností, kam samozřejmě spadají i senioři, o které je pečováno v domácím prostředí. I zde se opírám o zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- *Pečovatelská služba* je nejčastěji poskytována v terénní formě, může ale být i v ambulantní. Zpravidla se provádí v domácím prostředí klientů. Činnosti, které jsou zde klientovi poskytovány, jsou vždy předem sjednané dle jeho potřeb. Opět se tyto činnosti týkají pomoci péče o vlastní osobu s hygienou, zajištění stravy (často také dovážka obědů), pomoc s běžným chodem domácnosti a kontakt se společenským prostředím, kterým mohou být doprovody k lékaři, na úřady atd. (zákon č. 108/2006 Sb., § 40).

- *Osobní asistence* se poskytuje v terénní formě. Podobně jako u pečovatelské služby i zde se osobní asistence provádí v domácím prostředí klienta. Výhodou oproti pečovatelské službě však je, že se poskytuje bez časového omezení. Činnosti jsou také individuálně sjednány dle potřeb klienta (zákon č. 108/2006 Sb., § 39).
- *Denní a týdenní stacionáře* mohou pečující osobě také poskytnout pomoc. Denní stacionáře jsou poskytovány v ambulantní formě, ale týdenní v pobytové. Pak už záleží pouze na rodině nebo pečující osobě, kterou využije. Rozhodovat zde může již zmíněná místní dostupnost, finanční situace aj. Činnostmi, které stacionáře poskytují, jsou opět pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti atd. Týdenní stacionáře samozřejmě poskytují i ubytování (zákon č. 108/2006 Sb., § 46, § 47).
- *Centra denních služeb* jsou opět jednou z možností ambulantních služeb. Senior zde tedy může docházet pravidelně. Tato centra poskytují pomoc při hygieně, stravu, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a pomáhají při uplatňování práv či obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., § 45).

2.3.2 Finanční podpora

Truhlářová (2015) rozlišuje finanční nástroje podpory neformální rodinné péče v České republice na dvě hlavní skupiny. První skupinou je *finanční podpora zaměřující se na opečovávanou osobu*, ve druhé skupině *se finanční podpora zaměřuje na pečující osobu*. Hlavní dávkou, která patří opečovávané osobě, je příspěvek na péči. Poté může opečovávaná osoba či pečující osoba žádat o další sociální dávky. Dle Truhlářové (2015) se jedná zejména o příspěvek na bydlení dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, dávky pro osoby se zdravotním postižením dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením nebo dávky hmotné nouze vycházející ze zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi (Truhlářová, 2015).

- Dávka, která náleží opečovávané osobě, je příspěvek na péči. *Příspěvek na péči* vymezuje stejně jako sociální služby zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento příspěvek je dle zákona určen osobám, které potřebují k zajištění jejich základních potřeb pomoc jiné fyzické osoby. O příspěvek na péči se žádá na příslušné pobočce Úřadu práce.

Výše příspěvku na péči závisí na stupni závislosti. Tento stupeň závislosti se určuje dle toho, kolik z deseti základních životních potřeb si osoba nezvládne zajistit sama. Těchto deset životních potřeb je doslovně stanoveno zákonem o sociálních službách v § 9. Výše příspěvku na péči je také určena dle věku. Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou mé bakalářské práce jsou senioři, budou pro ně platit částky pro osoby starší 18 let.

Dle § 11 příslušného zákona tyto částky činí:

- a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

• *Dlouhodobé ošetřovné* je jedna z dalších možností, jak získat finanční podporu. Tato dávka již nevychází ze zákona o sociálních službách, protože se jedná o dávku vyplácenou z nemocenského pojištění a vymezuje ji zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Jedná se o poměrně novou dávku, protože ji osoby mohou pobírat až od roku 2018. Nárok na tuto dávku má „*pojištěnec, který pečuje o osobu potřebující poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí*“ (zákon č. 187/2006 Sb., Hlava VII, § 41a, odst. 1) a z tohoto důvodu nemůže tato pečující osoba vykonávat zaměstnání. Podmínkou je, že opečovávaná osoba byla hospitalizována minimálně sedm dní a je zde předpoklad, že péči bude potřebovat minimálně třicet následujících dní. Nevýhodou z dlouhodobého hlediska u této dávky je, že je vyplácena maximálně devadesát kalendářních dní. V případě dlouhodobé péče o seniora tak představuje tato dávka jen krátkodobou finanční pomoc (Bukovjan, 2018).

• Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění mluví o tzv. *náhradní doba pojištění*. Ta se pečující osobě započítává v případě, že pečuje o osobu ve II. – IV. stupni závislosti starší 10 let, což v tomto případě platí pro seniory. Nevýhodou je, že se doba péče nezapočítává celá, ale jen 80 %. Návrh se podává na Českou správu sociálního zabezpečení (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). Mimo to jsou dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění pečující osoby a opečovávané osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti *osvobozeny od placení zdravotního pojištění* a tuto povinnost za ně přebírá stát (zákon č. 48/1997 Sb., § 7, odst. 1, písm. g)).

2.3.3 Kompenzační pomůcky a úpravy domácnosti

Jednou z dalších možností, jak může být podpořena domácí péče o seniora, je zajištění kompenzačních pomůcek a úprav domácnosti. Na začátku rodina nemívá dostatečně uzpůsobené domácí prostředí k takové péči. Vždy záleží na tom, kde se bude o seniora pečovat, často se rozhoduje mezi domácností seniora a domácností jiné osoby v rodině, která bude péči vykonávat. Primárně je nutné zaměřit se na zdravotní stav seniora a jeho potřeby, ale i potřeby pečující osoby. Vzhledem k tomu, že pečující osoba bude v tomto prostředí trávit poměrně hodně času, měla by se zde i ona cítit dobře.

- *Kompenzační pomůcky* mohou pečující osobě značně ulehčit péči o seniora v domácím prostředí. Problémem bývá, že neformální pečující nemají přehled o široké nabídce kompenzačních pomůcek. Výhodou je, že velká část z nich je hrazena nebo částečně hrazena ze zdravotního pojištění. Předepisovány jsou praktickým lékařem či jiným lékařem specialistou. Existují i další pomůcky, které již hrazeny nejsou a rodina či klient si je musí pořídit z vlastních finančních prostředků (Centrum pro pečující Třeboň, 2021, online).

Důležité je správně zhodnotit, které kompenzační pomůcky budou potřeba. To je nejlepší realizovat po poradě s lékařem. Pokud je to alespoň trochu možné, nemělo by se zapomínat ani na samotného seniora, zeptat se ho, zda by nějaké pomůcky chtěl využívat či ne. Musí se myslet na to, že senior má svá práva a je důležité, aby se na rozhodování o takových věcech podílel. Centrum pro pečující Třeboň zpracovalo přehlednou příručku kompenzačních pomůcek, podle které je nejlepší zhodnotit potřebnost kompenzačních pomůcek dle mobility seniora (Centrum pro pečující Třeboň, 2021, online).

- *Úpravy domácnosti* jsou další z možností, jak usnadnit domácí péči. I v tomto případě se rozhoduje podle toho, do jaké míry je senior ještě samostatný a jak se pohybuje či nepohybuje. Někdy stačí v domácnosti provést jen malé úpravy, někdy jsou nutné změny větší. Diakonie ČCE ve spolupráci s Portálem o bydlení vytvořili přehlednou příručku, které se týká bydlení seniorů a úprav domácností. Stejně jako předchozí příručka, jsou obě k nalezení na internetové stránce pecujdoma.cz, která slouží přímo pro pečující osoby. Kromě těchto dvou příruček jsou zde dostupné i další a jejich cílem je zpřístupnit informace o péči o osobu v domácím prostředí.

Základní podmínkou pro úpravu domácího prostředí je bezpečnost. To platí zejména u seniorů, kteří jsou ještě schopni se sami nějakým způsobem po domě či bytě pohybovat. Platí vždy, že by prostory měly být bezbariérové, a to nejen v případě, že je senior na vozíku. Ve venkovním prostoru bývají problémem schody nebo chybějící výtah. Schody však mohou být problémem i uvnitř domu. Podstatné by mělo být umístění madel po všech místnostech a ty by měly být zároveň prostorné, tedy nemělo by zde být mnoho věcí a nábytku. To platí zejména u seniorů, kteří jsou ještě mobilní. Dále je důležité, aby byly místnosti dostatečně osvětleny a ideálně s protiskluzovým povrchem. Další úpravy jsou pak prováděny individuálně v jednotlivých místnostech. Nejvíce jich většinou probíhá v koupelně, kuchyni a v místnosti, kde senior nejvíce pobývá. Tyto úpravy jsou poté doplňovány již zmíněnými kompenzačními pomůckami (Danielová, Fitzpatrick a kol., online).

2.3.4 Domácí zdravotní péče

Jednou z posledních možností, která je využívána pečujícími, je domácí zdravotní péče, také známé pod názvem *home care*. Základní charakteristikou je, že se jedná o „*moderní formu zdravotní a sociální péče, která je prováděna zdravotnickými profesionály ve vlastním sociálním prostředí klienta.*“ (Vedličová, 2013:5) Tuto péči poskytují klientům veřejné nebo soukromé agentury domácí péče. Týmů těchto agentur domácí péče nejsou složeny jen ze zdravotního personálu. Aby byla péče komplexní, najdeme zde i např. sociální pracovníky, psychoterapeuty apod. (Vedličová, 2013).

Tuto zdravotní péči předepisuje klientovi lékař na základě jeho zdravotního stavu. Nejčastěji je poskytována klientům propuštěným ze zdravotnických zařízení. Základním rozdílem mezi poskytováním domácí péče a sociálních služeb je ten, že tato domácí péče je hrazena ze zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Základní podmínkou je, že klienta není nutné hospitalizovat, ale zároveň nelze péči o jeho zdravotní stav zvládnout bez odborných zdravotnických postupů (Truhlářová, 2015). Jedním z problémů, které jsou popisovány v odborné literatuře, je nedostatečné propojení zdravotního a sociálního systému, což následně přináší některé obtíže pečujícím osobám.

3 Neformální péče o seniory

Třetí kapitola teoretické části se bude blíže zabývat o neformální péči o seniory v domácím prostředí a poté se přesune k popisu pečujících osob. Vzhledem k tomu, že výzkum bude probíhat s pečujícími osobami, považuji tuto část za velmi podstatnou. Bude zmíněna problematika neformální péče v České republice a dále celková charakteristika pečujících osob, jaké jsou možné problémy, se kterými se při péči o seniora setkávají, jaké mají pečující osoby potřeby a samozřejmě nebudou opomenuty ani dopady, které na pečující osoby tato péče má.

3.1 Neformální péče

Pojem neformální péče doposud není zákonem zcela jasně vymezen. Dragomirecká a kol. (2020) tuto definici shrnují tak, že neformální péče není zajišťována profesionálem, ale právě naopak nejčastěji rodinou. Často se také můžeme setkat s termínem laická péče. Tento termín napovídá, že ji nezajišťuje žádný kvalifikovaný odborník v oboru (Dragomirecká a kol., 2020).

K tomu, aby byla péče o seniora v domácím prostředí zajištěna rodinou úspěšná, jsou potřeba některé předpoklady. Truhlářová (2015) mluví zejména o dobrých vztazích v rodině a správné komunikaci. Fryč, Chmelová a Adámková (2021) ve svém sborníku blíže zabývali neformální péčí. Vycházeli z výsledků výzkumu Fondu dalšího vzdělávání. Dle toho se neformální péče týká obyvatel napříč celou Českou republikou a nejsou mezi jednotlivými kraji významné rozdíly. Z jejich slov však vyplývá, že tato péče dopadá na obyvatele různého vzdělání s různými příjmy, kromě třídy s nejvyššími příjmy, „*která je mezi pečujícími v porovnání s populací zastoupena méně.*“ (Fryč, Chmelová a Adámková, 2021:57) Také je podstatným údajem, že 83 % této péče je o osoby starší 60 let, a z toho 64 % je péče z důvodu věku seniora. Tento výzkum se totiž zabýval neformální péčí celkově, jsou zde zahrnuty i např. mladší osoby se zdravotním postižením. Zajímavým údajem je také to, že pouze 43 % těmto pečujícím osobám byl přiznán příspěvek na péči (Fryč, Chmelová a Adámková, 2021).

3.1.1 Typy neformální péče

Jeřábek (2005) rozdělil péči do tří stupňů, a to dle toho, jak moc velkou míru pomoci osoba potřebuje na péči podpůrnou, neosobní a osobní.

- *Podpůrná péče* není tolik časově náročná. Základem tohoto typu péče je podpora při každodenním životě seniora ve všech možných oblastech s důrazem na to, aby senior vedl dále plnohodnotný život.
- *Neosobní péče* je již náročnější, protože se zde o seniora pečuje pravidelně každý den. Kromě péče o seniora je zde zahrnuta i péče o jeho domácnost. Dobrá proto je kombinace péče rodiny a sociální služby (např. terénní pečovatelské služby).
- Nejnáročnější je *péče osobní*, kde je nejvíce zatížen pečovatel. V případě rodinné neformální péče, která je zajištěna např. rodinným příslušníkem, jsou na něj kladeny velké nároky a má na něj také mnoho dopadů (Jeřábek in Truhlářová, 2015).

Zároveň je nutné vyjasnit, že existuje mnoho rozdílů mezi touto *neformální péčí a péčí*, která je poskytována profesionály. Neformální péče je charakteristická tím, že je nejčastěji zajišťována rodinou seniora, někdy se může jednat i o sousedkou výpomoc. Profesionální péče je samozřejmě poskytována profesionály, kteří k výkonu této péče mají odpovídající vzdělání a kvalifikaci. Profesionálové mají tuto péči jako své zaměstnání a pracují jen určitou dobu, ale neformální pečovatelé vykonávají tuto péči často celý den i noc. Většinou jsou to také osoby, které mají i svou vlastní rodinu a někdy i zaměstnání (Triantafillou et al. in Dragomirecká a kol., 2020).

I přesto všechno se dle Dobiášové a Kotrusové (2017) odborníci shodují, že podmínky pro poskytování rodinné neformální péče nejsou úplně příznivé. Souvisí to s nevymezením tohoto tématu v zákoně. Zároveň se kolem dané problematiky točí stále mnoho nejasností, předsudků a stereotypů. U neformálních pečujících je také vyšší riziko chudoby, které bývá spojeno s finančními problémy a sociálním vyloučením (Dobiášová, Kotrusová, 2017).

3.1.2 Pozitiva a negativa neformální rodinné péče

„Aby pečující mohl vnímat pozitivní aspekty péče, musí sám v pečování nalézt pozitivní přínosy, a to jak emocionální, tak praktické, které chápe jako důsledek přijetí nové role.“ (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019:256) Dle názoru Jeřábka a kol. (2005) neexistuje ideální pečující ani opečovávaná osoba, protože situace je v každé rodině zcela individuální, a proto je potřeba k tomu také tak vždy přistupovat.

Jedno z největších pozitiv, které pro opečovávanou osobu péče v domácím prostředí představuje, je pozitivnější vliv na jeho psychiku. To je samozřejmě pochopitelné, snad každý člověk je rád doma a ve stáří již mnoho seniorů nemá rádo změny, proto jsou rádi, když mohou co nejdéle zůstat tam, kde to nejlépe znají a s lidmi, kteří je mají rádi. Jeřábek a kol. (2005) mluví o tom, že tento faktor pozitivně ovlivňuje zdravotní stav seniora, a dokonce hraje podstatnou roli během uzdravování. S tím je i zároveň pozitivum pro opečovávanou osobu odstranění rizika nosokomiálních nákaz, které se pojí s pobytem ve zdravotnickém zařízení či sociální službě. Tento faktor se stal pozitivním zejména v posledních letech, kdy tato zařízení trápila a stále trápí nákazou covidem-19 a dalšími nemocemi (Jeřábek a kol., 2005).

Pro pečující osobu bývá pozitivním faktorem zejména potřeba cítit se užitečně a pozitivní vliv na osobní růst. Pro obě strany pak může péče přinést zlepšení vztahů, a to nejen mezi těmito dvěma osobami, ale případně i mezi celou rodinou (Netto in Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019). V momentech, kdy např. dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora, dochází v některých rodinách k semknutí a větší spolupráci.

Protikladem jsou negativní aspekty neformální rodinné péče, které se bohužel také často objevují. U pečujících osob jsou vnímány negativní aspekty o něco více, protože je to právě pečující osoba, na kterou je kladeno spoustu nároků a zodpovědnosti. 33 % pečujících osob popsalo, že neformální péče negativně ovlivňuje jejich život (Fryč, Chmelová a Adámková, 2021). Setkávají se tak s velkými psychickými dopady (Jeřábek a kol., 2005). Ondrušová, Krahulcová a kol. (2019) zmiňují podstatný fakt, dle kterého jsou pečující osoby více ohroženy depresemi. Kromě psychického zdraví bývá dotčeno i to fyzické. Péče je mnohdy velmi fyzicky náročná, zejména pokud se pečuje o imobilního seniora. Velké vyčerpání a stres pak není neobvyklé. Pokud je nutno o seniora pečovat

celý den nebo i dvacet čtyři hodin denně, znamená to pro pečující osobu velkou časovou vytíženost. Problém pak nastává v případech, kdy pečující osoba má i svou vlastní rodinu. Může dojít k tomu, že pak nemá dostatek času se starat o děti a důsledkem mohou být konflikty a narušení vztahů.

O finančních problémech již bylo stručně psáno v podkapitole finanční podpora pečujících a opečovávaných osob, kde jsem se zmiňovala zejména o finanční pomoci, kterou mohou využít. Přímo to však souvisí s negativním faktorem, že zejména pečující osoby mají při péči o seniora finanční problémy. Týká se to zejména těch, kteří pečují o zcela nesoběstačného seniora celý den, případně i celou noc. Takové pečující osoby v některých případech musely opustit zaměstnání nebo si zkrátit pracovní úvazek. Případné zakoupení kompenzačních pomůcek, úpravy bytu, obstarání různého zdravotnického materiálu nebo zajištění sociálních služeb, stojí zejména na začátku péče mnoho peněz. Není tak divu, že často musí rodina či pečující osoba řešit, kde sehnat na toto všechno dostatek financí (Ondrušová, Krahulcová a kol. 2019).

3.2 Pečující osoba

Pečující osoba hraje při péči o seniora v domácím prostředí klíčovou roli. Je to ta osoba, která se o seniora stará, a to v jakémkoliv rozsahu. Matoušek (2016) definuje pečující osobu jako osobu, „*která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez jakékoli formální smlouvy.*“ (Matoušek, 2016:134) Klímová Chaloupková (2020) se zabývala charakteristikou pečujících osob v České republice. Z jejího výzkumu vyplývá, že hlavními určujícími faktory jsou věk a pohlaví. Péči poskytuje v České republice 28 % žen a 18 % mužů. Z toho vychází předpoklad, že častěji budou pečujícími osobami ženy. Co se týká věku, 60 % žen bylo ve věkovém rozhraní mezi 35-64 lety (Klímová Chaloupková in Dragomirecká a kol., 2020).

Podobným výsledkům se dobral i Šimoník (2015), který dělal také výzkum neformálních pečujících v České republice. U Něj z 858 respondentů tvořilo 83 % žen, z nichž 66 % bylo ve věku 40-64 let. (Šimoník, 2015) Jeřábek a kol. (2005) také zmiňují, že mezi pečujícími osoba převládají spíše ženy a to proto, že jsou tradičně považovány jako

pečující osoby, a i ve formální péči se převážně setkáme se ženami (např. pracovnice v sociálních službách). Péči poskytují i muži, není to ale tak časté a mívají ji časově méně náročnou než ženy. Také většinou vykonávají jiné typy aktivit než ženy (Gerstel, Gallagher in Dudová, 2020).

Pečující osoba bývá také označována termínem *laický pečovatel*. Dle Truhlářové (2015) se nejčastěji jedná o člena rodiny nebo to může být přítel či jiný příbuzný. Péče o seniora je v české společnosti stále vnímána jako povinnost rodiny, která by měla zodpovídat za tuto péči (Dudová, 2015).

I přesto, že v literatuře se dá dohledat mnoho různých definic pečující osoby, oficiálně není neformální pečující legislativně nikde ukotven. Pečující osoba je zmíněna v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to v souvislosti s příspěvkem na péči. Zde je pečující osoba uvedena jako fyzická osoba, protože podmínkou pro získání příspěvku na péči je, aby se o osob starala jiná fyzická osoba. Definici neformálních pečujících nenajdeme ani v žádných strategických dokumentech (Dragomirecká a kol., 2020).

Dle výzkumu Geisslera et al. (2015) je motivace k péči ve většině případů dobrovolná. Geissler et al. dělali výzkum pomocí metody fokusní skupiny se 109 respondenty, z nichž bylo 44 expertů a 65 pečujících osob. Zajímavým zjištěním také bylo, že hlavní motivací, proč začali vykonávat tuto péči, byl blízký vztah s touto opečovávanou osobou a pocit, že mají k osobě nějakou zodpovědnost (Geissler et al., 2015). Tím se tak potvrzuje předpoklad, že většina pečujících osob začne o seniora pečovat v domácím prostředí zejména proto, že mají se seniorem dobré vztahy a funguje v rodině jakási solidarita a soudržnost. Přesto však i tito respondenti vnímali jako problém neukotvení dané problematiky a neformálních pečujících v legislativě. S tím souvisí i problém, že různé strategie k problematice neformálních pečujících vznikají jen na regionální úrovni, nikoliv na celostátní (Dragomirecká a kol., 2020).

3.2.1 Problémy, potřeby pečujících a dopady péče

Z předchozích kapitol vyplývá, že pokud se rozhodne rodina či osoba starat o seniora v domácím prostředí, je pravděpodobné, že to bude mít na osobu nebo celou rodinu vliv.

V tomto případě nejspíš opět záleží na tom, zda je pečující osoba na péči sama nebo zda se snaží do péče zapojit celá rodina či širší okolí (např. sousedé, přátelé). V takovém případě nebude pečující osoba tolik zatížena, protože bude moci využívat podpory okolí. Druhým faktorem samozřejmě je to, jaký typ péče je třeba seniorovi zajistit. Dá se předpokládat, že čím více je péče náročná (ať už časově nebo obsahově), tím bude mít na pečující osobu větší dopady. Dle Jeřábka a kol. (2005) není pečovatel nikdy dostatečně připraven. Mnohdy se stává, že rozhodnutí začít se starat o seniora v domácím prostředí přichází rychle, někdy i ze dne na den (Jeřábek a kol., 2005).

Truhlářová (2015) říká, že péče o seniora v rodině je pro něj nejvhodnější, protože zahrnuje veškeré složky, kterými se myslí zejména složka sociální, pečovatelská a emocionální, která je pro seniora velice důležitá a dostává se mu právě v domácím prostředí a částečně i složka zdravotní, kterou může být např. využití domácí zdravotní péče. I tak ale není pochyb o tom, že péče o seniora v domácím prostředí je pro rodinu zatěžující. Zátěž lze ale chápat subjektivně či objektivně. V objektivním pojetí se hodnotí dle různých faktorů, jako např. délka péče, soužití v domácnosti apod. Subjektivní pojetí pečovatelské zátěže je ovlivněno vlastním prožíváním pečovatelské role a dalšími faktory, kterými mohou být např. vztahy v rodině (Millward in Dragomirecká a kol., 2020). Dle Truhlářové (2015) jsou nejvíce ovlivňovány rodinné vztahy a nejvíce pak ty partnerské. Když se např. dítě začne starat o svého rodiče, nejčastějším problémem bývá to, že dochází k celkovému narušení chodu její domácnosti, může dojít i k omezení kontaktu se svou vlastní rodinou (partner/ka a děti) a celková ztráta soukromí (Truhlářová, 2015).

Podobné výsledky ukazuje i Šimoník (2015), který píše, že pečovatelé jsou nejvíce ohroženi zátěží, kterou na ně péče má. Hlavním důvodem je zde stres, který prožívají pečující osoby téměř každý den. Důsledkem toho může být celkové zhoršení zdraví pečující osoby nebo i vyhoření. Zajímavé také je, že větší dopady na duševní zdraví jsou v případech, kdy pečující osoba bydlí v opečovávané osobou ve společné domácnosti. Jako největší problémy zde pečující osoby uváděly ztrátu volného času a s tím spojenou izolaci. Podstatně zde byly zastoupeny i problémy s financemi (STEM/MARK in Šimoník, 2015). Velmi podobné výsledky ukazuje i výzkum z fokusní skupiny Geissler et al. (2015), kde respondenti nejčastěji uváděli jako největší dopady péče na jejich osobu

zejména velkou fyzickou a psychickou zátěží, sociální izolaci, celkový pokles příjmu rodiny (nejčastěji kvůli tomu, že museli opustit zaměstnání) a změna ve vztazích s rodinou a okolím. Jednotlivé dopady jsou však často provázané. Truhlářová (2015) shrnuje, že největší vliv na zátěž pečovatele má „*intenzita péče, spolubydlení, typ zaměstnání a délka péče.*“ (Truhlářová, 2015:36)

Ondrušová, Krauhulcová a kol. (2019) také shrnuli to, co pečující nejvíce postrádají. Vycházeli z výsledků výzkumu Carers UK, kde pečující osoby uvedly, že by nejvíce ocenily, kdyby k nim společnost celkově přistupovala jinak a více je pochopila, s tím souvisí i touha po větším uznání v zaměstnání. Naopak odpočinout si na chvíli do role pečujícího by jim nejvíce pomohlo v oblasti jejich psychického zdraví. V definici neformální péče a neformálních pečovatelů bylo zmíněno, že se jedná o osoby, kteří nejsou profesionálové a nemají vzdělání a kvalifikaci v tomto oboru. Proto by pečujícím nejvíce pomohlo, kdyby se na péči mohli lépe připravit např. vzděláním či kurzy a zároveň by se chtěli setkávat i s jinými pečujícími (Ondrušová, Krauhulcová a kol., 2019). To by mohlo sloužit nejen k předávání si zkušeností a znalostí z péče v domácím prostředí, ale zároveň jako vzájemná psychická podpora, která by mohla pomoci ke zlepšení jejich duševního zdraví.

Každý má své potřeby a když se někdo stane pečující osobou, často dojde ke změně v těchto potřebách. Dragomirecká a kol. (2020) zdůrazňují nutnost tyto potřeby důkladně identifikovat, aby následné intervence vedly ke zlepšení podmínek v poskytování domácí neformální péče. Na základě výzkumu s respondenty poté dokázali identifikovat základní oblasti potřeb pečujících. První oblastí jsou *vzdělávací potřeby*. Tato potřeba plyne zejména z toho, že většina neformálních pečujících nemá vzdělání a kvalifikaci v ošetrovatelském nebo zdravotnickém oboru. Pečující osoby tak často přichází do situace, kdy se najednou musí začít starat o seniora, ale chybí jim ty základní informace. V oblasti *praktických potřeb* se jedná zejména o praktické dovednosti, které souvisí s péčí o seniora a pečující osoby je také nemají. Často tyto dovednosti souvisí s již zmíněným vzděláním, které pečující nemají. Může se jednat např. o správnou manipulaci s imobilním seniorem. *Technické potřeby* poté souvisí s úpravami prostoru v domácnosti. Jedná se o důležitou potřebu, protože zjednodušuje celkovou péči pečující osobě i seniorovi. Kamenem úrazu v nenaplnění této potřeby bývá finanční situace a i přesto, že

pojišťovna hradí např. některé kompenzační pomůcky, stále se jedná o finančně náročnou záležitost. *Administrativní potřeby* identifikují pečující osoby také často, zejména v případech, kdy je nutné něco zařídit. Mnohdy jim život ztěžují různé administrativní procesy, které trvají dlouho a vyžadují vyplňování mnoho formulářů a souhlasů. Dragomirecká a kol. (2020) v této oblasti při výzkumu identifikovali např. nevyužívání příspěvku na péči. Zjistili, že některé pečující osoby o něj nepožádaly z důvodu dlouhé čekací lhůty na rozhodnutí. S tím souvisí i následné finanční potřeby. *Finanční potřeby* zahrnují nejen příjmy, ale i výdaje, které bývají vysoké. Finanční potřeby se objevují i v případech, kdy pečující osoba mění své postavení na trhu práce, buď opustí zaměstnání nebo sníží svůj pracovní úvazek. *Psychologické a emocionální potřeby* se pojí s velkou psychickou zátěží. Bohužel potřeby v této oblasti bývají u pečujících někdy neuvědomované. Poslední skupinou jsou *zdravotní potřeby*, které podobně jako u předchozích vyplývají z velké zátěže. Mohou být uvědomované i neuvědomované a v případě neuvědomovaných představují velké riziko v rozvinutí vážnějších onemocnění. Je třeba zdůraznit, že potřeby se mohou během péče různě měnit (Dragomirecká a kol. 2020).

3.2.2 Syndrom vyhoření u pečujících

Předchozí podkapitoly byly věnovány tématům problémy a potřeby pečujících osob a tomu, jaké může mít neformální péče dopady na pečující. Pokud jsou dopady velké, pečující osoba je velmi vytížena, pečuje o seniora sama, setkává se s mnoha problémy apod. může to vyústit v syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření se dá ve zkratce popsat jako „*stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí.*“ (Matoušek, 2016:246) Se syndromem vyhoření se nejčastěji setkávají pečující profese, jako např. zdravotníci, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogové apod. Nesmí se však zapomínat na to, že i neformální pečující jsou jím ohroženy. U neformálních pečovatelů to může být o to větší problém, protože často pečují o rodinného příslušníka, ke kterému mají silný citový vztah.

Syndrom vyhoření přichází postupně a než k němu dojde, projde osoba několika fázemi. Příмым faktorem ovlivňující vznik syndromu vyhoření je stres. U rodinných pečujících

jsou nečastějšími stresory „*pocit osamělosti, změna vztahu k opečovávanému, pocit neustálého nasazení, únavy a vyčerpání, obava ze ztráty blízké osoby.*“ (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019:268) Je důležité se tak u pečujících zaměřit na primární prevenci, zejména dostupné informace a kvalitní odborné poradenství. Zároveň by pečující osoba neměla zapomínat na sebepéči, která může výrazně ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Jako užitečné se také ukazují podpůrné skupiny, kde může pečující osoba sdílet vše, co ji péčí o seniora provází (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019).

4 Shrnutí teoretické části

Shrnutí této problematiky je poměrně složité. Dle mého názoru je toto téma velmi důležité a mělo by se o něm ve společnosti mluvit zejména proto, že seniorů v naší společnosti bude přibývat a česká společnost stále preferuje péči o seniora doma.

Rozhodnutí o takové péči není pro rodinu nebo osobu jednoduché. Rodina často musí zvážit mnoho věcí a pokud se rozhodne pro domácí péči, znamená to pro ni spoustu zařizování. I přesto, že jsem pročetla literaturu a některé výzkumy, zajímá mě, co může vést rodinu či osobu k tomu začít se starat doma o seniora. Vnímají to osoby jako přirozenou věc postarat se o seniora vzhledem k mezigenerační solidaritě, nebo může být impulzem i pocit zodpovědnosti za stárnoucí rodiče a pocit povinnosti se o ně postarat? Byly tyto osoby na tuto péči řádně připraveny? Kde hledaly informace? Otázek je mnoho.

Jako problematické vnímám i neukotvení neformálních pečujících v české legislativě. Pokud je v zájmu státu, aby co nejvíce seniorů zůstávalo ve stáří v domácím prostředí, neměl by stát umožnit, aby měl tak senior zajištěn doma kvalitní a adekvátní péči? Již v kapitolách jsem se věnovala problémům, potřebám a různým dopadům, které neformální péče má na pečující osoby. Stejně tak jsem identifikovala různé typy podpory a pomoci, kterou mohou pečující využít. Z výzkumů ale i přesto vyplývá, že se pečující během pečování setkávají s mnoha problémy. Vnímají tak pečující osoby tuto pomoc, která je v České republice dostupná, jako adekvátní? Nebo by ocenily i jiné formy pomoci? Finanční podpora pečujících osob zde existuje, i když většinou nepřímá, která nefinancuje jejich pečování. Shledávají tak pečující osoby finanční podporu jako dostačující, nebo by ocenily větší pomoc? Sociální služby pro podporu domácí péče zde jsou, problémem ale často bývá spíše místní a finanční nedostupnost. Chtěly by tedy pečující osoby i jinou sociální službu, která by se věnovala přímo jim? Pečující osoby jsou často hodně zatěžovány a při nesprávné sebezpečí je ohroženo jejich psychické zdraví. Věnují se tedy nějaké sebezpečí jako prevenci proti syndromu vyhoření?

Ve své praktické části se budu zabývat pečujícími osobami, u kterých mne bude zajímat, jak prožívají svou roli neformálního pečovatele. Budu chtít zjistit, kdo vlastně jsou a jaký vliv na ně má pečování.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na metodologii výzkumu. První část je věnována formulaci hlavního cíle a následně cílů dílčích. Dále jsou v transformační tabulce transformovány dílčí cíle do tazatelských otázek. V další části je představena zvolená výzkumná strategie, pomocí které sběr dat probíhal. Podkapitoly dále popisují výzkumný soubor a průběh celého šetření, kde je ujasněno, jak byly informace získány a následně i zpracovány. Věnovat se budu také etickým rizikům, která jsem během výzkumného šetření vnímala.

V druhé části této hlavní kapitoly budou následně popsány a interpretovány výsledky, kterých jsem pomocí výzkumného šetření dosáhla. Závěr kapitoly bude věnován celkovému shrnutí a doporučením.

5 Výzkumné šetření

Tato kapitola bude věnována popisu výzkumného šetření, jehož cílem bylo získání dat od informantů. Nejprve bude popsán hlavní cíl práce a dílčí výzkumné cíle. Následně budou dílčí výzkumné cíle transformovány do tazatelských otázek. Bude také zdůvodněna zvolená strategie zkoumání a výzkumný soubor, který byl zvolen. Důležitou částí bude i popis průběhu celého výzkumného šetření a následné zpracování dat. V závěru této kapitoly se budu věnovat etickým rizikům, která jsem v průběhu výzkumu vnímala.

5.1 Formulace cílů výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje. Tento hlavní cíl byl následně rozpracován do čtyř dílčích cílů. Každý z těchto dílčích cílů byl transformován do tazatelských otázek, pomocí kterých poté bylo možné zkoumat danou problematiku. Tazatelské otázky byly pokládány informantům, kteří na ně odpovídali.

Hlavní cíl: *Zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje.*

Dílčí výzkumné cíle:

DVC 1: Zjistit, jak se rodina a okolí zapojili do péče o seniora.

Cílem prvního dílčího cíle je zjistit, jak dle pečující osoby změnilo rozhodnutí starat se o seniora doma jeho rodinu a okolí, kterým jsou např. sousedé, přátelé apod. Zároveň je záměrem zjistit, zda o seniora pečuje pečující osoba sama, nebo jí s péčí někdo pomáhá.

DVC 2: Zjistit, jakou pomoc a podporu využívají pečující osoby pro usnadnění péče o seniora v domácím prostředí.

Cílem druhého dílčího cíle je zjistit, jakou využívá pečující osoba pomoc a podporu pro usnadnění péče o seniora v domácím prostředí v podobě zdravotních či sociálních služeb, finančních příspěvků a kompenzačních pomůcek.

DVC 3: Zjistit, jaké jsou potřeby pečujících osob při péči o seniora v domácím prostředí a s jakými se potýkají překážkami či problémy.

Cílem třetího dílčího cíle je zejména poukázat na náročnost neformální péče o seniora u pečujících osob. Záměrem je zjistit, s jakými problémy se pečující osoby potýkají a jaké u sebe identifikují potřeby. Pozornost je zaměřena i na psychickou náročnost pečování.

DVC 4: Zjistit, jak pečující osoby vnímají neformální péči v České republice.

Cílem čtvrtého dílčího cíle je zjistit celkový postoj pečujících osob k péči o seniora v domácím prostředí. Zda vidí nějaké výhody a nevýhody v domácí péči. Informanti budou dotázáni také na jejich názor na celkovou problematiku pečujících osob a jejich postavení v České republice.

5.2 Transformace dílčích cílů

Každý z dílčích cílů byl transformován do tazatelských otázek. Tato tabulka slouží k přehlednému zobrazení všech dílčích cílů a následných tazatelských otázek, které byly pokládány informantům.

Tabulka 1: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Indikátor	Tazatelské otázky
DVC 1: Zjistit, jak se rodina a okolí zapojili do péče o seniora.	zapojení rodiny a okolí do péče o seniora	TO 1: Jak jste Vy a rodina prožívali situaci, když jste se rozhodovali o péči o seniora v domácím prostředí? TO 2: Jak se rodina či okolí seniora (sousedé, přátelé) zapojili do péče o seniora? TO 3: Jak byste si přál/přála, aby se rodina či okolí zapojili do péče?
DVC 2: Zjistit, jakou pomoc a podporu využívají pečující osoby pro usnadnění péče o seniora v domácím prostředí.	pomoc a podpora pro pečující osoby	TO 4: Jaké využíváte sociální či zdravotní služby, která Vám pomáhají s péčí o seniora? TO 5: Jak jste se o těchto službách dozvěděl/dozvěděla? TO 6: V čem jsou pro Vás přínosné sociální či zdravotní služby, které využíváte? TO 7: Jak hodnotíte dostupnost služeb ve Vašem okolí, které pomáhají s domácí péčí o seniora? TO 8: Využíváte nějakou finanční podporu, která Vám pomáhá finančně zajistit péči o seniora v domácím prostředí? Pokud ano, jakou? TO 9: Jak jste upravoval/upravovala domácnost, aby byla vhodná pro péči o seniora? TO 10: Jaké používáte kompenzační pomůcky?
DVC 3: Zjistit, jaké jsou potřeby pečujících osob při péči o seniora v domácím	potřeby a problémy pečujících osob	TO 11: Jaká je Vaše motivace starat se o seniora v domácím prostředí?

<p>prostředí a s jakými se potýkají překážkami či problémy.</p>		<p>TO 12: Setkal/setkala jste se při péči o seniora v domácím prostředí s nějakým problémem či problémy? Pokud ano, jak jste je řešil/řešila?</p> <p>TO 13: Jakou potřebu/potřeby u sebe nejvíce vnímáte při naplňování péče o seniora?</p> <p>TO 14: Jak se snažíte tuto potřebu/tyto potřeby naplnit?</p> <p>TO 15: Jakou psychickou zátěž pro Vás představuje péče o seniora?</p> <p>TO 16: Věnujete se nějaké sebepéči jako prevence vzniku syndromu vyhoření? Pokud ano, jaké?</p>
<p>DVC 4: Zjistit, jak pečující osoby vnímají neformální péči v České republice.</p>	<p>postoj pečujících osob k neformální péči v ČR</p>	<p>TO 17: Jaké vidíte výhody a nevýhody v péči o seniora v domácím prostředí?</p> <p>TO 18: Jak hodnotíte Vaši informovanost, když jste začínal/začínala s péčí?</p> <p>TO 19: Jak by se podle Vás měl změnit postoj k pečujícím osobám v České republice?</p> <p>TO 20: Jakou byste ocenil/ocenila další pomoc a podporu pečujících osob?</p>

Zdroj: *vlastní*

5.3 Výzkumná strategie zkoumání

Výzkumné šetření pro svou bakalářskou práci jsem se rozhodla realizovat kvalitativní formou. Zvolenou technikou, pomocí které byla sbírána data, byl polostrukturovaný rozhovor. Důvod, proč jsem se rozhodla zvolit tento způsob zkoumání je ten, že jsem chtěla hlouběji vniknout do dané problematiky a chtěla jsem znát konkrétní názory pečujících osob. Dalším důvodem je i to, že některé kvantitativní výzkumy na toto téma již byly realizovány (a také jsem na ně odkazovala v teoretické části). Nechtěla jsem tak zkoumat podobné, a naopak jsem se chtěla blíže přiblížit jádru tématu a získat spíše hlubší a konkrétnější postřehy a zkušenosti.

Dle Egera a Egerové (2017) má kvalitativní výzkum tři základní kritéria. Prvním kritériem je validita, tedy platnost. Druhým kritériem je spolehlivost a třetí kritérium je zobecnitelnost. Nicméně poslední kritérium je u kvalitativního výzkumu poměrně nízké, protože kvalitativní výzkumy většinou zkoumají malé soubory, a tak je zde zobecnitelnost malá. Co také může mít vliv na průběh kvalitativního výzkumu, je určitá subjektivita výzkumníka. Nemusí to nutně být problém, proto je vždy důležité, aby výzkumník k šetření přistupoval důkladně a byl řádně připraven (Eger, Egerová, 2017).

Hendl (2016) zdůrazňuje podstatu kvalitativního výzkumu. Jedná se o objasnění toho, *„jak se lidé v daném prostředí a situaci doбираjí pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.“* (Hendl, 2016:48) Kvalitativní výzkum má však výhod, ale i nevýhod. Výhodou může být to, že může výzkumník zkoumat podrobněji nějakou situaci či jev např. prostřednictvím nějaké skupiny lidí, události apod. Zároveň se dají pomocí tohoto výzkumu sledovat různé procesy a výsledkem mohou být nějaké teorie. Výhodný je zejména na začátku explorační jevu. Naopak nevýhodami může být ten fakt, že se nedají výsledky zobecnit. Celkový sběr dat a informací a jejich následná analýza a interpretace jsou poměrně časově náročné (Hendl, 2016).

Zvolenou technikou získávání dat, jak již bylo řečeno, byl polostrukturovaný rozhovor. Základní charakteristikou polostrukturovaného dotazování je definovaný účel a připravená osnova, ale přesto je však proces získávání informací velmi pružný a dá se upravovat v průběhu. (Hendl, 2016) Jistou výhodou tedy je, že podobně jako u nestrukturovaného rozhovoru, může výzkumník v průběhu přeformulovat otázky dle potřeby. Stejně tak pokud v průběhu samotného rozhovoru dojde k situaci, že informant při vyprávění odpoví na další z otázek, které zatím nebyly položeny, může si výzkumník odpověď zaznamenat a poté již nemusí otázku znovu pokládat (Eger, Egerová, 2017). Charakteristické pro polostrukturovaný rozhovor jsou také doplňující otázky, které se informantům kladou, pro upřesnění a lepší pochopení odpovědí. Zároveň má výzkumník pro takový rozhovor vždy definované jádro interview, což je minimální počet otázek, které musí s informantem probrat (Miovský, 2006).

Široký a kol. (2019) uvádí, že základem rozhovoru je jeho důkladná příprava, která slouží k následnému získání dat. Mezi jeho hlavní výhodu řadí nízkou šanci nezodpovězení

otázky. Samozřejmostí však je, aby osoba s rozhovorem souhlasila. (Široký a kol., 2019) Rozhovory většinou probíhají osobně, telefonicky či online přes různé platformy (zejména v posledních třech letech kvůli covidu-19). Proto je tak minimální pravděpodobnost, že nebude nějaká otázka nezodpovězena.

Průběh rozhovoru je většinou takový, že výzkumník klade informantovi otázky a ten na ně odpovídá. Díky rozhovoru má výzkumník možnost získat spoustu dat a zejména proniknout hlouběji do problematiky a postojů informantů. Mimo to je i výhodou možnost sledování reakcí informantů a neverbální komunikace, samozřejmě za předpokladu, že rozhovor probíhá osobně (Eger, Egerová, 2017).

Vzhledem k tomu, že jeden z rozhovorů v mém výzkumném šetření proběhl telefonicky, musím uvést základní charakteristiku i v tomto případě. Mezi hlavní výhody telefonického rozhovoru se řadí zejména časová úspora a nízké náklady, kterými může být například cesta za informanty apod. Hlavní nevýhodou však je absence osobního kontaktu, a tak v tomto případě např. nelze sledovat neverbální projevy informanta, jeho reakce na otázky a problém může být i v navození příjemné atmosféry a získání důvěry informanta. I přesto že výzkum probíhá telefonicky, je nutné seznámit informanta s účelem výzkumu a získat jeho souhlas s účastí na něm (Eger, Egerová, 2017).

5.4 Charakteristika a zdůvodnění výzkumného souboru

Výzkumným souborem pro sběr dat bylo celkem 6 informantů. Jednalo se o neformální pečující osoby, které pečují v domácím prostředí o seniora či seniory.

Celkem 5 informantů jsem vyhledala s pomocí sociálních pracovníků a vedoucích sociálních služeb, které pomáhají s péčí o seniora v domácím prostředí. Jednou ze služeb byla terénní pečovatelská služba. Druhou službou byla odlehčovací služba. Vzhledem k zachování anonymity nebudu konkrétně uvádět, o jaké služby se jednalo. Upřesním jen, že terénní pečovatelská služba se nacházela v Libereckém kraji a odlehčovací služba byla z Královéhradeckého kraje. Po domluvě se sociálními pracovníci a vedoucími těchto služeb jsem se rozhodla, že nebudu uvádět konkrétní jména a místa služeb. Jednalo se zároveň i o přání samotných informantů, kteří požadovali, aby byla co nejvíce zachována

jejich anonymita. Toto přání jsem se rozhodla respektovat, a tak více místa konkretizovat nebudu. Posledního informanta jsem dohledala sama ve svém okolí. Tento informant je také neformální pečující a místem pečování je i v tomto případě obec v Královéhradeckém kraji.

Jako poslední bych ráda ujasnila způsob výběru informantů. Protože jsem chtěla, abych získala informace od různých typů neformálních pečujících, zvolila jsem výběr s pomocí dvou sociálních služeb a jednoho informanta jsem vyhledala sama.

Následující dvě tabulky ukazují základní údaje o pečujících osobách. Před začátkem každého rozhovoru jsem kladla informantům identifikační otázky a podle nich jsem pak vytvořila tyto dvě tabulky. První z nich ukazuje základní identifikační údaje o pečujících osobách. Druhá tabulka znázorňuje údaje, které se již přímo týkají péče o seniora.

Tabulka 2: Základní údaje o informantech

	Pohlaví	Věk	Obor vzdělání	Zaměstnání
Informant č. 1	žena	75	obchod	starobní důchod
Informant č. 2	žena	71	průmyslová škola textilní	starobní důchod
Informant č. 3	muž	74	technik strojař	starobní důchod
Informant č. 4	žena	75	základní škola	starobní důchod
Informant č. 5	muž	69	finanční	ano
Informant č. 6	muž	53	stavební zámečnick	ano

Zdroj: *vlastní*

Tabulka 3: Základní údaje o péči o seniora

	Vztah k opečovávanému seniorovi	Délka doby péče o seniora	Místo péče o seniora
Informant č. 1	manželka	5 let	dům, společné bydliště
Informant č. 2	manželka	10 let	dům, společné bydliště
Informant č. 3	zeť	7 měsíců	dům, bydliště pečující osoby
Informant č. 4	manželka	17 let	dům, společné bydliště
Informant č. 5	syn	5-7 let	byt, bydliště seniorů
Informant č. 6	syn	5 let	dům, bydliště seniora

Zdroj: *vlastní*

Účelem identifikačních otázek bylo zjistit základní údaje o pečujících osobách. Při výběru informantů nebyla stanovena žádná kritéria jako pohlaví, věk apod. Výběr informantů probíhal s pomocí sociální pracovnice a vedoucí služby, které mi následně doporučily osoby, se kterými je možné rozhovor uskutečnit. Poslední informant nebyl vyhledán za pomoci pracovníků sociálních služeb, ale mnou. Ani v tomto případě nebyly stanoveny požadavky na výběr informanta.

Jak z tabulky č. 2 vyplývá, pohlaví informantů bylo přesně půl na půl, tedy tři ženy a tři muži. Věk v tomto případě úzce souvisí s identifikátorem zaměstnání. 5 z 6 informantů byli starší 60 let, což je věková hranice začátku raného stáří (dle WHO, tuto klasifikaci stáří jsem uváděla v první kapitole teoretické části). Z těchto 5 informantů byli již 4 ve starobním důchodu, pátý informant stále vykonával zaměstnání. Poslední informant nebyl v důchodovém věku a stále vykonával zaměstnání. Obor vzdělání jsem zjišťovala z toho důvodu, zda měla některá z pečujících osob vzdělání, které by se mohlo uplatnit v péči o

seniora v domácím prostředí. Jak se dle tabulky ukazuje, žádný z informantů neměl vzdělání v oboru, které by se přímo dalo uplatnit v domácí péči.

Tabulka č. 3 ukazuje základní údaje o péči. Vztah k opečovávanému seniorovi mě také zajímal, protože jsem se ve své teoretické části věnovala rodině a péči o seniora. I zde se ukazuje, že všechny pečující osoby byly přímo z rodiny seniora/seniorů, o které pečovaly. Posledními dvěma identifikátory byla délka péče a místo výkonu péče. Nejdelší doba péče byla u informanta č. 4 (17 let) a nejčastěji pečující osoby pečovaly o seniora ve společném místě bydliště.

5.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v několika fázích. V první fázi jsem v rámci psaní teoretické části studovala literaturu, články, zákony a další zdroje, ze kterých jsem se snažila načerpat co nejvíce informací o dané problematice. Ve druhé fázi probíhala samotná příprava výzkumu. Nejdříve jsem si stanovila hlavní cíl mé práce a následně dílčí cíle. Z nich jsem pak vytvořila tazatelské otázky pro rozhovor.

Následovalo samotné výzkumné šetření. Jako první jsem oslovila sociální pracovnice a vedoucí sociálních služeb, které jsem požádala, aby mi pomohli s vyhledáním potenciálních informantů. Následně mi předali kontakty a já jsem se s informanty spojila telefonicky. Stejně tak jsem učinila i u posledního informanta, kterého jsem nejprve kontaktovala telefonicky. Účelem telefonického spojení byla domluva termínu rozhovoru. Pět rozhovorů proběhlo osobně, s šestým informantem proběhl rozhovor telefonicky, a to z důvodu pracovní vytíženosti informanta a velké vzdálenosti.

Průměrná délka rozhovoru byla 30 minut. Na začátku jsem informanty seznámila s účelem rozhovoru a dalšími náležitostmi, jako je zachování anonymity a práva na odstoupení z výzkumu. Zároveň jsem se každého informanta zeptala, zda mi dovolí udělat si zvukový záznam rozhovoru. Většina se zvukovým záznamem souhlasila, jeden informant si nahrávání nepřál, což jsem respektovala a informace si zapisovala ihned na místě. Rozhovor s posledním informantem, který proběhl telefonicky, také nebyl

zaznamenávám zvukově a vše bylo zaznamenáváno písemně v průběhu rozhovoru. Rozhovory, které byly zvukově zaznamenány, byly následně doslovně přepsány.

5.6 Zpracování získaných údajů

Rozhovory probíhaly během měsíce února 2023 a poslední rozhovor byl uskutečněn na začátku března 2023. Termíny rozhovorů byly domlouvány vždy individuálně s informanty dle jejich časových možností. Poté byla u každého rozhovoru provedena doslovná transkripce. Tato transkripce je časově velmi náročná, je nutné přepsat vše opravdu doslova, ale zároveň je to nutné, aby se daly informace podrobně vyhodnotit (Hendl, 2016). Dále byla provedena analýza. Dle Egera a Egerové (2017) je hlavním cílem této analýzy co nejlépe zachytit sledovaný jev či fenomén a následně ho interpretovat. Dále jsem zvolila techniku kódování. Rozhovory přinesly mnoho informací, a tak bylo potřeba tyto informace roztřídit a zredukovat na ty nejpodstatnější. Toto zajišťuje proces kódování. Odpovědi informantů jsem nejdříve porovnávala a hledala v nich podobnosti či odlišnosti, které jsem podtrhávala. Ty nejdůležitější informace jsem poté psala na okraje stránek. Sleduje se frekvence a intenzita výskytu dat. Reichel uvádí, že se dle toho následně vytváří vzorce, které jsou výstupem této analýzy (Reichel in Eger, Egerová, 2017).

5.7 Etická rizika výzkumného šetření

Dle Hendla a Remra (2017) existují etické principy, které by měly být při realizaci a plánování výzkumu dodrženy. Jedná se o: *dobrovolnou účast na výzkumu* (samozřejmostí je, že účastníci výzkumu se ho musí účastnit pouze dobrovolně a ze svého vlastního rozhodnutí, výzkum by jim neměl nijak uškodit), *podpis informovaného souhlasu* (tím stvrzuje svou dobrovolnou účast), *anonymita účastníka* (nikdo by účastníka neměl poznat), *odhalení* (účastník musí znát účel výzkumu) a jako poslední *analýza dat* (výzkumník by měl pravdivě uvádět všechna získaná data). Hendl (2016) pak ještě dodává možnost odmítnutí, to znamená, že účastníci výzkumu mají právo kdykoliv ukončit svou účast na výzkumu a výzkumník to musí respektovat.

Pro ošetření si všech těchto rizik jsem učinila při výzkumu určitý postup. Jako první jsem seznámila informanty před rozhovorem se všemi základními informacemi. Konkrétně jaký je účel našeho rozhovoru, že jim bude zajištěna anonymita, že mají možnost kdykoliv rozhovor ukončit a také že mají právo neodpovědět na jakoukoliv otázku, pokud by jim to nebylo příjemné. Na závěr jsem se zeptala, zda mi dovolí pořídit zvukový záznam rozhovoru na mobilní telefon. Ujistila jsem je, že po doslovném přepsání bude tento záznam smazán a nebude nikde poskytován. Souhlasili téměř všichni, jeden z informantů s nahráváním nesouhlasil, takže jsem vše zapisovala na místě. Jeden rozhovor proběhl telefonicky, takže jsem i v tomto případě informace zaznamenávala ihned při rozhovoru.

Volbu místa rozhovoru jsem vždy ponechala na informantech. Důležité bylo, aby se v daném místě cítili dobře a nerozptylovalo je prostředí během rozhovoru. Čtyři rozhovory proběhly v místě bydliště informantů. Jeden rozhovor proběhl v místě zaměstnání informanta a poslední rozhovor, jak jsem již zmínila, proběhl telefonicky.

Celkově jsem jako etické riziko vnímala celé téma rozhovoru. Vzhledem k tomu, že jsem se s většinou informantů viděla poprvé, uvědomovala jsem si riziko toho, že mi nebudou důvěřovat nebo mi budou některé informace zatajovat. Nakonec mám ale ze všech rozhovorů dobrý pocit a myslím si, že mi informanti odpověděli na vše podle reality a jejich zkušeností.

6 Popis a interpretace dosažených výsledků

Druhou hlavní kapitolou empirické části je popis a interpretace dosažených výsledků. Cílem této části je tak popsat odpovědi na jednotlivé dílčí cíle a odpověď na hlavní cíl práce. Tato kapitola bude řazena do podkapitol dle dílčích cílů a bude interpretovat ke každému dílčímu cíli informace, které byly zjištěny pomocí výzkumného šetření. Vše bude doplněno o citace jednotlivých informantů. V přílohách je poté k nahlédnutí jeden z přepsaných rozhovorů.

6.1 Interpretace dílčího výzkumného cíle 1

DVC 1: Zjistit, jak se rodina a okolí zapojili do péče o seniora.

První dílčí výzkumný cíl se zaměřoval na zjištění, jak rodina a okolí seniora prožívala situaci, kdy se začínalo o seniora pečovat. Další dvě otázky zkoumaly, zda o seniora pečuje pečující osoba sama a zda by si přála pomoc dalších členů rodiny či okolí.

Prvním důležitým zjištěním je, že u všech informantů **bylo prvotním impulsem k zahájení péče v domácím prostředí zhoršení zdravotního stavu seniora**. To dokazují slova informanta č. 6: *„Začínalo to tím, že mamka šla na operaci a nic jiného nezbejvalo. Takže ona už nebyla schopná se o sebe postarat a já jsem musel začít pomáhat.“* Podobně mluví i informant č. 3: *„...ona upadla, takže šla do nemocnice. Pak nám nabízeli, že může jít na LDNku, ale to jsme nechtěli. Takže ji pak z nemocnice převezli sem k nám.“* Podobně to probíhalo i u ostatních informantů, většinou po propuštění ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí započala tato péče.

Nejvíce tato péče ovlivnila rodinu seniora. **Pro pečující osobu i rodinu to byla nová situace a často musely zařizovat spoustu věcí**, které doposud nikdy neřešily. *„Vlastně jsem všechno doma musela předělat, když jsme přišli z toho hospice.“* (informant č. 1) Podobně situaci popisuje i informant č. 4: *„Bylo to takový všelijaký. Tak mám děti, který mně pomáhaly a řešili jsme společně všechno. Ale museli jsme zařídit spoustu věcí.“* Tyto nové zkušenosti s sebou ale přinášely i určité emoce. Těžké to často bylo nejen pro pečující osobu, ale i pro celou rodinu. *„Všechno to přišlo tak najednou a celá rodina*

z toho byla špatná. I syn brečel, protože takhle svého tátu neznal.“ (informant č. 4) Náročnost nové situace popisoval i informant č. 1: *„Sem tam samozřejmě jsem byla vyčerpaná, protože jsem na to byla sama. Ale tak jsem se snažila.“*

Další tazatelskou otázkou jsem došla ke zjištění, že **pečující osoby ve většině případů nejsou na pečování samy**. Bohužel ale byla pomoc rodiny či okolí jen občasná, a to nejčastěji kvůli velké vzdálenosti. Proto velká část péče byla ve většině případů na pečujících osobách. To dokazují některé výpovědi informantů. *„Rodina pomáhá minimálně, protože tady nejsou čili přijedou třeba na odpoledne o víkendu a zas odjedou.“* (informant č. 1) Podobně s péčí pomáhali i synové informanta č. 2: *„Já mám dva syny a oni se střídají, každý tejdenn přijede jeden na sobotu a udělají nákupy.“* Téměř totožnou výpověď uvedl i informant č. 4: *„Pečuju o něj sama. Když něco potřebuju, já nevím, nějakou práci, tak přijede syn a pomůže mi s ní. Řešíme třeba doktora, někdy potřebuju, aby mě tam odvezl, protože my auto nemáme.“* I přesto však rodinná pomoc jiných příslušníků rodiny byla zaznamenána u každého informanta. *„Pomáhá mi ségra a sestřenice.“* (informant č. 6) Tato pomoc fungovala dokonce i u informanta, který byl jediným synem svých rodičů, o které pečoval. *„Já jsem jediný syn. Ne žijící, ale i vyrobenej. Jinak s manželkou.“* (informant č. 5)

Jako účinná se ukázala být také **sousedská výpomoc**, ale zdůrazňují, že pouze u informantů, kteří žili v malé obci a měli okolo sebe sousedy. *„Ale když se mi stalo, že mi spadnul na zem, musela jsem jít pro souseda, ať mi pomůže ho zvednout...“* (informant č. 2) Podobnou zkušenost se sousedskou výpomocí měl i informant č. 3: *„Ona je tady jedna sousedka zdravotní sestra, říkala, že kdyby něco, tak nám může pomoci.“* Pomoc sousedů musel několikrát využít i informant č. 1, zejména v případech nouze: *„Kolikrát jsme to dolů zvládli, nahoru mě kolikrát zůstal, že jsem volala po sousedech, aby mně šli pomoci. Ale vždycky opatrně, aby si něco neudělal. Ale musela jsem někoho zavolat, aby mi ho pomohl zvednout.“* Některé pečující osoby ale využívaly pomoc sousedů i pro svou vlastní potřebu. *„...otravuju tady souseda. Třeba dneska mě vezl na poštu, že jsem potřebovala.“* *„Ale jinak na ošťihání, tak řeknu někomu tady v sousedství.“* (informantka č. 2)

I přesto že většinou pečující osoby nepečují úplně samy, **někteří by si přáli, aby jim rodina pomáhala více**. *„Určitě bych si přála, aby se rodina víc zapojila do péče, protože*

jsem tady na to sama.“ (informant č. 1) Naopak **většina ale uvedla, že takto jim to stačí.** Důvodem bylo často to, že nebyl nikdo jiný, kdo by jim z rodiny pomohl. Takže se dá předpokládat, že možná by si někteří větší pomoc přáli, ale nemají komu říct. *„Ještě nikoho víc nepotřebuju ani bych zatím nechtěla. Dokud je ještě trochu chodící, tak to stačí.“* (informant č. 4) *„Není kdo jinej by pečoval. Ale manželka mi hodně pomáhala.“* (informant č. 5) Stejně jasně odpověděl i informant č. 6: *„Asi nijak, takhle mi to stačí.“*

Shrnutí DVC1

Závěrem prvního dílčího cíle je, že rozhodnutí začít se starat o seniora v domácím prostředí udělaly pečující osoby po zhoršení zdravotního stavu seniora. Pro některé pečující osoby to byla zcela nová situace, na kterou musely reagovat a učinit některé změny. Začátek této péče s sebou přinášel u některých pečujících i různé pocity a emoce, nejčastější byl strach. Pozitivní však bylo, že většina pečujících osob na péči nebyla sama, ale části z nich pomáhala rodina. Často se ale opakovala situace, že rodina byla daleko, a tak jejich pomoc byla pouze občasná. V menších obcích a městech se jako účinná ukázala sousedská výpomoc. Některé pečující osoby by si přály více pomoci, některé naopak ne a uváděly, že s aktuální situací jsou spokojeni.

6.2 Interpretace dílčího výzkumného cíle 2

DVC 2: Zjistit, jakou pomoc a podporu využívají pečující osoby pro usnadnění péče o seniora v domácím prostředí.

Cílem druhého dílčího výzkumného cíle bylo zjistit, zda využívají pečující osoby nějaké sociální či zdravotní služby, které jim s péčí pomáhají. Kromě toho jsem se zaměřila i na hodnocení dostupnosti těchto služeb v jejich okolí a na spokojenost pečujících se službami. Také mě zajímalo, zda pečující osoby pobírají nějaké finanční příspěvky, pomocí kterých péči financují. A v poslední řadě jsem se zaměřila i na využívání kompenzačních pomůcek a celkových úprav v domácnosti.

Co se týká sociálních služeb, bylo to téměř jasné. **Kromě jednoho informanta všichni využívali pečovatelskou službu.** Jeden informant byl odlišný v tom, že měl zkušenosti s ještě více sociálními službami. Jednalo se o informanta č. 5, který se staral o své rodiče. Kromě pečovatelské služby poté ještě umístil své rodiče i do dvou odlehčovacích služeb. „*Ano, pečovatelská služba, to je ta charita. A ty zajišťují pečovatelské služby, ty zajišťují v podstatě všechno, na co si vzpomenete kromě zdravotních služeb. Což je úžasná věc.*“ (informant č. 5) „*Takže šli do té odlehčovací služby a máti přišla na to, že je to pro ni velice příjemný. A pak po těch třech měsících šli do další odlehčovací služby.*“ (informant č. 5) Zcela jasným zjištěním také bylo, že **všichni informanti využívali i domácí zdravotní péči.** „*Pečovatelská služba, a i teda ta charitativní zdravotní služba. Vlastně jezdí k manželovi ho rozcvičovat, jednou za čas injekce píchat, odebírání krve.*“ (informant č. 1) „*Jezdí sem přímo rehabilitační sestra, která má akreditaci. A odebírá jí krev, když je potřeba, zajistí léky, abych nemusel já a takový. Rozcvičit tu nohu, tu páteř operovanou a tak.*“ (informant č. 6) Kromě zdravotních sestřiček byly **u některých využívány i návštěvy obvodního lékaře seniora.** „*A jinak jednou za čas přijde obvodní doktorka třeba změřit tlak, ale to je opravdu málo.*“ (informant č. 4)

Ohledně **informovanosti o službách to bylo různé.** Někteří informanti věděli, že existuje pečovatelská služba a pouze si vyhledali kontakt. „*Na internetu jsem musel hledat. Věděl jsem, že jsou a na internetu jsem si vyhledal spojení.*“ (informant č. 5) Jiní se museli zajímat více o to, jaké jsou možnosti pomoci. „*Já jsem se zajímala, jestli je nějaká péče. Tak jsem si něco našla, vyhledala číslo a zavolala jsem tam.*“ (informant č. 4) **O možnosti domácí zdravotní péče se ve většině případů dozvěděli od lékaře.** „*Po poradě s ošetřujícím lékařem jsme to zařídili.*“ (informant č. 6) „*A tu zdravotní sestru si objednala paní doktorka obvodní.*“ (informant č. 3)

Co je však podstatné je pomoc těchto služeb. **Všichni si pomoc, ať už sociálních či zdravotních, chválili.** Často bylo důvodem ulehčení péče pro pečující osoby, protože některé již samy měly zdravotní problémy. „*Služby mi hodně pomohly a bez nich bych to nezvládla.*“ (informant č. 1) „*A ta pečovatelská služba je taky dobrá, hlavně na koupání. To já sám nezvládnou.*“ (informant č. 3) „*Oni mně pomáhají s tou hygienou. To já bych ho už těžko do té sprchy dostala.*“ (informant č. 4) Z toho vyplývá, že pomoc pečovatelské služby je pro ně velmi přínosná a nejvíce oceňují pomoc s hygienou. Důležitá pro ně byla

ale i pomoc zdravotní. „*A já jsem rád, že se to podařilo, že tam takhle jezdí. Protože já bych na to neměl. Jo, prostě člověk neví, jak s tou nohou pohnout.*“ (informant č. 6) „*Tak se zdravotní sestrou konzultuju všechno ohledně zdravotního stavu babičky.*“ (informant č. 3) Velkým přínosem pro samotné pečující bylo i **získání nových informací a dovedností od pracovníků služeb**. Vzhledem k tomu, že předtím neměli s takovou péčí zkušenosti, museli se vše učit. „*A pak jsem se naučila, že se musí promazávat to tělo, to jsem taky nedělala.*“ (informant č. 2) Informace ale také získávali od sociálních pracovníků služeb, kteří jim pomohli např. se zažádáním různých příspěvků. „*Když přišla paní sociální pracovnice, tak už měla připravený všechny ty formuláře na příspěvky.*“ (informant č. 3)

Spokojenost se službami v okolí byla ve všech případech hodnocena kladně. **Všichni uvedli, že jim tyto služby zatím stačí a jsou spokojeni**. Přesto si ale myslím, že zejména informanti z malých obcí nemají přehled o dalších existujících službách.

Dále jsem se zajímala o finanční podporu. I zde byla zjištění téměř jasná. **Všichni informanti uvedli, že pobírají příspěvek na péči**. Všichni opečovávaní senioři poté měli starobní důchod. **Dva informanti uvedli, že mají i příspěvek na mobilitu**. Jiné příspěvky nebyly zmíněny. „*No, pobírám příspěvek na péči. A ještě jak je na tu mobilitu. To bylo asi pětistovku a teď to zase zvedli o něco, tak to taky bereme.*“ (informant č. 4) Ve dvou případech byl uveden i průkaz osoby se zdravotním postižením.

Úprava domácnosti byla další důležitá otázka, která přispěla ke zjištění, jakými způsoby může být péče usnadněna. Téměř jasně bylo **nejčastější úpravou koupelna**. Pět informantů zmínilo, že k takové úpravě museli přistoupit. „*Tak jsem vlastně dávala koupelnu, aby byl sprchovej kout, protože jsme předtím měli rohovou vířivou vanu a bylo potřeba udělat sprchovej kout, abysme tam zajeli s vozejkem.*“ (informant č. 1) „*Jediný, co jsem udělal, tak jsem pomohl do vany vstup utvořit, takovej, aby si mohli sednout, otočit se, v sedě se vysprchovat.*“ (informant č. 5) „*Abych udělal z vany prakticky sprchovej kout, abych si dokázal mamku přetočit a osprchovat a nemusel ji tahat úplně z vany.*“ (informant č. 6) Mezi další časté úpravy poté patřila úprava toalety, odstranění prahů, přidělení nájezdů do domu, montování madel. „*Musela jsem dělat úpravy. No, toaletu, koupelnu, pokoj, ve kterém je.*“ (informantka č. 1) „*Takhle, předělal jsem záchod,*

dal jsem vyšší prkýnko, madla, na vanu takový zvýšený sedátko. No a udělal jsem takový jako světýlka na pohmat.“ (informant č. 6)

Nicméně o něco **rozšířenější bylo využívání kompenzačních pomůcek**. Všichni informanti měli k dispozici pro seniora chodítka. K tomu část z nich i francouzské hole. V méně případech se pak objevovala i polohovací postel, otáčecí židle do vany a mechanický invalidní vozík. *„Sehnali jsme polohovací postel, matraci a to všechno. Protože z klasický on nemohl vstát, takže to ho vyveze. Pak máme ještě to chodítka a na vanu tu židli, tu stáčecí, kde ho potom omeje.*“ (informantka č. 2) Žádné speciální či méně známé pomůcky informanti nezmínili. Přesto si myslím, že povědomí o využívání takových pomůcek pro usnadnění péče, je dobré a lidé se nestydí je využívat ani o nich mluvit.

Shrnutí DVC2

Jak bylo pomocí druhého dílčího výzkumného cíle zjištěno, pomoc a podpora je pečujícími osobami využívána hodně. Téměř všichni informanti využívali pomoc pečovatelské služby a ke všem docházela domácí zdravotní péče v podobě zdravotní sestry nebo lékaře. Informanti většinou věděli, že je možnost takových služeb využít a pokud ne, tak se snažili to dohledat. Velmi nápomocní se ukázali být samotní lékaři, kteří pečujícím poradili, co mohou využít a jak postupovat. S pomocí služeb byli informanti velmi spokojeni, a dokonce je nejednou dokázaly naučit nové věci či poskytnout informace o péči o starého člověka. Podobně jasné výsledky byly i u finanční podpory, protože všichni informanti pobírali příspěvek na péči. Menšina i příspěvek na mobilitu. Více příspěvků zmíněno nebylo, ale bylo to jisté i tím, že čtyři informanti již byli ve starobním důchodu a poslední dva ještě vykonávali zaměstnání, takže s největší pravděpodobností finanční problémy řešit nemusely, což se později potvrdilo i v dalším dílčím cíli. Poměrně hodně využívány byly i kompenzační pomůcky, s jejichž zajištěním často pomáhali lékaři nebo pracovníci sociálních služeb. Úpravy bytu byly také prováděny, ale ne tak rozsáhle. Nejčastěji musely pečující osoby upravovat koupelnu a toaletu.

6.3 Interpretace dílčího výzkumného cíle 3

DVC 3: Zjistit, jaké jsou potřeby pečujících osob při péči o seniora v domácím prostředí a s jakými se potýkají překážkami či problémy.

Třetí výzkumný cíl zkoumal potřeby a problémy pečujících. Poté také jejich motivaci a psychickou zátěž, kterou na ně pečování o seniora má.

Motivace, proč pečovat o seniora doma, byla zcela jednoznačná. **Všichni informanti řekli, že je to pro ně automatické a berou jako samozřejmost, že se o svého člena rodiny postarají ve stáří.** Nikdo u této odpovědi neváhal. „*Nepřicházelo v úvahu ho někam dát.*“ (informant č. 1) „*To je samozřejmost. Vůbec by mě nenapadlo ho někam dát.*“ (informant č. 4) „*Protože to jsou moje rodiče, v tom je všechno. Pro mě je to automatický.*“ (informant č. 5) Dá se tedy říct, že mezi těmito informanty panovala v rodině silná mezigenerační solidarita a pečování brali jako samozřejmost, jako součást svého života. Zároveň uváděli, že senior si nepřál být umístěn do nějaké pobytové služby. „*A do služby pobytový on by nechtěl, proto on chtěl z té nemocnice.*“ (informant č. 2)

V další části jsem se snažila zmapovat **problémy**, se kterými se pečující při péči setkali. **Odpovědi byly různorodé. Nejčastěji řešili problém ve zdravotnictví.** Jedna informantka vyslovila obavy, že o jejího manžela, o kterého se stará, se zdravotnictví dostatečně nezajímá. „*On už sedmnáct let bere léky a za tu dobu mu je nezměnili. Jako by si říkali, že to je starej člověk a už to nemá cenu ho léčit nebo se nějak snažit.*“ (informant č. 4) Podobné zkušenosti měl i informant č. 6: „*Mamka měla vysoký tlak, tak jsem ji zavolał rychlou, ale oni ji pustili domů, že prej nemaj lůžka.*“ Další jako problém uváděli **mnoho zařizování** spojené s nevyhovujícími podmínkami pro pečování doma. „*Samozřejmě to zajištění nebylo husknout prstama a je hotovo.*“ (informant č. 5) Bohužel problémů ve zdravotní oblasti bylo více. Jedna pečující osoba uvedla, že ji lékařka neinformovala o možnosti proplacení inkontinenčních pomůcek pro seniora. „*A obvodní mi ani neřekla, že pojišťovna platí ty pleny. Až když už jsem nevěděla co, tak jsem za ní šla, že se mi počurává a už nevím, co s ním. Až pak mi teda řekla, že mi ty pleny napiše, ale to bylo po dlouhý době.*“ (informant č. 4) Informantka č. 1 jako největší **problém uvedla jednání s úřady**, kdy žádala o finance na schodišťovou sedačku, ale tuto žádost ji bohužel neschválili. Pro ni to byl obrovský problém, protože se seniorem bydlela

v domě se schody a senior již nebyl schopný po schodech chodit, takže byl poté kvůli tomu izolovaný pouze v jednom patře. „*Problémy jsem měla, největší problémy byly schody. To jsem žádala o tu sedačku na schody a zamítli mně to.*“ (informantka č. 1) Další z identifikovaných problémů byly **problémy s majetkem seniora**. „*Já mám problém s tím barákem babičky. Zatím s tím nechceme nic dělat, možná až babička umře.*“ (informant č. 3)

Následně jsem identifikovala i problémy, které nebyly přímo vysloveny informanty. Jako jeden z velkých problémů vidím **izolaci pečujících osob**, zejména těch, které již byly ve starobním důchodu. O tomto problému se budu zmiňovat v dalších otázkách. Posledním identifikovaným problémem byl i **strach o seniora a o jeho zdravotní stav**. „*Kdo se tady o to postará, kdo se postará o babičku a tak.*“ (informant č. 3)

Identifikace potřeb byla náročnější, protože při položení otázky někteří dlouho přemýšleli. Některé potřeby byly vysloveny přímo, jiné jsem opět identifikovala na základě jejich slov. Nejčastěji byla vyslovována **potřeba vlastního zdraví**. Část informantů kromě zdraví seniora musela řešit i své zdravotní problémy a navštěvovat různé lékaře. „*No určitě, za tu dobu se mně dvakrát stalo, jednou jsem úplně zkolabovala, takže pan doktor řekl, že si musím odpočinout.*“ (informantka č. 1) „*...já mám vyhrzlou plotýnku a operovat to nemůžou.*“ (informantka č. 2) S tím se pojí i **potřeba odpočinku**. Některí informanti uváděli, že je péče náročná a někdy si potřebují odpočinout. Kromě toho měli informanti vlastní majetek, např. dům a zahradu, takže kromě péče se **potřebovali starat i o svůj majetek**. „*No tak já mám tady za barákem zahradu. Pak mám ještě les, takže teď řeším kůrovce. Potřebuju se tady starat o barák, zateplovat bysme potřebovali, vyměnit tašky na střeše a tak.*“ (informant č. 3) Zejména ženy pak uváděly **potřebu péče o vlastní tělo**, nejčastěji kadeřnici a stříhání. Informanti č. 5 a 6 ještě vykonávali zaměstnání, takže bych zde identifikovala **potřebu vykonávat zaměstnání a vydělávat peníze**. Některí měli **potřebu pečovat i o svou vlastní rodinu kromě seniora**. „*A já mám vlastně na starosti rodiče, k tomu mám děti, jsme s manželkou, která má taky děti. Takže máme dohromady čtyři děti a šest vnoučat.*“ (informant č. 5) Jako velice důležitou potřebu vidím **potřebu pomoci sociálních, zdravotních služeb a pomoc rodiny**. To jsem již popisovala výše, protože informanti uváděli, že tuto pomoc potřebují a sami by to bez těchto služeb nezvládli. Mimo to vidím jako podstatnou i **potřebu**

finančních příspěvků, zejména příspěvku na péči, která pečujícími pomáhá pokrýt nezbytné náklady na péči. „*Finančně ta podpora hodně pomáhá, protože jsme kupovali nějaký ty chodítka, dvě máme koupený. Něco jsme si platili sami.*“ (informant č. 4) A samozřejmě jako poslední uvedu **potřebu informací**, bez kterých by pečující nevěděli mnoho věcí. To dokazuje i fakt, že se hodně věcí naučili od pracovníků služeb.

Formy a způsoby, pomocí kterých se informanti své potřeby snažili naplňovat, byly různé. Potřebu vlastního zdraví naplňovali návštěvou lékařů. Potřebu péče o vlastní tělo byla také většinou zajišťována. „*Ale jinak na ostrihání, tak řeknu někomu tady v sousedství.*“ (informant č. 2) Potřeba odpočinku byla také naplňována, ale myslím si, že ne dostatečně. Dva informanti volili jako formu odpočinku lázně. „*Já jsem si vzala lázně aspoň na ten týden, osm dní. Odjela jsem a trošinku jsem se tam z toho zas...*“ (informantka č. 1) Někteří měli jako odpočinek domácí práce a činnosti doma. „*Doma si čtu. Cokoliv luštím, něco opravuju. A pak v létě nebo na jaře mám zahrádku, máme tady pár slepic, tak to...*“ (informant č. 4) Naopak dva pracující informanti uvedli jako odpočinek své zaměstnání. „*A práce je pro mě koníčkem a odpočinkem, pořád ještě pracuju, ještě mě to furt baví.*“ (informant č. 5) Potřeba finančních příspěvků byla naplňována prostřednictvím příspěvku na péči. I potřeba informací byla naplňována s pomocí služeb, rodiny nebo si informanti sami vyhledávali informace.

V poslední části tohoto dílčího cíle jsem zkoumala psychickou zátěž pečujících. Zajímalo mě, zda je podle nich péče pro ně psychicky náročná a zda se snaží se o svou psychiku starat. **Většina informantů uvedla, že je pro ně péče psychicky náročná.** „*Určitě to na mě psychicky dopadá. Jak jsem říkala, někdy už jsem byla moc vyčerpaná.*“ (informant č. 1) „*V některých chvílích to je psychicky náročný, když někdy člověk začne přemýšlet, co bude.*“ (informant č. 3) „*Je to hrozně psychicky náročný. Říkám si někdy, že jsem už úplně odepsaná. Někdy hodně brečím.*“ (informant č. 4) Jeden informant dokonce přiznal, že již musí brát antidepresiva. Naopak **menší část informantů psychickou náročnost nepociťovala** a spojovala to s tím, že to berou jako součást svého života. „*Tak nějak jsem na tohleto zvyklej. Je to takový... No prostě to беру tak, jak život je.*“ (informant č. 6)

I přesto, že je péče pro většinu pečujících psychicky náročná, tak se **ani jedna z osob nevěnovala žádné speciální sebepečí jako prevenci proti vzniku syndromu vyhoření.** Jako sebepečí většinou uváděli např. návštěvu lázní, podporu rodiny a sociálních služeb,

že se věnují domácím pracím a u zaměstnaných byla forma sebezpečí zaměstnání. Z toho lze vyvodit, že zatím není moc rozšířené povědomí o syndromu vyhoření u pečujících.

Shrnutí DVC3

Motivace pečovat o seniora byla u všech informantů jednoznačná, u všech se jednalo o automatickou záležitost a součást života. Nejčastější problémy během péče řešili informanti v oblasti zdravotnictví. Mezi další poté patřilo náročné zařizování, izolace a strach. Potřeby pečujících se některé shodovaly a některé byly rozdílné. Zároveň také informanti některé potřeby přímo nepojmenovaly, ale daly se snadno identifikovat na základě jejich odpovědí. Mezi ty nejvíce zmiňované potřeby patřila potřeba vlastního zdraví, potřeba odpočinku, potřeba péče o vlastní rodinu, potřeba pomoci sociálních a zdravotních služeb a potřeba finanční podpory. Podstatným zjištěním bylo i to, že pro většinu pečujících představovala péče velkou psychickou zátěž. Také se ale žádná z pečujících osob nevěnovala přímo prevenci proti vzniku syndromu vyhoření a své potřeby naplňovaly spíše běžnými činnostmi. Z toho vyplývá, že povědomí o syndromu vyhoření pečujících stále není velké.

6.4 Interpretace dílčího výzkumného cíle 4

DVC 4: Zjistit, jak pečující osoby vnímají neformální péči v České republice.

Účelem posledního dílčího výzkumného cíle bylo zjistit informace o tom, jaký mají pečující osoby pohled na situaci neformální péče v České republice. Tento výzkumný cíl se skládal ze čtyř otázek. Nejdříve jsem se snažila zmapovat výhody a nevýhody, které vnímají pečující osoby na péči v domácím prostředí. Poté jsem zkoumala, jaká byla z jejich pohledu informovanost, když začínali pečovat a v posledních dvou otázkách jsem chtěla, aby se zamysleli nad tím, co by se podle nich mělo v České republice změnit vzhledem k neformálním pečujícím.

Celkem jasná shoda panovala ve vnímání výhod. Způsob, kterým o výhodách a nevýhodách informanti přemýšleli, jsem nechala pouze na nich. To znamená, že jsem

nedefinovala, že se musí jednat pouze o výhody a nevýhody pro ně samotné, ale mohou to pojmout, jak uznají za vhodné. **Všichni informanti uvedli, že jako výhodu vidí, že může senior zůstat v domácím prostředí.** „*Pochopitelně jsou výhody i nevýhody, že doma je doma, hlavně pro toho člověka.*“ (informant č. 1) Téměř totožný názor měl i informant č. 3: „*Tak jsou tam samozřejmě výhody i nevýhody. Pro babičku to je určitě výhoda velká, že tady může být s náma, ona by to tam nezvládla sama.*“ A stejná slova volili i informanti č. 5 a 6. „*Ono má všechno do sebe svoje. Ale domácí prostředí je domácí prostředí.*“ (informant č. 5) „*No, myslím si, že pro mamku to je lepší se o ni starat takhle doma.*“ (informant č. 6) Naopak **jeden informant uvedl, že v tom vidí pouze výhody.** „*No, já v tom vidím výhodu, nevýhodu nevidím.*“ (informant č. 2) Také někteří řekli, že **nemají srovnání s pobytovým zařízením**, takže nemohou porovnat s jinou péčí. „*Protože nemůžu vědět, jak by pečovali někde jinde.*“ (informant č. 2) „*Ale já jsem žádnou jinou péči nezkusila, takže to nemůžu porovnat, co je lepší.*“ (informant č. 4) Někteří informanti ale také uvedli, že nevýhodou je, že musí pečovat neustále. „*Ale pro mě, když pečuju, tak tam je určitě i velká nevýhoda, že to je prostě neustálá péče, člověk se nezastaví a je to pořád dokola.*“ (informant č. 3) Nicméně i přes to stále **převažoval názor, že by si informanti nedovedli představit umístit seniora do nějakého pobytového zařízení**, a to i přes značnou náročnost péče. „*Neexistuje, abych mamku dal někam do důchodáku.*“ (informant č. 6) Taková slova volil i informant č. 1: „*Ale i já si to neumím představit, kdybych ho měla dát pryč.*“ Na konec ještě jako **výhodu** zmínil informant č. 5 **možnost využití terénních služeb**, které mohou s péčí hodně pomoci. I přesto, že doslovně tuto výhodu vyslovil pouze jeden informant, myslím si, že tuto myšlenku sdílí všichni informanti, a to z toho důvodu, že si pomoc terénních služeb chválili všichni. „*Na druhou stranu, ty služby jsou báječný a hodně tu péči ulehčují.*“ (informant č. 5)

V dalším kroku mě zajímala informovanost pečujících, když s pečováním začínali. I zde se téměř všichni shodli na názoru, že **na začátku žádné informace neměli a vše si museli zjišťovat sami**, s pomocí rodiny nebo prostřednictvím terénních služeb, které jim také poskytly spoustu informací. „*Ne, informace jsem neměla, všechno jsem si musela najít na internetu. Nebo známý třeba co jsem měla a byli v tom, tak mně poradili.*“ (informant č. 1) „*No tak nevěděl jsem skoro nic. Něco jsem si našel na internetu, zavolaal jsem paní vedoucí pečovatelský služby, ta přijela a všechno mi řekla. Jinak potom jsem*

se všechno dozvěděl od těch pečovatelek.“ (informant č. 3) **Menší část informantů ale věděla o existenci terénních služeb a pouze museli hledat kontakty.** „*O těch službách jsem věděl, že tady jsou, ale musel jsem si zjistit jaký a musel jsem hledat ty kontakty.*“ (informant č. 5) Jako problém někteří viděli, že museli hledat opravdu sami a nikdo jim neřekl, co mají dělat. „*Ale musíte sama pátrat, nikdo za váma nepřijde a máš nárok na tamto, na tamto...*“ (informant č. 1) Jako velmi pozitivní však vnímám, že **v mnoha případech pečujícím hodně pomohli sociální pracovníci sociálních služeb a pracovníci v sociálních službách.** „*Za tohle jsem vděčnej paní X, která mi hodně pomohla. Já sice vím, že to je její práce, ale i tak to pro mě byla obrovská pomoc v tu chvíli.*“ (informant č. 5)

V poslední části rozhovoru mě zajímalo, co by se v České republice mělo změnit, aby se pečujícím osobám lépe pečovalo. **Část informantů nevěděla, jaké by měly být změny vůči neformálním pečujícím.** Je to možná z toho důvodu, že většina z nich neřešila žádné závažné problémy v pečování o seniora. „*Já nevím, co by se mělo změnit. Já už to musím brát tak, že to je úděl. Takže pro mě, co se může...*“ (informant č. 4) Informanti, kteří měli problémy ve zdravotnictví uváděli, že **by se měl změnit přístup zdravotnictví k seniorům**, protože někteří měli pocit, že už se o staré lidi lékaři tolik nezajímají. Dva informanti navrhli, že **by bylo potřeba, aby veškeré schvalovací procesy netrvaly tak dlouho.** „*Aby to tak dlouho všechno netrvalo, než něco přes tu pojišťovnu dostaneme. Protože kdo potřebuje, tak si to radši obstará jinak než čekat takovou dobu.*“ (informant č. 1) „*No asi ty příspěvky, aby se schvalovaly rychleji, protože to jsme pak čekali třeba několik měsíců.*“ (informant č. 6) Jako další změnu by někteří informanti navrhovali **lepší informování lidí**, protože často si informace museli shánět sami. „*Ale určitě každá pomoc a informace, která by se těm lidem dostala, tak je dobrá. Protože ty lidi na to čekaj, že jim někdo podá tu pomocnou ruku.*“ (informant č. 1)

Co se týká poslední otázky, zajímalo mě, jakou by ocenily pečující osoby ještě další pomoc a podporu. Žádný informant neuvedl nějaký jiný finanční příspěvek. **Většina informantů sdělila, že jsou takto spokojeni a jinou pomoc nepotřebují.** Dva informanti **uvodili, že by ocenili službu, která by fungovala jako asistence např. na několik hodin denně**, dle slov těchto informantů něco jako „hlídání“. „*Taky bych ocenila nějakou službu, že by třeba přišla osoba jednou za týden na odpoledne a já bych měla čas*

sama pro sebe a mohla bych si dělat něco svýho. Možná ve větších městech takový služby jsou, ale tady nic takovýho neseženete.“ (informant č. 1)

Shrnutí DVC4

Většina informantů viděla v domácím pečování výhody, zejména pro seniory, protože mohou zůstat v domácím prostředí. Uváděli, že by neumístili seniora do pobytové služby, proto nemají srovnání. Informovanost na začátku jejich pečování byla nízká a všichni informanti si museli informace zjišťovat, někteří pomocí internetu, někteří s pomocí rodiny a většině z nich také pomohli pracovníci terénních služeb. Co se týká změn vůči pečujícím osobám, většina informantů nevěděla, co by se mělo změnit, protože byli takto spokojeni. Někteří navrhovali zejména změny v přístupu ve zdravotnictví a rychlejší schvalovací procesy. Také by někteří ocenili, kdyby měli na začátku více informací a věděli, na koho se obrátit. Další služby většina informantů nepotřebovala, pouze dva informanti by ocenili službu, která by přišla na pár hodin asistovat seniorovi a pečující osoba by tak měla čas pro sebe.

Závěr

Má bakalářská práce se skládá ze tří hlavních částí. V první části jsem lehce nastínila metodiku zpracování, hlavní cíl a cíle dílčí. V teoretické části jsem se snažila popsat základní témata, která se vztahují k péči o seniora v domácím prostředí. Následně jsem podle teoretické části sestavila výzkumné šetření, které je popisováno v empirické části. Zvolila jsem si kvalitativní formu výzkumu a použitou technikou byl polostrukturovaný rozhovor. Celkem jsem uskutečnila šest rozhovorů s pečujícími osobami, které se v domácím prostředí starají o seniora.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo *zjistit, jak vnímají péči o seniora v domácím prostředí pečující osoby a jak je tato péče ovlivňuje*. Myslím si, že se mi podařilo tohoto cíle dosáhnout. K tomu mi posloužily i jednotlivé dílčí cíle. Díky zvolené technice polostrukturovaného rozhovoru jsem měla možnost poznat jednotlivé názory pečujících osob a proniknout tak do problematiky neformální péče více do hloubky. Proto si myslím, že zvolená výzkumná strategie byla správná a já jsem tak lépe porozuměla situacím, které musí pečující osoby během pečování řešit.

Myslím si, že můj výzkum přispěl k uvědomění, že je potřeba se neformální péči v České republice více zabývat. Dle mého názoru je nutné se více zaměřovat na pečující osoby jako takové, protože i přesto, že jsem rozhovory dělala pouze s šesti osobami, na mnoho věcí jejich odpovědi poukázaly a velmi mě překvapilo, jakým problémům musí čelit. Zároveň se však potvrdila má domněnka, kterou jsem popisovala i ve druhé kapitole teoretické části, a to síla mezigenerační solidarity v českých rodinách. Vzhledem k tomu, že spousta rodin stále preferuje pečovat o seniora doma, je věnovat pozornost způsobům, kterými bychom přispěli ke zlepšení podmínek neformálních pečujících. Protože kde by všichni tito senioři byli, kdyby se o ně pečující nebyli ochotni starat? A takových lidí je v České republice mnoho. Pokud tak chceme jako Česká republika podporovat domácí péči, musíme se také snažit o to, aby pro pečující bylo pečování co nejpříjemnější.

Velmi mě překvapilo během výzkumu, jakou pomoc představují pro pečující terénní služby. Nejen proto, že jim pomáhají, ale také proto, že jim poskytují mnoho informací a učí je, jak správně o seniora pečovat. Sociální pracovníci zase poskytují přehled o dalších formách podpory ve formě příspěvků apod. Proto se ukazuje, že takové terénní služby

jsou potřeba i v menších městech a obcích. Zároveň ale vnímám, že pro samotné pečující je služeb stále nedostatek. Např. odlehčovací služby jsou dostupné spíše ve velkých městech, což je samozřejmě pro pečující z malých obcí často nedostupné. Dle mého názoru je nutné věnovat větší pozornost i psychické podpoře pečujících. Což potvrdily výpovědi některých informantů. Pro většinu z nich byla péče psychicky velmi náročná, a tak si myslím, že by měly existovat služby, které by se více věnovaly pečujícím osobám, ať už ve formě odlehčovací, které by zajistily více volného času pečujícím nebo ve formě psychické podpory, protože věřím, že by velká část z nich takovou podporu uvítala. Je nutné se v budoucnu zaměřit i na větší spolupráci zdravotnictví a sociální péče, kterou jsem také zmiňovala v teoretické části. To dokázaly odpovědi informantů, kteří měli často problémy právě v oblasti zdravotnictví. Jsem zastánce toho, aby lékaři a sociální pracovníci více komunikovali a předávali si informace, které by následně mohly zlepšit i informování samotných pečujících.

Bakalářská práce by mohla být využitelná v praxi jak pro odborníky, kteří pracují se seniory v domácím prostředí, tak i pro samotné pečující osoby. Zároveň může přinést základní vhled pro ty, kteří o takové péči nic neví a chtěli by se dozvědět. Byla bych ráda, kdyby se v nejbližší době uskutečnily nějaké změny, které by zlepšily podmínky pro domácí pečování, protože do podobné situace se může dostat téměř každý z nás.

Pro budoucí výzkumy, které by se chtěly zabývat podobným tématem, doporučuji více se zaměřit na další problémy pečujících, na které naráží během pečování a způsoby naplnění jejich potřeb. S tím je podle mě důležité začít více naslouchat pečujícím osobám a dívat se do budoucna, jak zlepšit jejich kvalitu života.

Seznam použitých zdrojů

- BUKOVJAN, P. 2018. Dlouhodobé ošetrovné z pohledu pracovního práva. *Práce a mzda: odborný časopis pro otázky odměňování, pracovního práva, personalistiky, kolektivního vyjednávání a pro sociální oblast*. 66(5), s. 25-28.
- CENTRUM PRO PEČUJÍCÍ TŘEBOŇ. 2021. *Průvodce výběrem kompenzačních pomůcek pro pečující* [online]. Třeboň: Centrum pro pečující. [cit. 18. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/res/archive/001/000571.pdf?seek=1629474847>
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie – Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- DANIELOVÁ, B., FITZPATRICK, K. a kol. *Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů* [online]. Diakonie ČCE. [cit. 19. 12. 2022]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/jsem%20tady%20je%C5%A1t%C4%9B%20doma.pdf>
- DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. 2020. *Ti, kteří se starají – Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum.
- DOBIÁŠOVÁ, K. a KOTRUSOVÁ, M. 2017. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce*, 6(17), s. 22-41.
- DUDOVÁ, R. 2015. *Postarat se ve stáří – Rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i.
- EGER, L., EGEROVÁ, D. 2017. *Základy metodologie výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- FRYČ, V., CHMELOVÁ, M., ADÁMKOVÁ, P. 2021. *Neformální péče v teorii a praxi – sborník odborných statí* [online]. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o. [cit. 27. 12. 2022]. Dostupné z: [Neformalni pece v teorii a praxi sbornik final.pdf](#)
- GEISLER, H. et al. 2015. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [cit. 28. 12. 2022]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/3_Závěrečná-zpráva-z-fokusních-skupin.pdf
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Praha: Havlíček Brain Team.
- HENDL, J., REMR, J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- CHLOUBOVÁ, H. 2005. Psychosociální potřeby ve stáří. [online]. *Rezidenční péče*, 1(3), s. 14-15. [cit. 9. 11. 2022]. Dostupné z: <https://rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0503.pdf>

CHLOUBOVÁ, H. 2005. Změny potřeb ve stáří. [online]. *Rezidenční péče*, 1(2), s. 22-23. [cit. 9. 11. 2022]. Dostupné z: <https://rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0502.pdf>

JANEČKOVÁ, H. 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ, P. (Eds.). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 163-193.

JEŘÁBEK, H. a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vydání první. Praha: SLON.

JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. [online]. Praha: CESES FSV UK. [cit. 2. 12. 2022]. Dostupné z: file:///C:/Users/Admin/Desktop/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf

KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. První vydání. Praha: Grada Publishing a.s.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.

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

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

NOVÁK, T. 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ B. a kol. 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum.

PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství.

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

PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK R. a kol. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s.

RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

ŠIMONÍK, P. 2015. *Podpora neformálních pečovateli – závěrečná zpráva z výzkumu* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [cit. 18. 12. 2022]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/2_Závěrečná-zpráva-z-dotazníkového-šetření-mezi-neformálními-pečovatelí.pdf

ŠIROKÝ, J. a kol. 2019. *Psaní a prezentace odborných textů*. První vydání. Praha: Leges, s.r.o.

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

VEDLICHOVÁ, M. 2013. *Domácí péče*. Hradec Králové: Gaudeamus.

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

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

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

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

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka.....	41
Tabulka 2: Základní údaje o informantech.....	45
Tabulka 3: Základní údaje o péči o seniora.....	46

Seznam příloh

Příloha 1 – Přepis rozhovoru	I
------------------------------------	---

Příloha 1 – Přepis rozhovoru

TO 1: Jak jste Vy a rodina prožívali situaci, když jste se rozhodovali o péči o seniora v domácím prostředí?

„Jak to mám říct. No, musím. Je to manžel a je to automaticky, že ho nemůžu nechat tady samotného. Takže to jsem předtím dělala všechno sama, mytí... To si ještě pomoci hůlky došel do koupelny, tam se postavil, tak jsem ho omyla. Jako do vany, to v žádném případě, to až teďka, že mi pomáhají, tak se dostane díky tý pečovatelské službě.

A začalo to, že pečovatelská služba jezdí až od září, října, nějak jak ho pouštěli z nemocnice, protože byl dušnej. A poradili mi tam... oni ho chtěli dát na tu následnou péči, aby se rozchodil, protože on vůbec jako s chodítkem nechodil. Jenomže on to odmítnul. Že se doma tady postaráme. No tak syn mně pomohl sehnat tuhle pečovatelskou službu a za tu jsem teda moc vděčná. A pán mi sem jezdí každý den pomoci, jednou tejdně ho vykoupou. To, že existuje takováhle židle, která se dá otočit, to jsem vůbec nevěděla.

A já jsem měla mamku, ta bydlela v (město), tu do devadesáti let jsem se o ni taky starala, akorát že dopoledne jsem věnovala ji, odpoledne zase manželovi. Jezdila jsem autobusem, protože já žádnéj dopravní prostředek nemám. Na kole taky už se bojím. A říkám si, že kdybych věděla, že existuje takováhle služba... nevěděla jsem to. Doktor to taky nevěděl. A je i možný, protože mamka byla z takový starší školy, že by si to ani nenechala dát. Ona brala, že se o ni postarám já, protože měla mě jako dceru a syna, ale ten bydlel v (město), takže ten sem nemohl jezdit, aby se postaral. Jezdil sem jako na návštěvu, ale jinak ne, takže to brala takhle. A já jsem to takhle ráda zvládala, ale teď už by to nešlo. Protože mně stačí sobota, neděle. Já takhle když přijde pan z pečovatelské služby, tak já si připravím snídani a on má všechno. Ale když to musím dělat já, tak bohužel. Ho omeju, sobota, neděle, promažu ho. Ale mezitím si musím vstát v půl pátý, abych si zatopila, nanosila dříví, aby měl trochu teplo.“

TO 2: Jak se rodina či okolí seniora (sousedé, přátelé) zapojili do péče o seniora?

„Z rodiny mi nemá kdo pomáhat, nikdo není už. Otec zemřel, matka zemřela, ta byla v domově důchodců od devadesáti do devadesáti tři let a tam zemřela. A bratr mně taky

zemřel, to je asi tři roky. A ze sourozenců od manžela, to nemůžu chtít. Jedině když se mně stane, že mi třeba spadne, musím za ním chodit. Ale když se mi stalo, že mi spadnul na zem, musela jsem jít pro souseda, ať mi s ním pomůže ho zvednout, protože já mám vyhrzlou plotýnku a operovat to nemůžou. Akorát pod CTčkem mi daj obstřík dvakrát do roka, což je v pohodě, pomůže to aspoň dva měsíce, ale pak prášky jediné.“

TO 3: Jak byste si přál/přála, aby se rodina či okolí zapojili do péče?

„Jak jsem řekla, není kdo by mi víc pomohl. Sousedi jsou, kdyby něco... Ale jinak mám dva syny a ty mi pomáhají, každé tejdě sem jezdí.“

TO 4: Jaké využíváte sociální či zdravotní služby, která Vám pomáhají s péčí o seniora?

„Tak určitě ta pečovatelská služba. A ještě sem jezdí ta zdravotní služba na převazy na nohy. Když má nějaký, tak mi sem sestřička jezdí. To si objednáva pan doktor obvodní. Ta už sem jezdila loni. Teď se nám to zase rozjelo na druhý noze nějaký ty výstupky. A když mu to začne hnisat, tak prostě volám.“

TO 5: Jak jste se o těchto službách dozvěděl/dozvěděla?

„O tý pečovatelský službě jsem nevěděla. To v nemocnici, teď jak mi vloni pouštěli manžela z nemocnice, tak za ním byla nějaký sestřička, co tam provozuje tuhle pomoc, já nevím, jak se to jmenuje... Tak ta mi řekla, jediné ať se zkusíme obrátit na tu (město) pečovatelskou službu. No tak jsme se obrátili se synem a přijeli, jakmile mi sem přivezli manžela. Takže to je tak asi od září nebo od října, co mi sem jezdí.“

TO 6: V čem jsou pro Vás přínosné sociální či zdravotní služby, které využíváte?

„Určitě na ty záda, já nemůžu ho přinést, nějaký ten lavor, to mytí vůbec ve vaně, to nepřipadá v úvahu, to dělaj oni. A pak jsem se naučila, že se musí promazávat to tělo, to jsem taky nedělala. To člověk namazal nohy, ruce a obličej a víc ne...“

TO 7: Jak hodnotíte dostupnost služeb ve Vašem okolí, které pomáhají s domácí péčí o seniora?

„Já jsem takhle spokojená.“

TO 8: Využíváte nějakou finanční podporu, která Vám pomáhá finančně zajistit péči o seniora v domácím prostředí? Pokud ano, jakou?

„Máme příspěvek na péči a ještě na tu ZTP. Je to že když by náhodou, ale mi ho do auta nedostanem, tak že můžem zastavit tam, kde je to parkovací místo, kde je to bliž třeba k nemocnici nebo to. Ale já bohužel využívám sanitku, protože on ho musí odtud převízt na tom vozečku a přivezou mi ho tam. Tam mi ho pomůžou přesadit a když chodíme vyměňovat tu hadičku, tak tam zas táhnu s sebou to chodítko, aby se postavil.“

TO 9: Jak jste upravoval/upravovala domácnost, aby byla vhodná pro péči o seniora?

„Bohužel, my máme koupelnu v rekonstrukci, takže to tam je takový úzký provizorní. A syn, protože má malé děti, tak nemůže tady pořád bejt, aby se to dodělalo. Takže se vyměnilo okno v koupelně a od té doby to tam je. A jinak akorát ty nájezdy sem do baráku, to jste viděla.“

TO 10: Jaké používáte kompenzační pomůcky?

„Sehnali jsme polohovací postel, matraci a to všechno. Protože z klasický on nemohl vstát, takže to ho vyveze. Pak máme ještě to chodítko a na vanu tu židli, tu stáček, kde ho potom omeje. Ale hodně nám to usnadňuje tu péči. Když ne mně, tak pečovatelský službě. No a pak ten vozeček, kterým se tam dostane.“

TO 11: Jaká je Vaše motivace starat se o seniora v domácím prostředí?

„Je to manžel a musím se o něj postarat. A do služby pobytový on by nechtěl, proto on chtěl z té nemocnice. V následný péči byl, já nevím, jestli to je pět roků nebo víc. A vím, že tenkrát měl nějak rameno zlomený, tak mu to šroubovali a jak dostal narkózu, tak

přestal chodit. Takže ho tam dali. Ale moc se tam o něj nestarali, jezdil tam každé večer syn z (město), aby tam s ním chodil po chodbě. Takže on rezignuje, že ne.“

TO 12: Setkal/setkala jste se při péči o seniora v domácím prostředí s nějakým problémem či problémy? Pokud ano, jak jste je řešil/řešila?

„Nic mě nenapadá, on není náročnější na jídlo, takže to je všechno v pohodě zatím.“

TO 13: Jakou potřebu/potřeby u sebe nejvíce vnímáte při naplňování péče o seniora?

„Nevím. Já si ráda čtu, to si jezdím do (město) vyměňovat knížky nebo syn. Já mám dva syny a oni se střídají, každé týden přijede jeden na sobotu a udělají nákupy. Protože já tady se projdu kousek, ale abych jela autobusem do města, to ne. A teď když musím k lékaři, tak jsem objevila, že existuje taxi služba, to jsem taky nevěděla, protože otravuju tady souseda. Třeba dneska mě vezl na poštu, že jsem potřebovala. Ale když chci k tomu lékaři a chci, abych byla brzo doma, tak chci ráno v sedm nebo po sedmý jediné, a to nemůžu souseda tahat. Takže mně sestřička, co sem jezdí na ty převazy, poradila tuhle službu, tak jí chci příští týden využít, protože jdu zas k ortopedovi, protože mám artrózu v kolenou. Ale jinak na ostříhání, tak řeknu někomu, tady v sousedství.“

TO 14: Jak se snažíte tuto potřebu/tyto potřeby naplnit?

„Tak k doktorovi mě odvezou, když potřebuju, moji synové. Jinak já nic víc nepotřebuju. Tady doma si dělám i svoje věci, nějaký úklid nebo na jaře zahrada, na to mám čas, když zrovna nepečuju o manžela. Jinak tady máme dobrý sousedy a když je něco potřeba, tak oni mi pomůžou.“

TO 15: Jakou psychickou zátěž pro Vás představuje péče o seniora?

„Někdy je manžel nervní, to jo, takže já taky zvýším hlas, ale jinak to jde v pohodě. Říkám, já jsem věděla, že se musím postarat o mamku, teď to je zas manžel. A zatím je to dobrý.“

**TO 16: Věnujete se nějaké sebekéči jako prevence vzniku syndromu vyhoření?
Pokud ano, jaké?**

„Do tý nemocnice když potřebuju nebo na nákup, když chci sama, tak v sobotu, když syn přijede, tak jedu s ním autem, jinak já sama se bojím. Jinak tady mám ty sousedy, takže když něco potřebuju, tak si řeknu. A taky jezdím na ty obřiky do Prahy na Homolku, tak jeden syn mě tam veze a druhý syn tady je a hlídá manžela, protože samotnýho ho tady nechat nemůžu. Maximálně na hodinku, jinak ne. Teď vidíte, že on si tam šel lehnout, v pohodě, připravila jsem si jídlo. Ale jinak nic zvláštního nedělám, jako že bych chodila někde k psychologovi, to ne, zatím to zvládám dobře.“

TO 17: Jaké vidíte výhody a nevýhody v péči o seniora v domácím prostředí?

„No já v tom vidím výhodu, nevýhodu nevidím. Protože nemůžu vědět, jak by pečovali někde jinde. Je fakt, že jak jsem měla mamku v tom domově důchodců, tak tam byla spokojená, měla svůj pokoj, měla jídlo připravený. Jinak já když jsem doma uvařila, tak jsem jí to vezla tam a muselo se to přihřevat. Naštěstí jsem tam nebyla, když jsem si zlomila loket, byla jsem tam jeden den. Takže zatím to беру takhle.“

TO 18: Jak hodnotíte Vaši informovanost, když jste začínal/začínala s péčí?

„Nevěděla jsem nic. To až říkám, ten loňský rok, tak mně syn přes mobil nebo přes nějaký ten internet, protože já mám jenom pevnou linku, tak mně zjistil, co je možný a postaral se. A pan doktor samozřejmě taky, obrátil se na lékaře a ten musí předepsat, co se může...“

TO 19: Jak by se podle Vás měl změnit postoj k pečujícím osobám v České republice?

„Nic mě nenapadá.“

TO 20: Jakou byste ocenil/ocenila další pomoc a podporu pečujících osob?

„Nic mě nenapadá, já jsem takhle spokojená. Pokud je manžel zdravěj, pokud se náhodou něco nestane... Ale byli moc hodný i na tý 155, takže všechno bylo zatím vždycky v pohodě.“