

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

**Vzdělávání v neformální péči jako forma podpory osobám
pečujícím o seniora se sníženou soběstačností
v domácím prostředí**

Diplomová práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. KARLA MIKULKOVÁ

Obor: Speciálněpedagogická andragogika

**Vzdělávání v neformální péči jako forma podpory osobám
pečujícím o seniora se sníženou soběstačností
v domácím prostředí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2014

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu.

V Olomouci dne.....

podpis.....

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a PhDr. Kateřině Kubalčíkové, Ph.D. z Fakulty sociálních studií MU Brno za poskytnutí konzultací k metodologii výzkumu.

Současně děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovor.

Obsah

Úvod	7
1. Stárnutí, stáří, vymezení pojmu	10
1.1. Senior, vymezení pojmu	11
1.2. Soběstačnost seniora	15
2. Péče o seniora se sníženou soběstačností v ČR	18
2.1. Klasifikace péče	19
2.2. Formální péče.....	20
2.3. Neformální péče	21
2.4. Problematika provázanosti formální a neformální péče	25
3. Domácí (neformální) pečovatel	28
3.1. Domácí pečovatel v kontextu rodiny	28
3.2. Identifikace pečující osoby	32
3.3. Podoba domácí péče	35
3.3.1. Pomoc hlavní pečující osobě ze strany dalších členů rodiny	37
3.3.2. Pomoc osobám, pečujícím o seniora v jeho přirozeném prostředí ze strany sociálních služeb	39
3.3.3. Pomoc osobám pečujícím o seniora v domácím prostředí ze strany domácích zdravotních služeb.....	43
3.3.4. Pomoc osobám pečujícím o seniora se zdravotním postižením v domácím prostředí ze strany svépomocných organizací a dobrovolníků	51
3.4. Rizika péče o seniora se sníženou soběstačností v prostředí domácnosti	55
4. Kompetence pečující osoby, potřebné pro poskytování péče o seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí	64
4.1. Kompetence pečující osoby ve vztahu k přímé osobní péči o seniora se sníženou soběstačností	65

4.1.1.	Kompetence pečující osoby v oblasti uspokojování fyziologických potřeb seniora se sníženou soběstačností	66
4.1.2.	Kompetence pečující osoby v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb seniora se sníženou soběstačností	74
4.2.	Kompetence pečující osoby ve vztahu k péči o vlastní osobu.....	79
4.3.	Kompetence pečující osoby ve vztahu k sociálně právní otázce péče o seniora se sníženou soběstačností.....	82
4.4.	Kompetence v širším kontextu povědomí společnosti o problematice seniorů a péče o seniory	87
5.	Podpora osobám pečujícím o seniora se sníženou soběstačností v kontextu vzdělávání	91
6.	Metodologie práce.....	97
6.1.	Technika sběru dat	98
6.2.	Výzkumný vzorek	99
6.3.	Organizace výzkumu	99
6.4.	Postup při zpracování dat	100
6.5.	Limity výzkumu	101
7.	Pohled pečujících osob na získání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění osobní péče o seniora se sníženou soběstačností	101
8.	Pohled pečujících osob na získání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění vlastních potřeb	111
9.	Pohled pečujících osob na získávání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění péče o seniora se sníženou soběstačností v jejím sociálně-právním rámci	118
10.	Pohled osob pečujících o seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí na širší společenský kontext jejich činnosti.....	126
	Závěr.....	130
	Použité zdroje.....	132

Úvod

Stárnutí populace ve vyspělých státech světa se věnuje již delší dobu poměrně velká pozornost. Tento jev s sebou přináší mnohé otázky pro politiky, ekonomy, lékaře, architekty a další řadu odborníků, kteří se podílí na zajišťování určitého komfortu života lidí ve stáří. Klíčovým prvkem ve většině států s vysokým počtem seniorů, resp. hlavně starších seniorů, je mezigenerační solidarita. Fakt, že přerozdělování prostředků a budování nových zařízení institucionální péče ve prospěch narůstající skupiny seniorů v populaci bude mít své meze, je zřejmý. O mezigenerační solidaritě lze hovořit i ve spojitosti s tak malým celkem, v porovnání s populací státu, jako je rodina. Právě na zajištění seniorů ze strany rodiny, tj. neformálních pečovatelských se zaměřují strategie vyspělých zemí, včetně České republiky. Tyto strategie vychází ovšem nejen ze zmíněného omezení možností podílu státu na zajištění života lidí ve stáří, ale i z požadavků na kvalitu života v seniu. Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů vyššího věku se dá předpokládat i nárůst potřeby péče v případech nesoběstačnosti osob z důvodu špatného zdravotního stavu, nebo věku. Právě v péči o seniory, kteří z uvedených důvodů potřebují pomoc jiné osoby, se v poslední době prosazuje trend podpory co nejdelšího pobytu člověka v jeho přirozeném prostředí s tím, že péče o něj je zajišťována rodinnými příslušníky, či jinými blízkými osobami, ať již jde z jejich strany o samostatný výkon této péče, nebo participaci na péči ze strany formálních poskytovatelů. Péče o seniora s omezenou soběstačností je z hlediska komplexnosti uspokojování potřeb multidisciplinární činností, péče by měla pokrýt celé spektrum bio-psycho-sociální a spirituální jednoty lidské bytosti. Ze strany formálních poskytovatelů je péče rozdělena podle jejich odborného zaměření, ke škodě věci se jeví velmi nízká úroveň propojenosti sociální a zdravotní péče, „provázání formální a neformální péče se v ČR teprve institucionalizuje“ (Kubalčíková, 2012, s. 90). Rodinný příslušník, nebo jiná blízká osoba, která se rozhodne pečovat o seniora se sníženou soběstačností v podmínkách přirozeného prostředí domácnosti, se ocitá v průsečíku kompetencí, potřebných jak ke správnému pečování o seniora, tak k ochraně vlastní bio-psycho-sociální pohody. Uvážíme-li požadovanou kvalifikaci odborníků, která je zapotřebí k zajištění péče o osobu se sníženou soběstačností ze strany formálních poskytovatelů, dá se předpokládat, že poskytnutí adekvátní kvalitní péče laickým pečovatelem bude vyžadovat, aby byl vybaven určitou mírou informací, znalostí a dovedností, tedy aby měl potřebné kompetence k péči o svého příbuzného, i o sebe sama. Péče poskytovaná

blízkou osobou je pak významně doplňována důvěrným vztahem k opečovávané osobě a emocionální složkou péče, což je na jedné straně doplňujícím faktorem kvality péče ke zmíněným kompetencím, na straně druhé může ale právě emocionální podpora opečovávané osobě vést k větší vyčerpanosti pečovatele. Pečující osoby se staly objektem zájmu a cílovou skupinou výzkumných projektů a šetření až poměrně nedávno. Život pečujících osob je zkoumán v různých kontextech, jde například o kvalitu života, participaci na péči dalších poskytovatelů, souvislost s mezigenerační solidaritou apod. Cílem této práce je zjistit, **ve kterých oblastech péče se potřebuje pečující osoba vzdělávat, aby získala nebo rozvíjela svoje kompetence, potřebné pro zajištění přiměřené péče o seniora se sníženou soběstačností?** Práce je rozdělena na dva velké celky, teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou uvedeny poznatky z literatury, jsou zde definovány a rozebírány pojmy, související s tématem za účelem seznámení s problematikou cílové skupiny, kterou se práce zabývá a následného uvedení do podstaty úkolu šetření. Šetření pomocí kvalitativní metody rozhovoru s osobami pečujícími o seniora se sníženou soběstačností v přirozeném prostředí domácnosti, zároveň se stanovením cílů šetření, popisem metody, vzorku šetření a popisu vlastního šetření s hodnocením výsledků a závěrem je obsahem praktické části této práce.

Senioři vytváří v naší populaci skupinu, která se vyznačuje velkou heterogenitou. První úvodní kapitola práce se věnuje vymezení pojmů stárnutí, stáří a senior. Objasnění různorodosti stárnutí a stáří pomocí modelu funkčního věku vede k vymezení pojmu soběstačnosti seniora. Soběstačností ve smyslu uspokojování potřeb vlastními silami disponují senioři v různé míře. Potřeba péče a pomoci druhé fyzické osoby je spojena se zákonem vymezenými stupni závislosti seniorů na této pomoci v případě jejich nesoběstačnosti. Práce se zaměřuje především na seniory s takovým stupněm závislosti, který vyžaduje více jak občasnou výpomoc druhé osoby. Péči o seniora věnuje pozornost druhá kapitola, jsou zde popsány možné formy péče, základní rozdělení na formální a neformální péči, je zde stručně uvedena podoba a úprava obou forem péče a problematika jejich propojenosti, která je žádoucí zvláště pro pečovatele v domácím prostředí. Obsah první a druhé kapitoly souvisí s problematikou péče o starého člověka, který je z důvodu své nesoběstačnosti závislý na pomoci druhé osoby, tedy i péči vykonávanou neformálním „domácím“ pečovatelem. Laickému pečovateli je věnovaná třetí kapitola. V textu této části jsou uvedena data převážně z publikovaných výzkumů a

šetření, cílem kapitoly je objasnění kdo převážně tuto činnost vykonává, jaká je podoba péče v přirozeném prostředí, s jakou podobou pomoci může pečovatel počítat a jaká rizika jsou spojena s poskytováním péče v přirozeném prostředí, jak na straně pečující osoby, tak na straně seniora, o kterého je pečováno. Obsah třetí kapitoly vymezuje oblasti kompetencí laického pečovatele, kterými se zbývá kapitola čtvrtá, která pojednává o informacích, znalostech a dovednostech potřebných pro pečující osoby k zajištění kvalitní péče o seniora se sníženou soběstačností v prostředí domácnosti. Jedná se o kompetence spojené bezprostředně s poskytováním péče, dále o kompetence spojené s vazbou na formální poskytování péče a o kompetence které souvisí s širším kontextem této péče, tj. širším povědomím o péči poskytované v přirozených podmínkách domácnosti. Jmenované okruhy kompetencí může pečující osoba získat různým způsobem, z různých zdrojů a různými formami. Edukace může mít i podobu pedagogické intervence. Závěrečná kapitola teoretické části je věnována možnostem, způsobům a nástrojům edukace pečujících osob, tedy procesu získávání a doplňování jejich kompetencí k výkonu náročné činnosti, jakou péče o seniora v přirozeném prostředí domácnosti bezesporu je. Jelikož pečujícími osobami jsou dospělí jedinci, je jejich vzdělávání předmětem andragogiky. Edukační intervence je zamýšlená jako nástroj pomoci pečujícím osobám. Jelikož se zároveň vztahuje k seniorům, o které je pečováno, jde tedy o osoby, které se z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení ocitly v situaci, která vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, mělo by vzdělávání obsahovat i prvky speciální andragogiky.

Základním cílem praktické části práce je zodpovězení primární otázky šetření, *ve kterých oblastech péče se potřebuje pečující osoba vzdělávat, aby získala, nebo rozvíjela svoje kompetence, potřebné pro zajištění přiměřené péče o seniora se sníženou soběstačností.* Informace od pečujících osob o jejich potřebách v oblasti edukace a získávání kompetencí pro výkon péče, které by chtěly získat, nebo rozvíjet jsou získány pomocí kvalitativní metody rozhovoru. V praktické části jsou charakteristická data z rozhovorů rozebrána za účelem monitorování nejčastějších a nejžádanějších okruhů, ve kterých pečujícím osobám chybí informace, znalosti a dovednosti potřebné k jejich náročné činnosti. Motivací pro volbu tématu práce byla jednak vlastní dobrovolnická činnost a také zkušenosti z práce na geriatrii s častým kontaktem s příbuznými pacientů, kteří zde byli hospitalizováni. Tito lidé jsou potenciálními pečujícími osobami a často se rozhodnou pro institucionální péči o svého příbuzného právě pro vlastní pocit

nedostatečných kompetencí k péči doma a následného strachu ze selhání. Naopak v dobrovolnické činnosti je patrná vyšší míra znalostí alespoň v okruhu návaznosti na formální poskytovatele, péče je poskytována s větším přehledem. Tento poznatek vedl k předpokladu, že edukace pečujících osob by mohla být formou pomoci, která omezí rizika péče v domácím prostředí, tedy i motivací ke zvolení tématu.

1. Stárnutí, stáří, vymezení pojmu

S ohledem na komplexní pojetí člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotku nelze jednoznačně vymezit stáří u všech jedinců stejně. Ještě do nedávné doby převládalo ve vymezení stáří a stárnutí hledisko biomedicínské. Tento pohled na poslední vývojovou etapu člověka si všimal především involučních změn organismu a zabýval se mechanismy, které stárnutí způsobují. I když se v dnešní době díváme na proces stárnutí, a stáří u člověka komplexně, přesto zůstává biomedicínský model stárnutí jedním z článků tohoto komplexu a to článkem velmi významným, protože důsledky organických změn mají přímý vliv na další složky komplexity člověka. Tvaroh (1983) uvádí ve své knize „Všichni stárneme“ že se počet teorií o stárnutí pohybuje kolem tří set. Zmiňuje zde našeho významného vědce profesora Růžičku, který vysvětluje jako příčinu stárnutí hysterézu protoplazmy (houstnutí koloidních roztoků v buněčné protoplazmě), dále zmiňuje významné teorie jako teorii materiálně podmíněných dědičných vlastností podle Kehrera, teorii stárnutí jako důsledku poškození organismu vlivem působení škodlivin během života podle Bineta, Bourliéra, Camerona a Eiselta, Pavlovovu a Kocovského teorii atrofie centrální nervové soustavy i Mečnikovovu teorii, která se sice jako příčina stárnutí neprokázala¹, ale zato je mu přisuzováno prvenství na poli výzkumu autoimunizačních látek v těle, což byl pro imunologii, potažmo dnešní možné příčiny stárnutí organismu určitě obrovský přínos (Tvaroh, 1983). Podíl různých teorií o příčinách stárnutí má na dnešní podobě vědeckých oborů zabývajících se stářím a stárnutím určitě velký význam, dá se říct, že staví na jejich základech a biomedicínský aspekt na dnešním komplexním pohledu na stárnutí lidské bytosti určitě neztrácí na své váze, jen je zasazen do širšího rámce.

V dnešní době pohlížíme na stáří jako na životní úsek, vývoj člověka v čase, při spolupůsobení mnoha faktorů, které ovlivňují kvalitu života jedince a do jisté míry

¹ „Přesto je však Mečnikov právem nazýván otcem moderní gerontologie“ (Tvaroh, 1983, s. 47).

určují, jak bude jeho stáří „vypadat“. Odborníci se shodují, že jde o poslední, nebo pozdní vývojovou fázi. Vágnerová (2007, s. 299) v citaci zahraničního zdroje (Bromley in Stuart-Hamilton 1999) představuje stáří jako fázi, „která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje“ a dělí tuto etapu na rané (60-75 let) a pravé stáří (75 a více let).

O pojmu stáří je vhodné uvažovat v kontextu termínu heterogenita. Nejen že sociální skupina seniorů je sama o sobě značně heterogenní, ve zmíněné skupině se mohou vyskytovat jedinci, kteří se již v období raného stáří cítí a působí daleko starší, vedle těch, kteří i pozdějším seniui disponují potenciálem člověka pozdější fáze středního věku. O nesourodosti lze mluvit i v souvislosti se stárnutím jednotlivých složek lidské bytosti, jako bio-psych-sociální jednotky. Stárnutí jednotlivých složek u jedince nemusí být rovnoměrné, jejich funkční potenciál se může naopak lišit ve značném rozpětí.

1.1. Senior, vymezení pojmu

Podobně jako neexistuje pevný podklad pro jednoznačnou definici stáří, nemůžeme v plném slova smyslu vymezit pojem senior. Vzhledem k požadavkům sociokulturní sféry je ovšem praktické zvolit sjednocující hledisko.² Jedná se potom o statický model vymezení seniora a to podle časové linie, tj. kalendářního věku.

Jako počátek *kalendářního stáří* označila Světová zdravotnická organizace v 60. letech minulého století hranici 60 let. Existují ovšem některé faktory, které tuto hranici posouvají k věku 65 let.³ Podle další periodizace panuje shoda určení počátku vlastního stáří (kmetství, senium, starší senioři) na hranici 75 let a posun se týká až dlouhověkosti (velmi staří senioři), kde některé členění uvádí hranici 90 let některé na 85 let. Členění a periodizace jednotlivých období životních etap má svůj význam pro odhad nároků dané věkové skupiny vůči společnosti a rizik, které představuje. (Mühlpachr, 2004). Nevýhoda takového statického vymezení spočívá mimo jiné v tom, že nemusí dostatečně pružně reagovat na změny ve společnosti ani na subjektivní postoje samotných seniorů k platnému vymezení hranice stáří. Tento model bere u jedince v potaz prakticky datum narození a další obraz je odvozen od dat, na jejichž základě je určena hranice penzionování. Jedinec tak na základě těchto dat „spadne“ do vymezené

² Např. pro stanovení věkové hranice pro různé úkony státní správy, zvýhodnění v dopravě, vstupném, pro účely zaměstnavatelů atd.

³ V souvislosti s prodloužením života ve stáří, poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární choroby ve středním věku a zlepšením funkčního potenciálu seniorů (Mühlpachr, 2004).

skupiny, což ovšem nemusí pravdivě zobrazovat jeho skutečný funkční potenciál. Z dlouhodobého hlediska je tento problematický hlavně ve vyspělých státech, které by měly stárnutí populace řešit co nejpružněji. Právě s funkčními schopnostmi včetně stavu organismu jedince pracuje dynamický model vymezení stáří. Díky dynamickému vymezení stáří vynikne již výše zmíněná heterogenita společenské skupiny seniorů jako jednotek této skupiny, i ve smyslu intraindividuálním. Do funkčního potenciálu seniora řadí odborníci stáří biologické, psychické, sociální.

Biologické stáří pracuje v podstatě s fyziologickými údaji o jedinci, s tím, že sleduje celkovou fyzickou zdatnost, involuční změny a patologické jevy, tak, jak se u sledovaného seniora vyskytují.⁴ Změny ve stáří lze pomocí markerů prokázat, nelze však jednoznačně dokázat příčinnou souvislost mezi těmito změnami a stářím (Pacovský, 1994). Na podobě biologického stáří se podle odborníků podílí vnější a vnitřní faktory, přičemž do vnějších lze zahrnout působení prostředí, výživu, onemocnění, životní styl apod., do vnitřních především genetické vlivy. Spolehlivě nelze zatím příčiny biologického stárnutí vysvětlit, existují pouze dva velké opačně orientované okruhy přístupů. *Epidemiologický*, který příčinu stárnutí vidí v působení vnějších vlivů, pracuje s možností, že v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý a smrt stářím nepovažuje za přirozený jev ale nehodu. A druhý okruh, přístup *gerontologický*, který naopak smrt stářím považuje za přirozenou, biologické stárnutí považuje za přirozené zákonité procesy, které jsou podmíněny genetickou informací a ani v optimálních podmínkách není bez vlivu na tuto informaci život příliš prodloužit. (Kalvach, in Mühlpachr, 2004).

Vývojovému posunu podléhá i psychika člověka. V tomto směru se dá hovořit o *psychickém věku, nebo stáří*. Kromě rozdílů v celé skupině seniorů je nutné uvažovat na tomto místě i o poměrně rozdílné podobě ve skupině mladších a pravých (starších seniorů). Zjednodušeně by se dalo říct, že to, co by se u mladších seniorů z psychologického hlediska mělo dotvářet, by mělo být u druhé skupiny již dotvořeno. Jedná se hlavně o dosažení integrity pojetí vlastního života, osobnostního rozvoje a adaptace na vlastní změny. Již v raném stáří dochází k transformaci generativity a

⁴ Pacovský (1994) uvádí souhrnně mezi poznatky o biologickém stárnutí: zpomalení a oslabení regulačních funkcí, omezení rezerv, odolnosti a adaptace na zátěž, změny v imunitním a hormonálním systému, zpomalující změny v psychomotorice, zhoršení smyslových funkcí, úbytek tělesné vody a kostní hmoty, omezení kapacity a rychlosti metabolismu, snížení průtoku a regulace v krevním systému a involuční změny struktur a funkcí jednotlivých orgánů.

intimity. Psychické stáří se projevuje také ve změnách kognitivních funkcí, hlavně funkce poznávací⁵, s ní spojené pozornosti a paměti (Vágnerová, 2007). Na podobě psychického stáří se určitě podílí i potenciál inteligence jedince, odborníci se přiklání k názoru, že s věkem klesá potenciál inteligence fluidní, naopak u inteligence krystalické zůstává dlouhou dobu nezměněn, opírá se o předchozí znalosti a zkušenosti. Obezřetně je dobré se vyjadřovat ke kauzalitě stáří a celkové inteligence. Například při potížích s řešením úkolů v testech apod. se nemusí jednat o sníženou inteligenci, ale právě změnu kognitivní funkce, konkrétně zpomalení reakčních časů (Stuart-Hamilton 1999). Do potenciálu psychického věku patří ještě další významné změny a to v oblasti emocionality. Do emocí se snad nejvíce promítá jednak schopnost adaptace na všechny změny, které již nastaly, i na změny předpokládané, ale také osobnostní vlastnosti člověka. Nelze ovšem jednoznačně předpokládat, že v oblasti emocí přichází ve stáří úbytek, může se jednat pouze o změnu jejich projevu. Neméně důležité, jako emoční podpora zvenčí je vlastní sebehodnocení a pocit spokojenosti. Emoční ladění ve věku stáří velmi úzce souvisí se všemi ostatními faktory biologickými, psychickými i sociálními. Projevy nápadných emočních změn většinou signalizují špatnou adaptaci, nebo překotnou změnu v dalších oblastech funkčního potenciálu seniora.

Velmi složité se jeví vymezení *sociálního stáří*. Konstrukce tohoto „dílu“ celkového funkčního potenciálu člověka je totiž podloženo hustým předivem souvztažných odpovědí na otázky demografické, kulturní, společenské, geografické, ekonomické, zjednodušeně odpovědí na otázky z pohledu individua jakoby vnější a také na otázky které se bezprostředně týkají jedince samotného, tj. jeho adaptačních schopností (na změny rolí, změny vitálních funkcí, využití času, smíření se s možnou závislostí na pomoci, apod.), z jeho potřeb i možností je uspokojovat. Dynamiku vymezení sociálního stáří u jedince podtrhuje i fakt, který uvádí Rabušic: „S přibývajícím počty starých osob si budeme muset velmi rychle osvojit myšlenku, že stáří je kategorií značně heterogenní, jež se navíc plynule, s tokem času přeměňuje, jak jsou postupně nejstarší věkové kohorty odcházející z tohoto světa nahrazovány kohortami nových

⁵ Způsob získávání, ukládání, využití nových poznatků, rychlost jejich zpracování, přiměřenost reakcí a schopností rozhodovat. S přibývajícím věkem se tyto schopnosti většinou snižují. Paměť nelze posuzovat jako jednotnou funkci, každá složka podléhá jiným změnám. Krátkodobá paměť vykazuje většinou úbytek rychlosti zpracování informací, dlouhodobá úbytek přesnosti a výbavnosti, u explicitní jde o nárůst reminiscencí a u prospektivní o narušení monitorování času. Sémantická paměť zůstává dlouho nezměněna a je využívána pro další učení (Vágnerová, 2007).

starých osob, kohortami, které byly socializovány v jiných podmínkách, a které si osvojily jiný životní styl, jiné životní zájmy, hodnoty a postoje“ (Rabušic, 1995, s. 143).

V předchozím textu byla několikrát zdůrazněna heterogenita v souvislosti se stářím. Jedním z klíčových momentů v životě člověka (hlavně ve spojitosti se sociálním věkem) je odchod do penze. „Touto „administrativní hranicí“ odvozenou obvykle od věku, který je v daném systému stanoven, jako rozhodný pro odchod do penze byla vytvořena nová sociální kategorie. Všichni, kteří tuto hranici překročí, získávají ekonomický status „osoba v postproduktivním věku“, který je ztotožněn s označením „senior“. Tento přisouzený status ovšem nevypovídá vůbec nic o skutečném stáří jednotlivce, jenž se ocitl „na penzi“, jeho potřebách a schopnosti tato potřeby uspokojit vlastními silami. Určení hranice stáří aktem odchodu do penze podporuje tendence vnímat seniory jako zvláštní homogenní skupinu „závislých“ osob, jejíž všichni členové potřebují společenskou a ekonomickou asistenci, kterou mají poskytovat mladší členové společnosti. Takový přístup zcela rezignuje na biologickou, sociální, psychologickou, ale i ekonomickou různost, jež se u jedince, i když dosáhl určitého věku, nijak nevytrácí“ (Kubalčíková in Sirovátka, ed., Sekce C, s. 112-113).

Co se týká funkční různorodosti seniorů lze s ohledem na situace a rozsah podpory při zajišťování potřeb zvolit i rozdělení na skupiny:

- Zdatní senioři, kteří zůstávají bez ohledu na věk fyzicky i mentálně zdatní, jejich výkon nezaznamenává větších poklesů ani v náročných činnostech, např. při rehabilitaci po operacích na pohybovém aparátu.
- Nezávislí senioři, kteří bez problémů zvládají aktivity každodenního života (ADL).⁶ Pokud nevyvstanou závažné překážky většinou v podobě nadměrné zátěže způsobené nemocí, pooperačním stavem, nebo mimořádnou situací v oblasti bydlení apod., zvládají činnosti vlastními silami bez pomoci druhé osoby. Intervenci potřebují jen ve zmíněných problémových situacích.
- Křehcí senioři, potřebují již při zátěžových situacích, nebo náročnějších činnostech běžného života (IADL)⁷ trvalou dopomoc. Hrozí jim také náhlé změny zdravotního a fyzického stavu a náhlá nezabezpečení (např. nezvládnou sami vstát po pádu, sami si nakoupit apod.) Potřebují většinou

⁶ ADL- activities of daily living

⁷ IADL- instrumentální ADL, např. nákupy, vaření, péče o domácnost.

ošetřovatelskou dispenzární péči, která může být zajištěna terénními službami, pokud senior žije doma. Pokud je stav takového seniora kompenzován, měl by zvládat základní sebeobslužné činnosti bez problémů.

- Závislí senioři oproti výše zmíněné skupině potřebují různou míru pomoci i při sebeobslužných činnostech, jsou závislí na pomoci druhé osoby např. při hygienických úkonech, jídle, nemusí být imobilní, ale s pohybem potřebují pomoc atd.
- Zcela závislí senioři, jak už vypovídá označení skupiny, potřebují pomoc ve všech oblastech života, potřebují navíc vhodnou péči na lůžku a zajištění podání potravy a tekutin vhodným způsobem při poruchách vědomí.
- Umírající senioři jsou skupinou se zvláštními potřebami paliativní péče.

Kromě prvních dvou zmíněných skupin jsou vzhledem k možným problémům senioři ohroženi imobilizačním syndromem a delirantními stavy, jejichž riziku je nutné pokud možno předcházet úplně, nebo alespoň zabránit jejich rozvoji (Kalvach, Onderková, 2006).

1.2. Soběstačnost seniora

Do okruhu soběstačnosti seniora vstupují komplexně všechny složky jeho funkčního potenciálu (bio-psycho-sociální). Vstupují sem ale rovněž faktory, které nemůže jedinec aktuálně vůbec ovlivnit.⁸ Soběstačnost mohou ovlivnit i dlouhodobější strategie na vytvoření dostatečné kompenzační konstrukce. Ta je potom použitelná v době, kdy by se bez její existence stal senior závislým na pomoci⁹. Existuje tedy několik pohledů a posouzení soběstačnosti, podle zvolené determinace. Z širšího hlediska je ovšem nutné brát na zřetel vícerozměrnost tohoto pojmu, včetně sebehodnocení seniora v tomto ohledu. O soběstačnosti seniora mluvíme hlavně v kontextu uspokojování jeho potřeb.¹⁰ Kalvach, Onderková (2006, s. 22) mluví o soběstačnosti jako o „schopnosti uspokojovat běžné potřeby v daném prostředí“. Ovlivňování prostředí vidí jako jeden z důležitých

⁸ Např. přístup společnosti ke stáří a seniorům, pokud společnost vykazuje známky ageismu, vžitými předsudky a negativními představami, zápornými stereotypy a postoji ke stáří a skupině seniorů diskriminuje tuto část populace (Tošnerová, 2002), nelze předpokládat, že změna nastane úsilím jedince za krátký čas.

⁹ Strukturu, která by měla být vytvářena aktivitami přípravy na stáří, kam lze zahrnout vzdělávání, dostatek aktivních zájmů, udržování nebo vytváření nových sociálních vztahů, úpravu bydlení apod., ale také finančního zabezpečení.

¹⁰ Nejznámější je pyramidové uspořádání hierarchie potřeb podle amerického psychologa A.H. Maslowa. Potřeby jsou vertikálně seřazeny od základních po vyšší v pěti kategoriích. Od základny k vrcholu jsou to potřeby: fyziologické, potřeba bezpečí, potřeby sociální, potřeba lásky a blízkosti, potřeby seberealizace a sebenaplnění.

parametrů pro zachování nebo obnovu soběstačnosti. Pacovský (1994) poukazuje na nezastupitelnost diagnostiky bilance funkčního potenciálu u starého člověka a stupně vznikající závislosti, aby mohl být senior zabezpečen ve svém prostředí a naplánován druh a rozsah péče. Jako samostatného potom vidí člověka bez podstatného omezení tělesných a duševních funkcí což mu umožňuje zvládat bez pomoci všechny potřebné aktivity denního života v daném prostředí. Potřeba je vlastně projevem určitého přání, není jen hybnou silou, která člověka přesouvá k objektům a vztahům. (Pichaud, Thareauová, 1998). K potřebám se velmi úzce váže autonomie seniora, kterou lze definovat „ jako relativní samostatnost jedince vzhledem k sociálnímu okolí, jako schopnost, vůli a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel- samostatně určovat cíle, uplatňovat svobodu výběru, samostatně rozhodovat“ (Sýkorová, 2007, s. 75). Sýkorová ve své studii¹¹ uvádí, že jako velmi hodnotnou vnímají senioři svou fyzickou soběstačnost, spojují ji s osobním pocitem štěstí a spokojenosti, vyjadřují se o ní jako o podstatě lidského bytí, fyzické soběstačnosti si velmi váží, oceňují ji jako zdroj kompetentnosti, sebevědomí, sociálního uznání a užitečnosti, přičemž o fyzické soběstačnosti je smýšleno hlavně jako o mobilitě. V souvislosti s fyzickou soběstačností senioři zdůrazňují svůj požadavek na respektování jejich potřeb a přání, čili mluví o své osobní autonomii (Sýkorová, 2007). K testování funkčního potenciálu seniorů jsou používány různě modifikované vyšetřovací metody, pomocí nichž se dají vyhodnotit a kvantifikovat např. mentální a fyzické schopnosti seniora, ADL, deprese, míra autonomie apod., důležitá je i diferenciální diagnostika.¹² Stanovení míry soběstačnosti je velmi důležité jak směrem k seniorovi, tak k jeho okolí. Pokud jsou obě strany informovány o skutečných možnostech, kterými senior disponuje, vyhnou se zbytečným konfliktům, tlakům, požadavkům, frustracím, zbytečným prohrám. Trendem poslední doby je definování funkčního potenciálu člověka v pozitivním smyslu, tj. toho, co člověk ještě zvládá svým vlastním úsilím, cílem je rozvoj nebo udržování těchto zachovaných kompetencí a

¹¹ Jedná se o výzkumný projekt Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie, viz publikace: Sýkorová, D.: Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontosociologie, 2007, s. 235-245.

¹² Příklady některých diagnostických metod, pomocí nichž je možné zhodnotit určitou oblast co do soběstačnosti seniora: Kanadský test pracovního výkonu (COMP)- subjektivní hodnocení vlastních výkonů a zároveň vlastní spokojenosti, Mini-Mental State Examination- diagnostika demence, Stupnice hodnocení psychického zdraví podle Savage a Britton, Kolíbiáš a spol., Barthelův, Barthelové test ADL, Test všedních činností podle Katze a spol.- diagnostika míry závislosti na pomoci při sebeobsluze, Test IADL upravený podle Filenbauma, Lawtona a Brodyho v překladu a úpravě Topinkové, Škála geriatrické deprese dle Yessavage, Norton scale- škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové apod. (Pacovský, 1994; Kalvach, Onderková, 2006; Venglářová, 2007; Zgola, 2003). Diferenciální diagnostika je určena k rozlišení např. smyslových postižení od poklesu kognitivních schopností apod.

dovedností. Tam, kde je již vlastní funkční potenciál člověka nedostačující, vzniká závislost na pomoci druhé osoby.

Jako „**Osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby**“ vymezuje v našem státě osoba se sníženými funkčními schopnostmi Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Do této kategorie patří i senioři, kteří splňují podmínky vymezení okruhu oprávněných osob podle §4 téhož zákona a zároveň je důvodem potřebné pomoci jejich **dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav**. Tento termín definuje uvedený zákon takto: „dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá, nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb“. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a věk jsou dva z více důvodů, které spadají do zákonem (ZSS)¹³ vymezeného pojmu nepříznivá sociální situace, oslabení nebo ztráta schopnosti. Závislost na pomoci druhé osoby se neprojevuje u jednotlivců pochopitelně ve stejné míře a rozsahu. Pro účely úkonů státní správy je závislost na pomoci rozdělena do čtyř stupňů a to podle schopností zvládat **základní životní potřeb**.¹⁴ U dospělých osob, tedy i seniorů, jsou jednotlivé stupně vymezeny podle počtu základních životních potřeb, které již osoba nevládne bez pomoci vykonat takto:

- Stupeň I- lehká závislost, nevládnutí tří nebo čtyř základních životních potřeb.
- Stupeň II- středně těžká závislost, nevládnutí pěti nebo šesti základních životních potřeb.
- Stupeň III- těžká závislost, nevládnutí sedmi nebo osmi základních životních potřeb.
- Stupeň IV- úplná závislost nevládnutí devíti nebo deseti základních životních potřeb.

Příčemž se jedná o pomoc, dohled či péči každodenní. Mezi poruchou funkční schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základních životních potřeb musí existovat příčinná souvislost. Je patrné, že zákon směřuje k negativnímu vymezení soběstačnosti, hodnotí se vlastně její „úbytek“, na druhé straně se nástroj soběstačnosti, tj. funkční schopnosti hodnotí pozitivně, jako využití zachovaných potenciálů a kompetencí člověka v jeho přirozeném prostředí,

¹³ Dále jen ZSS- Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

¹⁴ Hodnotí se tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby, vybavení domácnosti, veřejných prostor, nebo zdravotnického prostředku.

K pojmům soběstačnost, závislost na pomoci, je důležité poznamenat, že je nelze brát jako synonyma k pojmu nezávislost ve smyslu rozhodování, autonomie. Zde záleží především na tom, o kterou funkční schopnost v souvislosti se soběstačností jde a jaké míry dosahuje. Kromě seniorů, bez poklesu soběstačnosti a autonomie můžeme potom mluvit o jedincích autonomních, kteří jsou v některých činnostech závislí na pomoci druhé osoby, soběstačných jen pod vedením druhé osoby, tedy nikoli autonomních, a takových kteří si nedokáží ani rozhodovat ani vykonávat činnosti k uspokojení svých potřeb, tedy nesoběstačných ne-autonomních (Pichaud & Thureau, 1998, in Sýkorová a kol., 2003).

Stupeň závislosti na pomoci zároveň predikuje i rozměrnost této pomoci, resp. náročnost péče. Pro účely této práce a bude pozornost zaměřena především na seniory ve druhém a vyšším stupni závislosti, jednak pro zmíněnou míru náročnosti péče a také další aspekty, které se vztahují k pečující osobě.

2. Péče o seniora se sníženou soběstačností v ČR

Oblast výzkumů zabývajících se péčí je velmi důležitá a to jak po stránce kvalitativní, tak kvantitativní. Výsledky těchto prací pomáhají blíže specifikovat cílové skupiny, vytvářet nové, nebo modifikovat stávající strategie, připravit se na možné změny vzhledem k demografickým údajům atd. Péče o seniora se sníženou soběstačností je oblastí víceoborovou. Výsledky odborné výzkumné práce je nutné brát na zřetel komplexně, neboť by se měly vzájemně doplňovat, dotvářet obraz péče jako celek mířený ke komplexnímu pojetí člověka, odpovídat na otázky komu, jakým způsobem, za jakých podmínek apod. péči poskytovat. Pacovský (1997) označuje péči o starého a nemocného člověka za pilíř geriatrické medicíny a zdůrazňuje, že péče znamená mnohem víc než léčení, souvisí s kvalitou života, zaměřuje se jednak na potřeby seniora a také na jeho problémy. K problémům se dále autor vyjadřuje jako ke kategorii osobní, individuálně odlišné, podtrhuje komplexní vícerozměrnou povahu problémů (Pacovský, 1997, s. 76-77). Také Haškovcová (in Kalvach a kol. 1995, s. 8) zmiňuje komplexnost péče, která má zahrnovat proporcionální starost o bio-psycho-sociální komfort, což se

v konkrétní rovině projeví jako praktická soběstačnost a dále se k péči vyjadřuje: „Vytvořit funkční systém péče o staré lidi je nezbytné. Předpokladem úspěchu je porozumění potřebám a nárokům starých lidí, jakož i reálným možnostem rodiny a společnosti a to jak v historickém kontextu, tak aktuálně“. Velmi nutné je také zvážit koho a kdy v jakém časovém horizontu se bude péče týkat, tedy aplikaci potřebné péče o staré lidi v naší populaci. Jeřábek (2013) použil kombinaci demografických a statistických údajů v ČR a došel k následujícím výsledkům: „kombinujeme-li podíly osob přes 65 let a přes 80 let v české populaci s procentem osob potřebujících výraznou pomoc, dnes potřebuje v české populaci pomoc ve většině každodenních aktivit asi 2 % lidí nad 65 let věku (tvoří 14 % populace) a k tomu asi 8 % osob nad 80 let (tvoří 3 % populace). V roce 2030 to budou asi 2 % osob z 23 % populace nad 65 let a k tomu cca 8 % z 6,5 % populace starších 80 let. Celkem to dnes představuje 0,76 % obyvatel, kteří potřebují každodenní péči, tj. cca 75000 starých lidí. V roce 2030 to však bude již 1,5 % všech obyvatel České republiky, kteří budou potřebovat každodenní péči“ (Jeřábek, 2013, s. 43). Autor vizi dále rozvádí o předpoklad lidí, kteří budou vyžadovat v daném časovém horizontu péči nebo výpomoc občasnou a dochází k cca dvojnásobku dnešního počtu seniorů, vyžadujících každodenní péči. Jako vyplývající předpoklad z těchto údajů je zřejmá nutnost více zdrojů poskytování péče.

2.1. Klasifikace péče

Na péči lze nahlížet z různých úhlů, jednotlivá rozlišení si potom všímají specifikace podle určitého aspektu. Může jít např. o rozdělení zohledňující určitou složku lidské bytosti - péče *zdravotní, sociální a emocionální*, stupeň naléhavosti potřeby péče s vyjádřením náročnosti pro pečující osobu – péče *podpůrná, neosobní a osobní* (Jeřábek, 2013).

Striktní rozdělení péče na zdravotní a sociální se ve vztahu k nesoběstačnému seniorovi jeví v mnoha ohledech jako velmi problematické. Jeřábek zmiňuje dvoukolejnost systému péče o seniory v naší společnosti, bez vyřešené spolupráce obou sektorů, což může seniorovi způsobovat v různých situacích značné problémy. Autor mluví například o změně v péči o seniora, kdy přechod od neformální péče v rodině do institucionální může právě poznamenat oddělení sociální a zdravotní složky jeho osobnosti. (Jeřábek, 2013). Problémy ale mohou nastat i ve zdánlivých maličkostech,

jako je identifikace příslušnosti některých úkonů péče do jednoho ze systémů (stříhání nehtů u starých osob, podávání léků apod.).

Dalším možným kritériem klasifikace může být místo pobytu a příjmu péče opečovávanou osobou, potom lze mluvit o *rezidenční péči*, nebo o *péči v přirozeném prostředí* (většinou v domácnosti seniora). Z pohledu financování péče osobou, která služby péče a podpory přijímá, je možné rozdělit tuto činnost na *placenou* a *neplacenou*, z hlediska frekvence intervencí pečujícího potom na péči *každodenní* nebo *občasnou*, atd. Vzhledem k zaměření této práce je podstatné rozdělení péče z hlediska zdroje poskytování péče na **formální** a **neformální**.

2.2. Formální péče

Formální péče o seniora se sníženou soběstačností představuje činnost v podobě služby nebo podpory, kterou vykonávají především vyškolení, kvalifikovaní a licencovaní profesionální pracovníci. Formálně poskytovaná péče je kontrolována státem nebo jinými institucemi, v ČR je vykonávána na základě smlouvy uzavřené s opečovávanou osobou, kde jsou stanoveny podmínky pro vykonávanou činnost. Práce formálních pečovatелů rovněž nesmí odporovat zákonným normám našeho státu (např. dodržování rozsahu pracovní doby), jde o práci placenou, ze které vyplývají určitá sociální práva (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 10). Dominantní postavení ve formální péči mají zdravotní a sociální služby. Kubalčíková (2012) mluví o sociálních službách ve spojitosti s krizí welfare state, kdy na základě relativní redukce výdajů do sociální sféry a poklesu důvěry v univerzální státní programy se uplatňuje princip welfare mix. To se prakticky projevuje privatizací, nebo odstátněním některých částí sektoru sociálních služeb, decentralizací a omezením byrokracie a aktivací přirozených sociálních jednotek. (Kubalčíková, 2012, s. 92). Poskytování formální péče tedy nemusí garantovat pouze stát, ale formálním pečovatelem může být i subjekt soukromého sektoru (ziskového), neziskových organizací, církevní subjekty ap., s různými zřizovateli. Poskytování formální péče v podobě sociálních služeb upravuje Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. Podle tohoto zákona, konkrétně §3a) se sociální službou rozumí činnost, nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence

sociálního vyloučení. Poskytovatel je oprávněn sociální službu poskytovat jen na základě rozhodnutí o registraci.¹⁵

Dále zákon zmiňuje nutnost zachování lidské důstojnosti, podporu rozvoje samostatnosti a respektování individuálních potřeb osoby, k níž je pomoc směřována. Některé služby uvedené v tomto zákoně jsou poskytovány i seniorům závislým na pomoci druhé osoby.¹⁶ Služby jsou poskytovány ve třech formách, *pobytové, ambulantní a terénní*, a zahrnují všechny tři druhy péče, *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. obsahují i přehled základních činností a úkonů poskytovaných služeb. Jejich kvalita se ověřuje pomocí souborů kritérií - standardů kvality služeb, kdy se na základě bodového systému vyhodnotí úroveň kvality posuzované služby.¹⁷ Snaha o co největší komplexnost péče se formálním pečovatelům určitě nedá upřít. Většinou ale ve formální péči, hlavně institucionální chybí emocionální složka, zahrnující jak citové vazby k seniorovi, tak znalost kontinuity jeho života, jeho zvyklostí, přání, což může naopak poskytnout rodina nebo blízcí známí. O tuto emocionální složku se snaží obohatit formální péči rodina „zvenčit“ (Jeřábek 2013).

2.3. Neformální péče

Z historického hlediska je neformální péče daleko starší než péče formální. Jedná se převážně o péči vykonávanou rodinnými příslušníky nebo velmi blízkými lidmi, se kterými má starý člověk silné sociální vazby. „Původně byla péče o zestárlé nebo jinak bezmocné členy rodiny přirozeně integrována do rodinného života, aniž by byla vnímána odděleně od jiných povinností a činností v domácnosti a aniž by se lidé vnímali jako pečovatelé“ (Hubíková, 2012, s. 114). Neformální péče procházela a prochází neustálým vývojem a to v závislosti na řadu jiných změn. Jedná se o změny *společenské, demografické, trendy ve vývoji sociálních služeb*, apod., důležitá je i dynamika změn *v jednotlivých rodinách*. Z mnoha výzkumů na poli neformální péče vyplývá fakt, že roli pečovatele v rodinné péči přebírá většinou žena. Z historického

¹⁵ V části Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. jsou uvedeny podmínky registrace včetně stanovení výjimek.

¹⁶ Jedná se především o tyto služby (ze Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb.): Centra denních služeb, Domovy pro seniory, Domovy pro osoby se zvláštním režimem, Chráněné bydlení, Osobní asistence, Pečovatelská služba, Tísňová péče, Průvodcovské a předčitatelské služby, Denní stacionář, Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a Odlehčovací služby, které jsou zároveň určeny pečujícími osobám.

¹⁷ Zmíněné standardy jsou obsaženy v prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb.

hlediska je tedy možno brát jako významný „bod“ *společenských změn* v neformální péči počátek uplatňování žen na pracovním trhu (Hubíková, 2012). Pro mnohé rodinné pečovatelky vyvstává v případě potřeby péče o nesoběstačného seniora vážné dilema jak skloubit obě role, tj. profesní a pečovatelskou, popř. se rozhodnout pro jednu z nich. Jako další významnou společenskou změnu lze chápat i požadavky, očekávání a hodnotové proměny nastupujících kohort starých lidí v naší společnosti, tak jak je uvádí Rabušic (1995). Podle tohoto autora budou příští generace starých osob v mnohém s dnešními seniory nesrovnatelné. V tomto ohledu je určitě na místě vzhledem k neformální péči zvážit i změny v pojetí domácí péče, hlavně přiznaného sociálního statusu rodinného pečovatele, jeho znalostí, dovedností a pomoci při zvládnání tak náročné činnosti. Do společenských veličin, které souvisí s neformální péčí lze určitě zařadit i mezigenerační solidaritu, společenské postoje ke stáří atd.

Demografické změny v moderních společnostech jsou všeobecně známy. Stárnutí společnosti se týká i naší republiky. Přírůstky starých lidí se musí nutně promítnout i do způsobu jejich zajištění v případě, že potřebují pomoc ve své nesoběstačnosti. Neformální péče souvisí s narůstajícím počtem seniorů závislých na pomoci druhé osoby mimo jiné v případě sociálně konstruované závislosti¹⁸, která může vzniknout na základě vytěsnění seniora z jeho přirozeného prostředí, tedy i ze sociálních vazeb s rodinou, známými, přáteli a z prostoru jeho domova (Townsed, in Kubalčíková, 2012). V kontextu demografických dat, která naznačují nárůst seniorské populace, se dá uvažovat i o nárůstu potřeby péče v případě závislosti na pomoci druhé osoby.¹⁹

Na neformální péči se velkou měrou podílí i vývoj, který se týká *rodiny*. V případě institutu rodiny, jako neformálního pečovatele, je potřebné brát na zřetel její vývoj jako jednotky v poměru ke společnosti, i její vnitřní dynamiku v tak těžké sociální situaci, jako je péče o starého příbuzného, který je závislý na pomoci druhé osoby.

Jak konstatuje Možný (2002a, s. 13-14), koncept rodiny, která „...chrání své členy, nemění svůj tvar, vnitřní uspořádání ani habitus a změny ve svém okolí vyrovnává“ se nedá považovat za platný (in Sýkorová, 2007, s. 45). V souvislosti s vývojem rodinného života zmiňuje Kubalčíková (2012), že za posledních sto padesát let došlo k rozpadu

¹⁸ Koncept formulovaný Walkerem (1996), předpokládá že „závislost u starých lidí nevzniká výhradně z důvodu objektivního poklesu funkčního potenciálu, ale k jejímu vzniku přispívají také přístupy společnosti ke stáří a starým lidem, konstituované na mylných či nesprávných představách a postupech“ (in Kubalčíková, 2012, s. 90).

¹⁹ Demograf Milan Kučera předpokládá jako hlavní problém seniorů budoucnosti snížení rozsahu a kvality neformálních osobních kontaktů, podle něj bude fenoménem stárnutí v budoucnosti osamělost (Sýkorová 2007).

pospolitosti trojgenerační rodiny. Autorka však na adresu osob závislých na pomoci zároveň dodává, že samotní senioři preferují samostatné bydlení s tím, že jejich děti a další příbuzní bydlí blízko a je udržována rodinná blízkost ve smyslu absence „lidské opuštěnosti“, zároveň také počítají s účastí formální péče na svém zajištění. K rodinám poskytujícím péči osobě s těžkým zdravotním postižením a jejich proměnám se vyjadřuje i Michalík (2011, s. 24) „Nic není absolutně platné a nic není neměnné – naopak, realita života jednotlivých rodin se navzájem zásadním způsobem proměňuje a odlišuje.“

Domácí péče si nesporně zaslouží dostatek pozornosti. Některé prameny uvádí, že až 80% dlouhodobé péče je poskytováno právě nejbližší rodinou, z toho intenzivní péči o závislého seniora poskytují hlavně dospělé děti (47 %), partneři (30 %) a příbuznými (2 %), nebo jde o neformální péči poskytovanou širší komunitou, přáteli, popř. sousedy (11 %) Bettio, Veraschagina, 2012 in Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2012, s. 12). Jeřábkovy údaje z výzkumu²⁰ hovoří o tom, že 24% českých rodin má současnou, nebo minulou zkušenost s péčí o seniora, 8 % pečuje o seniora v současné době a 16 % jen v minulosti. Jedná se tedy o čtvrtinu rodin v naší republice, které mají s péčí o seniora nějakou zkušenost. Prognózu budoucnosti v tomto směru vidí autor jako nevyjasněnou pro omezené možnosti předpovědi, jelikož na volbě pečovat o starého člověka závislého na pomoci se podílí více faktorů. Je podle něj však možné porovnávat pravděpodobnost takové volby pokud budou specifikovány podmínky, za jakých se rodina pro péči rozhoduje. (Jeřábek, 2013). Klevetová (2008, s. 75) uvádí, že „došlo k paradoxu moderní rodiny, je současně více soukromá i více veřejná.“. V kontextu s Durkheimovým konstatováním o průběhu modernizace základní rodiny se rodina stává více soukromou na základě trendu nuklearizace, tudíž nezávislosti na širší rodině a více veřejnou na základě větší závislosti na státě který převzal některé rodinné funkce mezi jiným i péči o nemocné a vytvořil pro různá ohrožení rodin záchranné sítě. V případě nesoběstačného starého člověka znamená podle Klevetové „dobře fungující rodina záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné“, a i přes velkou pomoc kterou mohou poskytnout při realizaci péče další subjekty, „je však rodina v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná“ (Klevetová, 2008, s. 85).

²⁰ Údaje pochází z reprezentativního výzkumu „Social Justice 2006“ s mezinárodní účastí. Procentuální zastoupení uvedené v tomto textu bylo vypočítáno z reprezentativního pokrytí dospělé populace ČR. Výpočet je relativně přesný, jen s výběrovou statistickou chybou (Jeřábek, 2013, s. 59).

Neformální péče jako možný článek systému sociálních služeb resp. neformální poskytovatel těchto služeb je zakotven i v Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. i jeho prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb. Zákon kromě jiných uvádí ve výčtu poskytovatelů i fyzické osoby (§6). V kontextu poskytování sociální služby neformálním poskytovatelem potom v přímé příbuzenské linii jde o osobu blízkou. O *asistentu sociální péče* mluví Zákon o sociálních službách v případě *neformální péče*, pokud jde o vzdálenější příbuzenské, nebo jiné sociální vztahy, které nejsou poskytovány opečovávané osobě na základě podnikatelské činnosti, nebo zprostředkovány registrovanými službami. S neformálním poskytovatelem péče počítá zmíněný zákon i v oblasti vzdělávání (podle §117a), které považuje za odbornou podporu. Jako o podpoře neformálnímu pečujícímu se dá rovněž uvažovat o příspěvku na péči podle Zákonu o sociálních službách 108/2006 Sb., který sice pobírá osoba, které je tento příspěvek přiznán tj. pro účely této práce senior závislý na pomoci druhé osoby, ale zároveň může tuto sociální dávku využít ve prospěch neformálního pečovatele, pokud jej uvede v žádosti o přiznání příspěvku na péči jako poskytovatele péče. Uzavření smlouvy v tomto případě zákon nevyžaduje, pro další účely veřejné správy je možné vydat pečující osobě potvrzení o době trvání vykonávané péče, kde je uveden stupeň závislosti osoby, o kterou je pečováno a pro účely důchodového pojištění i výše přiznaného příspěvku, který náležel opečovávané osobě v době výkonu péče. Kontrolována je i péče ze strany neformálního pečovatele, který nepodléhá registraci. V tomto případě není kontrolním orgánem inspekční tým a neověřuje se kvalita služby pomocí standardů, jako je tomu u formálních pečovatelů, ale kontrolu vykonávají oprávnění státní zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce nebo ministerstva (§29). Kontrolováno je v podstatě využití příspěvku na péči, kterou pobírá osoba závislá na pomoci a skutečnost, jestli poskytuje péči osoba, která je uvedena v žádosti o příspěvek. Příspěvek musí být využit k zajištění rozsahu a způsobu pomoci, který odpovídá stanovenému stupni závislosti a je zaměřená na základní životní potřeby.

V péči o staré nesoběstačné osoby, poskytované jejich rodinami existují sice známé, přesto však těžko měřitelné hodnoty. Hilary Graham charakterizuje péči jako „práci z lásky“, což obsahuje jak emoce, tak sepětí a vzájemnou závislost pečující a opečovávané osoby. (Jeřábek, 2013, s. 43). Láska, pocit blízkosti, bezpečí a pohody jsou neocenitelné hodnoty, které domácí pečovatel starému člověku poskytuje. Pečující

osoba si určitě zaslouží všestrannou podporu, aby nedošlo k vyčerpání jejích sil natolik, že by dalšího předávání těchto nenahraditelných hodnot nebyla schopná.

2.4. Problematika provázanosti formální a neformální péče

Péče o starého nesoběstačného člověka zvláště ve vyšších stupních závislosti je charakterizována jako péče 24 hodin denně a 365 dnů v roce, při které je u pečující osoby přítomen trvalý pocit odpovědnosti. Alternativou k domácí péči o osobu s vysokým stupněm závislosti je pouze institucionální péče (Jeřábek, 2013). Dá se předpokládat, že člověk, který pečuje téměř nepřetržitě o velmi nesoběstačného seniora, může být ohrožen sociální exkluzí. Jedná se o časově velmi náročnou činnost, a pokud není pečující osobě poskytnuta pomoc, je vystavena při dlouhodobé péči riziku psychického i fyzického vyčerpání, syndromu vyhoření a mimo další rizika i společenské izolaci. Časová náročnost péče je vysoká, tudíž většina domácích pečujících nemůže být zároveň zařazena v pracovním procesu na otevřeném trhu práce. „Vyloučení z práce je pro rodiny ztráta nejen ekonomická, ale výrazným způsobem modifikuje sebehodnocení a sebedůvěru pečujících osob“²¹ (Michalík a kol. 2011, s. 27).

Potřeba pomoci pečujícím je tedy zřejmá. Kromě pomoci ostatních rodinných příslušníků, nebo dalších neformálních poskytovatelů²² je možná i pomoc ze strany formálních poskytovatelů sociálních služeb.

Určitým „průnikem“ formální a neformální oblasti péče bylo zavedení Příspěvků na péči, který je od roku 2007 poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Tento příspěvek je určen k úhradě pomoci při zvládnutí základních životních potřeb. Nesoběstačný senior může zvolit, jestli z tohoto příspěvku bude hradit péči registrovaným sociálním službám, nebo osobě blízké, popř. asistentovi sociální péče, nebo může zvolit péči sdílenou oběma sektory. Pokud se stane poskytovatelem péče neformální pečovatel, je uveden v žádosti o příspěvek na péči jako pečující osoba a pečuje o osobu s přiznaným II. až IV. stupněm

²¹ Ze závěrečné zprávy výzkumu pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy : „pečující osoby uvedly u výroku „protože nepracuji, cítím se společensky izolován“ hodnocení 4,2 na sedmibodové Likertově škále, kdy 7 představovalo maximální souhlas“ (Michalík a kol., 2011, s. 27).

²² Tak aby bylo vyhověno ustanovením Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., konkrétně využití příspěvku na péči.

závislosti, hradí za něj zdravotní a sociální pojištění stát²³. „Poskytování péče ze strany neformálních pečovatелů je tedy v ČR přiznán statut placené činnosti (podle Blome, Keck a Alber, 2009) a výkon činnosti neformálních pečovatелů hrazen z veřejných zdrojů, tzn. neformální péče je placena státem. Jestliže se jedná o zajištění péče ve druhém a vyšším stupni závislosti, je tento příjem chápán jako ekvivalent příjmu ze zaměstnání a doba poskytování péče je zohledněna při kalkulování doby odchodu do penze a výše penze pečující osoby“ (Kubalčíková, 2012, s. 94). Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. se dotýká propojení formální a neformální péče v ustanovení o úhradě nákladů za sociální služby, kde je uvedena možnost dohody na spoluúčasti. Určitá spolupráce formálního a neformálního pečovatele vyplývá i ze znění kritérií standardů kvality sociálních služeb, konkrétně např. ve standardu 8 je uvedena podpora v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím.

Spolupráce formálního a neformálního pečovatele může mít různou podobu. Kubalčíková (2012) ve své stati uvádí příklady vztahů mezi oběma sektory, které se liší rozsahem pomoci jednoho či druhého typu poskytovatele a které tak lze rozdělit na model: *kompensační* (pokud jsou možnosti domácí péče vyčerpány, nastupuje péče formální), *substituční* (v praxi téměř neuplatňován, jde o oboustrannou zaměnitelnost obou sektorů), *volby* (racionální zhodnocení seniora který ze sektorů zvolí podle *podstaty úkolu* který má péče splnit), a *komplementární* (vzájemné doplňování a kompenzace obou sektorů), (podle Victor, 2005). Kubalčíková zmiňuje ještě další autorky, které se na spolupráci formálních a neformálních pečujících dívají z pohledu možnosti rozhodování o způsobu poskytování pomoci, tedy svobody volby jak pro pečující osoby, tak pro seniory, kteří péči potřebují. V tomto směru jsou vymezeny tři způsoby: *bez možnosti výběru* (senior i přítomný neformální pečovatel může pouze odmítnout hotovou nabídku, jinou volbu nemají), *možnost výběru z limitované nabídky* (nabídku ovšem sestavuje formální poskytovatel), *možnost vytvořit si vlastní „balík“ řešení* (respektuje danou situaci uživatele i neformálního pečujícího, formální poskytovatel se spoluúčastní pomoci, má úlohu zprostředkovatele, o řešeních spolurozhodují jak pečující, tak uživatelé, kteří mají rovněž přístup ke zdrojům), (Mayers, MacDonalds, 1996, in Kubalčíková, 2012, s. 92).

²³ Neformálnímu pečovateli krajská pobočka Úřadu práce na vyžádání vydává písemné potvrzení prokazující dobu péče pro účely hmotné nouze, zdravotního pojištění, důchodového pojištění a zaměstnanosti. Pro účely důchodového pojištění se v potvrzení uvede též údaj o výši příspěvku, která oprávněné osobě v době poskytování pomoci náležela.

Dobře provázat formální a neformální péči se může dařit jen za předpokladu dostupnosti formální péče. V tomto směru není v naší republice situace určitě ideální. Síť sociálních služeb není v různých lokalitách vyhovující ani po stránce počtu jednotlivých subjektů ani po stránce typů služeb, které by byly zaměřeny na nejpočetnější cílové skupiny uživatelů. Nástrojem pro uvedení sociálních služeb do optimálního stavu dostupnosti v regionech by mělo být komunitní plánování a komunitní plán. Komunitní plánování by mělo vycházet z kvalitní analýzy potřeb obyvatel, tak aby se nabídka služeb těmto potřebám přizpůsobila. Nemusí to nutně znamenat vznik nových služeb ale například hledání alternativních, které mohou vzniknout úpravou podoby a rozsahu stávajících služeb. Taková koncepce předpokládá, že se ke zjištěným potřebám přiřadí činnosti zajišťující jejich uspokojení a tyto činnosti se buď zahrnou do stávajících služeb, nebo vznikne nová sociální služba, která může odpovídat typologií stávajícím službám, ale bude obsahovat nový komplex činností, které by pokrývaly požadavky lokality (Hapl in Sirovátka, 2006). Velmi důležitá je participace uživatelů služeb na procesu komunitního plánování. Při respektování jejich požadavků, názorů a preferencí lze otevřít i diskuzi o vzájemném propojení činností formálního a neformálního sektoru péče, popř. dojít k určité dohodě. Vzhledem k neformálnímu pečujícímu by tak mohlo dojít k navýšení tolik chybějících respitních služeb a tím k podpoře domácích pečujících.

V komunikačním procesu, kdy si formální a neformální poskytovatelé vyjasňují svoje představy o pojetí, nabídce a zakázce sociální práce se mohou uplatňovat různé komunikační strategie. Podle Musila jde o *konsenzus* (snaha o dosažení souhlasu a uznání společného stanoviska), *kooperaci* (vzájemná podpora uznání různých stanovisek), *koexistenci* (uplatňování vlastních představ, bez snahy ovlivňovat uznání představ ostatních), *konkurenci* (zdůrazňování předností vlastních představ, snaha o jejich uznání) a *konflikt* (potlačování představ ostatních, snaha o uznání vlastních) (in Kubalčíková, 2012, s. 93). Aby se mohl senior, který péči potřebuje i jeho domácí pečovatel stát plnohodnotným účastníkem diskuze, musí mít dostatek informací a přehled o možnostech obou stran. Kvalitní poradenství, popř. další formy získávání informací mohou rovněž fungovat jako propojovací článek formálního a neformálního sektoru, i jako podpora domácího pečovatele. Velmi důležitý předpoklad spolupráce obou sektorů je, aby sdílení péče o osobu závislou na pomoci chápali jako rovnocenní poskytovatelé.

3. Domáci (neformální) pečovateli

Každý člověk zastává v průběhu svého života různé role. Jejich vznik i změny jsou výsledkem socializace, od člověka se s přijetím rolí očekávají rolové způsoby chování, uznávání určitých hodnot a norem a zdolávání situací. Přijímání nových rolí přichází většinou s přirozeným vývojovým obdobím člověka a očekáváním společnosti postupně (role profesní, partnerská, rodičovská atd.). Životní role zastává člověk souběžně, tak jak je přijímá v běhu životních událostí a jak k nim vývojově směřuje. Existují ovšem i předem neočekávané události, které vyžadují rozhodnutí o přijetí nebo nepřijetí nové role a to někdy v poměrně krátkém časovém horizontu. K takovým sociálním událostem patří nesporně i rozhodování o zajištění péče o starého příbuzného, který je v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu závislý na pomoci druhé osoby. Jestli bude o seniora pečováno v jeho přirozeném prostředí, nebo bude jeho péče přenechána na odbornících v institucionálním zařízení, nebývá zpravidla individuální rozhodnutí jedné osoby, ale je založeno na spolupůsobení mnoha faktorů, které se týkají celé rodiny seniora. Rozhodnutí rodiny má pro seniora v tomto případě obrovský význam pro jeho další život. Pro rodinné příslušníky, popř. další blízké osoby to znamená většinou velmi výrazné změny, mezi jiným i přijetí nových, rozdělení nebo změnu již přijatých rolí v rodině a zkoušku rodinných vztahů a vazeb. Poměrně rozsáhlý a podrobný výsledek výzkumu v této oblasti publikoval v roce 2013 Jeřábek a kol. v knize „Mezigenerační solidarita v péči o seniory“, kde jsou zveřejněny výsledky několika dílčích výzkumných projektů a šetření.²⁴

3.1. Domáci pečovateli v kontextu rodiny

„Údaje z několika pramenů shodně uvádějí, že v případě dlouhodobé péče o staré lidi 70-80 % péče poskytují jejich rodiny“ (Abel 1990, s. 65, in Jeřábek 2013). Role domácích pečovatelů nebývají zpravidla rolemi osamocených jedinců, ale příslušníků různě velkých rodin (resp. domácností), s různými kvalitativními znaky. Volbu péče o nesoběstačného seniora v jeho přirozeném prostředí determinují určité podmínky, za kterých rodina tuto zodpovědnost přijme nebo nepřijme. Podle Durkheimovy teorie

²⁴ Jednalo se o výzkumný projekt: „Solidarita a pomoc v rodině“ (2004-2008), jako součásti rozsáhlejšího projektu „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti“, dále standardizované výzkumné šetření „Rodinná soudržnost FSV UK 2006“ (2006-2007), výzkumný projekt „Rodinná soudržnost v péči o seniora“ (2009-2012), další standardizované šetření „Rodinná soudržnost 2010“ (2010-2011), a sběr dat pro mezinárodní výzkumný projekt „Social Justice 2006“ (Jeřábek, 2013, s. 31-32).

„mechanické a organické solidarity“ se proces rozhodování o způsobu péče v rodině odehrává ve dvou fázích. V první fázi rodina rozhoduje o tom, jestli je vůbec možná péče o seniora doma, nebo má být svěřena instituci, což ovšem nevylučuje, že bude rodina péči o seniora žijícího v pobytovém zřízení určitým způsobem realizovat. Zde se projevuje normativní a citová solidarita rodiny, ve svém rozhodování se její členové opírají o společně sdílené normy, hodnoty, postoje, city a na základě tohoto sdílení dochází k rozhodnutí, které nemusí být někdy ani vyřčeno, jelikož je „všem jasné“ a situace nemá pro rodinu žádné další řešení. Tato první fáze je prověřením „mechanické“ sociální soudržnosti rodiny, jako opory důležité ve chvílích, kdy jsou pečující vystaveni zvláště obtížným situacím, konfliktům a změnám. Mechanická sociální soudržnost udržuje základní představu o péči i v případě, že je péče nakonec delegována na jednu hlavní pečující osobu. Právě o sdílení hodnot, norem, citů se může zatížený člen rodiny v takových situacích opřít. Druhá fáze poté zahrnuje rozdělení rolí v samotné realizaci péče, časový rozvrh péče, opírá se o pocit odpovědnosti, závazku, povinnosti, nastupují změny preferencí, většinou dochází k potlačení vlastních individuálních priorit, pečovatelé se vzdávají svého životního komfortu ve prospěch rodiny a hlavně seniora, který potřebuje pomoc, rodina mění některé své zvyklosti. Členové rodiny si uvědomují vzájemnou závislost jednotlivých rolí v podílu na péči, uznávají společný zájem jako prvořadý. Přijetí rozdělených rolí, odpovědnosti a sdílení priorit se stává nástrojem realizace péče. Mezigenerační solidarita a rodinná soudržnost má na rozhodování o péči a průběhu péče nesporně velký vliv spolu s podobou rodiny, resp. domácnosti, v níž je o seniora pečováno. Jeřábek uvádí údaje výzkumu,²⁵ kde se jako poměrně významný faktor jeví typ domácnosti. Nejvíc případů péče o seniora bylo zaznamenáno ve vícegeneračních rodinách (31 %), následují reziduální rodiny²⁶ (22 %), přibližně stejný počet případů potom vykazují úplné rodiny – manželé a děti, přestože s nimi senior nebydlí (10 %) a manželský partner seniora, bydlící v jedné domácnosti (11 %). Ve 3 až 7 % případů potom pečují o seniory vícegenerační rodiny bez přítomného seniora, mladé nebo středně staré samostatně bydlící páry a neúplné rodiny (2013, s. 67). Zároveň s podmínkami typu domácností byl zkoumán například i faktor náboženského přesvědčení a přítomnosti a míry altruismu. Autor zároveň upozorňuje, že ani jeden z faktorů neovlivní izolovaně uskutečnění rodinné péče, častěji vede k praktikované

²⁵ Data byla sebrána v rámci mezinárodního projektu výzkumu sociální spravedlnosti „International Social Justice Project IV“, který koordinoval prof. Bernd Wegener, Humboldt Universität Berlín, SRN.

²⁶ Jeden až dva potenciální pečovatelé a senior (Jeřábek, 2013, s.67)

péči až jejich souběh (Jeřábek, 2013, s. 69). V rámci šesti dimenzí solidarity podle Bengtsonova modelu²⁷ lze sledovat jednotlivé komponenty, které jsou u pečující rodiny rozhodující pro přijetí podoby péče a její realizaci. Jde např. o sdílení norem, hodnot, citů, empatii, altruismus, porozumění, frekvenci a kvalitu kontaktů, zvládání konfliktů, reciprocitu, pocity závazku a odpovědnosti apod. Nesmíme zapomínat, že mezi členy rodiny je zahrnut i samotný objekt péče – nesoběstačný senior, ke kterému se vztahuje důležitý faktor podoby péče a to zachování patřičné míry jeho autonomie. Jednotlivé dimenze nepůsobí v rodině odděleně, jde o komplexní působnost, kde se vzájemně prolínají, doplňují někdy i podmiňují jednotlivé komponenty. Na možnostech uskutečnění a vykonávání péče se podílí i další faktory (některé uváděné u strukturní solidarity), které musí rodina v rámci péče řešit. Jedná se například o podmínky bydlení a místa kde bude péče poskytována, o dosažitelnost sociálních služeb, vzdálenost pečující osoby a dopravní obslužnost, pokud nebydlí ve společné domácnosti se seniorem, zdravotní stav pečujících osob, jejich finanční zabezpečení, souběh péče a zaměstnání, další možné zdroje péče a jiné podmínky, které mohou i při dostatečné míře solidarity v rodině péči výrazně komplikovat (Jeřábek a kol. 2013). Kromě soudržnosti a solidarity je zapotřebí, aby byla rodina dostatečně adaptabilní. Rodinný systém může být v případě péče o nesoběstačného rodinného příslušníka vystaven nepředpokládané zátěži, která je klasifikována jako situační stres. K dalšímu optimálnímu fungování rodiny je potom zapotřebí uvnitř rodiny měnit strukturu, vztahová pravidla, role, přizpůsobit se změněným požadavkům a nárokům života. Zároveň si musí rodina jako celek udržet správnou míru organizovanosti, jelikož rovnováha mezi adaptabilitou a organizovaností je rozhodující pro zvládnutí situačního stresu (Sobotková, 2000, s. 31). Pro rodinný systém znamená převzetí péče o seniora potřebu řešení mnoha úkolů, se kterými si nemusí vždy vědět rady. Nesprávně, nebo vůbec neřešené konflikty, špatná komunikace, vzájemné nepochopení, nebo i neovlivnitelné faktory, jako podstatné zhoršení zdravotního stavu hlavní pečující osoby, mohou vést k nabytí „pracně“ nabyté vyváženosti podmínek, za kterých mohla být péče realizována. Takové situace mohou vyžadovat odbornou pomoc „zvenčí“ mimo rodinu, v zájmu zachování stability pečujícího rodinného systému i v zájmu kvality péče poskytované seniorovi v jeho

²⁷ Jedná se o tyto dimenze: citová solidarita, solidarita kontaktů, solidarita souhlasu, solidarita pomoci, normativní solidarita, strukturní solidarita Bengtsonova modelu mezigenerační solidarity, který byl vzat jako základ pro výzkumnou práci v oblasti mezigenerační solidarity. Autor publikace dodává, že tomuto modelu chybí obecné ukazatele vnímání priorit rodiny jako celku, jejich společných cílů, vyjádření priorit rodiny jako celku před potřebami a zájmy jednotlivých členů.

domácím prostředí. Jednou z možností pomoci rodině je rodinné poradenství se systémovým, ekologickým přístupem. „Rodinný poradce by měl vědět o všech dostupných sociálních službách pro rodiny, orientovat se v příslušných úřadech i být informován o činnosti podpůrných a svépomocných skupin pomoc rodinám tak zahrnuje jednak spolupráci na mobilizaci a využití vnitřních zdrojů rodiny, jednak pomoc s vyhledáním a zkontaktováním vnějších zdrojů společenských“ (Sobotková, 2000, s. 27).

Co se týká zákonné úpravy péče o nesoběstačné rodinné příslušníky v naší zemi, je v Novém občanském zákoníku 89/2012 Sb. v ustanoveních Rodinného práva explicitně vyjádřena pouze vzájemná vyživovací povinnost předků a potomků a povinnost dětí zajistit svým rodičům slušnou výživu. „Oproti rodině v tradiční společnosti, v níž vládla plná ekonomická solidarita, rodina moderní společnosti očekává, že při zaopatřování dětí, nemocných a starých lidí převezme část této tíže stát“ (Matoušek, 2003, s. 9, in Jeřábek 2013, s. 92). Kuchařová poukazuje na to, že se mohly některé rodiny díky strategiím minulého režimu naučit delegovat svou zodpovědnost za péči o své staré rodiče na stát a vytratila se tak u nich správná míra odpovědnosti za ně (Kuchařová, 2002 in Jeřábek 2013). Mnohé české rodiny však i v této době spoléhaly na vlastní zdroj a své síly v tomto směru a vykazovaly nejvyšší možnou míru solidarity (Možný, 2004, in Jeřábek, 2013, s. 92). Jak již bylo zmíněno výše, v ČR se v dnešní době zkušenost s dlouhodobou péčí o seniora se sníženou soběstačností týká přibližně čtvrtiny rodin a domácností. O povinnosti postarat se o své staré rodiče, je v naší republice přesvědčeno 80% dospělých dětí. Polovině osob starších šedesáti let, které uvedly, že péči o sebe nezvládají, také jejich děti pravidelně pomáhají, u 31% jde o pomoc každodenní (Novák, Beasstess, 2013). Zdá se, že se v naší populaci tradice domácí péče o staré nesoběstačné rodinné příslušníky nevytratila, ani nebyla výrazně poškozena režimem minulého století, kdy se stát snažil převzít roli rodiny. Změny v životě společnosti, modifikované požadavky na životní standard a životní styl nastupujících kohort možných pečujících a změny v soužití dnešních rodin mohou udržení tradiční pojetí péče o starého nesoběstačného člověka v jeho domácím prostředí a za pomoci rodiny ohrozit. Z mnoha důvodů je zapotřebí tendence pečovat o člověka v jeho přirozeném prostředí podporovat. Tato podpora by měla vycházet hlavně z přirozených potřeb pečujících osob.

3.2. Identifikace pečující osoby

Z mnoha zdrojů lze vyčíst, že nejčastějším poskytovatelem domácí péče jsou ženy. Dá se předpokládat, že v případě péče o nesoběstačného seniora budou ženy pečovatelky ve věku starší dospělosti, nebo raného stáří. S přihlédnutím k vývojové psychologii se může u ženy v této vývojové fázi projevit snaha „vládnout široké rodině a pečovat o ni“. Jde o období, kdy dochází k poklesu mateřských povinností, které jsou nahrazeny povinnostmi péče o staré rodiče. Stárnoucí žena je v pozici, které většinou získává od své matky bez ohledu na sociokulturní příslušnost, v této pozici udržuje rodinné kontakty, vazby a vztahy a podporuje mezigenerační solidaritu. Toto chování od ní bývá očekáváno (Putney a Bengtson, 2001, in Vágnerová 2007). V kontextu výzkumu mezigenerační solidarity je zmíněno, že osobní péči co do počtu pečujících a podílu na péči zabezpečují ženy, manželky, dcery a snachy, popř. vnučky přičemž nejfrekventovanějším modelem péče je péče manželky, která se stará sama o svého starého nesoběstačného manžela. V tomto modelu jde o nejdůslednější a nejspolehlivější péči. Opačný případ péče manžela o manželku je méně frekventovaný a většinou se nejedná o péči samostatně vykonávanou manželem ale s dopomocí dcer a snach. I v péči o staré rodiče s potřebou pomoci dominují dcery a snachy. Ženy zastávají svoje pečovatelské role většinou samy, s menší dopomocí okolí, jen v některých případech se na péči podílí vícegenerační rodina (Jeřábek, 2013, s. 47-48). Ve vztahu ke kvalitě života pečujících osob zmiňuje Michalík, že v péči o osoby se zdravotním postižením jde o výrazné zastoupení žen, které rezignují na vlastní osobní cíle, mění svou roli na trhu práce na roli pečující osoby a v podstatě, pokud se mluví o výsledcích výzkumů zaměřených na postavení pečujících osob, mluví se de facto o ženách. Autor v kontextu své výzkumné práce zaměřené na kvalitu života pečujících osob konstatuje, že v „České republice v současné době nenalezneme masivnější příklad genderově nevyváženého (a ve vztahu k ženám diskriminačního) postavení příslušníků jednoho pohlaví, než je uvedená dlouhodobá péče“ (Michalík a kol. 2011, s. 30). Ve spojitosti s demografickými ukazateli se naskýtají další pohledy na pečující ženy. Úmrtnostní tabulky hovoří o nižší míře úmrtnosti u žen v porovnání s muži, ženy také umírají ve vyšším věku. Zároveň se stoupající rozvodovostí to znamená, že mnoho žen, matek i dcer bude žít ve stáří osamoceně. Je to jeden z faktorů, který se podílí na zúžení možnosti pomoci v péči ze strany mužů, tudíž i na vyčerpanosti pečujících žen. V některých západních zemích zazněly odborné předpoklady, že vysoká zaměstnanost

žen, mnohdy mimo domov, povede ke snížení dominantní ženské role jako udržovatelky příbuzenských vztahů. Tyto předpoklady se nepotvrdily, ale vyčerpanost žen středních let, které posunuly věk sňatku a narození dětí do vyššího věku je opravdu velká. K péči o děti, domácnost, zvládání požadavků v zaměstnání totiž těmto ženám ve shodném čase přibývá ještě starost o velmi staré rodiče. V naší republice se žen zatím tato časová koncentrovanost rolí ve větším rozsahu netýká. „Je ovšem velmi pravděpodobné, že posunutí sňatků a porodů do vyššího věku ženy, prodloužení intervalu mezi porody, které můžeme u nás brzy očekávat, spolu s předpokládaným prodloužením střední délky života učiní z české ženy po třicítce permanentní pečovatelku: nejdříve přijde péče o malé dítě (případně děti), která bude vystřídána souběhem starostí s pubescentem a stárnoucími rodiči. Pak přijde na řadu intenzivní péče o rodiče přestárlé a možná i chronicky nemocné a vše bude završeno péčí o nemocného manžela“ (Rabušic, 1995, s. 153). Možné vysvětlení převahy žen v roli domácích pečovatelek (jedná se o tři čtvrtiny pečujících osob, z toho 33% tvoří dospělé dcery) je genderový rozdíl v socializaci dívek a chlapců. Odpoutání od matky v rámci vlastní identity je výraznější u synů. „Archetyp ženství s sebou nese výrazný důraz na pečovatelství. Ženy mají v této sféře ne-li větší talent, tak nepochybně více ochoty dělat, co je třeba“. U žen se rovněž počítá s vyšší loajalitou k rodině, menšími ambicemi, vyšší mírou zodpovědnosti, nezanedbatelný je i předpoklad platově horšího postavení žen na pracovním trhu (Novák, Beastess, 2013, s. 12). Vysoký podíl žen v roli pečovatelek ovšem neznamená, že se muži péče neúčastní. Jak již bylo zmíněno, muž roli hlavní pečující osoby zastává většinou v péči o svou manželku, s podporou a pomocí dcery nebo snachy. V tomto případě muž jako pečovatel poskytuje pomoc ženě jak v základních sebeobslužných činnostech (ADL), tak v činnostech instrumentálních (IADL), s tím, že v některých činnostech spolupracuje, nebo je přenechává ženským rodinným příslušníkům (pokud nesvěří část péče sociální službě). V ostatních případech domácí péče zastává muž roli vedlejší pečující osoby, pomáhá s fyzicky náročnými činnostmi péče v základních činnostech (např. přesun nebo převoz seniora, pomoc při hygieně) a více se angažuje v péči kolem instrumentálních činností (nákupy, udržování technického komfortu domácnosti, doprava apod.) (Jeřábek, 2013, Novák, Beastess, 2013).

Profil pečující rodiny a ještě více jednotlivých pečujících osob je záležitostí naprosto individuální, odvíjí se od mnoha determinujících činitelů. Dá se tedy říct, že vytvořit

obecný obraz pečovatele nelze. Pomocí výzkumu se ale dají zmapovat determinanty péče, přístupy pečujících k této činnosti, jejich motivace a důvody péče, vztahy s opečovávanou osobou apod., které v kombinaci s osobnostními a charakterovými vlastnostmi, zdravotním stavem a věkem pečující osoby a jejími zkušenostmi mohou poskytnout určitý obraz konkrétního pečovatele. *Osobnostní předpoklady* pečovatele jsou důležitým prvkem jak ve fázi rozhodování o rodinné péči, tak v samotném procesu péče. Podle Keating et al. (2003), je rozhodující osobou, určující kdo náleží do pečující rodiny právě hlavní pečující. Jeřábek dodává: „Lze tedy předpokládat, že hlavní pečující je osobou, která nejčastěji rozhoduje o „dělbě péče a pomoci“ v rodině“ (Jeřábek, 2013, s. 77). Tato činnost nemusí být zakončena přerozdělením s definitivní platností, ale časté střídání pozic a rolí v péči určitě neprospívá pečujícím a může ohrozit i pocit bezpečí u velmi starého člověka, který se na změny těžko adaptuje, každá změna je pro něj ztrátou záchytného orientačního bodu. Hlavní pečující osoba by proto měla mít určité *organizační schopnosti* a *schopnost odhadu* kompetencí ostatních pečujících pro správné rozvržení pečovatelského potenciálu. V každém momentu péče je pak klíčovým osobnostním rysem schopnost *empatie*. Umění vcítit se do mnoha dimenzí života opečovávané osoby je skutečným „mistrovstvím“ citu a psychiky. Určitě je nad lidské síly dokázat „vklouznout“ svou empatií do všech dimenzí života nesoběstačného seniora a v dostatečné míře, vždy zůstane něco, co v tomto směru pečovatel „nezvládne“, ale pro starého bezmocného člověka je důležitá přítomnost empatie, která pomůže pečujícím rozpoznat seniorovy potřeby v aktuální podobě. Empatický vhléd je „výhodný“ pro obě strany péče. Senior se s empatickým pečovatelem těší ze správné „dávky“ péče, ani přehnané, ani nedostačující a pečovateli tato vlastnost pomáhá rozpoznat, co skutečně senior chce. Otázka empatie je velmi frekventovaně diskutována i v činnosti neformálních pečovatelů. Do jisté míry se lze určitě empatii naučit, získáním zkušeností z péče o mnohé klienty či pacienty člověk dokáže citově rozpoznat potřebu pomoci druhému člověku, zdůvodnit někdy na první pohled nesmyslné požadavky i rozpoznat potřeby latentní. Samotný proces socializace přináší dovednosti, které člověk získá pozorováním svého sociálního okolí mezi jiným i vzorce chování v poskytování péče. Praxí mnohokrát ověřený je ale fakt, že se na empatii dá opravdu dívat jako na umění, ke kterému může mít člověk talent, který mu umožňuje tento „dar“ užívat i ve velmi mladém věku bez letitých zkušeností. U osoby pečující o důvěrně známou osobu, rodiče, partnera, prarodiče, apod. se k empatii ještě přidává právě

důvěrná znalost opečovávané osoby, což umožňuje rozpoznat i velmi jemné nuance v seniorově chování, na které může pečující bezprostředně reagovat. Z výzkumné otázky na podobu ideálního pečovatele uváděli respondenti hodnoty jako je *láska* a empatie také *toleranci* a *trpělivost*, pečující by podle nich měl být *silnou osobností*. Dá se usuzovat, že trpělivost a tolerance budou s opravdovou empatií velmi úzce souviset. Z citového zabarvení preferujících vlastností dobrého pečovatele lze jasně vyčíst směřování pečujících k emocionální péči. Právě tato složka péče je diferencujícím prvkem mezi poskytováním péče v přirozeném prostředí seniora rodinou a péčí poskytovanou zdravotními nebo sociálními pobytovými službami (Jeřábek, 2013).

3.3. Podoba domácí péče

Teoretická východiska umožňují pohlížet na péči o seniora se zdravotním postižením v domácím prostředí z různých úhlů, tudíž konstruovat i různá rozlišení. Pokud se jedná o diferenciaci jednotlivých složek péče (zdravotní, sociální, emocionální), můžeme pro účely domácí péče o tomto rozdělení uvažovat v rámci podpory jednotlivých složek, která je poskytována osobě hlavního pečujícího a osobám, kteří jí v péči pomáhají (např. poskytováním zdravotní služby, rehabilitace, pomoci v domácnosti formálním poskytovatelem, návštěvy známých, sousedů, přátel, osobní blahopřání bývalých spolupracovníků k výročí apod.). Pokud uvažujeme o péči zaměřené na seniora s vyšším stupněm závislosti na pomoci, jsou ze strany rodinných pečujících všechny složky aplikovány *komplexně* a *permanentně*. Ze strany příjemce péče, opečovávaného seniora, záleží na vnímání potřebnosti jednotlivých úkonů péče, v tomto případě může být závislost na pomoci vnímána jinak opečovávanou osobou a jinak pečujícím.

Jedním z klíčů možného dělení péče je místo, kde je péče poskytována. Může jít o původní, *vlastní domácnost nesoběstačného seniora* (tento model se dá předpokládat přirozeně bez potřeby změn u péče v partnerském svazku, nebo v případě, že rodina bydlí ve vícegeneračním domě), nebo je péče o seniora poskytována *v domácnosti pečující osoby*. Jak již bylo zmíněno v podkapitole „Neformální péče“, v dnešní době dochází u seniorů k preferenci samostatného bydlení ve vlastní domácnosti (Kubalčíková, 2012). Tato skutečnost je zcela jistě výsledkem snahy seniorů o zachování individuální autonomie, která je pro ně nesmírně důležitá a jak uvádí Sýkorová (2007, s. 228), „její význam je neslučitelný se zátěží druhých v podobě nároků na pomoc a s pocitem závazku za ni“, možnost svých rozhodnutí senioři spojují

s osobní odpovědností za saturaci svých potřeb. Domácnost je jakýmsi teritoriem, ke kterému se vztahuje „rozhodovací právo“ jeho vlastníka. Senioři se nechtějí stát „břemenem“ v domácnosti svých pečovatelů, nechtějí rušit a nabourávat chod rodinného života, který do jejich příchodu v domácnosti fungoval, a nechtějí se také vzdát svých rozhodovacích kompetencí, které v nevlastní domácnosti nemohou vždy uplatnit (srov. Sýkorová, 2007). Naopak, pečovatel kvůli eliminaci konfliktů, nechce zasahovat do zaběhnutých mechanismů fungování, zvyklostí a podoby domácnosti seniora, což mu může v praxi činit značné potíže. Přestěhování nesoběstačného seniora do vlastní domácnosti může v určitých případech vážně ovlivnit soukromí členů této domácnosti a tím i jejich vzájemné vztahy. Klíčovým prvkem při rozhodování o místě poskytování rodinné péče je zdravotní stav seniora, resp. jeho schopnost vykonávat sebeobslužné činnosti. Místo poskytování rodinné péče má tedy přímou souvztažnost k rozsahu pomoci v každodenní sebeobslužné a instrumentální péči ale i k autonomii a soukromí seniorů i pečujících. Naléhavost potřeby péče o seniora a náročnost péče vzhledem k pečujícím umožňuje rozlišení péče *podpůrné, neosobní a osobní*. Nejméně časově, fyzicky i psychicky zatěžující je péče podpůrná, která může být mezi pečujícím a seniorem praktikována i v případě odděleného bydlení, jedná se o nepravidelnou podporu seniorů v chodu domácnosti, dopravě a obstarávání úředních záležitostí podle potřeby. Oboustrannou důležitost této podoby péče podtrhuje přítomnost emocionální složky péče. O časově náročnější a pravidelnější péči se jedná v případě péče neosobní. Týká se většinou běžné péče o domácnost, která je již pro seniora méně postradatelná a v případě neúčasti rodiny tuto péči většinu zajišťuje pečovatelská služba, popř. další zjednané osoby či komerční služby. Rodina v případě neosobní péče zajišťuje její materiální a emocionální složku. Tento stupeň péče se dá popsat jako významná pomoc a péče. Nejnáročnější podoba péče je péče osobní. Osobní péče vyžaduje od pečující osoby nepřetržitou přítomnost, jedná se o činnosti, které zasahují do intimní zóny seniora, péče je prováděna opakovaně a prakticky nepřetržitě, což znamená trvale přítomný pocit odpovědnosti u pečující osoby, emocionální složka je zde neodmyslitelná, spolu se zmíněnou odpovědností prakticky výkon této podoby péče zaručují. O této péči se dá mluvit jako o péči nezbytné (Jeřábek, 2013, s. 46-47, 82). Z povahy osobní péče vyplývá, že by mohla být jen těžko prováděna v případě odděleného bydlení. Gradující náročnost péče v uvedených stupních vyvolává různě velkou potřebu podpory hlavní pečující osobě dalšími členy rodiny, přispěním jiných

možných pečujících (sousedé, přátelé, dobrovolníci), nebo intervencí sociální služby (nejčastěji pečovatelské služby). „Ve sféře sociální politiky se s naprostou samozřejmostí kalkuluje s podpůrnou funkcí rodiny.“ (Sýkorová, 1996, s. 61, in Havlíková, 2012, s. 103). Jako samozřejmost naopak nevyznívá podpora pečujícím ze strany státu, resp. možných nástrojů pomoci pečujícím v podobě sociálních a zdravotních služeb nebo legislativních rozhodnutí, které by pečujícího o seniora se závislostí na pomoci druhé osoby v jeho přirozeném prostředí významným způsobem podpořily. Totéž vyplynulo i z realizované případové studie péče poskytované pečovatelskou službou (srov. Kubalčíková, Havlíková, 2011), kde byla rodina v poskytování péče o seniory v prostředí jejich domácnosti vnímána jako samozřejmý zdroj pomoci a to pro pokrytí služeb a úkonů které pečovatelská služba neposkytuje v požadovaném rozsahu, nebo vůbec (Havlíková, 2012).

Možnosti pomoci státu pečujícím osobám mají široký rozsah a zdaleka nejsou využity tak, jak by mohly být. Vzhledem k fyzické a psychické zátěži, kterou podstupuje v případě seniora s vysokým stupněm závislosti nepřetržitě pečující osoba, se nabízí určitá analogie s některými typy náročných zaměstnání nebo povolání. Pro srovnání, například policisté mají možnost využít nárok na lázeňskou péči, v případě pečujících osob se taková „státem garantovaná“ zdravotní péče, kterou by mohli v horizontu pěti či deseti let využít nenabízí (Michalík a kol. 2011). Umožnění regenerace a načerpání sil poskytnutím lázeňské péče je možnou variantou pomoci státu pečujícím osobám.

3.3.1. Pomoc hlavní pečující osobě ze strany dalších členů rodiny

Z nedávné výzkumné studie „Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku...“²⁸, která se týkala populace 50+ vyplynulo, že pečující osoby poskytovaly nejstarším rodinným příslušníkům (svým rodičům), pomoc nejvíce s prací v domácnosti (86 %), v péči o vlastní osobu (37 %), při kontaktu s úřady (44 %). 41 % pečujících osob poskytlo pomoc svým rodičům alespoň jednou týdně. Pomoc rodičům poskytují v nejvíce případech jejich děti a partneři dětí (Havlíková, 2012, s. 108). Mají-li rodiče více dětí, dá se předpokládat, že většinou jedno z nich bude hlavní pečující osobou, která se bude opírat o výpomoc svého vlastního partnera a výpomoc

²⁸ Celý název článku „Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi“ : Jsou zde uvedena data získaná při dotazníkovém šetření mezinárodního projektu SHARE , ke kterému se ČR připojila v roce 2006-2007. Šetření se týkalo populace 50+.

sourozenců a jejich partnerů. O složení rodinných příslušníků v případě péče o nesoběstačného seniora se zmiňuje Veselá ve své studii „Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům“ uvádí, že by více jak polovina osloveného souboru možných hlavních pečujících osob v „případě potřeby zabezpečovala péči nesoběstačným rodičům za pomoci sourozenců v jejich domácnosti a většina z nich předpokládá, že by jim se zajištěním péče pomáhali i jejich partneři“. Tato odpověď byla nejčastější u středoškolsky vzdělaných žen ve věku 36-50 let. O spolupráci se sourozenci je potom *určitě* přesvědčeno 27 % oslovených potenciálních pečovatelů a jako o *pravděpodobné* spolupráci uvažuje 33 %. 60 % předpokládaných pečujících osob tedy sourozeneckou spolupráci připouští. Co se týká sourozenecké spolupráce, předpoklad společné péče nebyl vyloučen ani v případě společného bydlení seniora a hlavního pečujícího (Veselá, 2002, s. 7-8). Se zvyšující se potřebou péče o stárnoucího člověka, je zvyšována i zátěž pečujících. 75% seniorů uvádí, že se na jejich péči podílí kromě osoby hlavního pečujícího ještě dvě až čtyři sekundární pečující osoby, přičemž „péče se koncentruje uvnitř rodiny hlavní pečující osoby spíše, než aby byla rozdělena v rámci širší rodiny“ (Tennstedt, 1989, in Jeřábek, 2013, s. 77). Jeřábek v analýze spolupráce v pečujících rodinách zjistil, že „s růstem náročnosti péče neroste počet pečujících osob“, ale se stoupajícím počtem hodin, vynakládaných na péči, „roste zátěž jednotlivých osob účastnících se péče“, a to úměrně k času věnovanému péči. Toto tvrzení ovšem platí, je-li posuzován každý stupeň péče zvlášť, což v praxi znamená, že u nejméně náročné podpůrné péče je počet zainteresovaných rodinných příslušníků a jejich aktivita dána spíše „ochotou“ než nutností, takže počet ani složení pečujících nemusí být zřejmě důsledně stabilní. V případě neosobní, ale významné péče se již zátěž hlavní pečující osoby odvíjí od počtu osob, které se na ní podílí. U nejméně zatěžující osobní péče je víceméně nezbytné, aby se na péči podílelo více osob a aby fungovala rodinná solidarita ve smyslu praktické spolupráce a byla udržena únosná mez zátěže vynakládané na pečující osoby (především hlavní pečující osobu), (Jeřábek, 2013). Zajímavý závěr poskytuje analýza položky dotazníkového šetření z výzkumného grantového projektu „Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“, řešeného v letech 2009-2011. V rámci této položky bylo u skupiny pečujících i kontrolní skupiny (osoby, které nemají s péčí o osobu se zdravotním postižením zkušenost) řešeno, jestli by uvítaly větší podporu blízkých osob. I přes součtově poměrně stejný výsledek kladných odpovědí, (pečující o osobu se

zdravotním postižením 69,7 %, bez zkušenosti s péčí o osobu se zdravotním postižením 70,5 %), poukázala jemná diferenciací výběru odpovědí „ano“ a „spíše ano“ na *pociťovanou* naléhavost podpory ze strany pečujících osob, které volily vícekrát odpověď „ano“ a *předpokládanou* potřebu podpory u kontrolní skupiny, která volila vícekrát odpověď „spíše ano“ (Michalík a kol. 2011). *Předchozí zkušenost s péčí o nesoběstačnou osobu* je jistě významným faktorem, který může určitým způsobem ovlivnit jak rozhodování o podobě péče tak průběh procesu péče. „Konkrétní podobu a uspořádání péče může dále ovlivnit také profesní zázemí jednotlivých domácností, neboť možnosti pro poskytování péče, jímž disponují rodiny, kde je alespoň jeden z členů vzdělán v oboru souvisejícím s poskytováním péče, jsou významně odlišné od domácností ryze laických“. Pečující bez zmíněné odbornosti si osvojují poznatky až v průběhu péče (Remr, in Jeřábek, 2013, s. 140). Souvislost s podporou ostatních členů rodiny hlavní pečující osobě v tomto případě můžeme nahlížet tak, že i v případě, že osoba s odborností náležející do oblasti péče o nesoběstačného seniora nebude hlavní pečující osobou, může v rodině fungovat jako významný a velmi blízký zdroj užitečných informací spojených s důvěrnými a citovými znalostmi opečovávané osoby.

3.3.2. Pomoc osobám, pečujícím o seniora v jeho přirozeném prostředí ze strany sociálních služeb

„Model rodinné péče může úspěšně fungovat jen za předpokladu pestré nabídky nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráce a vzájemné pomoci mezi institucionální a rodinnou péčí“ (Barvíková, Jeřábek 2005, in Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013/6, s. 18). V tomto konstatování jsou vedle sebe zmíněny hned dvě problematické oblasti. Jednak dostupnost sociálních a zdravotních služeb (finanční, časová, místní) a participace obou subjektů na péči poskytované v domácích podmínkách, resp. na vzájemném uznání rovnosti postavení v této péči. Oba problémy již byly zmíněny v kapitole o provázanosti formální a neformální péče. Kubalčíková (2012, s. 91), zmiňuje v souvislosti se sociálně konstruovanou závislostí²⁹, že je tento fenomén posilován, „pokud systém pomoci nerespektuje význam rodinných (sociálních) vazeb a nevychází z principu konvergence neformálních a formálních pečovatelských, která je staršími lidmi preferována, ale naopak je tento systém postaven na vzájemné

²⁹ „Townsend (in Phillipson se domnívá, že hlavní příčinou vzniku konstruované závislosti je vytěsnění jedince z jeho přirozeného prostředí, tedy ze sociálních vazeb a sítí, které tvoří rodina, okruh známých a přátel a prostor, v němž přebývá“ (Kubalčíková, 2012/4).

dichotomii, tedy je chápán jako dva vedle sebe existující zdroje pomoci. Poskytování pomoci starým lidem prostřednictvím formální péče je pak mnohdy percipováno jako selhání jejich vlastní rodiny, jako nezájem, neochota nebo i vypočítavost“, jelikož v praxi se zmíněná dichotomie projeví buď jako nedostatečný prostor pro participaci neformálních pečovatелů v rámci pomoci formální, nebo se trvalá péče neformálních pečovatелů v domácnosti nestane součástí systému pomoci (Mayers and MacDonalds, 1996, in Kubalčíková 2012). Významnou roli v ČR sehrává v systému sociálních služeb Pečovateľská služba. Jde o terénní službu s možností poskytování péče přímo v prostředí domácnosti seniora a potenciálem reagovat na situaci seniora komplexně a pohotově. V mnoha evropských zemích je elementárním prvkem systému služeb, který reaguje na demografické změny, strukturu klientů i charakter jejich potřeb. U nás jde o službu dobře institucionalizovanou, vymezenou právními předpisy, obvykle dostupnou všem příslušníkům cílové skupiny, nabízenou různými zřizovateli. Různé okolnosti, které působí na organizování a poskytování této služby však mohou zapříčinit neplnohodnotné využití potenciálu služby, a její nepřizpůsobivost klientele a aktuálním trendům péče. Senioři žijící ve vlastní domácnosti jsou uživateli s různorodým a poměrně proměnlivým spektrem potřeb (Musil, Hubíková, Kubalčíková, 2002). V případové studii³⁰ (Musil, Hubíková, Kubalčíková, 2002) bylo zjištěno, že Pečovateľská služba klade důraz na kvantitu poskytovaných úkonů (to se projevuje preferencí rozvážky obědů před poskytováním klasické péče), což znamená upřednostnění materiální pomoci před pomocí zvládnání úkonů péče o vlastní osobu. Ale ani v materiální pomoci není nabídka „šitá na míru“ uživateli služby, neboť je mu nabízen standardizovaný, obvykle poskytovaný „balík“ rutinních úkonů, bez širší možnosti vyjednávání o individuálních potřebách seniora. Díky nízké informovanosti nemají uživatelé ani představu o svých nárocích a dialog a zpětná vazba od uživatelů není na takové úrovni, aby mohlo být ověřeno, do jaké míry nabízený soubor úkonů koresponduje s jejich aktuálními potřebami. Problémem také bývá docela časté střídání pečovatelek, což nesou někteří senioři docela těžce, zvláště vyžadují-li péči intimnějšího charakteru. Uživatelé mají snahu situace racionalizovat³¹, se zvyšující se

³⁰ Případová studie anonymní organizace Pečovateľské služby, která byla použita jako výzkumná metoda ve vícefázovém výzkumu pro záměry projektu „Standardy kvality a kultura osobních sociálních služeb“ (Musil, Hubíková, Kubalčíková, 2002).

³¹ „Racionalizace- chápeme jako mechanismy ospravedlňování přijatelnosti nepřijemného, tedy možnost utlumit nebo zatlačit do latentní podoby naléhavost nepřijemné okolnosti nebo situace. Nutnost

závislosti seniora a potřebou rozsáhlejší péče, zahrnující i nemateriální, osobní péči nabývá racionalizace uživatelů na objemu. Právě u těch lidí, jejichž naléhavost a složení potřeb vyžaduje intenzivní a systematickou péči lze vysledovat ze strany pečovatelské služby tendenci k selekci klientů, jako řešení zachování stávajícího organizačního uspořádání poskytování služby. „Nároční“ klienti jsou převedeni do péče dobrovolné pečovatelky, která je zvláštním typem pracovníka pečovatelské služby. Dobrovolná pečovatelka potom zajišťuje celodenní komplexní péči o seniora (mimo zdravotních úkonů) a zároveň Pečovatelské službě šetří personální kapacitu, do jisté míry i mzdové náklady a její intervence u klienta, jehož péče je náročná na čas a počet úkonů umožní Pečovatelské službě zajišťování činností podle zavedených zvyklostí. Z uvedeného lze vyvodit, že takto fungující Pečovatelská služba je vhodná pro poměrně soběstačné uživatele, vyžadující pomoc, kterou by mohly zajistit i jiné typy služeb společně s výpomocí sousedů, členů rodiny, známých atd. Autoři výzkumu předpokládají, že některé postupy zjištěné v případové studii konkrétní pečovatelské služby se budou vyskytovat u tohoto druhu sociálních služeb obecně. Stávající podoba činnosti služby spíše vypovídá o tom, že by mohla na přání seniora zajistit některé úkony materiální pomoci, v rámci jeho snahy nezatěžovat příliš rodinné příslušníky, než aby se stala významnou oporou pro rodiny pečující o seniory s vysokým stupněm závislosti.

Rozsah úkonů při poskytování základní činnosti Pečovatelské služby, vymezený zákonem³² je poměrně velký. Pokrývá jak pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně a poskytnutí nebo zajištění stravy, tak při péči o domácnost a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. *Výše úhrad* za poskytování některých úkonů Pečovatelské služby vymezené ve vyhlášce vypovídají spíše o individuální a aktuální výpomoci podle potřeby seniora i jeho rodinného pečovatele, než o stabilním „nákupu“ celého spektra úkonů, které služba nabízí. Takže i z pohledu finanční dosažitelnosti se dá předpokládat u seniorů s vyšším stupněm závislosti na pomoci, že hlavním zdrojem péče bude rodina, a podpora ze strany Pečovatelské služby bude fungovat jako „odlehčení“ v její náročné činnosti. Pružnější a z pozice pečujícího zřejmě schůdnější se jeví využití terénní sociální služby *Osobní asistence*. Službu Osobní asistence poskytují různé subjekty, které splňují podmínky pro

akceptovat ne zcela přijatelná pravidla je spojená se snahou hledat přijatelná vysvětlení“ (Musil, Hubíková, Kubalčíková, 2002, s. 42).

³² Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb uvádí vyhláška 505/2006 Sb.

poskytování sociálních služeb. Tato služba sociální péče je poskytována *bez časového omezení*, v přirozeném prostředí seniora a zahrnuje jak úkony péče o vlastní osobu seniora, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí, ale také péči o domácnost. Flexibilita tohoto druhu služby směrem k pečujícímu spočívá hlavně v časové neomezenosti poskytování služby (což koresponduje s nepřetržitostí péče domácího pečovatele), a také v možnosti pružnější domluvy na rozsahu a době, kdy má být služba vykonána. V praxi to může například pro pečující ženu znamenat, že má možnost v určitých časových intervalech trávit svůj „odlehčený“ čas s vnoučaty.

Za odlehčovací službu je možné považovat také *Centra denních služeb pro seniory*, která poskytují různé druhy aktivizačních programů. Některá zařízení zajišťují i dopravu uživatelů do „centra“ a domů. Po dobu pobytu seniora ve formě *ambulantní služby* je pečující osobě z kruhu rodiny zajištěn čas pro nezbytný odpočinek (Matoušek 2007 in Dvořáčková, 2012). Obdobně jako u pečovatelské služby zde vyvstává otázka selekce velmi nesoběstačných seniorů, resp. zcela imobilních. Je-li služba primárně zaměřena na aktivizaci uživatelů, jen těžko se dá předpokládat, že bude poskytovat péči ležícímu klientovi. Z pohledu pomoci rodinnému pečujícímu je zřejmé, že u seniorů, kde je vzhledem k nesoběstačnosti opečovávané osoby domácí péče nejnáročnější, rodina tuto formu pomoci příliš očekávat nemůže. Problémem v tomto způsobu úlevové péče bývá i absence zařízení ambulantních služeb jako jsou Centra denních služeb, nebo Denní stacionáře, které jsou specializovány na osoby s demencí. Péče o osobu s demencí je velmi náročná, a pokud v dané lokalitě takové zařízení chybí, znamená to pro pečující osobu výrazné omezení ve výběru respitní služby.

V případě *pobytových zařízení*, která by chtěla osoba pečující o nesoběstačného seniora v domácím prostředí využít jako respitní³³ službu, většinou naráží na problém obsazenosti lůžek a tím na dlouhou čekací dobu přijetí. Na odlehčovací služby poukazuje ve své výzkumné práci Michalík a kol.(2011, s. 26), resp. na jejich nedostatečné zajištění. Jde o dříve neznámé typy sociálních služeb zakotvené v novém zákoně o sociálních službách, které ovšem nejsou dostatečně teritoriálně zastoupeny, v některých lokalitách chybí úplně a problematická je i jejich finanční dostupnost. Haškovcová (2010) píše o morální povinnosti společnosti vůči pečujícím rodinám, která

³³ Z angl. respit = uvolnění, ulehčení.

se může projevit právě pomocí v podobě rozvoje respitních, neboli úlevových služeb. Přitom pomoc formou intervence agentur home care, pečovatelské služby, osobní asistence, sousedské a dobrovolnické výpomoci považuje autorka za „běžnou“ úlevu. Dále do této běžné úlevové péče zahrnuje i krátký pobyt seniora mimo domov v *denních nebo týdenních stacionářích a domovinkách*. Únava pečujících osob při dlouhodobé péči může být velmi vysoká a zdraví ohrožující, na místě je potom umožnit tomuto člověku delší pauzu k regeneraci sil. V dnešní době již uznávanou formou respitní péče je tzv. *parciální hospitalizace*, která může být poskytnuta seniorovi v zařízeních sociálních služeb, v nestátních zařízeních, popř. zdravotnických zařízeních³⁴. Haškovcová uvádí důležitý moment, při takto poskytnuté úlevové péči může rodina s jistým pocitem bezpečí trávit společně volný čas nebo odjet na společnou dovolenou, tudíž dochází i jisté regeneraci vztahů mezi členy rodiny a uvolnění napětí.

Specifickým druhem pomoci pro pečující osoby je poradenství. Včasné, úplné a pravdivé informace zajišťují plynulejší chod práce pečující osoby, zamezují zbytečnému tápání nebo chybám a pečující se tak vyhne časovým ztrátám, nejistotě a stresu. Zákon o sociálních službách rozděluje sociální poradenství na základní a odborné. *Základní sociální poradenství* poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jde o základní, poradenskou povinnou činnost, která je poskytována všemi druhy sociálních služeb. *Odborné poradenství* je zakotveno v zákoně jako poradenství zaměřené na potřeby cílových skupin, součástí této služby je půjčování kompenzačních pomůcek. Poradenství v sociálních službách je poskytováno bez úhrady. I když nejde o klasickou úlevovou péči, je poradenství významnou pomocí pro pečující osoby, jelikož zabraňuje komplikacím v péči, které mohou vzniknout právě na základě nedokonalostí v informacích.

3.3.3. Pomoc osobám pečujícím o seniora v domácím prostředí ze strany domácích zdravotních služeb

Nedílnou součástí péče o seniora v jeho přirozeném prostředí je péče o jeho zdravotní stav. Nahlíženo optikou pečující osoby je v dnešní době situace poskytování zdravotní péče v domácích podmínkách poněkud komplikovaná. Před rokem 1989 byl systém zjednodušeně řečeno postaven na výběru řešení poskytnutí zdravotní péče seniorovi doma, nebo ve zdravotnickém zařízení. Péče v domácnosti byla zajišťována návštěvní

³⁴ „Náklady spojené s uvedenou péčí však nese rodina“ (Haškovcová, 2010, s. 299).

službou obvodního lékaře a hlavně terénní prací geriatrické sestry³⁵, pokud zdravotní stav seniora vyžadoval intenzivnější zdravotní péči, byl senior hospitalizován a po stabilizaci většinou přemístěn do léčebny dlouhodobě nemocných, odkud se buď vrátil domů, nebo do institucionální péče. Společenské změny po roce 1989 se promítly i do zdravotnictví. Ekonomické tlaky v tomto resortu vedou k přísnému rozlišení akutních lůžek a lůžek následné péče. Vzhledem k tomu, že nemocnice nechtějí obsazovat „drahá“ akutní lůžka z jejich pohledu stabilizovanými pacienty, mají snahu přeložit takové pacienty na lůžko následné péče. V případě seniorů se jedná o geriatrická oddělení a kliniky, nebo léčebny dlouhodobě nemocných, kde jsou rovněž hospitalizováni převážně pacienti seniorského věku. Vzhledem k vážnému nedostatku geriatrických lůžek, ošetrovatelských lůžek následné péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a souběžnému tlaku zdravotních pojišťoven, které limitují pobyt pacientů na akutních lůžkách, čili situaci, kdy je ze strany zdravotnických zařízení žádoucí předat pacienta co nejdříve zpět do péče rodiny, by mělo být na velmi dobré úrovni propojení mezi sociální a zdravotní péčí. Pro neformální pečovatele právě v tomto směru nastávají problematické situace. Neujasněná koncepce a problematické financování nemotivují praktické lékaře k návštěvám seniora doma, pečovatelská služba je službou sociální, ne zdravotní, takže zdravotní úkony nejsou v její kompetenci, jako problematické se jeví financování intenzivnější péče zdravotních služeb domácí péče. V pozadí těchto dílčích problémů stojí mimo jiné i dvojkolejnost systému zdravotního a sociálního. Požadavek na změnu tohoto stavu se projevil již počátkem 80. let minulého století vypracováním strategie 4D – deinstitucionalizace, demedicinalizace, deprofesionalizace, deresortizace. Tato strategie ve všech svých segmentech zdůrazňuje kvalitu života seniora, minimalizaci péče na institucionálním lůžku, podporu neformálních pečujících, celospolečenské zapojení do seniorské problematiky, informovanost a odstranění bariér (Haškovcová, 2010).

³⁵ „Institut geriatrické sestry vznikl v 70. letech minulého století, hlavní myšlenkou jejího zavedení bylo prodloužit pobyt nemocných seniorů doma a odvrátit časnou, nebo dokonce zbytečnou hospitalizaci tím, že je podle indikací praktického lékaře bude ošetřovat specializovaná zdravotní sestra.“ Každý obvodní lékař v tehdejší době měl svou ambulanci sestru a geriatrické sestře náležely dva obvody. Naše republika si mohla připsat prvenství ve světě nejen zřízením první kliniky chorob ve stáří, ale právě i zřízením institutu geriatrické sestry. „V souvislosti s privatizací ordinací praktických lékařů v roce 1991 „zanikly“ geriatrické sestry. Po vzoru ze zahraničí byly později zřízeny služby home care, na škodu věci je, že ne každá z těchto služeb domácí zdravotní péče disponuje personálem s geriatrickou specializací (Haškovcová, 2010, s. 213, 227).

Stěžejním poskytovatelem zdravotní péče pro seniora³⁶, o kterého je pečováno v jeho přirozeném prostředí, jsou státní, soukromé, komunitní, charitativní aj. subjekty odborné zdravotní péče poskytované především terénní formou³⁷(Home care). Péči o klienta by měl poskytovat víceoborový zdravotnický tým kvalifikovaných pracovníků (většinou zdravotních sester) na základě indikace této péče praktickým lékařem, ošetřujícím lékařem zdravotnického zařízení po ukončení hospitalizace, nebo ambulantním specialistou ve spolupráci s praktickým lékařem. Obdobně jako u sociálních služeb, není určitě v každé lokalitě naší republiky ideální zastoupení domácích zdravotních služeb, navíc ještě takových, které mají v týmu všechny potřebné odborníky³⁸. Často zmiňovanou „bolestí“ zdravotních služeb Domácí péče je redukce financí, které by měly pokrývat úkony zdravotní intervence v potřebném rozsahu. Uvedené skutečnosti omezují samotné poskytovatele domácí zdravotní péče ve snaze po dostatečném a kvalitním zdravotním zabezpečení seniorů v jejich přirozeném prostředí. Od roku 2001 se koná v Brně ve dvouletém intervalu mezinárodní konference sester Domácí zdravotní péče. Z publikovaných příspěvků těchto konferencí je možné vysledovat problematické body, které komplikují poskytovatelům zdravotní péče jejich náročnou práci a také posun, ke kterému po určité době dochází. I když účelem této práce není hodnocení práce služeb Domácí péče, je dobré zmínit některé postřehy z příspěvků konferencí pro ujasnění složité situace rodinných pečujících v oblasti zdravotní péče o jejich příbuzného, pobývajících v domácím prostředí.

V roce 2005 uvedl na konferenci svůj příspěvek MUDr. Libor Svět z Domácí péče Roudnice nad Labem, ve kterém mluví o více formách regulace úhrad ze strany zdravotních pojišťoven a jejich dopadu na péči poskytovanou subjekty Domácí zdravotní péče. (a) Regulace ze strany ošetřujícího lékaře, který indikuje domácí péči a pod neustálým tlakem zdravotních pojišťoven, mnohdy nad rámec vlastního přesvědčení domácí péči redukuje. (b) Dalším regulačním nástrojem je seznam zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením. (c) Regulace v podobě zdravotně pojistných plánů, kterou jsou oprávněny zdravotní pojišťovny uplatnit a která má oporu v zákoně 48/1997 Sb. a to ve dvojí podobě. Jednak jako regulace průměrných nákladů

³⁶ Informace ÚZIS říkají, že osoby ve věku 65+ tvoří dlouhodobě přibližně 80% všech pacientů domácí zdravotní péče. V roce 2011 to bylo 79 %. (Aktuální informace ÚZIS ČR č. 58/2012)

³⁷ K 31.12.2011, bylo v ČR 472 registrovaných zařízení domácí zdravotní péče. (tamtéž)

³⁸ Například z 3058 zdravotních pracovníků registrovaných služeb Domácí péče bylo v roce 2011 jen 69 s odborností fyzioterapeut (Aktuální informace ÚZIS ČR 58/2012)!

na jednoho ošetřeného pojištěnce se zohledněním věkových skupin a dále jako regulace na objemu zdravotní péče. Důsledek takto regulovaných podmínek je, že může dojít ke stagnaci rozvoje domácí péče a zásadně negativní dopad potom spatřuje autor v zastavení transformace poskytovatelů domácí péče, kteří se orientují na „náročnou“ klientelu, tedy takovou, která charakterem potřeby zdravotní péče spotřebovává nejvíce nákladových prostředků. Obdobně jako u výše zmíněného výzkumu u pečovatelské služby dochází i zde k selekci „nejpotřebnějších“ klientů. Jako za zcela pochopitelnou situaci považuje takovou selekci autor u poskytovatelů domácí péče s malým počtem klientů (nositelů výkonů), nebo u preference pobytu na lůžku zdravotního zařízení, ať ze strany klienta, nebo lékaře. Jiné, resp. nerovné konkurenční podmínky vytváří i domácí péče, která je poskytována v rámci lůžkového zdravotního zařízení. Kalkulací rozsahu poskytnuté domácí zdravotní péče na jedno čtvrtletí potom MUDr. Svět demonstroval možnosti intervencí poskytovatelů domácí zdravotní péče v přirozeném prostředí klienta.³⁹ Z těchto modelových kalkulací vyplynulo, že zdravotními pojišťovnami i resortním úřadem dlouhodobě proklamativně preferovaný typický rozsah a objem domácí zdravotní péče by mohla zpravidla zajistit i sestra z ordinace praktického lékaře (nebo na základě úvahy Haškovcové i znovuzavedená geriatrická sestra). Analogicky jako u Pečovatelské služby se jedná o klienty, u kterých nemusí poskytovatel řešit zásadní odborné, organizační a ekonomické a při dlouhodobě ošetrovatelsky náročné péči i existenční problémy. Kalkulace u „náročných“ klientů, u kterých je nutná komplexní ošetrovatelská intervence včetně rozsáhlé ošetrovatelské rehabilitace dokázaly, že i „finančně“ náročný pacient ošetrovaný doma, znamená při uvažované nákladovosti 1000 Kč na lůžkoden ve zdravotnickém zařízení pro zdravotní pojišťovnu jednoznačné úspory. Tento příspěvek byl uveden ve snaze nastolit otázky širší diskuze o možných úpravách financování zdravotní péče v kontextu jejího poskytování v domácím prostředí a skutečného snižování počtu neakutních hospitalizovaných pacientů. Dá se říct, že pokud model tlaku pojišťoven primárně na lékaře indikující domácí péči následně vyvolá selekci v takovém rozsahu, že každý pacient, který vyžaduje větší objem domácí péče, než je pojišťovnami preferována nebude praktickým, či jiným lékařem doporučen pro péči poskytovanou službou Domácí péče, a bude raději hospitalizován, je ohrožena nejen kvalita života seniora ale i samotný model péče rodiny o seniora v domácím prostředí o etické otázce nemluvě (Svět, 2005).

³⁹ Do výpočtů byla zahrnuta dojezdová vzdálenost ke klientovi a zpět, počet kontaktů za měsíc a jejich délka, materiálové náklady.

Ve výše zmíněném příspěvku byla přednesena problematika přístupu praktických lékařů k domácí péči v kontextu regulací financování. Jeden z příspěvků této konference ale zmiňuje ještě další problém a to vzájemné vztahy domácí péče, resp. sester a praktických lékařů. Autorka příspěvku podtrhuje blízkost vztahu terénní sestry a pacienta i jeho rodiny, tudíž i lepší znalost jejich podmínek, situací a prostředí, ve kterém se ošetřovaný vyskytuje, než má lékař v ordinaci. Přesto následně konstatuje, že někteří lékaři se sestrami nespolupracují. Mezi zmíněnými důvody takové nespolupráce ze strany praktických lékařů jsou např. nízká úroveň znalosti existence domácí péče, určitá pohodlnost lékařů řešit problémy pacientů mimo své ordinální hodiny, neochota uznat vysokou odbornost a profesionalitu sester domácí péče, naopak snaha jednání z pozice nadřazeného (sestry hovoří o tzv. „mocenské válce“), neochota přijímat inovace v ošetřovatelském postupu, nedůvěra a nerespektování autonomní pozice sestry domácí péče. Jako důvod nutnosti přesvědčit lékaře o *vhodnosti vzájemné spolupráce s domácí péčí je uvedena jasná orientace na ulehčení práce pečujícími rodinám*, „...které na sebe převzaly odpovědnost a chtějí se starat o své blízké, kteří jsou v chronickém, nebo terminálním stadiu nemoci.“ „podporu rodiny, která je schopná zajistit nesoběstačného člověka v jiných směrech a „zajištění zdravotní problematiky zcela přenechává profesionálům, tedy zdravotním sestram domácí péče, ve spolupráci s praktickým lékařem.“ (Foglarová, 2005). Na základě poznatků z tohoto příspěvku je možné uvažovat o jisté diskontinuitě v základním článku poskytování domácí péče, což není dobrý předpoklad pro vytvoření dalších žádoucích návazností a propojení článků péče o osoby se sníženou soběstačností a zdravotním postižením ani pro kvalitní komplexní spolupráci s pečujícími osobami.

V dalším příspěvku na téže konferenci byla přednesena potřeba intenzivní rehabilitace u některých pacientů, kteří jsou přeloženi ze zdravotnického zařízení do péče domácích pečovatelů a o jejichž zdravotní stav se stará poskytovatel domácí péče. Omezená hybnost může mít negativní vliv na klienta i jeho rodinu a to i v podobě zhoršených vztahů k okolí a vlastnímu tělu. Sestra domácí péče by měla kromě zdravotních úkonů dokázat vytvořit přátelské a povzbudivé prostředí k dodání tělesné i duševní aktivity s tím, že by měla takto připravit i všechny rodinné příslušníky, kteří se na péči o seniora podílí. Nelze tedy mluvit jen o dosahování dílčích úspěchů v oblasti mobility seniora, ale také o další součásti ošetřovatelské rehabilitace - psychické rehabilitaci. Jejím cílem je pomáhat seniorovi ve vytváření adaptačních postojů a vybudování adaptačních forem

chování. Na psychickou rehabilitaci navazuje i rehabilitace sociální, ve smyslu navrácení seniora do jeho původních sociálních vztahů a pomoci rodině při získávání postojů k problémům opečovávané osoby. Důležitým momentem práce sestry při ošetrovatelské rehabilitaci je získání pečujících osob pro spolupráci, jejich edukace a zcvik v potřebných úkonech péče v domácích podmínkách. Jedním z cílů ošetrovatelské rehabilitace vedle dosažení nebo uchování co největšího stupně mobility je také odstranění, zmírnění a předcházení různým sekundárním poruchám (poruchy trávení, vylučování, dýchání, krevního oběhu) a odstranění rizika dekubitů (Cejhonová, 2005).

Na konferenci v roce 2005 zaznělo v jednom z příspěvků i téma edukace pacienta. Z pohledu zaměření této práce je téma edukace stěžejní. To, co bylo v příspěvku řečeno na adresu pacienta, platí i pro pečující osobu. Podle autorky příspěvku má „pacient nejen právo, ale i skutečnou potřebu vědět, jak má pečovat o své zdraví „není jen pasivním příjemcem péče, ale často aktivně samostatně vyhledává pro sebe důležité informace“ (Pokořová, 2005, s. 63). Edukovat pacienta, nebo pečující osobu znamená, že je do činnosti sestry domácí péče zahrnuto vzdělávání, výchova a výcvik pacienta, nebo pečující osoby. Pacient, nebo pečující osoba tak získá potřebné informace, vědomosti, dovednosti a návyky, které může aplikovat ve svém každodenním životě samostatně (Pokořová, 2005). V ošetrovatelském procesu se „zatmelí“ časové úseky pasivního čekání na péči sestry od jedné návštěvy ke druhé. Tím se pochopitelně zintenzivní zdravotní péče, popř. zkrátí čas léčby, předejde hospitalizaci apod. Edukaci lze považovat za významnou pomoc pečujícím osobám. I když nemá charakter klasické úlevové péče, dá se považovat za prevenci zbytečné zátěže, která by se u pečující osoby dostavila bez potřebného „zasvěcení“ do ošetrovatelského procesu.

Na konferenci v roce 2009 byl v jednom z příspěvků nastíněn časový rozsah zajištění zdravotní péče agenturami domácí péče. Uvedené údaje byly získány šetřením aktuální situace činnosti agentur domácí péče ve dvou krajích a to Moravskoslezském (MS) a Jihomoravském (JM). Procentuální vyjádření v zastoupení agentur, které jsou schopny zajistit nepřetržitou péči, tj. 24 hodin denně 7 dní v týdnu je v MS 67 % a v JM cca 84 %. To znamená, že většina subjektů domácí péče je schopna poskytovat zdravotní službu bez časového omezení na území obou krajů. Autorka příspěvku podotýká, že časově omezenou péči poskytují převážně agentury s malým počtem zaměstnanců, nebo

ty, které jsou zřizovány zdravotnickými zařízeními, a dodává, že v dnešní době je preferována nepřetržitá péče, která poskytuje klientům jistotu, pocit bezpečí a důvěru ve formě stabilního ošetrovatelského týmu (Černocká, 2009). Výhody nepřetržité péče zcela jistě ocení i osoby pečující o nesoběstačné seniory v domácím prostředí, pro které se jistota nepřetržitého zajištění zdravotního stavu jejich příbuzného stává zároveň zajištěním vlastního klidu. Neomezená časová dostupnost zdravotní služby má jak pro seniora, tak pro pečující osobu zvlášť velký význam. Není těžké si představit situaci, kdy by byl člověku znemožněn pobyt v domácím prostředí v péči svých blízkých jen proto, že potřebuje např. večerní třicetiminutovou intervenci zdravotní služby mimo její „pracovní dobu“, která končí odpoledne, popř. by musel volit mezi nepodanou večerní injekcí tišící bolest a hospitalizací. Pečující osobě přináší takové situace nutnost řešení dilemat a následných stresů, k nimž nemusí při požadované dosažitelnosti služby vůbec dojít.

Příčiny nesoběstačnosti seniora ať jde o „pouhé“ involuční změny, nebo choroby a jejich následky mají progredující charakter. Postupem času dochází u většiny nesoběstačných seniorů ke zhoršení zdravotního stavu. Nachází-li se senior se zdravotním postižením, vyžadující pomoc pečující osoby ve stadiu, které je označeno za *terminální*, nabývá výrazně na důležitosti úzké propojení sociální, emocionální i zdravotní složky péče. Nároky kladené na domácího pečujícího jsou v této fázi obrovské, dochází ke kvalitativním změnám v pojetí péče, podpora pečujícímu je v poskytované *paliativní péči* nezbytná.

Vymezení terminálního stadia není jednoznačnou a jednoduchou záležitostí. U některých onemocnění, například nádorových lze identifikovat terminální fázi snadněji, jako u chronických stavů, nebo u geriatrických syndromů. Vyslovení letální prognózy bývá u neoncologicky nemocných pacientů pro lékaře obtížné, vyžaduje zkušenosti a velice pozorné hodnocení klinického stavu nemocného pro volbu přechodu z kurativního přístupu léčby k přístupu paliativnímu. Přechod mezi oběma přístupy nelze považovat za ryze medicínské rozhodnutí, neboť jsou zde přítomna i rozhodnutí samotného pacienta a jeho rodiny. WHO (2003) definuje paliativní péči jako péči, která se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života (Kalvach a kol. 2004). O úrovni paliativní péče v naší zemi vypovídají výsledky výzkumu provedeného v rámci projektu „Podpora rozvoje paliativní péče v České

republice“ v programu Public Health Nadace Open Society Fund Praha. V rámci tohoto výzkumu bylo například zjištěno, že většina populace si přeje zemřít doma, v přítomnosti svých blízkých a rozhodně odmítá zemřít v prostředí institucí (LDN, nemocnice, Domovy pro seniory). Laická veřejnost potom jako jednoznačně nedostačující hodnotila péči o psychosociální stránku umírajících i jejich rodin, jen mírně pozitivně se veřejné mínění projevilo ve prospěch tišení bolesti umírajících pacientů. Celkově poukazoval výzkum veřejného mínění v otázce paliativní péče na naléhavou potřebu jejího zkvalitnění ve všech směrech, na nutnou orientaci péče v domácím prostředí a úzkou spolupráci s rodinami i na zkvalitnění paliativní péče v institucích. Daleko kritičtěji než veřejnost, hodnotí kvalitu péče o umírající podle zmíněného výzkumu zdravotníci. Tento poznatek naznačuje, že špatná kvalita péče o umírající je v naší společnosti skrytý a zamlčovaný problém, který „pokračující emancipace pacientů dříve nebo později vytlačí na povrch a stane se poměrně výbušným celospolečenským problémem“. Např. praktičtí lékaři, kteří by měli tvořit jednu ze základních opor pečující rodiny v otázkách zdravotní péče sami „přiznávají malou podporu rodiny a nedostatečné znalosti a kompetence zdravotníků jako nejdůležitější překážky v dobré péči o umírající“ (Kalvach a spol., s. 60, 2004). Určitým pokrokem v péči o umírající v naší republice bylo zahájení činnosti hospiců, které se zaměřují na důsledné uplatňování paliativní medicíny (Haškovcová, 2012) a zároveň umožňují pobyt rodiny v blízkosti umírajícího člověka podle jejich přání. Teritoriální zastoupení lůžkových hospiců je ovšem velmi řídké a počet lůžek nedostačující.⁴⁰ Nejvhodnějším řešením péče o umírajícího seniora, o kterého je pečováno v jeho přirozeném prostředí a pečující jsou jeho blízcí z kruhu rodiny, je potom pomoc domácího, (mobilního) hospice⁴¹ (srov. Kalvach, 2004, Haškovcová, 2012). Domácí hospicová péče je skutečnou pomocí pečujícím rodinám o nemocného seniora. Služby, které domácí hospic poskytuje, jsou komplexní, přizpůsobené individuálním potřebám seniora, důsledně respektující jeho přání a hodnotové priority. Poskytovaná zdravotní péče je stejně kvalitní jako péče v nemocnici, přičemž kvalita života je oproti institucionální péči obohacena o přítomnost rodiny a blízkých, důvěrně známé prostředí, intimitu, autonomii. Pečujícím osobám, rodině i blízkým z řad přátel poskytuje domácí

⁴⁰ Haškovcová uvádí existenci 15 lůžkových hospiců s 384 lůžky v naší republice zároveň s odhadem potřeby 400 lůžek na 100 000 obyvatel (2012, s. 89).

⁴¹ První domácí hospic „Cesta domů“ byl u nás uveden do provozu v Praze v roce 2001 (Haškovcová, 2012, s. 89).

hospicová péče psychickou a lidskou podporu, odborné rady, kvalifikovanou pomoc, půjčování pomůcek i doprovázení členů rodiny po smrti seniora (Kalvach a spol. 2004, s. 74). Haškovcová tvrdí, že „ty rodiny, které se s domácí hospicovou péčí potkaly, na ni nedají dopustit“ a zároveň zmiňuje zatím velmi malé povědomí o tomto způsobu pomoci nemocným i pečujícím rodinám, které by se mělo mezi veřejností co nejvíce rozšířit včetně kladných hodnocení této péče a motivovat tak další pečující k odvaze ponechat svého těžce nemocného příbuzného v domácích podmínkách i na konci jeho života (Haškovcová, 2010). Domácí hospicová péče je v našich podmínkách rozvíjející se formou péče, která bude určitě schopná plnit nelehké úkoly spojené s péčí o terminálně nemocného seniora v domácím prostředí. Zatím naráží na dílčí překážky, které je zapotřebí postupně odstranit. Jde především o vážné systémové nedostatky, které musí stávající týmy hospiců složitě překonávat a to v oblasti zdravotní a sociální péče, legislativy, vzdělávání v oblasti paliativní medicíny i společenské postoje k fenoménu umírání a smrti (Kalvach, 2004, s. 80). Mezi doporučeným a deklarovaným rozsahem zdravotní péče poskytované v přirozeném prostředí seniorů a skutečností je zatím velký rozdíl. Jako důležitá se jeví potřeba většího povědomí společnosti o těchto rozdílech a vyvolání celospolečenské diskuze, která by vedla k systémovým úpravám zaměřeným na skutečnou, kvalitní pomoc pečujícím rodinám v oblasti zdravotní i sociální péče poskytované mimo instituce.

3.3.4. Pomoc osobám pečujícím o seniora se zdravotním postižením v domácím prostředí ze strany svépomocných organizací a dobrovolníků

Slovník sociální práce definuje dobrovolnictví jako „neplacenou, nekariérní činnost, kterou lidé provádějí proto, aby pomohli svým bližním, komunitě nebo společnosti. Dobrovolnictví lze rozlišit na vzájemně prospěšné a veřejně prospěšné. V prvním případě jde o zájmové skupiny sdílející osobní zájmy, veřejně prospěšné dobrovolnictví spočívá v poskytnutí části času a vlastních dovedností pro veřejně prospěšnou činnost“ (Matoušek, 2003, s. 55). Dobrovolnictví v sociálních službách v naší zemi je především doménou studentů. Práci dobrovolníků upravuje zákon 198/2002 Sb. „Hlavním cílem zákona o dobrovolnické službě není upravit a omezit všechny existující a značně rozmanité formy dobrovolnictví. Zákon působí nedirektivně. Nechává na uživatelích svobodnou volbu, zda podstoupí proces akreditace a budou se

zákonem řídit. Zákon zavádí do českého právního řádu pojem dobrovolník, dobrovolnická služba, vysílající organizace, přijímající organizace aj. Upravuje a vymezuje podmínky, za kterých stát podporuje dobrovolnickou službu, a to včetně dotací nestátním neziskovým organizacím, které mají akreditovaný program podle tohoto zákona“ (www.dobrovolnik.cz). Z historie dobrovolnické činnosti je patrné, že v naší zemi není novinkou. V období první republiky vznikalo mnoho organizací a spolků, které byly zaměřeny na nezištnou pomoc potřebným. Trend růstu dobrovolnické činnosti vyvrcholil před počátkem 2. světové války, která existenci dobrovolných spolků a organizací ukončila. V období socialistického státu byla dobrovolnická činnost, hlavně sdružování lidí za účelem této činnosti velmi omezena, po roce 1989 se u nás jako znovuobjevený způsob pomoci rozvíjí (Haškovcová, 2010). Pomoc dobrovolníka v péči o seniora v domácím prostředí spočívá především v činnostech jako je doprovod k lékaři, procházky, popř. malé nákupy a v trávení společně prožitých chvil kdy má senior možnost si popovídat, zavzpomínat, nebo si nechat přečíst noviny, knížku apod. Dobrovolník může svou přítomností a společně trávenou činností se seniorem prakticky poskytovat i respitní službu pečující osobě. V době působení dobrovolníka si může domácí pečovatel například zajistit vlastní zdravotní prohlídky, úřední záležitosti, nebo využít alespoň krátké volno ke klidnému odpočinku. Klid pečující osoby v době, kdy je o seniora postaráno přítomností dobrovolníka závisí i na jeho pečlivém výběru. Dobrovolník musí především vyhovovat seniorovým představám, zvláště při dlouhodobé dobrovolnické činnosti může vztah „selhávat na nerovnosti vzájemného očekávání“ (Kleťetová, Dlabalová, 2008, s. 163).

Jako dobrovolník se dá označit prakticky každá osoba, která se rozhodne nezištně pomáhat svým bližním, třeba sousedovi, známým, jde o ryze neformální činnost, založenou pouze na domluvě. V naší současné populaci je představa dobrovolníka spojena s činností tzv. třetího sektoru, ve kterém občanská společnost většinou sdružená do různých organizací pracuje na principu „sdílené solidarity a praktické pomoci potřebným občanům“ (Haškovcová, 2010, s. 301). Činnost dobrovolníka, který je vyslán organizací potom podléhá určitým pravidlům. Dolní věková hranice dobrovolníka je 15 let, občan, který se rozhodne, pro tuto činnost musí mít čistý trestní rejstřík. Mezi klientem a dobrovolníkem musí být sepsána smlouva o činnosti, dobrovolník by měl být nějakým způsobem zaškolen a supervidován. Ze strany dobrovolníka je nutné, aby dodržoval smlouvenou dobu schůzek, omluvil se předem,

pokud se nemůže dostavit, respektoval přání a potřeby seniora, byl mu rovnocenným partnerem. Senioři raději setkání vynechají, většinou nevolí alternativu výměny člověka, na kterého si zvykli a se kterým jsou spokojeni. I pro pečující osobu je vhodnější dlouhodobější dobrovolnická činnost jednoho člověka, který se již vyzná ve zvyklostech a mentalitě jejich příbuzného a pečovatel se tak může spolehnout na fungující vztah. Dobrovolná činnost může být také vyčerpávající, proto je dobré jednak předem odhadnout vlastní dispozice a časové možnosti, a pokud dojde k pocitu vyčerpanosti, činnost raději ukončit (srov. Klevetová, Dlabalová, 2008, Haškovcová, 2010). Je pochopitelně vhodné, promluvit o takovém záměru například se supervizorem a předem oznámit organizaci zamýšlené ukončení, aby seniorovi mohla navrhnout a vybrat dalšího dobrovolníka, pokud si to bude přát a pečující osoba nezůstala dlouhodobě bez pomoci, na kterou spoléhá. Paris, Heath a Hassan (2003) uvádí pohled na dobrovolníky ze strany klientů, kteří „mohou ocenit, že dobrovolníci nejsou placeni, ale jsou motivováni jinými důvody, klienti je nemusí vnímat ve stejném kontextu ve vztahu k moci a kontrole, jako je to u pracovníků v sociálních službách, dobrovolníci mohou budovat mosty s komunitou, přinášejí nové a kreativní nápady, znalosti a zkušenosti a jsou různorodí. Kromě mnoha praktických úkonů mají dobrovolníci možnost budovat s klienty neformální důvěryhodné vztahy, doplnit tak poskytované služby o praktickou a emocionální podporu, čímž může dobrovolnictví překračovat hranice sociální práce“ (in Kitliňská, 2012, s. 129). Pomocí pro pečující osobu může být i poskytnutý pohled dobrovolníka na péči o seniora „zvenčí“. Takový pohled může podat pečujícímu cenné informace, ke kterým by se v kruhu rodiny nedostal. V dobrovolnické činnosti na poli péče a pomoci nesoběstačným seniorům se zdravotním postižením i jejich pečovatelům se dá hovořit o vzájemném obohacování a učení, které bývá ve většině případů mezigenerační.

Pečující osoba potřebuje kromě praktické pomoci se seniorem i duševní podporu, sdílení poznatků a informací o péči od ostatních pečujících s podobnými problémy, podrobnější poradenství, které je podloženo vlastními zkušenostmi dotazovaného člověka, nebo dialog, ve kterém si pečovatel ujasní jaké informace má vůbec požadovat. Po roce 1989 vznikla v naší zemi spousta neziskových organizací, sdružujících občany na základě společných zájmů. Mnohé z nich sdružují osoby se zdravotním postižením, s možnostmi zapojení jejich rodinných příslušníků. Zmíněné organizace se většinou

zaměřují na stejnou diagnózu, která osoby se zdravotním postižením spojuje.⁴² Některé organizace mají celonárodní působnost zajištěnou činností regionálních poboček a klubů, některé jsou naopak sdruženími pouze na regionální nebo komunální úrovni. Vedle těchto organizací existují i podpůrné činnosti, věnující se pomoci nesoběstačným seniorům a jejich domácím pečovatelům v zastřešení církví. Jde například o činnosti a služby provozované Českou katolickou charitou, Diakoniemi českobratrské církve evangelické a československé církve husitské. Kromě sociálních služeb jsou v rámci zmíněných subjektů např. pořádány vzdělávací kurzy zaměřené na problematiku péče, vydávána periodika i jednotlivé publikace s informacemi, které mohou pečujícím usnadnit péči, atd. Podobně lze nalézt pomoc pro péči v domácím prostředí i u organizací, které byly primárně zaměřené na jinou oblast života seniorů. Humanitární sdružení Život 90, které se primárně zaměřuje na zmírňování dopadů po odchodu do důchodu a výchovu lidí ve stáří například disponuje službou tísňového volání AREION, pro lidi s omezenou soběstačností a pohyblivostí, pro jejich bezpečí ve vlastních domovech a provozuje „Senior telefon“. O pomoc lze například požádat i na oblastních spolicích Českého červeného kříže nebo v klubech Svazu důchodců ČR, kde se pečující osoba může dočkat pomoci i o sobotách a nedělích. (Tošnerová, 2002, s. 41).

Jen ojediněle se vyskytují organizace sdružující přímo pečující osoby.⁴³ Zájem o problematiku pečujících osob ve společnosti poslední dobou vzrůstá, dá se tedy předpokládat, že na základě informovanosti širší veřejnosti, demografických změn a s nimi spojeného nárůstu počtu osob s vlastní zkušeností z domácí péče o seniora se sníženou soběstačností, vzniknou další organizace sdružující přímo osoby, které zvolily alternativu péče o svého příbuzného v jeho přirozeném prostředí. Vedle pomoci dobrovolníků je pomoc ve formě sdílení vlastních poznatků z péče v prostředí domácnosti nenahraditelným zdrojem obohaceným o prvky emocionální péče a reflexe problémů, které jsou s touto péčí spojené. V různých publikacích je nabídka pomoci neziskových organizací většinou uvedena v přílohách, odkaz na ně by potom měl být i

⁴² Jedná se například o Společnost Parkinson o.s., sdružující osoby s Parkinsonovou chorobou, jejich rodinné příslušníky, zdravotní pracovníky a lékaře a další osoby se zájmem pomoci, dále síť o.s. sdružení pro rehabilitaci osob po cévní mozkové příhodě, nebo Unii ROSKA, sdružující osoby s roztroušenou sklerózou a jejich rodinné příslušníky a blízké, v neposlední řadě Česká alzheimerovská společnost, která představuje významnou pomoc osobám s touto chorobou i jejich rodinám a pečujícím, a další podobné organizace.

⁴³ Jako příklad lze uvést o.s. Klára pomáhá z Brna, která má v podtitulu svého názvu „první pomoc pro pečující a osoby se zdravotním postižením“ a poskytuje informace potřebné k orientaci v úředních záležitostech, které musí pečující osoba vyřídit, individuální terapie, dále podporu pozůstalých apod. (dostupné na www.klarapomaha.cz)

součástí poradenství, nebo doporučení zdravotníků při propouštění ze zdravotnických zařízení. Bohatou nabídku informací včetně kontaktů na různá seskupení nabízí internetové stránky. Vycházíme-li ovšem z výše zmíněného faktu, že nejčastějšími pečovateli seniorů z rodinného kruhu jsou manželky, dcery a snachy, lze předpokládat, že ve většině případů půjde o osoby z pečovatelské generace, jejíž počítačová gramotnost není plošně na takové úrovni, aby internetový zdroj mohl být jediným, ze kterého lze získat informace o svépomocných organizacích. Je tedy alespoň aktuálně na místě šířit tyto informace dalšími dostupnými formami tak, aby se dostaly ke všem pečujícím, kteří je potřebují.

3.4. Rizika péče o seniora se sníženou soběstačností v prostředí domácnosti

Rodinní příslušníci, nebo jiné blízké osoby, které se rozhodnou pro péči o seniora v přirozených podmínkách domácnosti se ocitají v určité sociální události. Slovník sociální práce definuje sociální událost jako takovou, která je „v rámci státní sociální politiky a příslušné legislativy považována za riziko, jež jednotlivec (nebo rodina) nemusí být schopen zvládnout vlastními silami“. Mezi výčtem sociálních událostí jsou v uvedeném pramenu jmenovány i stáří a nemoc, tedy události, které se primárně vztahují k seniorovi jako příjemci péče a ztráta zaměstnání, příjmu a sociální dezintegrace, tedy události, které se mohou vztahovat k pečující osobě (Matoušek, 2003). Rizika mohou vznikat na obou stranách péče, jak poskytovatele, tak příjemce. Primární rizika pro seniora vznikají především v důsledku *maladaptací*.⁴⁴ Takové adaptační „selhání“ se může týkat *stáří a stárnutí* jedince obecně. Na rozdíl od konstruktivního modelu adaptace na stáří, díky kterému může senior vést i v poslední vývojové fázi život velmi smysluplný a klidný, maladaptivní syndrom v tomto směru může způsobit až sebenenávist, pocit osamělosti a zbytečnosti, zbytečné zvýšení závislosti na pomoci apod. Další možná maladaptace je popisována v souvislosti s *akutní, nebo chronickou zátěží*. *Akutní reakce na stres*⁴⁵ se může projevit jako vegetativní příznaky související s úzkostí,⁴⁶ i následnou úzkostí, depresí, zlostí apod. Je-li reakce na stres zpožděná, nebo protrahovaná, označuje se jako *posttraumatická*

⁴⁴ „Adaptace je proces, v jehož průběhu vznikají nové schopnosti organismu reagovat na změny prostředí změnou své činnosti“. Chybné reakce se potom označují jako maladaptace a pro vysoký věk jsou typické (Pacovský, 1994, s. 87).

⁴⁵ (MKN 10, kód F 43.0),

⁴⁶ Např. tachykardie, zpotení, zčervenání, nebo zblednutí, sucho v ústech, průjem (Pacovský, 1994, s. 89)

stresová porucha,⁴⁷ která se projevuje jako opakované prožívání traumatu, dotíravé vzpomínky, zvýšená dráždivost, úlekové reakce, nespavost. Velkým rizikem souvisejícím s touto zátěží je nadměrné pití alkoholu. Ve vyšším věku je možná maladaptivní reakce *na významné životní změny*,⁴⁸ které odborníci také řadí do skupiny maladaptací na zátěž. Většinou se jedná o události jako je úmrtí partnera, přestěhování nebo zjištění závažné somatické choroby. Maladaptace se projeví pocitem tísně, funkčními poruchami, depresí, narušením sociální integrity, zhoršením ve výkonu každodenních činností. Významným faktorem, který může zasáhnout do podoby péče o nesoběstačného seniora, je *maladaptace na ústavní pobyt*. Velkým rizikem maladaptace pro seniora je krátkodobá hospitalizace (např. v zřízeních geriatrického typu), kde se mohou projevit adaptační reakce zhoršené, nebo nedostatečné. Chování seniora s tímto typem maladaptace, vykazuje známky pesimismu, neaktivity, podrážděnosti až apatie, deprese, agresivity a hostility. S maladaptací na ústavní pobyt je spojována vysoká úmrtnost a relokační syndrom⁴⁹ (Pacovský, 1994, s. 87-92). Primární působení výše zmíněných typů maladaptace může u seniora s nižším stupněm závislosti na pomoci (např. stupněm II) vyvolat zhoršení jeho komplexně vnímaného stavu a zvýšení potřeby pomoci, nebo u relativně soběstačného seniora způsobit negativní změny vyvolávající nutnost intervence poskytovatele péče. Riziko maladaptace u seniorů tedy působí ve směru primárního zhoršení jejich kvality života, zhoršení bio-psycho-sociálního stavu jedinců ve vyšším věku, snížení soběstačnosti a zvýšení závislosti na péči, což se sekundárně promítne do zátěže pečujících osob. Maladaptace u seniorů, resp. stavy, které jsou těmito syndromy vyvolány, mohou být jedním z faktorů jejich *suicidálního chování*. Haškovcová (2012) zmiňuje, že u seniorů je větší výskyt tzv. bilančních sebevražd, kdy se člověk rozhodne dobrovolně ukončit vlastní život, protože ztratil jeho smysl, nemá pro koho ani pro co žít. Balogová (2007) s odkazem na Frankla (1994) a Bilasovou (2006) rovněž zmiňuje ztrátu smysluplnosti života jako možný „spouštěč“ sebevražedného chování starého člověka. Autorka konstatuje, že za ztrátou smysluplnosti života stojí neschopnost vytvářet nebo znovuoživovat lidské hodnoty (obzvláště při životních změnách), které vedou k existenciální potřebě a rozvoji identity

⁴⁷ (MKN 10, kód F 43.1)

⁴⁸ Poruchy přizpůsobení na významnou životní změnu (životní událost), (MKN 10, kód 43.3).

⁴⁹ Relokační syndrom souvisí se špatnou snášenlivostí překládání starého člověka a to jak z domu do institucionální péče, tak v rámci např. zdravotnického zařízení mezi odděleními, mezi pokoji, někdy i jen mezi lůžky. Příčemž větší problémy starému člověku způsobuje střídání personálu jak samotného místa (Pacovský, 1994, s. 91-92).

seniora (Balogová, 2007, s. 76). U seniorů pochopitelně existuje mnoho dalších faktorů, které se podílí na rizikovosti péče, jež je jim poskytována laickým pečovatelem v prostředí domácnosti. Zmíněné typy maladaptací a suicidita ale patří k rizikům, které mohou primárně a daleko větší měrou než pečující osoby ovlivnit samotní senioři. S přihlédnutím ke snaze seniorů racionalizovat svoje potřeby (uvedeno v podkapitole 2.2), *tíha pro pečující osobu spočívá především v časném rozpoznání výše jmenovaných rizik a vyvarování se pocitům frustrace z neúspěchů v poskytované péči.*

Péče o seniora se sníženou soběstačností v podmínkách domácnosti je bezesporu velmi náročnou činností. Pečující osobě z této činnosti hrozí mnohá rizika, která pramení jak přímo z povahy této činnosti, tak z podmínek, za kterých je u nás tato činnost vykonávána. Rizika zmíněné péče, která se vztahují primárně k pečující osobě lze rozdělit do několika oblastí. Každá oblast potom může obsahovat několik dílčích nebezpečí, jejichž závažnost je individuálně rozdílná a závisí na faktorech jako je například struktura příležitostí pečující osoby (nebo i celé rodiny), její věk, zdravotní stav, úroveň kompetencí k péči, apod. a také na komplexní charakteristice seniora, o kterého pečuje, vývoji stavu, jež způsobuje seniorovu nesoběstačnost a délce péče. Obecně se dá o rizicích, která působí na pečující osobu uvažovat také jako o indikátorech jejich kvality života. Mnozí odborníci zmiňují, že o péči o nesoběstačného člena rodiny se dá uvažovat jako o „práci z lásky“, jako o činnosti s minimálními náklady v porovnání s institucionální péčí. Domácí péče však zahrnuje tzv. skryté náklady. Do těchto skrytých nákladů můžeme zařadit faktory, které snižují kvalitu života pečující osoby a mají příčinnou souvislost s péčí, kterou tato osoba poskytuje. V tomto smyslu se může jednat o zhoršení fyzického a psychického zdraví pečovatele, dopady na mezilidské vztahy v rodině, i v širším okruhu, možnosti vykonávat svou profesní práci, popř. pokles rodinných příjmů (Triantafillou et al., 2010, in Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013). Kvalitě života pečujících osob nebyla do nedávna věnována téměř žádná pozornost. Cílovou skupinou pro výzkum kvality života se pečující osoby staly až v posledních letech. Díky výsledným datům z těchto výzkumů je možné zároveň lépe určit i zhodnotit rizika, která s sebou laická péče nese. Podle Čornaničové (in Hrozenská a kol. 2008) vychází syntetizující model kvality života ze čtyř základních oblastí a to *oblasti tělesného zdraví a úrovně nezávislosti, oblasti psychické funkce, oblasti sociálních vztahů a oblasti prostředí* (Kroutilová Nováková, Jandzíková, 2012)

V rámci šetření ve správním obvodu obecního úřadu jedné obce s rozšířenou působností na území Jihomoravského kraje byla potvrzena „závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou. Téměř polovina respondentů uvedla, že se necítí zdráva a že ke zhoršení zdravotního stavu došlo od zahájení péče“ (Kroutilová Nováková, Jandžíková, 2012, s. 23). O absenci regenerace sil a zhoršení fyzického zdraví mluví i Kotrusová, Dobiášová Hošťálková (2013), v analýze kvalitativního výzkumu zaměřeného na rodinné pečovatele. Z rozhovorů s pečovateli vyplynulo, že na zhoršení jejich zdravotního stavu se podílí např. dlouhodobý deficit spánku, vysoké nasazení, psychická zátěž, kumulace menších zdravotních problémů apod. Michalík a kol.(2011) ve svém rozsáhlém a podrobném výzkumu na téma kvality života pečujících osob komentuje odpovědi pečujících osob k dotazu na zhoršení zdravotního stavu během vykonávání péče. Podle autora více jak polovina dotázaných pečujících hodnotí svůj zdravotní stav během péče jako zhoršený. Jedním z rizik v oblasti zdravotního stavu pečujících je fyzicky namáhavá osobní péče, která se promítne zejména do bolestí nebo patologických změn v zádočných partiích. Autor rovněž zmiňuje potřebu až nutnost rehabilitace v těchto případech, na kterou ovšem pečující osobě většinou nezbyvá časový prostor. Nedostatek času laických pečujících se promítá v péči o vlastní zdraví i do pravidelných kontrol, nebo preventivních prohlídek u lékaře. Osoby pečující o seniora jsou většinou samy ve vyšším věku, což znamená, že „odsunování“ péče o vlastní zdraví může mít velmi vážné následky (Palmer, 2013). S péčí o vlastní zdraví souvisí i životní styl pečující osoby, který by měl odpovídat nárokům, které jsou na pečujícího kladeny. Tošnerová (2002) v této souvislosti doporučuje zahrnout do běžného života pečujícího pravidelné a kvalitní stravování, dostatek tělesného pohybu nebo cvičení, dostatek spánku a odpočinku, vytvoření a využití vlastního volného času. Za jedno z hlavních rizik péče o seniora vykonávané laickým pečovatelem lze tedy považovat *ohrožení vlastního zdravotního stavu, ke kterému může dojít překračováním vlastních fyzických limitů, zanedbáním zdravotní péče o vlastní osobu, problematickými možnostmi odstranění únavy a vytvoření prostoru pro odpočinek apod.*

S tělesným zdravím velmi úzce souvisí oblast psychické funkce. V této oblasti se vyskytuje mnoho faktorů, které determinují jak kvalitu života pečující osoby, tak opečovávaného seniora a mohou ovlivnit i kvalitu samotné péče. V dominantním postavení negativních pocitů u pečujících osob stojí pocit únavy. Častou a velmi častou

únavu uvádí 70 % respondentů, necelá čtvrtina pociťuje únavu zřídka, jen tři procenta únavu nepociťuje. Pocit únavy, která je dopadem dlouhodobé péče lze zařadit do somapsyických jevů, přičemž struktura odpovědí na přítomnost únavy ještě nevyovídá o její intenzitě (Michalík a kol., 2011). Za mnohými psychickými změnami pečujících stojí neustále přítomný pocit odpovědnosti v péči o nesoběstačného seniora. Pocit nezvládnutí určitých činností může vyvolávat u pečujícího somatické problémy, stavy deprese a smutku, psychické nevyrovnanosti (Kroutilová Nováková, Jandžíková, 2012). Michalík ve výzkumu rozdělil oblast psychické funkce na faktory ovlivňující psychospirituální nastavení pečovatele a na stresující faktory, které se mohou promítnout do jeho sociopsyické stability. Mapa odpovědí na psychospirituální nastavení pečujících osob ukázala „střízlivý“ přístup ke změně hodnot jako je životní optimismus, klid a vyrovnanost (u více pečujících došlo ke snížení), u pocitů a stavů, které se týkaly tolerance, solidarity spirituality, pokory, nenastaly podle odpovědí pečujících významné změny. Z výzkumu dále vyplynulo, že i pocity a jevy které se podílí na sociopsyické stabilitě např. schopnost užít si volné chvíle, schopnost radovat se, nástup deprese a beznaděje hodnotí pečující osoby jako zhoršující se. Pesimisticky pečovatelé hodnotí také svoje osobní perspektivy v budoucnu (Michalík a kol., 2011). Stabilně vysokou míru zátěže a psychického vyčerpání pečujících zmiňuje Tošnerová (2001) v souvislosti s péčí o partnera s demencí Alzheimerova typu. Vážnou zátěží podle autorky jsou zde pro pečující osobu poruchy chování nemocného, kterými se choroba projevuje. V případě péče o člověka s tímto zdravotním postižením hrozí riziko vzestupného depresivního ladění nebo i agresivity pečujícího v reakci na dramatické chování opečovávané osoby. Tato vzájemně podmíněná spirála může vyústit až do konečného rozhodnutí umístit postiženého seniora do institucionální péče. Tomuto kroku zvláště u dlouhodobé péče o nesoběstačného seniora v domácím prostředí může předcházet i *syndrom vyhoření* pečující osoby. Syndrom vyhoření psychických rezerv organismu (*burn out syndrom*) je odborníky velmi často uváděným rizikem které postihuje především pomáhající profese, což znamená, že se o tomto nebezpečí dá uvažovat i v souvislosti s laickým pečovatelem. Syndrom vyhoření má své typické projevy, které postihují psychickou, emoční i somatickou sféru lidské činnosti.⁵⁰ Velké

⁵⁰ Např. deprese a úzkost, poruchy paměti, soustředění, spánku, únava až celková nechť k dalším výkonům, psychosomatické problémy, které se mohou projevit prakticky na každém tělesném orgánu, celková nespokojenost, snížení frustrační tolerance, někdy až únik pomocí alkoholu, tabáku, kofeinu, léčiv (Novák, 2011).

nebezpečí tohoto syndromu spočívá mimo jiné v tom, že nejde o spontánní reakci na nějaký negativní podnět, nýbrž „jde o plíživé psychické vyčerpání v souvislosti s dlouhodobým působením stresujících podnětů.“ Sami pečující neradi tuto skutečnost přiznávají nejen navenek, ale ani sami sobě (Novák, 2011, s. 14-15). Hrozbou syndromu vyhoření pečující osoby je kromě postižení jejího vlastního zdravotního stavu a již zmíněného rozhodnutí umístit nesoběstačného starého člověka do péče institucionální, také další vážný zdravotně sociální problém a to možnost, že pod tíhou vlastní narušené psychiky dojde ze strany pečujícího k *týrání nebo zanedbávání seniora*. V povědomí široké veřejnosti je pojem týrání spojen především s tělesným násilím, ve smyslu způsobování fyzické bolesti. I když i tento druh násilí může být proti seniorovi použit, existují další typy týrání, zanedbávání nebo zneužívání. Do tělesného násilí lze např. zahrnout i bezdůvodné fyzické omezování staré osoby. Vedle tělesného týrání je známo i emocionální týrání, materiální či finanční zneužívání, zanedbávání rodinným či jiným pečovatelem, sexuální zneužívání. Důvodů ke špatnému zacházení se seniorem může být několik, např. vyčerpání rodinného pečovatele (saturace potřeb ve prospěch seniora překročí limity možností pečovatele, nebo jeho schopnost dále akceptovat změny nálad a chování seniora), nedorozumění v rodině (hledání viníka ve společně neřešených problémech, nebo velmi těžkých situacích, nevyjasněné názory a vztahy v rodině, osočení bezmocného), vlastní osobnost pečovatele (zvýraznění násilných osobnostních sklonů v zátěžové situaci), s osobnostními vlastnostmi související potřeba pečovatele mít nad seniorem moc. Týrání a zneužívání seniorů se většinou velmi špatně prokazuje, přitom jde o problém velmi závažný, s destruktivním dopadem na psychiku seniora. Tento fakt podtrhuje nutnost velmi dobré informovanosti každé pečující osoby, jako základu prevence všech forem špatného zacházení se starým člověkem (Mlýnková, 2011). Rizika péče v oblasti psychických funkcí u pečující osoby spočívají především v *osobním přetížení*, ke kterému dochází vlivem dlouhodobě působící psychické a fyzické zátěže bez preventivních opatření, relaxačních, nebo kompenzačních mechanismů, navracejících pečující osobě vyčerpané síly. Primárně u pečovatele potom takové dlouhodobě „neošetřené“ přetížení vyvolává negativní až patologické stavy, které mohou poškozovat psychické i fyzické zdraví jedince. Zhoršení zdravotního stavu pečující osoby může nabýt podoby, kdy se stane bariérou pro další poskytování péče v původní podobě, což má sekundární dopad na opečovávanou osobu. Nedá se ale tvrdit, že pocity a ladění pečujících osob je vesměs negativní, má i svá

pozitiva. I přes náročnost činnosti, jakou péče o nesoběstačného seniora bezesporu je, neztrácí pečující v mnoha případech radost ze života a pocit jeho smysluplnosti, hrdost nad tím, že něco dokázali (Michalík a kol. 2011, Kroutilová Nováková, Jandžíková, 2012).

Stejně jako se navenek projevuje náročnost péče a důsledky přetížení co do kvality péče a vztahu pečující – opečovávaná osoba, promítá se v různých rozměrech i do celé oblasti vztahů. Díky prolínání vnitřního prožívání, vnějších vlivů (společnost, ekonomika apod.) a reálných možností rodiny mohou být ovlivněny i vztahy v rodině a v okruhu bližších sociálních vazeb (Michalík a kol. 2011). Reakce rodiny, přátel, sousedů a známých na osobu se zdravotním postižením i na aktivity pečující osoby významně ovlivňují roli pečovatele. Tošnerová (2001) například uvádí odpovědi pečujících o partnera s demencí na postřehy z chování z jejich blízkého sociálního okolí, ve kterých se objevuje nejčastěji soucit a přijetí nemoci, ale i vyhýbání se nebo odmítnutí, vyvolaný strach z nemocného, nebo dokonce posměch. Pocit zvyšující se izolace pečující osoby od sociálního okolí může být způsoben malým zájmem nebo malou podporou dalších rodinných příslušníků, nebo blízkého sociálního okolí, které společně s vysokou náročností péče a nízkou úrovní současného rozvoje úlevových služeb neumožňuje udržovat sociální interakce na patřičné úrovni. 70 % dotazovaných pečujících osob uvedlo, „že dlouhodobá péče o člověka s postižením je vzdálila od ostatních lidí, a znemožnila jim obvyklé a běžné kontakty, které prožívají jejich vrstevníci“ (Michalík a kol. 2011, s. 97). „Některé rodinné konflikty vycházejí ze samotných vztahů a komunikace mezi pečujícím a opečovávanou osobou“ (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 15). V rámci udržování frekvence styků se sociálním okolím je nutné přihlídnout také k psychické závislosti seniora na pečující osobě resp. na tom, jak tuto závislost pečující toleruje. V mnohých výpovědích pečující osoby uvádí, že je na nich senior natolik závislý, že je problematické přenechat péči na určitou dobu na někom jiném, což pochopitelně ztěžuje aktivní účast pečujícího na společenském životě mimo domov. *Riziko ohrožení sociální izolací a zhoršením vztahů ve vlastní rodině a partnerských vztazích patří k jedněm z nejdůležitějších rizik, které snižují kvalitu života pečující osoby.* Přes všechny těžkosti, které s sebou nese péče o nesoběstačného seniora doma, a která „nutí“ i ostatní rodinné příslušníky bydlící v téže domácnosti přizpůsobit svoje aktivity a zájmy dané situaci se lze podle výpovědí pečujících domnívat, že úroveň mezigenerační solidarity v našich rodinách je poměrně

vysoká, protože „zhoršení vztahů mezi členy rodiny v důsledku péče uvedlo necelých 10 % dotazovaných z řad pečujících osob“, což znamená, že odpověď na negativní dopady péče v rodinných vztazích vyznívá poměrně optimisticky. Také partnerské vztahy nejsou podle mínění pečujících nijak závažně ohrožovány co do počtu rozvodů. Více v neprospěch zachování původního nebo požadovaného stavu mluví výpovědi o zhoršení společenského života rodiny, které uvádí téměř 70 % dotázaných pečujících. Tato skutečnost má určitě souvislost s nedostatkem času a omezením sociálních kontaktů, které jsou „průvodními jevy“ života téměř všech pečujících a promítají se i do života rodiny. Kvantita těchto odpovědí ale ještě nemusí nutně vypovídat o tom, jak je omezení společenského života skutečně pocíťováno. Podle dalších zkoumaných jevů, jako je pocit hrdosti nad tím, co pečující dokázal nebo pocit obohacení vlastním výkonem péče mohou právě tyto hodnoty fungovat do jisté míry jako kompenzace omezení společenského života (Michalík a kol. 2011, s. 103-109). Poslední zmíněnou oblastí, je oblast prostředí. Tato oblast prakticky postihuje širokou škálu podmínek, za kterých je rodina a pečující osoba schopná péči v domácím prostředí dlouhodobě vykonávat. Ve výzkumných projektech a odborných publikacích je jsou velmi často diskutovány a zkoumány jednotlivé faktory, které ovlivňují podobu péče o seniora v domácích podmínkách. Jde především o dostupnost zdravotní a sociální péče a jejich provázanost, otázku bydlení a finančního zabezpečení. Podle výzkumu Kroutilové Novákové, Jandžíkové (2012), jsou například s dostupností zdravotně-sociální péče neformální pečovatelé spokojeni, podobnou spokojenost vyjadřovali i v otázce bydlení. Výzkum ovšem probíhal v lokalitě jednoho správního obvodu obce s rozšířenou působností, takže uvedené výsledky nemusí odpovídat všem místům v zemi. Některé lokality se vyznačují právě „řídkou sítí“ zdravotních a sociálních služeb, nebo špatnou dopravní obslužností, která může komplikovat dosažitelnost služeb. Pečujícím osobám, které nemají možnost využít pomoci sociálních a zdravotních služeb stoupá riziko zvýšení jak fyzické tak psychické zátěže. I v otázce bydlení jsou možné rozdíly ve vyjádření spokojenosti pečujících. Pokud bude představa pojmu bydlení zahrnovat bezbariérovost lokality, ve které pečující rodina žije, budou se odpovědi lišit v souvislosti s vybaveností, která je zjištěna především obcí, popř. zařízeními, která senior navštěvuje. Samotná bytová otázka je velmi individuální, podle bytových podmínek, které si pečující, nebo senior sám, byli schopni zajistit buď ještě před započatím péče, nebo v jejím průběhu. Podle Michalíka (2011), pocíťují pečující

obecně nižší standard bydlení, než jaký by si představovali. Zlepšení těchto podmínek vidí především v míře bezbariérovosti nebo přístupnosti a v možnosti vyčlenit místnost, nebo místo pro speciální lůžko pro člověka s postižením. Autor konstatuje, že ve srovnání složení odpovědí kontrolní skupiny nepečujících osob se vyjadřovali pečující v požadavcích na zlepšení kvality bydlení daleko skromněji a vycházeli opravdu z *nedostatků, které mají přímou souvislost s péčí. Nedostatečný komfort bydlení, který nesplňuje základní podmínky pro péči o seniora v podmínkách domácnosti a nedostupnost zdravotních a sociálních služeb může zatěžovat pečující osobu nad míru únosnosti a vyústit až k institucionalizaci seniora, což lze označit jako vážné riziko v oblasti prostředí péče.* Posledním jmenovaným faktorem je finanční zabezpečení, resp. ekonomická situace rodiny. Zajímavý závěr uvádí Michalík (2011) v komentáři k odpovědím respondentů, kteří byli dotazováni na změnu ekonomické situace rodiny v rámci výzkumu kvality života pečujících osob. Z odpovědí rozvržených po celé škále lze vysledovat, že nadpoloviční většina respondentů nepocítuje změny v ekonomické situaci rodiny. Charakteristickým rysem pečujících rodin, jejíž členové jsou v produktivním věku, je jejich jednopříjmovost, kdy právě z důvodu péče je jeden člen rodiny (hlavní pečující) vyřazen z trhu práce. Podle autora tato souvislost potvrzuje dlouhodobě existující trend podoby domácí péče v naší zemi. Většina pečujících osob je zde ochotna své síly věnovat péči s minimálním využitím sociálních služeb a tím kompenzovat nedostatečné finanční pokrytí náročnosti péče, na rozdíl od využití péče pobytové služby, ve které přebírá ekonomické zajištění péče stát (Michalík a kol. 2011). Výše příspěvku na péči je pečujícími hodnocena většinou jako nedostatečná v případě úvahy o zaplacení péče formálnímu poskytovateli, která by mohla rodinnému pečujícímu zjistit určitou úlevu, příspěvek je využíván i na pokrytí jiných nákladů, například léků, zdravotnických pomůcek, hygienických potřeb apod. „Někteří pečovatelé nevnímají příspěvek jako odměnu za svoji práci, dokonce o něj ani nechtějí požádat. Pečují proto, že to cítí jako svoji morální povinnost...“ Finanční ztráty se potom dají v podstatě kompenzovat pouze volbou institucionální péče (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 17). *Pokud je seniorovi příspěvek na péči vyřizován s prodlevou a s přihlédnutím na administrativně poměrně dlouhou dobu vyřízení žádosti příspěvku na péči, může vzniknout u pečující rodiny riziko vyčerpání finančních rezerv a vyvrcholit až platební neschopností.* Zvládání rizikově působících faktorů v péči o seniora v podmínkách domácího prostředí závisí v určité míře na úrovni znalostí,

dovedností a informovanosti pečující osoby. Tyto kompetence, které pečující osoba získala buď ještě před započatím péče, nebo během této činnosti se zcela jistě promítají i do kvality péče a velikosti zátěže, kterou dlouhodobá péče přináší.

4. Kompetence pečující osoby, potřebné pro poskytování péče o seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí

Z obsahu předchozích kapitol zřetelně vyplývá, že péče o starého člověka se sníženou soběstačností, který je závislý na pomoci druhé osoby, nebude činností jednoduchou. Jedná se o komplexní pokrytí potřeb opečovávaného seniora a to v té právě správné míře, aby nebyla narušována jeho autonomie, aby nedocházelo díky péči ke zvyšování jeho závislosti, naopak, aby byla zlepšována, nebo zachována jeho soběstačnost, aby byla respektována jeho důstojnost a práva. Zároveň by měla platit pravidla, která se vztahují k pomáhajícím profesím a to v tom směru, že by nemělo vlivem péče dojít k takovému vyčerpání pečující osoby, které by ohrožovalo její vlastní zdravotní stav a aby péče významně ohrožovala kvalitu života pečujícího i jeho rodiny. Celý obraz péče je složen z mnoha „malých bodů“, ke kterým jsou zapotřebí některé odborné znalosti, dovednosti a informace a které souhrnně tvoří kompetence pečující osoby, potřebné ke kvalitnímu a bezpečnému výkonu péče o seniora v domácím, „neodborném“ prostředí. Při zvážení, kolik odborných oblastí v sobě péče zahrnuje a jaké požadavky jsou kladeny na způsobilost k výkonu profesí, které se podílí na péči o seniory ve formálním sektoru, není možné se domnívat, že ke všemu, co pečující potřebuje k péči vědět, znát a umět se dostane jednoduchou intuitivní cestou a „sousedskými“ radami. Michalík (2011, s. 126, 127) konstatuje, že „domácí péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením přináší určitou (v místě a čase proměnlivou) potřebu podpory, informace souhrnně označované jako poradenství. Jedná se o objektivní potřebu vyplývající ze složitosti systémů veřejné podpory na straně jedné (sociální zabezpečení, dávky, příspěvky, služby) a na druhé straně charakteru sociální i psychologické situace, kterou se péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením stává.“ Dotazovaní pečující odpovídali na potřebu zlepšení podmínek v oblasti poradenství v 65 % kladně, tj., byli rozhodně nebo spíše pro vyšší podporu v této oblasti. Naměřený údaj je prezentován jako „významné zjištění pro celou škálu profesí označovaných jako pomáhající“ (Michalík a kol. 2011).

Za rozhodnutím pečovat o svého nesoběstačného člena stojí předpoklad, že se o něj rodina „může, chce a umí“ postarat (Kalvach, 1995, Haškovcová, 2002), tedy že má, nebo se snaží získat potřebné kompetence.

Na kompetence lze nahlížet jako na „...schopnost člověka úspěšně jednat a dále rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů. Děje se tak v konkrétním kontextu různých úkolů, činností a životních situací a je spojeno se chtěním (individuální motivací) rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost“. Kompetence podle tohoto autora zahrnují i dovednosti, postoje, zvnitřněné hodnoty a další prvky, které jsou nezbytné ke společenskému a pracovnímu uplatnění člověka (Veteška, 2005 in Mužík, 2011). Kompetence pečujících osob, které se týkají oblastí péče jak v rovině života seniora, o kterého je pečováno, tak v rovině života pečujícího se dají rozdělit do menších celků. Jde o 1) *kompetence ve vztahu k přímé osobní péči o seniora*, 2) *kompetence ve vztahu k péči o vlastní osobu*, 3) *kompetence ve vztahu k sociálně právní otázce péče* 4) *kompetence v širším kontextu povědomí společnosti o problematice seniorů a péče o seniory*.

4.1. Kompetence pečující osoby ve vztahu k přímé osobní péči o seniora se sníženou soběstačností

Samotné péči, o které se rozhoduje v rámci rodiny a kde se předpokládá vymezení hlavní pečující osoby, na které zůstane „největší díl“ odpovědnosti za péči by mělo předcházet zodpovězení otázek týkajících se limitů vlastních možností. Předně by mělo jít o zvnitřněný pocit opravdového chtění pečovat, ne o mýty a předsudky spojené s touto problematikou (je to tak běžné, sluší se to, to se musí), nebo o přílišnou závislost na rodičích (jiném příbuzném), spojenou s pocitem dluhu vůči nim, „skutkářství“, očekávání vděku, nebo materiální odměny v podobě dědictví apod. (Novák, Beastess, 2013, Novák, 2011). Další zamyšlení by se mělo týkat osobnosti seniora. Jde ve většině případů o osobou velmi blízkou, což samo o sobě nemusí znamenat, že ho pečující opravdu dobře zná, resp. uvědomuje si, že vlastní mínění o příbuzném, nemusí nutně pravdivě vypovídat o jeho skutečné povaze, charakteru, postojích, zásadách, o všem, co bylo pro seniora v životě důležité. Pouze na základě dobré znalosti člověka se dá vybudovat důvěra potřebná pro spolupráci obou stran péče, tak, aby byla podpořena víra a naděje v uspokojivé výsledky péče a odstraněny obavy vyjádřit otevřeně přání a myšlenky (Halová, 2007). Ačkoliv se zásady, pravidla a postupy modifikují podle

individuálních podmínek i jedinečnosti zúčastněných osob péče, přesto zůstávají některé základní etické principy pro všechny stejné. Jedná se o 1) *princip svébytnosti starého člověka* (možnost seniora žít podle osobních představ, zodpovídat za svoje konání, pokud je to možné), 2) *princip prospěšnosti* (jednání v duchu nejlepšího vědomí a svědomí se zachováním alespoň relativní pohody a radosti ze života), 3) *princip Hippokratův* („především neškodit“, podle Hippokratových požadavků na adepty lékařství, tj., mimo jiné i léčbu udržovat v takové míře, aby nezpůsobovala ještě více bolesti, než na jakou si nemocný původně stěžoval, citlivě přistupovat k vyřčení „pravd“ tam, kde více pomůže pravda necelá, nebo útěk do sentimentality vzpomínkového optimismu), 4) *princip spravedlnosti* (respekt k vyjadřovacím schopnostem seniora, respekt k jeho vlastnictví, respekt k autonomii) (Novák, Beastess, 2013). Souhrnně se dá říct, že základní kompetence pro péči o starého člověka se sníženou soběstačností spočívají v přístupu a principech, které jsou vůči němu ze strany pečujícího uplatňovány. V praxi to znamená jednak „posbírat“ co nejvíce informací o životě seniora, jeho uznávaných hodnotách, zásadách, zájmech, přesvědčeních a vyznání, eliminovat negativa z vlastních mínění o seniorovi, pokud nesouhlasí s celkovým obrazem jeho osobnosti, „vytěžit“ co nejvíce poznatků ze životních zkušeností ostatních členů rodiny, které se seniorem mají, ale také co nejvíce sjednotit přístup dalších členů rodiny k opečovávanému, poskytnout mu pocit stability a bezpečí rodiny, která jej nehodlá vzhledem k jeho závislosti na pomoc „převychovávat“, nýbrž o něj pečovat a pomáhat mu podle jeho projevených přání ohledně uspokojování potřeb. Komplexní péče pracuje s člověkem jako bio-psycho-sociální a spirituální individualitou. Pomoc při uspokojování potřeb je různá v rozsahu i frekvenci, podle stupně závislosti seniora.

4.1.1. Kompetence pečující osoby v oblasti uspokojování fyziologických potřeb seniora se sníženou soběstačností

Pro cíl této práce není nutný výčet všech fyziologických potřeb seniora, ale zaměření na ty fyziologické potřeby, ve kterých se může zdát pečovateli péče problematická z hlediska nedostatku informací, fyzické a psychické náročnosti péče, nároků na praktickou dovednost apod. Ve formálním sektoru spadají tyto úkony převážně do kompetencí ošetřovatelské a pečovatelské činnosti odborně vyškolených pracovníků. Za optimální by bylo možné považovat situaci vytvoření spolupráce zdravotníků a

pečovatelů s neformálním pečujícím na takové úrovni, aby rodinný pečující mohl svou roli plnit na základě kompletně podaných informací nebo instrukcí a služby péči podporovaly, doplňovaly nebo intermitentně zastupovaly. „Je prokázáno, že většina zdravotníků (lékařů i sester) přeceňuje ošetrovatelské znalosti v rodinách svých pacientů, respektive že podceňuje význam instrukce a prodiskutování základních ošetrovatelských problémů“ (Kalvach, 1995, s. 175). Zdravotničtí pracovníci by měli domácím pečujícím demonstrovat a vysvětlit například postupy a úkony osobní péče u lůžka, neboť saturace fyziologických potřeb seniora s vysokým stupněm závislosti se děje převážně v tomto prostoru.

Problematika lůžka nemocného začíná již u volby vhodného lůžka. V poslední době se množí reklamy i odborná doporučení na pořízení kvalitních lůžek a jejich výbavy (matrace, polohovací rošty, polštáře apod.) s cílem zajistit si zdravý spánek. Jestliže je takto oslokována „zdravá“ populace, o to víc by měla být kvalita lůžka prioritou u člověka, pro kterého se stane lůžko prakticky jeho „nejobývanějším“ prostorem. **Umístění lůžka** v místnosti není zanedbatelné, pokud je to možné, nemělo by být vystaveno průvanu nebo dlouhodobému slunečnímu svitu, pro snadnější práci pečujícího je potom optimální, pokud je lůžko přístupné ze tří stran vzhledem k zajištění manipulace s ležícím. **Výška lůžka** je významná jak pro pohyby nemocného (vstávání, ulehání), tak pro pečujícího, kterému zajišťuje určitý komfort pohybů v různých činnostech (krmení, polohování, stlaní apod.). Ve prospěch obou stran v tomto směru hovoří pořízení pečovatelského lůžka, které je dobře vybaveno prvky pro bezpečnost, usnadnění pohybu a umožnění různých úkonů ležícího⁵¹ i práce a ochranu pečujícího (Chovancová a kol. 2012). Kalvach (1995, s. 175) radí do doporučené intervence zdravotních pracovníků informace a instrukce ohledně úpravy a přestýlání lůžka, polohování a manipulace s ležícím na základě zkušenosti s laickými pečujícími, kteří se v řadě případů bojí s nemocným pohnout, nadzvednout ho, „aby mu neškodili.“ Řádnou instrukcí si jistě zaslouží pro dobro nemocného i bezpečí pečovatele polohování seniora na lůžku a přemisťování mimo lůžko a zpět. Jedná se konkrétně o

⁵¹ Lůžko je vybaveno mechanickým nebo elektrickým ovládním, které umožňuje nastavit výšku lůžka, popř. polohovatelný třídílný rošt (pro nadzvednutí dolních končetin a horní poloviny těla), dále rámem na zavěšení hrazdičky, díky které může ležící lépe spolupracovat při změnách poloh na lůžku, k čelům lze připevnit žebřík pro pomoc při zvedání o polohy vsedě, nohy lůžka jsou opatřeny brzdícími kolečky, což značně usnadní nebo vůbec umožní pohyb celým lůžkem i s ležícím člověkem, pro bezpečí, prevenci proti pádu má lůžko vysouvací postranice, díky polohovatelnosti celého lůžka lze po přidání různých doplňků (stolek, pracovní deska, deska určená pro servírování jídla apod.) umožnit ležícímu vykonávat činnosti, které by na běžném lůžku sám vykonávat nemohl (Chovancová a kol. 2012).

úkony přemístění ležícího na okraj lůžka, posazení a zdvižení v posteli, přemístění z postele na křeslo a zpět (např. WC křeslo, polohovací křeslo), zvedání a usazování na křesle, kdy je u pečujícího velmi důležitá znalost pohybů vlastních dolních končetin a pohybů z pokrčených kolen, umístění rukou na těle ležícího před začátkem změny jeho polohy, možné požadavky na spolupráci ze strany ležícího seniora. Znalost a dovednost v těchto úkonech pomáhá pečovateli předcházet vlastním bolestem zad a výše zmíněnému strachu z této činnosti (Pichaud, Thareauová, 1998). Souhrn spolupodílejících se faktorů, které působí při manipulaci s ležícím starým člověkem je poměrně velký a hlavně individuální. Z toho vyplývá, že k získání dovedností v konkrétní péči je na místě provedení instruktáže přímo v pečující rodině. Důležitost správné manipulace s ležícím nesoběstačným seniorem dále podtrhuje i skutečnost, že zde dochází ke zvýšenému *riziku tvorby dekubitů*.⁵² Poučení o tomto problému může zabránit nejen „přidaným starostem“ a navýšení péče na straně pečujícího, ale hlavně závažného, až fatálního zhoršení zdravotního stavu nesoběstačného seniora. Zdravotní pracovníci by v této souvislosti měli pečujícím poskytnout informace, o úkonech úpravy lůžka, souvislostech s inkontinencí a vlhkostí ložního prádla (zde je riziko vzniku dekubitů pětkrát vyšší), hlavních příčinách, které se na vzniku dekubitů podílí (tlak, tření, poruchy inervace, cirkulace a výživy), upozornit na existenci predilekčních míst vzniku dekubitů. V návaznosti na poučení je potřebné doporučit pečujícímu také preventivní opatření, které zahrnuje například frekvenci a metody polohování a využití *antidekubitárního programu*⁵³, správné a účinné metody ošetřování kůže, včetně upozornění na nevhodné zásahy (někdy může „lidově“ tradované ošetřování více ublížit než pomoci) a poskytnout přehled o možnostech zapůjčení některých pomůcek (Topinková, Neuwirth, 1995). K činnostem u lůžka seniora se sníženou soběstačností patří i *hygienické úkony* na lůžku. Může se zdát, že činnosti, jako je například mytí ležícího člověka na lůžku, nebudou potřebovat větší průpravu nebo přísun informací, že si je pečující intuitivně odvodí z běžného života. I pro tuto činnost ale platí, že nedostatek informací nebo instruktáže může způsobit například zhoršení fyzické pohody

⁵² Def. Dekubitu – proleženina, jde o místní nekrózu kůže, podkoží až svalu s místním vředovým rozpadem v místech, kde jsou měkké tkáně delší dobu vystaveny účinku tlaku mezi kostí a pevnou podložkou, přičemž se mohou vytvořit i na sliznici vlivem tlaku cizího tělesa, např. zubní protézy cévek apod. Více než polovina osob u kterých vznikají dekubity je starší 70ti let, se vznikem dekubitu potom stoupá riziko úmrtí postiženého až čtyřnásobně (Topinková, Neuwirth, 1995).

⁵³ Antidekubitární program zahrnuje pomůcky pro zmírnění mechanického tlaku, tj. především vhodnou matraci (např. vzduchová matrace – antidekubitor, vodní lůžko), podložky predilekčních míst, polohovací pomůcky, chrániče na lokty, paty, které se vyrábí z vhodných materiálů s možností čištění a správného udržování (Topinková, Neuwirth, 1995).

pečujícího v podobě bolestí v zádočných partiích, nebo vyvolávat negativní pocity u opečovávaného. Právě u provádění hygieny na lůžku nesoběstačného člověka je třeba vykonat s ležícím mnoho pohybů, aby bylo umytí vykonáno řádně ve všech partiích těla. Podle vyhodnocení dotazníkového šetření a provedených pozorování u zdravotnického personálu, dochází k přetížení pohybového aparátu a vnímání vysoké fyzické zátěže spojené s mobilizací pacientů u 95,12 % dotazovaných pracovníků. Podle pozorování bylo také zjištěno, že „při mobilizaci pacienta všechny sestry určují sílu pohybu, jeho rozsah, i rychlost, s jakou je vykonáván, čímž pacientovi berou možnost kontroly nad vlastním pohybem, to znamená, že pacient není schopen svůj průběh pohybu správně vnímat a kontrolovat. Na základě pozorování se dá také říci, že v mnoha případech vyjadřovali pacienti pocit nespokojenosti, nepohody, překvapení a někdy i bolesti“ (Halmo, 2004, s. 5). V rámci odstranění nebo minimalizace těchto negativních jevů jsou v některých zdravotnických zařízeních zaváděny kurzy základů **kinestetiky** pro ošetřující personál. Základní znalosti kinestetických konceptů potom zdravotníkům „umožní účinně a efektivně analyzovat praktické situace a společně s pacientem, při maximálním využití jeho pohybových rezerv (které jsou ještě přítomné i u těžce nemocného člověka), správně sestavit a realizovat jeho nové pohybové vzory“ (Halmo, 2004, s. 5). Stojí určitě za zamyšlení, jestli by nebylo vhodné zmíněné kinestetické koncepty představit i osobám pečujícím o imobilního seniora v prostředí domácností. Zvláště u seniorů, propuštěných po hospitalizaci do domácí péče, u kterých se dá předpokládat určité zlepšení zdravotního stavu (po zlomeninách, CMP apod.) je velmi potřebné pokračovat v procesu uzdravování a odhalování nových pohybových vzorů, které umožní pohyb a výkon funkcí i přes omezení způsobená onemocněním nebo poraněním. **Kinestetická mobilizace** se děje šetrnou cestou malých kontinuálních pohybů, která umožňuje nemocnému tyto pohyby a svoje tělo vnímat, zachovat si sebekontrolu. Zároveň zabraňuje přetěžování jak nemocného, tak pečující osoby (Halmo, 2004). Význam získaných dovedností, které by pečující osoba uplatnila při manipulaci a mobilizaci „svého“ seniora při mnoha činnostech doma je vysoký. U mnoha osob s vysokým stupněm závislosti, se vyskytují obtíže s vyprazdňováním moči a stolice. **Inkontinence** je jak pro nemocné, tak pro jejich pečující většinou velmi intimní téma, o kterém se stydí mluvit. Ze strany lékaře i zdravotních pracovníků je proto na jedné straně vhodný velmi citlivý, empatický přístup, na straně druhé nutnost aktivního dotazování s cílem zhodnotit údaje a stanovit příčinu inkontinence

(Chovancová a kol., 2012, Topinková, Neuwirth, 1995). U inkontinence moči by měla pečující osoba od lékaře získat informace, o který typ úniku moči jde⁵⁴ s instrukcemi a doporučením jakou pomoc je vhodné seniorovi poskytnout. Inkontinence moči je poměrně častým problémem starších lidí, ve studii náhodně vybraných jedinců žijících ve vlastní domácnosti ve věku 80 a více let bylo zjištěno, že inkontinencí moči byla postižena více jak polovina z nich. Inkontinence bývá pro seniora, zdrojem duševního strádání a společenského omezení a pro pečující rodinu zátěží, je tedy závažným problémem (Topinková, Neuwirth, 1995), který si zaslouží edukační intervenci zdravotnických pracovníků ve prospěch pečujících osob. Tutéž pozornost si pochopitelně zaslouží i inkontinence stolice, popř. zhoršené vyprazdňování (zácpa) způsobené různými příčinami, nejčastěji nedostatkem pohybu nemocného seniora, vlivem nedostatku intimity, nebo nepřírozené polohy při vyprazdňování. Pečující osoba by měla být v tomto směru dobře poučena alespoň o takové pomoci, kterou může seniorovi jako laik poskytnout bez zásahu zdravotnických pracovníků.

Další velmi důležitou oblastí osobní péče ve spojitosti s uspokojováním fyziologických potřeb seniora v domácích podmínkách, ve které by měla být pečující osoba dostatečně informována a poučena je oblast jeho výživy. *Výživa* se podílí na celkovém fyzickém i psychickém stavu seniora, zdravá výživa podporuje například procesy hojení ran, odolnost proti infekci, celkově dobrou kondici apod. U seniorů se mohou vyskytovat dlouhotrvající nesprávné stravovací návyky s vysokým procentem rizikových složek potravy (živočišné tuky, lihoviny, sladké pečivo atp.). Následky nesprávného stravování se přibývajícím věkem sčítají. **Problém obezity** je poměrně často diskutován v médiích i tisku, takže obecné povědomí o nadváze se dá považovat za celkem velké. Poučení pečujícím, kteří se u opečovávané osoby s obezitou potýkají, by mělo směřovat hlavně k prevenci dietetických chyb⁵⁵ při redukci nadváhy u seniora a k souvislostem obezity a některých onemocnění, například diabetu. Nejproblematictější zřejmě v této souvislosti budou pohybové možnosti seniora, který by měl mít pro redukci váhy i zvýšenou pohybovou aktivitu. Pečující bude v tomto směru určitě potřebovat dostatek informací o možnostech jak a kde seniorovi vhodné pohybové aktivity zjistit, popřípadě se zúčastnit

⁵⁴ Odborné prameny rozlišují močovou inkontinenci urgentní, stresovou, smíšenou a funkční a z přeplnění (Topinková, Neuwirth, 1995).

⁵⁵ Pokles váhy by neměl překročit 3 kg za týden, při větší a rychlejší redukci dochází k úbytku svalová hmota a voda v těle seniora, což je naprosto nevhodné, člověk nemá v žádném případě hladovět, má jíst malé porce vyvážené stravy 5-6 krát denně, alkohol a cukrářské výrobky by se z jídelníčku měly naprosto vynechat (Topinková, Neuwirth, 1995).

instruktáže ke vhodným aktivitám doma. Opačným problémem pařícím do oblasti výživy je otázka malnutrice u starých osob. **Malnutrice** u seniorů může mít různé příčiny,⁵⁶ které je nutné prokonzultovat s lékařem. Až na základě zjištěné příčiny lze zvolit postup, který zamezí odmítání stravy a dalšímu rozvoji malnutrice. Pro hodnotnou výživu seniora je vhodné pečující osobu seznámit i s možnostmi zakoupení různých doplňků stravy pro nutriční podporu v domácí praxi. Pokroky v enterální výživě umožňují praktikovat tento způsob nutriční podpory i doma, což je zvláště přínosné pro seniory po CMP s poruchou polykání, pro osoby s parkinsonským syndromem nebo demencí (Topinková, Neuwirth, 1995). Přímou k nutnosti podrobného seznámení pečující osoby by mělo patřit poučení o **dietním režimu**, pokud jej má senior lékařem předepsán, včetně negativních dopadů při jeho nedodržování. Někteří senioři mají snahu dietní režim časem bagatelizovat a břemeno opakovaného vysvětlování a zodpovědného dodržování diety, resp. kontroly v tomto směru zůstává potom na pečující osobě, která by měla být ve věci stravy starého člověka velmi dobře informována a poučena. K výživě neoddělitelně patří i přísun tekutin. Je všeobecně známý fakt že se u starších lidí snižuje pocit žízně, což ovšem neznamená sníženou potřebu organismu přijímat **tekutiny**. Pro pečující bude jistě přínosné, pokud se mu dostane informací o doporučeném množství přísunu tekutin pro seniora, o nejvhodnější formě podávání, nebo i tekutinách nevhodných pro staré osoby. Ze zkušeností zdravotních pracovníků lze „vytěžit“ např. i rady jak motivovat starého člověka k příjmu tekutin apod. Pro většinu pečujících jsou velmi zatěžujícím faktorem péče **změny spánku seniora**. „Pro vysoký věk, ale také pro organické psychosyndromy je typická porucha kontinuity spánku, staří lidé se často probouzejí v průběhu noci, spánek není plynulý“ (Jiráková in Kalvach, 1995, s. 149). Je ovšem nutné rozlišit, jde-li o fyziologické změny, které jsou doprovodným jevem stárnutí, nebo jde o sekundární projev somatických a psychiatrických chorob, ev. dalších faktorů, které mohou spánkové poruchy vyvolat (Topinková, Neuwirth, 1995). Vzhledem k tomu, že nedostatek spánku je velmi rizikovým jevem ohrožujícím zdraví, je na místě věnovat mu velkou pozornost. Staří lidé vyžadují v noci při svých vlastních spánkových potížích

⁵⁶ Příčiny malnutrice mohou být : 1) sociální (změna životních podmínek, ztráta partnera, samota, nedostatek prostředků), 2) podmíněné věkem (pokles chuti k jídlu v důsledku involučních změn v chuti a čichu a tělesné inaktivity, sníženého pocitu žízně a hladu), 3) na základě somatického postižení (špatné žvýkání vlivem špatné dentice nebo nefunkční zubní náhrady, poruchy polykání, chorobné stavy ovlivňující příjem potravy jako je dušnost, poruchy trávicího ústrojí), 4) psychologické příčiny (deprese, demence, paranoidní bludy), 5) lékové příčiny (interakce mezi léky a živinami, užívání digoxinu, teofylinu, psychofarmak, cytostatik, aj.).

přítomnost a pozornost pečující osoby, která nemá možnost „dohnat“ nedostatek nočního spánku ani přes den. Pečující je tak vystaven vysokému riziku rychlého vyčerpání a jeho zdravotní stav je přímo ohrožen. Průběžné konzultace se zdravotními pracovníky a lékařem a znalosti ohledně významu a kvality spánku jsou pro pečující osobu nutné jako prevence vlastního ohrožení zdraví i pro kvalitně vykonávanou péči o seniora v tomto ohledu. Kompetentnost pečující osoby v problematice spánku by měla spočívat především ve znalostech souvislostí, na které se má při sledování možných poruch spánku seniora zaměřit, okolností, za kterých k poruchám spánku dochází. Pokud lékař nalezne příčinu insomnie, kterou může pečující doma odstranit (např. špatná spánková hygiena, nevhodné prostředí pro spánek aj.) (Topinková, Neuwirth, 1995), měl by zároveň rozšířit kompetence pečovatele o informace a znalosti, které budou k odstranění takových příčin vhodné. Někdy neúnosné situace navozené poruchami spánku seniora zažívají pečující o člověka s Alzheimerovou chorobou. I zde by měl být pečující náležitě poučen o příčině této poruchy a možnostech jejího zvládnutí v domácích podmínkách aby byl dostatečně kompetentní při rozhodování, kdy je ještě v jeho silách za daných podmínek péči doma zvládnout a kdy to již možné není. Určité znalosti by měla mít pečující osoba i v problematice **bolesti**. Pocit bolesti zažije několikrát snad každý zdravý jedinec v průběhu života a tento fakt svádí k domněnce, že se o ní nemusí celkem nic učit, že z osobních zkušeností intuitivně odvodí případný přístup k bolesti druhého člověka. Bolest je ovšem příznakem ryze subjektivním, každý jedinec jej může vnímat a popsat jinak. Ke znalostem pečujících ohledně bolestí, kterými může trpět senior, o kterého se starají, by mělo patřit minimálně to, že tolerance bolesti se mění například se stavem vyčerpání (u vyčerpaných lidí bývá menší), s fází dne (v noci je bolest horší) a s emočním laděním. Tolerance bolesti také stoupá s přibývajícím věkem (což ovšem zároveň znamená, že nemusí fungovat jako spolehlivý ukazatel stavu organismu). Důležité je také s pečující osobou probrat zásady léčby bolesti, kdy je přednostně nutné upravit spánek který je bolestí narušován, dále tlumit bolest ve chvílích odpočinku na lůžku nebo v křesle a nakonec při běžných denních činnostech, které je schopen senior vykonávat a to se snahou o dosažení těchto cílů s co nejmenší dávkou účinných látek (Topinková, Neuwirth, 1995). Bezradnost při léčbě a tišení bolesti seniorů v domácí péči patří u pečujících osob často ke stresujícím faktorům, které nabourávají jejich psychickou rovnováhu. Prohloubení znalostí této problematiky, popř. získání informací o metodách a možnostech jak bolest u seniora

odstranit nebo utlumit jistě patří do kompetencí pečující osoby v oblasti osobní péče o starého člověka.

Ke kompetencím pečující osoby v oblasti osobní péče, které jsou potřebné k saturaci fyziologických potřeb seniora se sníženou soběstačností lze přiřadit i orientaci v problematice *pádů ve stáří*. Spojitost s fyziologickými potřebami seniora se dá nahlížet optikou zachování co největší možné míry mobility. „Pohyb je jednou ze základních vlastností i potřeb živých organismů. Imobilizace naopak je jedním z nejsilnějších stresorů v experimentech se zvířaty a zdrojem závažných změn v lidské patologii.“ U osob dlouhodobě upoutaných na lůžko hrozí rozvoj *imobilizačního*. Jde o souhrn mnoha velmi závažných projevů poruch orgánových a fyziologických funkcí, které vznikají právě na základě upoutání na lůžko, tudíž velkého omezení pohybu (Kalvach a kol. 1995, s. 168). Vzhledem k tomu, že pády u starého člověka mohou svými následky způsobit ztrátu, nebo další omezení soběstačnosti, imobilizaci, nebo i smrt, „bagatelizovat nelze ani psychický dopad, depresi, strach z dalších pádů...“ (Topinková, Kalvach, in Kalvach a kol. 1995, s. 144), měla by být pečující osoba poučena jednak o příčinách pádů (mechanické a symptomatické) a jejich možných důsledcích, ale také o prevenci, kterou je pečující schopen seniorovi proti pádům doma poskytnout. Mimo jiné je dobré brát na zřetel, že pokud není pečující přítomen v domácnosti se seniorem neustále, nemusí všechny pády senior ani přiznat. Preventivní intervence pečující osoby hlavně u mechanických příčin pádů může mít podobu vhodné a možné úpravy bydlení (madla, úprava podlahové krytiny, zabezpečení ostrých hran nábytku, odstranění zbytečných překážek například u vchodu na WC nebo do koupelny, v kuchyni apod.), zajištění instalace signalizačních a dorozumívacích zařízení pro přivolání pomoci v případě pádu, stimulace seniora k používání kompenzačních pomůcek pro chůzi, nebo opakovaného poučení seniora o nevhodnosti prudkých pohybů a rychlých změn polohy těla (Topinková, Kalvach, in Kalvach a kol. 1995). Pokud pečující vyhodnotí, že příčiny pádů seniora se nezdají být mechanické, měl by co nejrychleji informovat lékaře, který určí, jestli pády mají symptomatickou příčinu. Jestliže má pečující zajistit určitou úroveň prevence proti pádům seniora v domácnosti, musí mít sám dostatek informací a znalostí o tomto riziku.

V oblasti osobní péče resp. zabezpečování fyziologických potřeb se vyskytují jistě další možné okruhy znalostí, dovedností a informací pro osoby pečující v domácích

podmínkách o seniora s různým stupněm závislosti na pomoci. Stejně tak, jako je nemocná osoba poučena o své chorobě, měla by i osoba pečující získat od lékaře a zdravotních pracovníků (ošetřovatelů, fyzioterapeutů) **základní minimum o nemoci** seniora a o úskalích, která se mohou při stanovené diagnóze v péči vyskytnout. Volba rozsahu kompetencí pečující osoby, které mohou zátěž péče významně zmírnit, závisí pochopitelně především na rozhodnutí pečovatele, ale také na motivaci k získání těchto kompetencí, s jakou se setkává ze strany příslušných odborných pracovníků, tedy na jejich ochotě ke spolupráci.

4.1.2. Kompetence pečující osoby v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb seniora se sníženou soběstačností

Z hlediska přístupu ke starému člověku, který je závislý na pomoci druhé osoby, je role domácího pečovatele, ve srovnání s profesní rolí pečovatele v instituci „dotována“ důvěrnou znalostí seniora a citovou blízkostí, která mezi pečujícím a seniorem existuje. Jedním z velmi zatěžujících problémů pro domácí pečovatele jsou situace, při kterých výše zmíněný „bonus“ přestává být jednoznačnou výhodou a změní se v dilema například při zvratech v rolích rodič – dítě, nebo při agresivním chování seniora, ve kterém míří agresivita k pečujícímu. K zvládnutí podobných situací je zapotřebí aby pečující osoba posílila svoje kompetence, které se týkají chování k opečovávané osobě, pomoci v oblasti uspokojování seniorových psychosociálních potřeb.

Klíčovým prvkem celé péče je **komunikace**. Pro uspokojování potřeb v psychosociální oblasti se zdá být váha komunikace ještě větší. Pečující osoba by měla brát na zřetel, že komunikací není jen **mluvená řeč**, ale i ostatní vyjadřovací prostředky **nonverbální komunikace**, například řeči těla (mimika, haptika, gestika, kinezika a posturika). Zvláště o komunikačních účincích dotyků, které mají navíc motivační a stimulační působnost (Valenta, Müller, 2009), by měla získat pečující osoba co nejvíce informací v případech, kdy senior má z důvodu svého postižení velké komunikační problémy. Kalvach (1997) podtrhuje orientaci v nonverbální komunikaci jako jeden z rozhodujících faktorů pozitivního působení na klienty vedle empatie, sociální inteligence a citlivosti. Navíc staří lidé bývají vnímavější právě k nonverbální komunikaci než k mluvené řeči a pečující může být někdy překvapen reakcí seniora, aniž by na něj promluvil. V komunikačním „prostoru“ by měl být především vyhrazen čas k **aktivnímu naslouchání**, které může podpořit seniora v jeho pocitu vlastní

potřebnosti, sebeúctě, aktuálnímu zhodnocení jeho potřeb, orientaci ve své životní situaci, vyjádřit svůj osobní příběh (Klevetová, Dlabalová, 2008). Umění naslouchat se pro pečující může stát pomocí v budování kvalitativně nového vztahu s opečovávaným příbuzným. Do způsobu komunikace seniora potom vstupují ještě další faktory, jako je převažující submisivita nebo dominance ve vztazích předchozího seniorova života, osobní nezávislost v rozhodování, typ osobnosti apod., které je dobré ze strany pečovatele zvážit a zohlednit. Pro zvládnutí komunikace se seniorem je například velmi přínosné znát transakční analýzu Erika Berneho (1992), která pracuje s přítomností tří charakteristických citových projevů člověka a to chování a projevů dítěte, zázaků a kritik rodičů a racionálně jednajícího dospělého. V různých situacích může převažovat jedna z těchto složek, znalosti a dovednosti v tomto směru potom pomohou pečující osobě zvládnout přiměřenou komunikaci konflikt, nebo chování seniora (in Klevetová, Dlabalová, 2008). I pro pečující rodinné příslušníky by měly platit v komunikaci se starým nesoběstačným člověkem určitá pravidla a zásady. Pro začátek je dobré se zeptat: „Věnujeme svou pozornost a zájem slovům a způsobu chování seniora? Co nám chce senior sdělit? Potřebuje si ujasnit svou roli? Obhájit svou pozici? Získat informaci? Vědět, co bude dál?“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 102). Pro aktivní naslouchání jsou v literatuře popsány techniky, které pomohou lépe proniknout do myšlení seniora, pochopit i přímo nevyjádřené sdělení, „číst mezi řádky“, pomáhají i při agresivitě nemocného, zvládnutí jeho emočních reakcí. Také pečující blízký člověk se může dopouštět komunikačních chyb, nemusí se umět bez předem získaných znalostí vyvarovat potížím v komunikaci. U seniorů může jít mimo obecné komunikační problémy (filtrace pod vlivem představ, nepochopení při kódování a dekodování), ještě o specifické potíže, které vyplývají ze změn kognitivních funkcí seniora, celkově zpomaleného fungování organismu a involučních změn sluchu. Do kompetencí pečující osoby by měly být zahrnuty i praktické dovednosti s **ovládáním naslouchátek**, popř. dalších kompenzačních pomůcek pro osoby s postižením sluchu. Užitečné jsou určitě i informace o artikulaci, poloze hlasu, délce vět, rychlosti řeči, vhodné pozici při komunikaci apod. (Pichaud, Thareauová, 1998). Velmi svízelným problémem se pro většinu pečujících stává **komunikace se seniorem postiženým demencí**. „Alzheimerova nemoc vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i **vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem**. Tím jak se u postižené osoby ztrácí schopnost komunikovat, mají rodinní příslušníci často pocit, že se ztrácí i sám vztah“ (Zgola,

2003, s. 123). Pečující o seniora s touto chorobou by měli získat komunikační kompetence hned na počátku péče, protože je mimořádně důležité, aby byla co nejlepší komunikace s postiženou osobou udržována v celém průběhu péče. Kvalita života jak pečujícího tak seniora o kterého je pečováno, závisí na povaze vzájemného vztahu, tudíž i na probíhající komunikaci. Kompetence pečující osoby v tomto případě musí směřovat k porozumění komunikačních bariér, které může demence vyvolat. U Alzheimerovy choroby dochází ke specifickým poruchám jazyka, které společně s emocionální a sociální zranitelností ovlivňují schopnost jedince komunikovat. K udržení komunikace a vztahu s postiženou osobou v případě Alzheimerovy nemoci existují strategie, způsoby intervence a přístupy, které jsou jednoduché a pochopitelné a pečující je schopen je odvodit „selským“ rozumem. „ Jiné mohou jít proti našim normálním instinktům a vyžadují proto cílevědomé cvičení, experimentování, v některých případech notnou dávku odvahy“ (Zgola, 2003, s. 123). Zdá se, že v případě získávání kompetencí pro komunikaci s osobou postiženou demencí je pro pečující osobu vzdělávání téměř nezbytné, pokud chce seniorovi dlouhodobě poskytovat kvalitní péči v domácím prostředí.

Dobře zvládnutá komunikace seniora s pečující osobou je základním stavebním kamenem pro další péči a uspokojování psychosociálních potřeb starého člověka s omezenou soběstačností. Pro obě strany péče je určitě přínosné zachování nebo rozvíjení *emoční a intelektuální pohody*. Posílení kompetencí u pečující osoby je zapotřebí, pokud se vyskytnou překážky, které emoční a intelektuální pohodu negativně ovlivňují. Jednou z takových negativních překážek může být *vznik depresí* u seniora. Je žádoucí, aby pečující osoba co nejdříve nástup deprese u seniora rozeznala, popřípadě našla její příčinu a podnikla kroky ke zmírnění deprese a pokud sama na tuto intervenci nestačí, vyhledala pro seniora lékařskou pomoc. Významnou potřebou starého člověka je potřeba *autonomie*, samostatného rozhodování o sobě. Kompetence v tomto směru nebuduje pečovatel jen pro správný postoj vůči seniorovi, citlivé a přesné dávkování péče pro zachování nebo posílení funkčního potenciálu seniora a podporu jeho emočního stavu. Zde se kompetence pečovatele obrací i k ostatním rodinným příslušníkům, přátelům, známým s důrazným opakovaným upozorněním, že potřeba péče neznamena omezení práva o sobě rozhodovat, svobodně vyjadřovat názory apod. Potřeba informací je u pečující osoby většinou spojena s možnostmi a způsoby jak podporovat psychické zdraví seniora. Do kompetencí pečujícího lze v tomto směru

zahrnout povědomí o důležitosti *celoživotního učení*, které se u seniora dále podílí na pozitivním přístupu k životu a podněcuje zájem seniora o sociální okolí, dále o *aktivizačních činnostech*, které je schopen senior a pečující zvládnout v podmínkách domácí péče. Smysluplné aktivity, o kterých senior sám rozhodne, že je chce vykonávat, mohou významně ovlivnit kvalitu jeho života a posílit pozitiva vztahu s pečující osobou (Tošnerová, 2002). K aktivizaci je nutno přistupovat obezřetně, respektovat přání seniora a individualitu jeho osobnosti, aby úsilí pečovatele o aktivní náplň seniorova času nenabyla nežádoucích forem. Neúspěšná aktivizace nezatěžuje pouze seniora, který může nezdar v činnosti nést jako osobní neúspěch, ale může demotivovat i pečujícího. Jisté vědomosti by měl mít pečující o naléhavých aktivizacích, resp. o případech, kdy je nutné aktivizaci zavádět (Kalvach a kol. 1997). Podobně jako u komunikace, budou největší „zasvěcení“ zřejmě potřebovat osoby, které pečují o seniora postiženého demencí. „U těchto nemocných, kteří se stávají cizinci ve světě, kterému přestávají rozumět, v němž se přestávají orientovat, ...je třeba usilovat o nalezení počitků navozujících spokojenost a překonávajících studenou prázdnotu“ (Kalvach a kol. 1997, s. 85). K aktivizačním nástrojům u seniorů postižených demencí patří kromě tělesné aktivizace, aktivizace s využitím domácího zvířete, kognitivní aktivizace aj. také *reminiscenční terapie* (Kalvach a kol. 1997). Na základě výzkumu⁵⁷ bylo prokázáno, že reminiscenční terapie má pozitivní vliv především na osoby s kognitivní poruchou. U všech zkoumaných osob s kognitivní poruchou došlo vlivem reminiscenční terapie k mírnému zlepšení v testu kognitivních funkcí (MMSE). Reminiscenci lze využívat i v rodinách, zatím ovšem zkušenosti naznačují, že se příležitosti ke vzpomínání v rodinách příliš nevyužívají. Přitom například rodinné oslavy se mohou stát jedinečnou příležitostí k takové aktivitě. Je možné se domnívat, že pro kompetence pečujících v domácím prostředí reminiscenční terapie skrývá rezervy, které mohou znamenat značnou pomoc v péči o seniory postižené demencí (Janečková, Vacková, 2010). Zvláště vítaným typem aktivizační činnosti je *ergoterapie*. Do oblastí působnosti ergoterapeutů patří i služby Home care, čímž je seniorovi zajištěna možnost zůstat při této aktivizační činnosti v přirozeném prostředí. U nesoběstačných seniorů se ergoterapeut zaměřuje na nácvik soběstačnosti v ADL. Terapie musí vycházet z potřeb klienta, ale předpokládá i spolupráci s rodinou, ve všech případech intervence je velmi

⁵⁷ Jednalo se o výzkum Gerontologického centra Praha nazvaný „Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů žijících v institucích“, který byl realizován v letech 2005-2007 (Janečková, Vacková, 2010)

důležitá motivace. Intervence ergoterapeuta může být zaměřena například na seniory s Parkinsonovou chorobou, různými typy demence, seniory po CMP, s psychiatrickými potížemi, po zlomeninách krčku femuru apod. (Müller a kol. 2007). Do kompetencí pečujícího je možné zahrnout motivační působení na seniora, podpora a povzbuzení během průběhu terapie a zejména po jejím ukončení, kdy je žádoucí, aby senior pozitivní výsledky terapeutického působení co nejdéle udržel. Jestliže má poskytovat pečující seniorovi se sníženou soběstačností kvalitní péči podporu v saturaci psychosociálních potřeb, je vhodné, aby získal přiměřené znalosti, dovednosti a informace o změnách kognitivních a psychických funkcí, které se mohou pojít se stářím jako vývojovou etapou, dále o změnách psychosociální sféry člověka ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení, které se seniora u seniora vyskytuje, včetně jeho prognózy. V některých případech je potřeba i doporučení nebo instruktáž technik, metod a přístupů, které může pečující v péči doma použít. Kompetence v této podobě mají komplexní uplatnění, poučený pečující dokáže seniorovi poskytnout kvalitní péči, což pomůže udržovat kvalitu života seniora na přijatelné úrovni. Pečující je ušetřen tápání a frustracím z neúspěchů v péči, nebo jsou neúspěchy minimalizovány, což psychickou zátěž péče neodstraní úplně, ale může ji zmírnit. Kompetentní pečující se mimoto může podílet na **odstraňování stereotypů a předsudků o psychosociální stránce života nesoběstačného seniora**, pokud se vyskytují ve smýšlení sociálního okolí. Na základě vlastních znalostí a zkušeností může právě tyto nepravdy uvést „na pravou míru“. **Otázka umírání a smrti** bývá v odborné literatuře samostatně vyčleněným úsekem péče. Mezi odborníky i laiky panuje shoda v názoru, že o smrti a umírání lidé neradi mluví, jakoby nepřipouštěli její existenci. Důvodů pro tento jev existuje určitě víc. Z různých výzkumů je patrné, že **přáním většiny lidí je zemřít doma, v přítomnosti svých blízkých**. Pro pečující osobu je situace, kdy pečuje o umírajícího příbuzného velmi zatěžující hlavně po psychické stránce. V kontextu s kompetencemi pečujícího je vhodné se orientovat na obavy z neschopnosti poskytnout seniorovi péči, která by zabránila jeho utrpení a ze zábran mluvit se seniorem o otázce smrti otevřeně. **Otázku utrpení, bolesti a strachu** umírajícího může pečující osoba řešit s lékařem a budovat své kompetence pro paliativní péči na základě odborných znalostí, které o této problematice od lékaře získá. Účinným článkem pomoci pro terminálně nemocné a jejich rodinné příslušníky je rozvíjející se **hospicové hnutí**. „Smyslem hnutí je komplexní pomoc umírajícím a nevléčitelně nemocným v posledních měsících jejich

života (ošetřovatelství, zvládání bolesti, překonání osamělosti a úzkosti, spirituální podpora apod.) se snahou umožnit dokončení života v domácím prostředí. Důležité je posilování role rodiny, aby uměla a mohla terminální péči poskytnout.“ Pro rodinu, která pečuje o svého příbuzného doma, je potom nejvhodnější formou „doprovázení“ domácí hospicová péče (Kalvach a kol. 1995, s. 199), která kromě pomoci v péči zároveň napomáhá rozvíjení kompetencí rodinných pečovatelů v tomto směru.

4.2. Kompetence pečující osoby ve vztahu k péči o vlastní osobu

„Péče o postiženého může vyvolávat zátěž, která ovlivňuje schopnost pečovatele poskytovat péči na potřebné úrovni. Pocitovaná zátěž může být tělesná, finanční, sociální, může pocházet z okolního prostředí, nebo být citové povahy“ (Tošnerová, 2002, s. 11). V letech 1998 – 1999 proběhl v ČR výzkum zátěže pečovatelů⁵⁸, jehož cílem bylo stanovit míru pečovatelské zátěže a stanovit rizika laického rodinného pečovatele. Z výsledků provedených testů v této studii byly označeny statisticky významné souvislosti se zátěží, které byly postupně zmíněny již v předchozích kapitolách - bydlení ve společné domácnosti, pravidelnost péče s vysokým počtem hodin, vysoký stupeň závislosti opečovávané osoby, její neschopnost komunikace a neochota spolupracovat, nízká míra podpory blízké rodiny i širšího příbuzenstva, nepochopení ze strany lékaře a **postrádání informací**. (Tošnerová, 2001). Kompetence pro řízení vlastního života buduje člověk prakticky po celou dobu svého bytí. S každou novou životní etapou nebo situací „sbírá“ informace, rady, zkušenosti, dovednosti aby mohl co nejlépe vykonávat svoje role, aby udržoval svůj zdravotní stav v co nejlepší formě, aby patřil a byl oblíben v určitém sociálním prostředí. Podobu, nebo samotnou existenci svých rolí může více či méně svou vůlí ovlivnit (může si vybrat odbornost ve vzdělávání, profesi, partnera, příslušnost k určité skupině, okruh zájmů, apod.). Přijetí role pečovatele je do jisté míry také věcí rozhodnutí, ovšem s omezenou možností výběru. Pokud odhlédneme od „tlaků“ norem společnosti, protože nebylo prokázáno, že právě společenské normy jsou motivací volby péče o starého člověka v rámci rodiny, zůstává „ve hře“ rozhodování prokázaná mezigenerační solidarita, kdy dnešní pečující generace staví na pocitu odpovědnosti za starého nesoběstačného příbuzného podle modelu, který jí byl předchozí generací dán jako vzor (Trusinová in Jeřábek, 2013). Péče v rodině bývá označována jako „práce z lásky“, což znamená, že motivací k této

⁵⁸ Zpracováno na základě projektu „Reflexe laických pečovatelů v ČR na konci tisíciletí“, realizovaného za podpory MZ ČR v rámci Národního plánu vyrovnání – NPV C/73 (Tošnerová, 2001).

činnosti ze strany pečujícího je citová vazba na příjemce péče, která se stává „hybnou pákou“ celého průběhu péče. Právě pro tuto skutečnost, že péče jako činnost „jede“ na tak citlivý zdroj, jako je emoční vztah, by měl pečující zvážit všechny okolnosti, za kterých by mohlo dojít k poškození této vazby. První cenné informace, které se podílí na budování kompetencí pro péči o sebe sama, pocházejí přímo z vnitřních zdrojů pečovatele na základě rozboru situace, v níž se spolu s příjemcem péče vyskytnul. Do této „analýzy“ je třeba zahrnout seznam potřeb pro příjemce péče (kdo, kdy a jak bude péči poskytovat, co všechno senior se sníženou soběstačností potřebuje, jak má vypadat bydlení ve kterém se bude péče poskytovat, co se dá v otázce bydlení udělat pro posílení soběstačnosti seniora, bude nutná pomoc ze strany formálních poskytovatelů, jak bude popř. vyřešeno jejich financování, nesníží se příliš pozornost pečující osoby vůči ostatním blízkým – partnerovi, dětem, vnoučatům, nebude péče zdrojem nezvládnutelné únavy nebo frustrace, nezhorší příliš zdravotní stav pečujícího?) (Tošnerová, 2002). Vedle tohoto seznamu je vhodné analyzovat také seznam vlastních potřeb s ohledem na zátěž, kterou péče vyvolá. Směr rozvoje kompetencí pečující osoby by se měl ubírat cestou komplexní péče o vlastní osobu od základních biologických, až po nejvyšší duchovní potřeby. Pečující by měl získat co nejvíce znalostí a informací z oblasti působení dlouhodobé zátěže na *vlastní fyzický stav*. Do tohoto okruhu lze zařadit *psychosomatická onemocnění*, u kterých se vyskytují zřetelně tělesné potíže, aniž by lékař po vyšetřeních našel abnormality. Psychosomatické symptomy se mohou projevovat jako bolesti, problémy, potíže, nespavost, nechutenství, tlaky, bušení, brnění, kožní reakce aj. Dlouhodobá zátěž může způsobit i *somatická onemocnění*, výzkumem bylo například zjištěno, že *kardiovaskulární úmrtnost* u pečujících je o 63% vyšší ve srovnání s kontrolní skupinou osob, které o nikoho nepečovaly (Chovancová a kol. 2012). K častým somatickým problémům dochází na *pohybovém aparátu* pečující osoby, kde bývá postižena hlavně *páteř a zádové svalstvo*, v některých případech může jít i o potíže s *klouby*. Při dlouhodobě praktikovaném nesprávném stravovacím režimu („nemám ani čas se najíst“) potom dochází k různým somatickým *onemocněním zažívacího traktu*. Nedílnou součástí zdraví pečujícího je také jeho *psychická stránka*. K udržení zdravé úrovně psychického stavu jistě patří stanovení reálných cílů, včetně umění požádat o pomoc, definování priorit jak z hlediska dlouhodobějšího, tak i běžného dne, komunikace a styky s přáteli, známými, relaxace, uvolnění času ke svým koníčkům, zájmovým činnostem, pozitivní myšlení, uvědomění si vlastní ceny a další

nástroje psychohygieny (Tošnerová, 2002, Chovancová a kol., 2012). Péče o vlastní zdravotní stav začíná *znalostmi faktorů*, které jej ovlivňují ale také *nástrojů*, kterými lze zdravotní stav udržet na dobré úrovni. K dodržování *základních pravidel správného postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu*, které jsou doporučovány obecně, jako je dodržování správných stravovacích návyků, dostatek pohybu, kvalitního a dostatečného spánku, užívání volnočasových aktivit, pravidelné preventivní prohlídky apod. potřebuje pečující posílit příslušné kompetence spíše ve směru hledání pomoci k zajištění času, aby tato pravidla mohl dodržovat. Další rozvoj kompetencí k *sebepěči* by se měl týkat „nastavbových“ nástrojů, které jsou vhodné právě pro osoby s velkou zátěží. Jedná se například o informace, znalosti a dovednosti v *oblasti akutního zvládnutí zátěže* (např. protistresové dýchání, chvilková tělesná relaxace, rychlé povzbuzení podle Tiché aj.), *relaxačních technik*, (např. Jacobsonova progresivní relaxace, práce s dechem, autogenní trénink, koncentrační techniky, vizualizace), *„léčba“ uměním* (poslech hudby nebo hra na hudební nástroj, malování, nebo jiné výtvarné techniky, četba, aktivní psaní ale i návštěvy kina, divadla atd.), *nácvik asertivní komunikace* (stojí za zvážení kdy má tento komunikační styl člověk použít, potřebu nácviku v této technice si může pečující ověřit testem), včetně seznámením s formami asertivního projevu. Kromě uvolňovacího efektu mají výše zmíněné nástroje také pozitivní působnost na potřebné pěstování *sebevědomí a sebedůvěry, sebereflexi*. Pokud pečující odchází za některými aktivitami z domova, dá se předpokládat, že zachovává, nebo i nachází nové *sociální kontakty* (Tošnerová, 2002, Chovancová a kol. 2012, Novák, 2001). Také techniky *kondičního cvičení* mohou mít podobu *uvolňovací* (ventilace pohybem), nebo *terapeutickou* (např. fyzioterapeutická cvičení zádových partií i končetin, posílení hybného aparátu, Jóga, Dornova metoda, O-A metoda, SM systém, McKenzie metoda aj.). Velkým přínosem pro kompetence pečujících jsou zkušenosti získané od těch osob, které již péči poskytovaly. Společně s vlastními srovnanými zkušenostmi a myšlenkami mohou tvořit neocenitelný zdroj dalších sil i pozitivního náhledu na péči jako na činnost, která pečujícího pouze nezatěžuje ale i obohacuje. Zgola (2003) přináší některá ponaučení plynoucí ze zkušeností pečovatelských, která mohou významně obohatit kompetence těch, kteří stojí na začátku nebo v průběhu péče.

Jistá je *proměnnost okamžiku*, mění se nejen dobré, ale uplynou i negativní zážitky a trápení. Ve změnách lze najít i pozitiva, například *pocit vlastní potřebnosti* pro příjemce

péče (partnera, rodiče...). Změna se může odehrát v chování opečovávaného, při které lépe vyniknou kladné stránky jeho osobnosti. *Vše se nedá předvídat*, znalosti, dovednosti a zkušenosti sice fungují jako významná podpora péče, ale nedají se na jejich základě vždy předvídat reakce a chování příjemce péče. Rada zkušených pečujících v tomto směru zní „bud'te připraveni na všechno, ovšem s ničím nepočítejte“. Je možné, že s tímto přístupem zažije pečující rodina pěkné chvíle se svým nesoběstačným příbuzným. *Nemyslet za druhé, nebýt „čtenář myšlenek“* někdy znamená vyhnout se omylu, který může způsobit zbytečné odcizení nebo ztrátu vztahu. Do světa myšlenek jiných lidí nevidíme, myšlenky se ale dají vyjádřit. *Pečující není kouzelník*, který všechno dokáže a nad vším má kontrolu. Přebírat větší dávku odpovědnosti, než kterou je pečující schopen zvládnout, s sebou nese riziko nezdaru, následné viny a zbytečný odliv energie. *Nezabývat se kontrolou věcí, které jsou nekontrolovatelné*, pocity pečujícího jsou pouze jeho, nikdo je nemůže měnit, takže není nutné identifikovat, co si myslí druzí. *Pečující by měl věřit v laskavost lidí*, která se může projevit, když je požádáte o pomoc. Nikdo nevidí do utajených přání, o pomoc si musí pečující jasně a zřetelně říct. *Bezpodmínečná péče nečeká odměny*, je lépe dělat jen to, co jako pečovatel člověk dělat opravdu chce. *Nesoudit a nebýt souzen* znamená posuzovat věci vždy v širším kontextu, být si vědom toho, že nikdo nemůže znát všechny okolnosti sebekratšího příběhu. *Na každou otázku se dá odpovědět spoustou odpovědí*, předpokládá to jen připustit různé možnosti. *Život se skládá z maličkostí a okamžiků*, všechny mají velkou cenu, jsou určeny k radosti, ne ke ztrátám. *Lidské vztahy jsou neocenitelné*, zvláště když v nich panuje důvěra a respekt. Do kompetencí pečujícího určitě patří i schopnost odhadu vlastních sil. Právě osoba, která se dostatečně orientuje v otázce sebepéče, rozpozná situace, ve kterých potřebuje pomoc. Kromě schopnosti o pomoc požádat je na tomto místě nutná i orientace v sociálně právní problematice péče, což znamená vědět kde, koho, za jakých podmínek a jak pomoc vyhledat.

4.3. Kompetence pečující osoby ve vztahu k sociálně právní otázce péče o seniora se sníženou soběstačností

Na tomto místě se nabízí poukázat na naprostou provázanost a nedílnost všech souvislostí, které jsou s péčí o osobu závislou na pomoci druhé osoby spojeny. Okruhy otázek, u kterých by měl pečující disponovat i kompetencemi z oblasti právní a sociální byly prakticky nastíněny již v podkapitolách o možné pomoci v péči a rizicích péče. Do

kompetencí pečujícího v sociálně právní problematice náleží orientace a schopnost zajištění financování péče, příspěvků a zvýhodnění, které mohou částečně péči usnadnit, schopnost zajistit pomoc ze strany formálních poskytovatelů péče jak sobě, tak osobě o kterou pečuje v případě, že tuto pomoc obě strany potřebují, popř. orientace v otázkách péče a zaměstnání, způsobilosti k právním úkonům, dědických záležitostech, smluv apod. a také práva a povinnosti pečovatele vzhledem k zákonným úpravám které se výše zmíněné problematiky dotýkají.

Michalík (2010, s. 29) uvádí, že v „ČR je každodenní úděl péče o osobu blízkou v rámci domácí péče rozšířen více, než jsme možná tušili. Velmi střízlivým odhadem můžeme hovořit nejméně o 200 tisících osob, které pečují o osobu ze svého okolí, ponejvíce ze své rodiny.“ Autor dále uvádí, že údaje pracovaly s osobami, které mají přiznaný **příspěvek na péči**, což v praxi znamená, že do těchto údajů nejsou zahrnuty osoby, jejichž omezení trvá dobu kratší jednoho roku, neboť těm příspěvek na péči nemůže být přiznán (Michalík, 2010). Skryti před statistikou zůstávají i ti pečovatelé, kteří pečují o osobu s různým stupněm závislosti trvající déle než rok, ale o příspěvek na péči nebylo žádáno. Důvody tohoto stavu budou jistě různé, můžeme ale připustit, že jedním z nich je i nedostatek informací o této dávce, nebo obavy pečujícího z administrativních úkonů spojených s vyřízením dávky. Ve většině případů je o příspěvek na péči nakonec požádáno. Pečující osoba by měla znát především **podstatu a účel příspěvku na péči**, (na základě této znalosti se vyhne možné traumatizaci z neopodstatněných spekulací o zneužívání dávky) a systém nároku, který se zakládá na **individuálním posuzování schopnosti zvládat péči o vlastní osobu a úkony soběstačnosti**. Pro pečujícího je vhodné mít povědomí o zdroji, ve kterém najde podmínky poskytování příspěvku, výši příspěvku, nárok na příspěvek a jeho výplatu, řízení o příspěvku, kontrolu využívání příspěvku a povinnosti žadatele o příspěvek, tzn. **Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. s prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb.** Nejistota pečujících se většinou nejvíce projeví v otázce vyplácení příspěvku při hospitalizaci osoby, o kterou pečují (zde platí, příspěvek se nevyplácí, jestliže po celý kalendářní měsíc oprávněná osoba pobývala ve zdravotnickém zařízení). Nejasnosti mohou mít pečující i v otázkách **posuzování schopnosti zvládat jednotlivé úkony**, kde platí, že jednak nepostačuje částečné zvládnutí úkonu, ale také že se úkon považuje za zvládnutý jen tehdy, jestliže je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat jeho správnost.

V tomto směru je z praktického hlediska pro pečující vhodné vyplnění tabulky JUDr. Jana Hutaře z Národní rady osob se zdravotním postižením, která je názorným převodem slovního ustanovení zákona a vyhlášky. Vyplněná tabulka poskytne pečujícímu alespoň hrubou orientaci ve způsobu hodnocení zvládnání jednotlivých úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu. Důležité jsou také informace o náležitostech žádosti o příspěvek, především, že **žadající je osoba se sníženou soběstačností**, nikoli pečující, že součástí vyřízení žádosti je **místní sociální šetření**, ve kterém se ověřuje zvládnání úkonů soběstačnosti a péče o vlastní osobu v přirozeném prostředí. Pro pečujícího, který bývá zpravidla v časové tísní vzhledem k výkonu péče, je potom na místě, aby předem věděl, která **data** je pro vyplnění žádosti nutné znát, které **dokumenty** je nutné doložit a která **osoba bude jako pečující v žádosti uvedena**. Neméně důležité je pro pečujícího znát **povinnosti**, které z přiznání příspěvku na péči vyplývají, např. využívání příspěvku k zajištění potřebné pomoci, ohlašovací povinnost při změnách, povinnost osvědčení skutečnosti na výzvu obecního úřadu. (Michalík, 2010). Je žádoucí, aby byl senior závislý na pomoci podporován v zachování co nejlepší úrovně soběstačnosti a mohl si s pomocí pečovatele vyřizovat své běžné i osobní záležitosti, neztratil kontakty se společenským prostředím, popř. se mohl účastnit aktivizačních činností mimo bydliště apod. Mimo jiné i k těmto účelům je vhodné vyřízení **průkazu osoby se zdravotním postižením**. Průkaz je veřejnou listinou, a je vázán na posouzení zdravotního stavu jako u přiznání příspěvku na péči. Osoba v I. stupni závislosti tak může být držitelem TP, ve II. stupni ZTP, a ve III. a IV. stupni ZTP/P. Průkaz zajišťuje osobě se sníženou soběstačností zohlednění jeho zdravotního stavu například při cestování, osobním vyřizování, nenárokově může být poskytnuta sleva na vstupném. Do kompetencí pečujícího je vhodné zařadit údaje o místě vyřízení průkazu (krajská pobočka Úřadu práce ČR), (Chovancová a kol. 2012, Michalík, 2011). Pokud pečující zvažuje **bezbariérovou úpravu bydlení**, je vhodné zařadit do jeho kompetencí informace o zákonem stanovené možnosti **získání příspěvku** na takové úpravy, co se za tyto úpravy považuje, o podmínkách poskytnutí, čerpání popř. vrácení tohoto příspěvku. Vzhledem k tomu, že podmínky bydlení pro osoby se zdravotním postižením v naší zemi nejsou zrovna ideální, mohou se stát znalosti pečujícího v tomto směru poměrně důležitým nástrojem ovlivnění kvality života obou stran péče, pokud příspěvek podpoří úpravu podmínek bydlení ve prospěch zachování určité úrovně soběstačnosti starého člověka. Na soběstačnosti a sebeobsluze se významně podílí i **kompensační pomůcky**.

Vzhledem k finanční náročnosti pořízení některých kompenzačních pomůcek je pro pečujícího určitě užitečné vědět, že obecní úřad může poskytnout **jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek** v případě, že tuto pomůcku nehradí nebo nepůjčuje zdravotní pojišťovna. Při složitém ovládnutí může být poskytnut i příspěvek na **úhradu nákladů spojených se zácvkem**. V případě, že pečující pečuje nebo započal péči v době, kdy nesplňoval podmínky pro vznik nároku na **starobní důchod**, je velmi důležité zařadit k nezbytným informacím i problematiku doby pojištění pro účely výpočtu penze. Podmínky vztahu péče o nesoběstačnou osobu a starobního důchodu pečujícího se v poslední době v několika bodech změnilo, je proto žádoucí, aby se pečující v této otázce orientoval a popřípadě mohl reagovat na okolnosti, které by ho při výpočtu jeho penze mohly značně poškodit (Michalík, 2011). Pečující se také může vyskytnout v situaci **finanční tísně** (zvláště u pečujících, kteří vzhledem k náročnosti péče ukončili pracovní poměr a ještě nepatří k příjemcům penze). Pro tyto situace by pečující měl doplnit svoje kompetence sociálně právní oblasti péče **povědomím o dávkách sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi a příspěvku a doplatku na bydlení**, o nichž rozhoduje a které vyplácí Úřad práce ČR. Právní úpravy, které se péče v různých směrech dotýkají, jsou velmi širokou oblastí a v silách většiny pečujících není ji pojmout celou. Orientace v základních možnostech pomoci a následně získané dávky ale pečujícímu značně usnadní jeho náročnou činnost. Klíčovým prvkem kompetencí v tomto ohledu je potom **orientace ve zdrojích informací** (kontaktní místa Úřadů práce, obecní úřady s rozšířenou působností, poradenská pracoviště, publikace s právní problematikou, která se týká péče, sociální pracovnice v nemocnicích, Senior – linka, sociální pracoviště organizované církvemi, některá periodika aj.). V předchozích kapitolách již bylo hovořeno o sociálních službách jako formálním poskytovateli péče, o možnostech pomoci pečující osobě z této strany i o problematice propojenosti obou podob péče. Zmíněna byla i otázka participace osoby pečující v podmínkách domácnosti na službách formálních poskytovatelů. Ke kompetencím osob pečujících o nesoběstačného seniora v přirozeném prostředí předně patří **orientace v dostupnosti sociálních služeb v místě pobytu seniora**, dále orientace rozdělení **forem služeb**, tj. z hlediska místa poskytování služby a orientace v činnosti sociální služby, tj. o co může sociální služba domácí péči **doplnit**, nebo v čem ji může **nahradit**. Zájem pečujícího by měl směřovat i k **registraci a standardům** sociální služby. Registrace zajišťuje určité podmínky, za kterých může být služba provozována, standardy upravují vztahy mezi

poskytovatelem a uživatelem a jsou indikátorem kvality činnosti služby. Sociální služba může být poskytována *na základě smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem*⁵⁹, která se sepíše na základě jednání se zájemcem o službu, což je společně s kritérii jednání obsahem standardu č. 3. Důležité pro pečujícího je také vědět, za kterých podmínek poskytovatel s příjemcem péče smlouvu sepsat nemusí⁶⁰ (Michalík, 2011). V kontextu s kompetencemi pečujícího se jeví jako důležitý druh služby *sociální poradenství*. A to nejen jako pomoc v řešení nepříznivé sociální situace a další zdroj informací. Součástí *odborného poradenství* je i *půjčování kompenzačních pomůcek*. Jak již bylo zmíněno, příspěvek na zakoupení pomůcky osobě s postižením pouze může být poskytnut, takže informace o možnosti půjčení je nesporně stejně důležitá jako informace o příspěvku na kompenzační pomůcku. Hlavním zdrojem informací v případě sociálních služeb je určitě příslušná zákonná norma. Potřeba formy získávání informací a znalostí může být různá, podle individuálního přístupu každé pečující osoby. Kromě zmíněného Zákona o sociálních službách 108/2006Sb a prováděcí vyhlášky 505/2006Sb. má možnost pečující svoje kompetence v tomto směru rozvíjet na základě informací ze zdrojů zmíněných u právní oblasti péče. Podle zkušeností neformálních pečovatelů, které byly sdělovány v průběhu některých šetření a výzkumů nelze příliš spoléhat na ideální spolupráci formálního sektoru a doma pečujících osob. V tomto směru nelze zatím mluvit o rozvíjení kompetencí v oblasti podobné spolupráce. Pro domácí pečovatele jde spíše o sbírání zkušeností s oslovenými službami. V participaci neformálních pečujících v poskytování sociálních služeb by se optimální situace projevila jako možnost vytvoření vlastního „balíku“ řešení, které by odpovídalo nastavení vlastních cílů rodinného pečovatele a formální poskytovatel by zde vystupoval kromě spoluúčasti na poskytování požadované pomoci jako zprostředkovatel (Kubalčíková, 2012). Pečující může svoje kompetence obohatit i o znalosti *neziskového sektoru*. Spolupráce s neziskovými organizacemi nebo svépomocnými spolky může být velmi obohacující z mnoha důvodů. Pečující zde mohou získávat *další informace*, spolupráce se může stát i významným zdrojem *sociálních kontaktů* jak pro pečující osobu, tak pro opečovávaného seniora. Některé neziskové organizace úspěšně rozvíjí dobrovolnickou činnost. *„Dobrovolnická činnost* napomáhá zvýšení kvality života seniorů, kteří

⁵⁹ §91 Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

⁶⁰ Jedná se rovněž o výše zmíněný zákon a paragraf. Bohužel se toto ustanovení týká většiny osob trpících Alzheimerovou chorobou, se kterými většina pobytových služeb nechce sepsat smlouvu na základě jejich zdravotního stavu.

potřebují podporu, pomoc či péči...“ (Kitliňská, 2012, s. 129), čímž se stává zároveň významnou pomocí i pro člověka, který o seniora pečuje. Zmíněné organizace mohou sdružovat například osoby se stejným typem postižení a jejich blízké, přímo pečující osoby, nebo mohou být zaměřeny na určitý druh pomoci, apod. Je potřeba, aby si pečující promyslel, jestli časovou náročnost navázání spolupráce později několikrát nevyváží její přínos. I v takových rozhodnutích spočívají kompetence pečující osoby.

O péči se hovoří jako o činnosti s vysokou mírou odpovědnosti. Rozvoj kompetencí, ať je tato snaha uvědomovaná nebo podvědomá určitě k odpovědnosti za kvalitně poskytovanou péči patří. V práci bylo zmíněno, že osoba, která pečuje o svého příbuzného v jeho přirozeném prostředí domova, s největší pravděpodobností převzala tento model z předchozí generace příbuzných. Je žádoucí, aby pečující své zkušenosti, které budou obsahovat jak pozitiva, tak negativa domácí péče předávali dál, i mimo rodinu. Na základě jejich „poselství“ je možné, aby se širší vrstvy společnosti začaly o problematiku seniorů a domácí péče zajímat a aby se společnost začala zasazovat o zlepšení podmínek této činnosti.

4.4. Kompetence v širším kontextu povědomí společnosti o problematice seniorů a péče o seniory

V nejširší rovině se tato podkapitola opírá o velmi často publikovaný fakt stárnutí populace v evropských zemích, tedy i v naší společnosti. Informace, že se prodlužuje střední délka života a starých lidí v naší zemi (a nejen zde) přibývá, se nevyskytuje pouze ve statistických pramenech, ale stala se součástí téměř každé publikace týkající se stáří vůbec. Například Šiklová (in Jeřábek, 2013, s. 9) se k tomuto tématu vyjadřuje „Navíc se počet starých lidí rapidně zvyšuje. Již za dvě desítky let budou představovat více než třetinu obyvatelstva, kolem roku 2050 se bude jejich podíl blížit skoro padesáti procentům žijících obyvatel. Každý třetí nebo čtvrtý senior bude v této fázi života potřebovat svého pečovatele či pečovatelku.“ Že není fakt stárnutí populace opomíjen, naopak často připomínán a to nejen odborné, ale i širší veřejnosti je jistě chvályhodné. V daleko menší míře jsou ovšem mezi nejširší veřejností podávány a šířeny informace o různých opatřeních, které pomáhají zvládat péči právě o tu část populace, která dosáhla věku stáří a pomoc potřebuje. S odvoláním na předešlou citaci se týká nízká informovanost, nedostatek znalostí a dovedností především té části obyvatel, kteří se

jednou stanou pečovateli o seniora v rodině, nebo jimi již jsou. V české republice byly zveřejněny některé dokumenty s nadnárodní platností, které deklarují prosazování práv a naplňování potřeb osob se zdravotním postižením, seniorů a osob které o ně pečují. Tyto dokumenty byly publikovány např. v Bulletinu České gerontologické a geriatrické společnosti a v Gerontologických aktualitách (Holmerová, 2001). Jde o zdroje informací, které téměř určitě nečte široká veřejnost. Přitom dokumenty jako jsou Evropská charta pacientů seniorů, Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují, nebo Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby,⁶¹ by mohly být významným edukačním materiálem pro všechny občany, zvláště ty, kteří jsou v preseniorském, nebo seniorském věku. Dokumenty se zabývají především potřebami jak osob s postižením, tak těch kteří o ně pečují, nastiňují okruhy otázek respektu, podpory a služeb, které se týkají obou skupin, doporučují opatření, která povedou ke zkvalitnění života té části společnosti, pro kterou byly vytvořeny. Lze rovněž předpokládat, že jen velmi malé procento obyvatel našeho státu je seznámeno například s dokumentem, jakým je „Národní program přípravy na stáří“. Dá se říct, že i tento dokument by se mohl stát jedním z prvních zdrojů informací a orientace v otázkách péče o seniora ještě v době, kdy je taková péče pro rodinu pouze předpokládána. Jedná se o strategický dokument, který klade důraz na některé problémy spojené se stářím a stárnutím a uvádí doporučení a opatření, která by měla tyto problémy řešit. Mimo základní principy jsou zde stanoveny cíle například v rovině aktivního stárnutí, zdraví a zdravého stárnutí, prostředí, komunity vstřícné ke stáří ale také v rovině rodiny a péče o seniora. Hned v úvodní kapitole dokumentu se říká: „Měli bychom si všichni společně položit otázku, jaké chceme stáří pro sebe a pro své rodiče a co je nezbytné k naplnění naší představy učinit“. (NPPS 2008-2012, kpt. 1, odst. 11, s. 11). Znalost podobných otázek, zabývajících se stářím, stárnutím, závislostí na péči druhé osoby i péči samotnou, byť jsou ve zmíněných materiálech uvedeny velmi obecně, poskytují společnosti možnost orientace alespoň do té míry, že bude vědět, na co všechno se může a má ptát. Edukace v tomto smyslu by měla fungovat jako prevence bezradných situací, do níž se může dostat senior, nebo pečující osoba doslova ze dne na den. Jestliže se dá vzít v úvahu zároveň i fakt, že zmíněné osoby jsou rozšiřující se skupinou voličů, má společnost nástroj k vyjádření podpory takovým politickým programům, které budou naplňovat představy informovaných občanů ohledně zajištění

⁶¹ Jedná se o materiály, které mají sice charakter doporučení, ale v kulturních zemích jsou tato doporučení respektována. (Holmerová, 2001). Nejsou zákonnou normou.

jejich stáří. Rabušic (1995) uvádí, že veřejná politika bude muset jednak krátkodobými opatřeními reagovat na aktuální situaci a problémy seniorů, ale rovněž vytvářet koncepci, která bude brát do úvahy kvalitativní i kvantitativní změny které se v populaci odehrávají.

Je určitě žádoucí, aby „poptávku“ po takových změnách a opatřeních vytvářela informovaná společnost, z užšího hlediska edukovaný občan, který má minimálně obecné povědomí o tom, co bude v případě své závislosti na pomoci, nebo v případě péče o závislou osobu potřebovat. Do edukace na „makro“ úrovni z hlediska jednotlivce se dá určitě zahrnout i dostatek informací a aktivit v oblasti komunitního plánování. „Jedním z klíčových principů komunitního přístupu je otevřenost komunitních skupin pro participaci různých subjektů, včetně zástupců svépomocných sdružení či klientů či sociálních služeb. Vyplývajícím rizikem z hlediska fungování komunitního přístupu je proto malá participace aktérů, kteří by se ideálně měli podílet na dlouhodobém fungování těchto skupin (občanů, neziskových organizací a subjektů státní správy či samosprávy).“ (Hora, in Sirovátka, 2006).

Hubíková (in Sirovátka, 2006), se ve svém příspěvku zabývá vztahovým rámcem procesu komunitního plánování a rizika sociálního vyloučení. Komunitu zde pojímá z hlediska lokálního, jako město nebo obec a zdůrazňuje přínos participace občanů komunity na plánování a to ve smyslu plnohodnotného členství jednotlivců v komunitě s možností vykonávat „normální aktivity“ jak politické, tak sociální. Jako konkrétní význam pro jednotlivce zde autorka uvádí:

- „nebýt předmětem předsudků,
 - být vnímán jako rovnoprávný a důvěryhodný člen komunity,
 - mít možnost participovat na dění v komunitě,
 - mít možnost získat podíl na moci,
 - mít možnost občanské angažovanosti, ovlivňování lokálních problémů,
 - mít možnost využívat formálních systémů a institucí komunity,
 - být zapojen do neformálních sítí a vztahů,
 - participovat na důležitých sociálních interakcích“
- (Hubíková, in Sirovátka, 2006, s. 91-92).

Také Kubalčíková (in Sirovátka ed.,2006) zmiňuje možnou exkluzi seniorů. Upozorňuje na paradox, že se může vyloučení ve společnosti týkat početně narůstající skupiny obyvatel a dodává, že sociální status seniorů nelze posuzovat prvořadě jako status ekonomický ale je nutné chápat multidimenziálnost prostoru příležitostí, na které by měli občané seniorského věku participovat. Dále cituje některé zahraniční autory, kteří uvádí pět konkrétních oblastí možné sociální exkluze seniorů: materiální zdroje, sociální vztahy, občanské aktivity, základní služby, sousedství (přirozené prostředí). Autorka dále upozorňuje, že právě neochota společnosti připustit, že senioři nemají jen materiální, ale i jiné potřeby, může vést k vyloučení ze sociálních sítí (Kubalčíková, in Sirovátka, 2006).

Znalost problematiky komunitního plánování, minimálně zájem o tento institut, v lepším případě přímo zapojení se do jeho procesu může patřit k významným zdrojům výchovy a učení. Takto získané poznatky a zkušenosti mohou nesporně přispět jednak k vytváření příznivého prostředí (např. v oblasti sociálních služeb, odstraňování bariér, organizace aktivit apod.), ale také k osobnímu přínosu ve zdolávání problémů vlastních seniorských problémů, nebo problémů, které jsou spojeny s péčí o osobu z vlastního rodinného kruhu.

Stejně tak je možné získat spoustu vědomostí i praktických dovedností zapojením se do činnosti různých svépomocných skupin, neziskových organizací, sdružení apod. Stále více se dostává do popředí zájmu otázka dobrovolnictví a to jak pro seniory samotné, tak hlavně pro pečující osoby. „První zveřejněná verze Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (MPSV,2012) zahrnuje koncepci dobrovolnictví jakožto významného nástroje překlenujícího rozdíly mezi generacemi a zároveň rozvíjejícího občanskou společnost“ (Kitliňská, 2012, s. 129). Na dobrovolnictví lze nahlížet jako na formu sociální pomoci, mezigeneračního učení, občanského porozumění, jako na nástroj spojování jednotlivců, komunit i generací, jako na překlenovací článek ve spolupráci formálních sociálních služeb, jejich klientů a domácích pečovatелů apod. (Kitliňská, 2012). Obrovská váha dobrovolnické činnosti spočívá mimo jiné v tom, že jde o svobodné rozhodnutí občana věnovat své síly, čas a potenciál osobě, která potřebuje pomoc, bez očekávání hmotné odměny. Dá se tedy předpokládat, že takové rozhodnutí v sobě nese emoční motivaci, podobnou motivacím rodinných pečovatелů. Odměnu, která plyne z činnosti dobrovolníků lze spatřovat například právě v nenásilném budování jejich pečovatelských kompetencí, které si

vytváří bez tlaku okolností své vlastní nepříznivé sociální situace. Otázka problematiky sociálních a zdravotních služeb, neziskového sektoru, dobrovolnictví, mezigenerační solidarity, komunitního plánování apod. zasahuje, nebo by měla zasahovat do obecného povědomí společnosti, která má určité možnosti participovat na její podobě. Vzhledem k demografickému vývoji by tuto možnost měly využít především generace budoucích pečujících a vytvářet tak své pečovatelské kompetence se značným předstihem. Tím pochopitelně není myšleno, že budou jednotlivci předem počítat se scénářem péče v konkrétní situaci konkrétní rodiny, což ani není možné, ale že se budou podílet na podobě smýšlení společnosti, která bude jak k seniorům, tak k pečujícím maximálně vstřícná.

5. Podpora osobám pečujícím o seniora se sníženou soběstačností v kontextu vzdělávání

Na péči lze pohlížet jako na jednu z mnoha životních situací, do kterých se člověk během svého curriculum vitae dostává. Je to situace plná předpokládaných i realizovaných změn, které každý jedinec zvládá s většími či menšími problémy. Situace pečovatele a celý komplex činností, kterými pečující osoba svoje konání zvládá, se dá označit jako součást celoživotního učení, jehož podpůrnou složkou může být i vzdělávání v užším smyslu. Jednou z variant vzdělávání pečujících osob může být právě toto užší pojetí, tedy vzdělávací (vyučovací) proces v různých formách, za použití různých metod.

Celoživotní učení můžeme chápat „jako zásadní změnu pojetí celého vzdělávání, kdy všechny možnosti učení – ať v tradičních vzdělávacích institucích v rámci vzdělávacího systému či mimo ně – jsou chápány jako jediný propojený celek, který dovoluje rozmanité a četné přechody mezi vzděláváním a zaměstnáním a který umožňuje získávat stejné kvalifikace a kompetence různými cestami a kdykoli během života“ (Palán, 2002, s. 22). V užším smyslu je potřeba vyčlenit pojem vzdělávání, kdy jde o „proces, v němž si prostřednictvím vyučování člověk osvojuje soustavu poznatků a činností, kterou vnitřním zpracováním (zejména interiorizací) – učením – přetváří ve vědomosti, dovednosti a návyky. Přičemž vyučování je činnost lektora, který iniciuje, motivuje a usměrňuje učení účastníka tak, aby dosáhl žádoucího (cílového) stavu, tj. určité soustavy vědomostí, dovedností a návyků a učení je aktivní činnost účastníka

spočívající v kvantitativním i kvalitativním nárůstu osvojených poznatků, ale také v přenosu a případně změně hodnot, postojů a zájmů“ (Mužík, 2005, s. 2,3). Dále je třeba zdůraznit, že pojem celoživotního vzdělávání je spojen především s dospělou populací. Vzdělávání dospělých je jednou z oblastí vědního oboru andragogiky. Podle pedagogického slovníku se dozvíme, že andragogika má interdisciplinární charakter, že čerpá z jiných oborů, např. psychologie, sociologie, teorie profesí apod., přistupuje tedy k dospělému vzdělávanému člověku komplexně, zohledňuje specifika procesu vzdělávání dospělého jedince. Vedle vzdělávání se v andragogice hovoří i o výchově a péči o člověka. Koncepce andragogiky podle doc. Vladimíra Jochmana z olomoucké filosofické fakulty UP tento obor pojímá jako celistvé vedení člověka, se začleněním činností, které ho záměrně či nezáměrně ovlivňují během života a mají výchovně – vzdělávací charakter. V tomto pojetí mluvíme o integrální andragogice. Podle Jochmana potom andragogika zahrnuje:

- širokou oblast vzdělávání dospělých – školské, mimoškolské, podnikové,
- oblast edukace (vzdělávání i výchova) – různé výchovy a výchovné práce, osvěty, propagace, reklamy,
- oblast péče – v oblasti kulturní, sociální, podnikové a to péče v různých formách, poradenství, volnočasové, zájmové a rekreační aktivity a seberealizace,
- funkcionální působení – masmédiá, prostředí, bydlení sociální ekologie atd. (Palán, 2002).

Z uvedeného stručného popisu Jochmanovy koncepce je patrné, že vzdělávání (ve smyslu výuky konkrétního tématu) může ovlivnit formování postojů člověka a opačně, působení formujících faktorů může mít vliv na motivaci dospělého jedince dále se vzdělávat. O vzdělávání dospělých si musíme vytvořit souhrnnou informaci, nejde jen o osnovu vyučovacího procesu, jde o všechny důležité body, které průběh tohoto procesu prakticky tvoří. Takové informace by měly odpovídat na otázky - koho se bude vzdělávání týkat (vyučující, vyučovaný, organizátor), proč má být vzdělávání realizováno a v čem, jakým způsobem (kdy, kde, jak), jaké jsou očekávané výstupy vzdělávání. Účastníkem vzdělávání se dospělý člověk může stát z vlastního svobodného rozhodnutí, může být veden okolnostmi (např. rekvalifikace při ztrátě zaměstnání, nebo vznik nové životní role jakou je například role pečující osoby), nebo

může být účastníkem výuky zorganizované zaměstnavatelem atd. Jak již bylo zmíněno, v andragogice je nutné brát v úvahu specifika dospělého člověka. Účastníci vzdělávání dospělých mohou být značně heterogenní skupinou. Každá vývojová etapa má v procesu učení u člověka jiné znaky, každý jedinec má jiné předpoklady k učení.

Mladší dospělý věk (asi 17-25 let)

V mladším dospělém věku mají lidé ještě dobře zažitě výukové situace, úroveň smyslového vnímání, lehkost a stabilita učení jsou vysoké, také paměť má bezproblémovou funkci, je to věk vyznačující se vysokou adaptabilitou, člověk se velmi snadno orientuje v situaci, do které se aktivně zapojí, reaguje rychle, dělá si poznámky, nečiní mu potíže střídání výukových metod a organizačních forem. Jejich nevýhodou proti starším skupinám je nedostatek zkušeností jak odborných, tak životních.

Střední dospělost – střední produktivní věk (asi 25 – 40 let)

Lehkost a trvalost učení začíná klesat mezi 30 a 35 rokem. V tomto období se ale zlepšuje rozsah vnímání a kvalita pozornosti, účastník výuky se dokáže dlouho a dobře soustředit na jeden typ činnosti, možné kognitivní nedostatky vyvažuje přesností, jistotou a zodpovědností. Snižuje se adaptabilita, redukováno je i rychlé střídání aktivit, také zažitý „školský režim“ učení není zdaleka tak aktuální jako u mladších skupin. Člověk se musí leckdy naučit učit se, vzdát se zažitých stereotypů aby neměl problém své získané životní a odborné zkušenosti spojit s teorií. V procesu vzdělávání může být problémem i přílišná vyhraněnost názorů účastníka a jeho vysoká dominance.

Dospělost – starší produktivní věk (asi 45 – 65 let)

Učení se stává čím dál větším problémem, pokud mluvíme o rychlosti, vložené námaze, paměti, dlouhodobém soustředění. Využitelné jsou ale dobře zkušenosti jedinců této věkové kategorie, může na nich být postavena spolupráce s vyučujícím. Co se týče ověřování získaných vědomostí, může být elementem navozujícím napětí a stres při zkoušení strach ze ztráty společenské prestiže při špatné odpovědi. Je tedy dobré zvolit takové postupy, u kterých budeme tomuto jevu v co největší míře předcházet. (volně podle Jíra, Rampouchová, Veselý, 2004).

Specifika vzdělávání dospělých se odehrávají v rovině fyziologické (biologické, kognitivní), psychické (zvláštnosti osobnosti, emoční) a sociální (společenský status, životní styl).

V rovině fyziologické by měl vyučující brát na zřetel možnost involučních změn organismu účastníků, z toho pramenící kvalitu sensorických a kognitivních možností, kterou disponují a zvážit fyziologické potřeby aby zabránil nežádoucí únavě při výuce. Vzhledem k možné vysoké heterogenitě věkových kategorií zúčastněné skupiny nemusí být jednoduchý úkol zvolit takovou organizaci výuky, aby vyhovovala všem účastníkům. Zde je na místě účinná komunikace mířená tak, aby sami účastníci uznali nutnost zvolených prostředků, kterými se kvalita výuky zajistí všem.

Vyučující by měl pracovat i s psychickými odlišnostmi jednotlivých věkových kategorií. S přibývajícím věkem roste stabilita postojů a zvoleného hodnotového systému, zvyšuje se pocit zodpovědnosti, roste i emoční stabilita, s přibývajícím zkušenostmi má jedinec jasnější a promyšlenější životní plány. Vyhraněnost názorů a zkušenosti z praktického života, mohou být na jedné straně dobrým pomocníkem pro vyučujícího v podobě opory obsahu výuky, na druhé straně mohou být překážkou pro samotného účastníka, který v konfrontaci přednášených teoretických informací s praktickými zkušenostmi nebo zažitými stereotypy může odmítat přijmout prezentovanou učební látku, nedůvěřovat řešení problémů při výuce, vést k utilitarismu (přijímání pouze dílčích poznatků které lze aplikovat v praxi), nebo dojít k závěru, že neexistují obecně platné recepty pracovních postupů (Mužík, 2005).

Sociální status účastníka je velmi důležitým faktorem ve vzdělávacím procesu. Do jisté míry se z něj předem odvíjí i postavení v sociální skupině, která se vzdělávání účastní, hlavně ale ovlivňuje chování účastníka při výuce. Dospělý jedinec zastává více sociálních rolí, mimo jiné i roli profesní. Profesní role je jednou z nejdelších a nejdůležitějších rolí v životě člověka a vzdělávání má pro její zastávání různou důležitost a dopady. Může jít o udržení, upevnění, nebo dokonce získání pracovní pozice, o sebeuplatnění ve stávajícím pracovním zařazení, kde bude mít jedinec možnost nové znalosti uplatnit o potvrzení vlastních schopností ap. To bývají velmi silné motivační prvky, které se přeneseně dají „využít i k motivaci velmi mladých účastníků, kteří jsou „obdařeni“ poměrně velkou soutěživostí. Sociální roviny vzdělávání dospělých se bezesporu týká i fakt, že vyučující zde není v pozici nadřazené

jako např. pedagog ve formálním školském vzdělávání ale nachází se s účastníkem v jedné rovině (Mužík, 2005).

Proces vzdělávání dospělých je veden pro neformální výsledek, čili je procesem podporujícím určitou funkčnost. Aby bylo této funkčnosti dosaženo, měly by stanovené cíle splňovat čtyři základní podmínky:

- **komplexnost**- tj. měly by zahrnovat změny ve všech rovinách (poznání, dovednost, postoje, hodnotová orientace),
- **konzistentnost**- tj. návaznost a vazby jednotlivých menších cílových celků, jejich správná hierarchie,
- **kontrolovatelnost**- tj. možnost průběžné kontroly zamýšlených změn u účastníka (jako srovnávací nástroj lze zvolit např. zavedení norem, standardů ap.),
- **přiměřenost**- tj. přiměřená, splnitelná náročnost, která bere v úvahu vysokou heterogenitu vzdělávaných, jejichž nestejná úroveň může existovat ve více směrech (Palán, 2002).

Proces vzdělávání se děje v určitých formách a určitými metodami. Za formu ve vyučovacím procesu považují Palán (2002) a Mužík (2005) organizační strukturu jak se jeví zvenčí, tj. stavbu, podmínky, ve kterých se uplatňují vhodné metody a prostředky. (Jde např. o vyučovací hodinu, přednáškový blok, laboratoře, dílny, individuální, nebo hromadnou výuku atd.).

Metody lze třídit podle různě stanovených kritérií. Pro účely této práce je nejvhodnější dělení metod podle Mužíka, který se zabývá právě vzděláváním dospělých a rozlišuje tři skupiny metod podle vztahu didaktická metoda- praxe účastníka:

teoretické metody (přednášky, přednášky s diskuzí, cvičení, seminář),

teoreticko-praktické metody (metody projektové, problémové, diskuzní, programované, diagnostické a klasifikační),

praktické metody (instruktáž, koučink, mentoring, counseling, rotace práce, stáž, exkurze), (Mužík, 2005).

V kontextu se vzděláváním pečujících osob je nutné přihlídnout k fyzické, duševní i časové náročnosti jejich činnosti. Lze předpokládat, že vyučovacího procesu budou mít zájem se účastnit jedinci, kteří pečují o seniora s nižším stupněm závislosti. To ovšem neznamená, že do příslušné formy výuky nemohou být zahrnuty informace, praktické ukázky, instruktáže apod., určené pro péči osob s vysokým stupněm závislosti. Pečující může být motivován získat znalosti a dovednosti – kompetence, pro takovou péči s předstihem, například vzhledem k prognóze vývoje zdravotního stavu seniora, o kterého pečuje. Důležitá je otázka rozsahu vzdělávacího procesu a to jak časového rozmezí výuky, tak hloubky a spektra probíraného tématu. Dobrým řešením se jeví například kurzy, které jsou organizovány tematickými denními moduly. Frekventant kurzu si může vybrat modul s tématem, které ho zajímá a tak získat individuálně požadované informace, znalosti, popř. praktické dovednosti. Téměř ideálně potom řeší časovou otázku například Diakonie českobratrské církve evangelické Vsetín, jejíž kurz je organizován se sobotní výukou v dopoledních a odpoledních hodinách, tedy v době, ve které se dá předpokládat možnost zastoupení v péči ostatními rodinnými příslušníky. Další možnou vzdělávací formou může být například cyklus přednášek v širším časovém rozmezí. V některých případech je nutné, aby si pečující zajistil volno například na večerní přednášku dlouho dopředu, takže tato varianta s frekvencí přednášek například jedenkrát měsíčně by mu mohla umožnit termín „rezervovat“. Z důvodu časové výhodnosti rozvoje kompetencí i z praktických důvodů by pro pečující osobu bylo ideální absolvovat vzdělávací proces s pečovatelskou tematikou předem, například krátce před propuštěním seniora z nemocničního oddělení, nebo doléčovacího zařízení. Tato varianta by mohla být výzvou pro iniciativu zařízení, ve kterých jsou senioři převážně hospitalizováni. Na zřetel je nutné brát i pečující, kteří skutečně z jakéhokoli důvodu nemohou za vzděláním nikam docházet a svoje kompetence by vzděláváním rozvíjet chtěli. Může jít například o pečujícího partnera, tedy osobu, která je sama v seniorském věku a forma prezenčního vzdělávání je pro ni neschůdná. Určitou cestou rozvoje kompetencí by v takových případech mohlo být vzdělávání pomocí masových sdělovacích prostředků, konkrétně televize nebo rozhlasu. Ty kromě jiných plní i funkci informační, výchovnou a vzdělávací. Vzdělávání pomocí médií neplní sice jeden z parametrů záměrného vzdělávání, chybí v něm zpětná vazba, jde tedy o vzdělávání individuální, což by se pro pečujícího nemuselo jevit jako vážný nedostatek, zvláště kdyby byla možnost do pořadu vstoupit například telefonickým

dotazem. Analogií k možnému pořadu pro pečovatele může být například dopolední vysílání ČT 1 pořadu „Sama doma“. Nemalým přínosem pro pečující osoby mohou být i tištěné materiály v podobě příruček určených výhradně této cílové skupině, jak je například „Malý právní průvodce pečujících“ (Michalík 2010), „Příručka pečovatele“ (Tošnerová, 2002), „Vybrané otázky péče o osobu blízkou“ (Chovancová a kol., 2012), aj. S generačním posunem osob pečujících o své blízké v domácích podmínkách se dá pochopitelně počítat s velkým podílem jedinců, kteří budou zvládat práci s počítačem a velkou část informací budou čerpat pomocí internetu.

Z dlouhodobého hlediska a z hlediska pozitivního vývoje společenského klimatu se jako nejvhodnější forma rozvoje kompetencí zdá být mezigenerační učení. „Mezigenerační učení je založeno na principu reciprocity. Vychází z premisy, že mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro rozvoj jedince a kvalitu života v každém věku a že mezigenerační učení buduje společenské klima bez věkových bariér, v němž mají jednotlivci právo být hodnoceni na základě svých potřeb a schopností (bez ohledu na věk)“ (Kitliňská, 2012, s. 128). Již dříve zmíněné dobrovolnictví se dá považovat za most mezigeneračního učení a zároveň rozvoje kompetencí, které může dobrovolník uplatnit v péči o vlastního příbuzného, pokud takovou péči bude jednou vykonávat.

6. Metodologie práce

V úvodu jsem stanovila otázku, kterou chci ve své diplomové práci zodpovědět: *„Ve kterých oblastech se potřebuje pečující osoba vzdělávat, aby získala nebo rozvíjela svoje kompetence potřebné k zajištění přiměřené péče o seniora se sníženou soběstačností?“*

Pro zodpovězení této otázky jsem se rozhodla využít kvalitativní výzkumnou strategii. Jak uvádí literatura, např. Disman (2002) nebo Hendl (2005) právě kvalitativní výzkum je nejvíce vhodný, pokud je podstatou výzkumu snaha o porozumění nějakému jevu – sociálního nebo lidského problému. Tento postup nám také umožňuje hledat souvislosti mezi jevy, o kterých toho příliš nevíme, ale může získat nový pohled nebo detailnější informace. Smyslem kvalitativní výzkumné strategie je snaha o porozumění tomu co se s lidmi děje, proč jednají určitým způsobem a jak v běžném životě fungují. (Hendl,

2005) Domnívám se, že otázka, kterou jsem pro zpracování své diplomové práce formulovala, se zabývá právě poznáním situace pečujících osob a jedním z rozměrů této situace mohou být potřeby získávat a rozvíjet kompetence nezbytné pro zajištění péče. Kvalitativní výzkum umožňuje hlouběji, ale současně komplexně porozumět situaci pečujících osob. Další výhodou je bezprostřední kontakt mezi mnou jako osobou sledující tuto situaci a pečujícími a dále možnost provést zkoumání v jejich přirozeném prostředí. Jsem si však vědoma také určitých rizik, které kvalitativní výzkum přináší, jako je např. značná časová náročnost pořizování dat, možné ovlivnění tazatele výzkumníkem a zejména velmi omezená možnost zobecnění poznatků, které v tomto výzkumu získám. (Hendl, 2005)

Pro uskutečnění výzkumu jsem připravila čtyři dílčí výzkumné otázky, které vycházejí z teorie a rozvíjí hlavní výzkumnou otázku.

DVO1:

Jaké kompetence potřebují pečující osoby získávat nebo rozvíjet ve vztahu k zajištění potřeb osob, kterým poskytují péči?

DVO2:

Jaké kompetence potřebují pečující osoby získávat nebo rozvíjet ve vztahu k vlastním potřebám?

DVO3:

Jaké kompetence potřebují pečující osoby získávat nebo rozvíjet ve vztahu k zajištění sociálně-právního rámce péče?

DVO4:

Jaké kompetence potřebují pečující osoby získávat nebo rozvíjet ve vztahu k okolí?

6.1. Technika sběru dat

Podle Dismana (2002) patří mezi typické techniky sběru dat v kvalitativním výzkumu zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor a analýza dokumentů. Vzhledem k zaměření hlavní výzkumné otázky jsem se rozhodla pro uskutečnění rozhovoru

s pečujícími osobami. Jak uvádí Miovský (2006) nebo Hendl (2005) existuje několik možných typů rozhovorů, základní členění rozlišuje strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor. Rozhodla jsem se pro polostrukturovaný rozhovor, který Hendl (2005) nazývá rozhovor pomoci návodu. Podle těchto autorů se vedení rozhovoru soustřeďuje kolem určitého „jádra“ otázek, které jsou předem připraveny a umožňují dodržet základní témata dotazování, na druhou stranu však umožňuje tento typ rozhovoru volnost, možnost přizpůsobení a „nabalení“ dalších témat.

Otázky do rozhovoru pro účely této diplomové jsem odvodila z výše popsaných dílčích výzkumných otázek a podle tematických okruhů jsem následně sestavila scénář rozhovoru, který je uvedený jako **Příloha 1**.

6.2. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek jsem nastavila jako 10 osob, které dlouhodobě (déle než 1 rok) zajišťují péči o seniora, který se z důvodu zhoršení zdravotního stavu stal závislým na pomoci druhé osoby. Hlavní kritériem bylo zajištění péče o seniora, kterému byla přiznána závislost ve II nebo III stupni závislosti. Dalším kritériem bylo místo bydliště ve městě Olomouci nebo nejbližším okolí tak, aby pro všechny osoby zařazené do výzkumu bylo přibližně stejně dostupná možnost získat potřebné informace nebo doplňkové služby.

6.3. Organizace výzkumu

Všechny pečující jsem předem oslovila a dohodla s nimi uskutečnění rozhovoru a dohodli jsme se na konkrétním termínu. Dva z pečujících těsně před konáním rozhovoru odmítli z důvodu zhoršení zdravotního stavu osob, kterým poskytují péči, a v jednom případě došlo k náhlému úmrtí. Nakonec jsem v průběhu měsíce května 2014 během osobních setkání realizovala polostrukturované rozhovory se 7 pečujícími osobami. Níže uvádím přehled základních charakteristik osob zahrnutých do výzkumu.

Označení respondenta v textu	Pohlaví respondenta	Věk respondenta	Bydliště respondenta	Stupeň závislosti seniora
R1	Žena	65	Olomouc	II
R2	Žena	64	Olomouc	II
R3	Žena	59	OL-okolí	III
R4	Žena	43	OL-okolí	II
R5	Žena	61	OL-okolí	III
R6	Žena	62	Olomouc	III
R7	Žena	60	Olomouc	III

Rozhovory trvaly v rozmezí 45-70 minut. Délka rozhovoru se lišila v závislosti na ochotě respondenta hovořit samostatně. Respondenty jsem ujistila o anonymitě výzkumu. Anonymitu zajistím jednak tím, že neuvádím identifikaci pečujících osob, dále neuvádím žádné ostatní skutečnosti, které by mohly anonymitu narušit - takové identifikační údaje jsem vypouštěla z citací z rozhovorů, které prezentuji v další části práce.

6.4. Postup při zpracování dat

Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a proveden základní přepis. Při zpracování rozhovorů jsem postupovala tematicky, podle okruhů daných dílčími výzkumnými otázkami. Tento způsob zpracování označuje Hendl (2005) jako otevřené kódování. Kromě toho jsem se však také pokusila nacházet různé shody a odlišnosti ve výpovědích jednotlivých respondentů a také možné souvislosti mezi základními tématy.

Analytickou část práce jsem tedy strukturovala podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek. U každé otázky jsem se snažila popsat hlavní zjištění od respondentů, které doplňuji citacemi z rozhovorů. Dále jsem se pokusila pro každou dílčí výzkumnou otázku formulovat shrnutí a odpověď.

6.5. Limity výzkumu

Jak jsem už zmínila, kvalitativní výzkum s sebou nese určitá omezení. Mimo jiné plynou také z osoby výzkumníka, těchto omezení jsem si částečně vědoma. Například moje omezená dovednost při tvorbě otázek pro rozhovor, které mohly být někdy pro dotazovaného složité nebo méně srozumitelné. Dalším limitem mohla být určitě situace respondenta – řada z dotazovaných má jen malou možnost o svých problémech s někým hovořit a bylo někdy obtížné udržet rozhovor v plánovaném zaměření a čase.

7. Pohled pečujících osob na získání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění osobní péče o seniora se sníženou soběstačností

Zdá se, že pečující osoby v otázce osobní péče o seniora příliš neoddělují zajištění z hlediska jeho zdravotního stavu ve smyslu péče o tělo a zajištění psychosociální stránky péče o seniora. Výpovědi respondentů v tomto směru byly značně provázané. Svoje kompetence, které sami chápou jako přísun informací, k oběma složkám péče pak pocít'ují respondenti s různou naléhavostí. Může jít o pocit přiměřeného zvládnání, někdy až pocit hrdosti z vlastního přičinění, pokud ve zdravotním stavu dojde ke zlepšení.

„...každou chvíli jí vyletí tlak, tak ji párkrát odvezli do nemocnice a tam jí dali prášky a za dvě hodiny ji vrátili domů, takže je to zbytečný ji převážet sem, tam, tak když jde o ten tlak, tak vím, když jí ho můžu srazit doma tak jí dám prášky a za chvíli je v pohodě. Tak já už vím co s ní mám dělat, nemůžu volat pětkrát za týden doktora, dřív měla fůru prášků, brufeny, paraleny, všechno jsem jí vzala a nebolí ji ani nohy, ani hlava “ (R1)

„...víte on byl úplný ležák a postupně z ležáka chodil jen o francouzských holích, zajistila jsem mu rehabilitační sestru, logopedku, tak se rozmluvil, to bych možná i sama, o logopedii něco málo vím ze školky.“ (R5)

Pečující hodnotili svoje kompetence v osobní péči jednak na základě výsledků péče jak je vidět i z předchozí odpovědi ale na druhé straně bylo z výpovědí patrné, že úkony

péče s někým konzultují. Ve většině případů požadovali a také dostávali informace od praktických lékařů. Pečující R1 například uvedla, že konzultovala s praktickou lékařkou maminky užívání léků na tlak, od konzultace se potom řídí svým uvážením, s tím, že pořídila domů přístroj na měření krevního tlaku, takže má možnost jej průběžně kontrolovat. V případě velkých problému, nebo akutního stavu by se opět obrátila na maminku praktického lékaře.

„tak já už vím, co s ní mám dělat, to už poznáte, ona třeba čtyři dny nic, je dobrá, najednou se změní počasí, vyletí jí tlak, tak jí dám silnější prášky, protože nebudu ji cpát silnejma práškama, když to není potřeba, protože já jí dám silný, sníží se jí to moc a vařím jí kafe, ...to jsme s paní doktorkou konzultovaly,“

S informacemi od praktických lékařů byli někteří vesměs spokojeni, z odpovědí vyznívalo skryté přesvědčení, že právě jen ten jejich lékař je poskytovatelem dobrých rad a správných informací.

„...spoustu informací jsem dostala od obvodní paní doktorky, ona je velmi vstřícná, dala mi rady co kdy kde jak, ale kolik je jich takových?“(R2)

„...tady je paní doktorka, starý praktik s letitou praxí, takže co jsme potřebovali, to nám poradila.“(R3)

„...no nějaké informace nám dala paní doktorka tady, to je zkušená žena ona maminku zná dlouho“(R7)

někteří se k informacím od lékařů nevyjádřili vůbec, např. (R4) zmínila, že k babičce dochází sestra z ordinace praktického lékaře ale lékař ne, v tomto případě je nutné podotknout, že se seniorka brání návštěvám lékaře pro obavu z hospitalizace, se kterou nemá dobrou zkušenost. *„...jestli poradí doktor, ... nevím o ničem“.*

Pečující (R6) se nezmínila o pomoci v podobě rady nebo konzultace lékaře vůbec. Zde ovšem nutné sdělit, že tato pečující zastávala celý život profesi zdravotní sestry, takže se dá předpokládat, že její kompetence k osobní péči budou značně rozvinuty a navíc vzhledem k tomu, že paní ještě na zkrácený úvazek pracuje, může získat další informace i od lékařů na svém pracovišti.

Dalším, co do objemu informací, popř. instruktáže přínosným zdrojem, jsou podle odpovědí pracovníci agentur domácí péče, nebo známí v nemocnicích, kamarádi.

„... no švagrová se musela něco k té péči naučit, no ona (tchyně) ještě není ležák, tak nemusí třeba ošetřovat proleženiny, ale musela se od sestřičky, co k ní jezdí naučit jí píchat inzulín, ona je diabetička.“(R3)

„...v péči pomáhá zdravotní služba, převazy a tak, mám s nimi dobrou zkušenost, byli vstřícní, všechno mi ukázali, na co jsem se zeptala, to i poradili. Kromě toho a lékaře mám). Pár lidí, většinou jdu za nimi, ale chci kompetentní osobu...“, (R2) (známí, na které se tato pečující obrací, jsou buď profesionální zdravotníci, nebo osoby, které mají s péčí o nesoběstačnou osobu bohaté zkušenosti, takže podmínka kompetentnosti je zde opravdu dodržena).

„...mám kamarádku zdravotní sestru, víte ona by to asi jenom tak neměla, ale všechno nás s tatínkem naučila, hygienu, jak na lůžku, plenky, krmení, jak do koupelny, je agenturní sestra, ukázala nám, jak mám tu hygienu...hlavně jak s ním mám cvičit a tak.....a když něco nevím tak jsem běžně skočila tady vedle, do domova, poradit se a tam mi všechno řekli (R5)

„...no něco jsem odkoukala od Charity, od zdravotní péče, jezdili mamince dělat bandáže, píchat injekce do břicha, ošetřovat rány po pádech“ (R7)

Za poměrně alarmující se dá považovat výpověď pečující, která uvedla, že vzhledem ke své snížené mobilitě používá babička WC křeslo, které měla půjčeno a nedávno se jí při pádu rozbilo. Informace k pořízení nové pomůcky se k respondentce dostaly následující cestou.

„...záchod měla původně od někoho půjčený, pak se rozbil, tak jsme se začali vyptávat kde, co a jak, kde by se to dalo koupit, a pak jsme zjistili tímto způsobem, že na to má babička nějak nárok, takže pak jenom přes pana doktora, ten už o tom věděl, tak jí ho napsal“ (R4)

Stojí za zvážení, z jakého důvodu se k informacím pečující dostává cestou, jak sama označuje „jedna paní povídala“, když do domácnosti dochází sestra z ordinace praktického lékaře měřit babičce tlak, doktora navštěvují i ostatní členové rodiny, kteří se na péči podílí a chodí za lékařem pro seniorčiny recepty na léky. Za zamyšlení stojí i

to, jestli tento lékař patří k těm, kteří jsou ochotni aktuálně poučit pečující a předat informace.

Méně spokojenosti by se dalo najít v časovém rozsahu péče zdravotníků v domácnosti, kde v některých případech zřejmě dochází k rozporu mezi očekáváním a skutečností.

„... no oni jsou tu ani ne půl hodiny, základní hygienickou péči nějak zvládnou, ale ty bandáže a injekce do břicha, to ne, já jsem laik, oni za chvíli odejdou, vy musíte uvařit, nakoupit, vyprat a přitom musíte toho člověka mít pořád na očích“ (R7)

K informacím dodávaným od zdravotníků patří pochopitelně i informace z nemocnic, kde by měl být předpoklad posílení patřičných pečovatelských kompetencí největší. Většina seniorů, kteří jsou v péči svých příbuzných, byla hospitalizována, jen v jednom případě se respondentka zmínila o informacích, které jí dodala sociální pracovnice v nemocnici před propuštěním tatínka. Dá se říct, že bohaté, v porovnání s ostatními respondenty, kteří se k poučení v nemocnici nevyjádřili vůbec, nebo jen neutrálně, rozpačitě, z čehož nebylo patrné, jaké informace od personálu dostali.

„...pomohli nám hodně v nemocnici, u té sociální, kde nám doporučili a řekli kam se s čím obrátit, na pomůcky, na polohovací postel, dokonce kam máme jít, že bychom mohli nějaký finanční příspěvek, dali nám telefonní čísla, na rehabilitační, logopedku...“ (R5)

Podle počátečního stavu, v jakém byl tatínek pečovatelky (R5) propuštěn domů a do jakého se dostal během několika měsíců, se dá říct, že péče v této rodině probíhala velmi úspěšně.

Nesporným přínosem do kompetencí k osobní péči o seniora se jeví předchozí zkušenosti s podobnou péčí, i když je zohledňováno, že každý člověk je individualita a má jiné potřeby a že také charakter postižení může péči modifikovat.

„... máte pořád co se učit, to stoprocentně, i když mám zkušenosti z péče o manžela, něco se použít dá, ale musíte vycházet z individuality toho člověka, nedá se to zaškatulkovat a taky z té choroby, které... každý potřebuje něco jiného“ (R2)

V ještě vyšší rovině se potom zdají být přímo profesní kompetence,

„...dívajte se, já jsem zdravotní sestra, jako laik, ten by to dělat nemohl, laik, který nemá šajnu o ničem, to ani nezvládne tu péči, já to vidím, ta švagrová, ani ji nevykoupe, oni jí ani nedají do vany, oni se jí bojí, kdybych v tom nežila, a neměla zkušenosti, tak by dávno doma nebyla“ (R6)

„...no naučit se něco k té osobní péči, ...ono to vyplyne tak ze života, nějaký zkušenosti mám ze zaměstnání, udělala jsem si rekvalifikační kurz, takže vím, byla jsem u děcek s DMO, které byly taky na vozíku, já bych si třeba dokázala poradit, byla jsem na praxi v domově, tam jsem pracovala s těma seniorama“ (R3)

Jak vyplynulo z odpovědi jedné z pečovatelek, může dojít k situaci, kdy chybí pečujícímu základní informace o tělesném stavu příbuzného, což sice nemusí, ale může mít nepříjemné, někdy až ohrožující následky. V tomto případě se jedná o matku, která je postižena demencí a chybějící informace byla celkem důležitá.

„...ona se nám nikdy s ničím nesvěřovala, nic nám neřekla, než jsem se o ni začala starat, já jsem ani nevěděla, že má umělý zuby...“

Otázkou zůstává, kde tyto informace opravdu hledat při nařízeních o ochraně dat a zároveň s ohledem na ne příliš komunikativní vztahy v rodině.

Striktní oddělení péče o psychický stav seniora, resp. kompetencím o tuto péči nebylo ve výpovědích příliš patrné. Za základ pohody staré osoby v tomto směru zřejmě pečující považují samotný fakt, že má senior možnost zůstat ve svém přirozeném prostředí, protože v institucionální péči by příliš strádal. Nejčastější odpovědí bylo, že pokud jde o maminku (tatínka, tchýni, babičku), nikam by jí pečující nedal, protože se vyjádřila, že by přemístění do zařízení nepřežila. V některých případech senior do pojmu zařízení zahrnuje i nemocnici.

„...to v tom lednu, to se tak zhoršila, nespala, víc jak měsíc jsem jí dělala všechno, do nemocnice nechtěla, protože řekla, že když jí dám do nemocnice, tak že tam umře..“ (R1)

Další péče týkající se psychického stavu opečovávaného se pohybovala podle výpovědí spíše v rovině soukromí seniora. O naléhavosti potřeby seniora mít své soukromí, někteří pečující přímo vypovídali. A to i o soukromí v podobě vlastního nábytku v pokoji. Zajímavá je i odezva rodiny na soukromí opečovávaného.

„...bratr si ji přestěhoval k sobě, domluvená paní na péči byla drahá, on celkem počítá s jejím důchodem, tak jsem si myslela, že tam bude, prostě mají být tři plus jedna, děcka nemají, tak jsem si myslela, že jí tam zařídí alespoň jeden pokoj tím jejím nábytkem, že tam bude mít svou postel a svoje křeslo, ale Bohužel...“ (R6)

„...sestra chtěla tatínka domů, že ho nechá v obýváku, já jsem jí řekla, to nemůžeš, tatínek potřebuje soukromí, k vám když někdo přijde...vždyť ten tatínek, vidím, jak mu to dělá zle, zvlášť když přijdou děti menší, on už je z toho nervózní...“ (R5)

Citlivost v přístupu a schopnost odlišit psychosociální stránku péče o seniora je patrná z celkem ojedinělé odpovědi, pečující, která se stará o tatínka po CMP.

„...ty podněty, důležité jsou ty podněty, které ten tatínek má a dělá si to, co ho baví, co ho zajímalo, takže na tom jsme začali stavět, takže fotky, mapy, jak on cestoval a tak, tak jsme ho nějak i rozmluvili“ (R5)

V péči o psychosociální stránku seniora mohou „selhávat“ i velmi dobře rozvinuté kompetence, například u profesionálního zdravotníka. Jednak je péče ovlivněna faktem, že jde o blízkou osobu, čili o kvalitativně jiný vztah než mají s pacienty v zaměstnání a také tím, že se pečující v praxi běžně nesetkával s chorobou, kterou trpí jeho příbuzný. Zvlášť naléhavě potom mohou pociťovat potřebu přísunu informací a znalostí osoby, které pečují o seniora s demencí.

„ I přes všechny zkušenosti, které s péčí mám, bych zrovna uvítala, aby mi někdo řekl, jak se v určitých situacích se k tomu člověku mám chovat. To jsem vždycky tak pořád řešila. Teď už to беру trochu s rezervou, já opravdu jsem nevěděla jak se mám zachovat, když ona mě začala mlátit, jestli se mám nechat zabít.“ (R6)

Výše uvedená výpověď rovněž částečně zodpovídá otázku potřeby vzdělávat se, která bude rozebírána níže.

Podobně to může platit i u pečujících, kteří si jsou zdánlivě svými kompetencemi docela jisti v případě, že dojde k akutnímu zhoršení zdravotního stavu, nebo když nastanou větší výkyvy v podobě choroby.

„...byla na tom opravdu špatně, já jsem jí z toho dostala, no už je na tom líp, jenom ta paměť a toho Parkinse, ona se začne chvět a to teď nevím, jestli je to tlak nebo co, tak jí změřím tlak a vidím,,“ (R1)

K psychické pohodě seniora patří i udržování jejich sociálních kontaktů. Do kompetencí pečujících lze zahrnout jednak to, jestli o této skutečnosti ví, a pokud ano, jestli jsou schopni je zajistit, popř., motivovat seniora aby se jim nevyhýbal.

Jednou z možností, jak v tomto směru uspokojovat potřebu seniora vidí pečovatelé ve využití sociální služby.

„no ona chodí přes týden na pár hodin do té školky (zde je myšleno denní centrum), je tam hrozně spokojená“ (R3)

„...vyřídila jsem jí to denní centrum, jezdí tam v pondělí a v pátek, zkoušela jsem i ten...pro osoby s demencí, ale to už jsme museli řešit i tu finanční otázku, tam chtěli...no to centrum není tak drahé...“ (R6)

Zajištění kontaktů má i podobu návštěv v místě pobytu seniora, *„přijdou sem, přijdou se podívat“ (R1)*

Nebo naopak, se může senior za podpory pečovatele účastnit společenského dění.

„...tatínek tu byl oblíbený, on byl hudebník, starý divadelník, cestoval, my jsme ho brali tady na vycházky, procházky denně, kde co tady bylo, koncerty, divadla...všude ho bereme“ (R5)

Zdá se, že většina pečujících chápe důležitost styků seniora se společenským okolím a že také snaží je různým způsobem zajistit. Během rozhovorů jsem se v různých kontextech dověděla, že se například účastní i rodinných oslav, nebo že jim rodina domluvila osobního asistenta, jelikož příbuzná podle nich vyžaduje nadměrnou pozornost a není v silách pečující rodiny, aby jí vyhověla. Asistentka zajišťuje seniorce procházky na invalidním vozíku v okolí, tak aby měla možnost potkávat známé.

Kompetence k uspokojování potřeby sociálních kontaktů vidím v úzké spojitosti s dovednostmi vyřídít sociální službu. Prioritou je pochopitelně to, že senior sám bude mít o takovou službu zájem.

V otázkách jsem mimo jiné požádala pečující o vyjádření přání, jestli by chtěli svoje znalosti nebo praktické dovednosti nějakým způsobem doplnit o informace, nebo instruktáž, která by se týkala osobní péče o nesoběstačného seniora, nebo se v tomto smyslu zúčastnit nějaké formy vzdělávání. Odpovědi byly vesměs vstřícné, s různou velikostí vzdělávací potřeby.

„...ale je fakt, že kdyby nebyl člověk trochu v obraze, kdyby nevěděl, kde ty informace získat, tak by nevěděl, vůbec, co má dělat, ...když měl táta oleženiny, opruzeniny, vůbec jsem nevěděla, co mám dělat, tak jsem se zeptala té kamarádky (zdravotní sestry) a ona že to si kup, to mu dej, takže nějaké vzdělání, aby se člověk měl čeho chytit, určitě, kdyby to v médiích fungovalo, nebo kdybych přišla k doktorovi a byla tam nějaká brožura, tak po ní chytinu všema deseti...“ (R5)

Respondentka pečuje o tatínka, který je po vážné CMP, po této příhodě se jeho stav výrazně zlepšil, rodina byla tímto zlepšením silně motivována k další péči. Senior si pádem přivodil úraz a to zlomeninu ruky a velký výron na dolní končetině, po tomto úrazu se jeho stav opět zhoršil. Pro velké vyčerpání (hlavně psychické) jeho manželky, která s ním žije, je v rámci respitní péče v pobytovém sociálním zařízení, kde o něj rodina přes den pečuje.

„...určitě, já jsem uvažovala, že si udělám sanitářský kurz a zvažuju to pořád, to zcela určitě.“ (R7)

Maminka respondentky je těžce nemocná, rozsah osobní péče je velký, její zdravotní stav se zhoršuje.

„...určitě bych se něčeho takového zúčastnila, ale musela by to být srozumitelná forma, vycházet z toho, že člověk je laik, že ta péče je jenom ochota pomáhat, že k tomu nemám vzdělání, takže tak aby tomu člověk rozuměl, aby se tam dověděl co a jak a hlavně aby řekli, kam se mám s čím obrátit, kam pro další informace, takže standardní základ, souhrnné informace, to potřebují všichni, ale hlavně jak potom dál, aby se mohl člověk zaměřit, třeba když si člověk zlomí krček, tak je to jiná péče, než u rakoviny tak aby pak věděl kdy jak a kam...“ (R2)

Respondentka se stará o tchyni s onkologickým onemocněním, má bohaté zkušenosti z péče o svého manžela, který zemřel na onkologické onemocnění, vychází zatím spíše

z této péče a z nedostatku informací, které tehdy postrádala, např. „*třeba u toho manžela, tam byly problémy s jídlem, tam jsem musela do té poradny s jídlem, tak jsem sháněla, kde to vůbec je, pak se ptáte a většinou, někde se setkáte s neochotou a pak už se neptáte.*“ (R2)

„*...no teď bych potřebovala vědět, ona nějak nemá chuť na jídlo, musím ji nutit, říkám máte léky po kterých musíte být najezená, jinak vám bude zle, zatím napeču, to ona sní, ...sestřenice říkala, že ti s tím Parkinsnem umírají na hlad, ona zatím jí, má strach, že jí bude zle, ale jinak, to si člověk ani tak neuvědomuje, že to nějaká péče je, to jde prostě tak a navazuje to jedno na druhý, jak to přijde, tak se to učíte.*“ (R1)

„*No kdyby byly informace z jednoho zdroje, to by byla dobrá pomoc, takového jako informátora, to určitě jo, kdyby se babička nějak moc zhoršila, byl by z ní ležák, tak to bych určitě informace potřebovala, nějakou názornou...zatím bych toho informátora, možná i kurz později, nebo zkušenosti od ostatních. Internet jsem zatím moc nezkoušela, ani nevím co hledat a jak, asi bych poprosila syna.*“ (R4)

Obě dotázané vychází pouze z momentální situace, v souvislosti s možným zhoršením musí o rozvoji kompetencí formou vzdělávání přemýšlet, váhají.

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku

Problematika osobní péče prolínala prakticky celým rozhovorem s každou pečující osobou, tvořila podtext všech dalších otázek, které byly později položeny. Z toho jsem odvodila, že osobní péče je v podstatě prioritou činnosti pečujícího. Ve vztahu ke vzdělávání pečujících se zde jeví poměrně velká poptávka po získání informací, znalostí i praktických dovedností. Potvrzuje se tak doporučení Kalvacha (1995), aby bylo ze strany zdravotnických pracovníků rodinným příslušníkům poskytnuto dostatek informací, popřípadě instruktáže a demonstrace úkonů k péči o seniora a nebyly přeceňovány jejich znalosti. Zdá se, že hlavním problémem v somatickém stavu seniora je pro pečující otázka jeho mobility. Pozitivní zjištění pro mě bylo, že v některých případech se dá již za určitý edukační proces označit instruktáž zdravotnických pracovníků v tomto směru. Příkladně poučení ze strany rehabilitační sestry, která názorně předvedla pečující dceři cvičení, aby v něm mohla pokračovat a zachovala tak kontinuitu pohybové rehabilitace. Totéž platilo o instruktáži v polohování na lůžku. Důležitost tohoto úkonu jak uvádím v práci podle Topinkové a Neuwirtha (1995) je

velká a je pozitivní, že se v tomto ohledu pečující zajímají o jeho zvládnutí, neboť tak předchází ještě větší zátěži v péči při léčení vzniklých dekubitů. Vůbec o otázce dekubitů jsou zřejmě pečující vcelku informováni a znají důležitost prevence, protože jsem registrovala několikrát zmínku v souvislosti s uspokojivým zdravotním stavem seniora, že dekubity nemá. Vzhledem k obavám z manipulace se seniorem, který má výrazně sníženou mobilitu, by podle mého názoru bylo vhodné především zařadit do vzdělávání pečujících osob právě instruktážní formu vzdělávání, kde by si jednotlivé úkony pečující mohli nacvičit, například v základech kinestetiky, jak uvádí Halmo (2004). Některým pečujícím by možná stačilo i instruktážní video. Přemisťování imobilních osob je poměrně složitá činnost práce dolních končetin a poloh rukou pečujícího při pohybu, jak bylo v práci uvedeno ze zdroje Pichaud, Thoreauová (1998), takže se přikláním k názoru pečujících, že by v tomto směru spíše uvítali demonstraci s možností vlastního vyzkoušení.

Taktéž jsem neshledala, že by pečující měli nedostatek vědomostí o inkontinenci, většinou ji zahrnují do širšího rámce hygieny společně s nutností pravidelného mytí a koupání. Inkontinenci, tak jak to zmiňují Chovancová (2012) a Topinková s Neuwirthem (1995) chápou jako velmi intimní téma seniora.

Zdá se, že primární informace tedy pochází od zdravotnických pracovníků, nebo jsou přijímány formou konzultací s praktickým lékařem seniora. Zjistila jsem, že v případě naléhavé potřeby informace je lékař prvním zvoleným zdrojem informace pro pečujícího. Naopak, poučení o péči a s ní spojenými úkony je až na ojedinělý případ nedostatečné ze strany nemocnice, ze které je senior propuštěn do domácí péče. Zdrojem informací i kontaktů na další získání určitých znalostí je tedy lékař, popř. známí, přátelé. Z rozhovorů mi vyplynulo i potvrzení Remrova (in Jeřábek, 2013) předpokladu, že velkým přínosem v péči je vzdělání pečujícího v oboru, k němuž se některá z oblastí péče vztahuje. O vzdělávání v oblasti ošetrovatelských úkonů mají pečující velký zájem, přivítali by podle časové náročnosti péče různé formy vzdělávání, tedy konzultace, brožury, letáky, přednášky, kurzy a hlavně instruktáže, všichni se vyjádřili pozitivně k pořadu v televizi, který by tuto problematiku zahrnoval. Z toho zároveň vyplývá, že pocítují potřebu svoje kompetence v tomto směru rozvíjet. V péči o psychický stav seniora podle mého zjištění hodně ovlivňuje pečovatele klima v rodině, a to jak aktuální, tak předcházející, citové vazby a vztahy. V zásadě se ale dá

říct, že se pečující snaží o poskytování dobré úrovně péče ve smyslu udržování sociálních kontaktů seniora se společenským okolím, se zajišťováním smysluplných aktivit seniora a to i s ohledem, jak uvádí Kalvach (1997) na to, že v aktivitách nemá docházet ke zbytečnému naléhání na seniora. Jak je zmíněno v následující kapitole pro psychickou pohodu seniora (i svoji), by potřebovali pečující rozvíjet určité znalosti v problematice spánku, protože neznalost souvislostí které se podílí na poruchách spánku, může být zatěžující pro obě strany, což zmiňuje i Jiráček (1995). Postřehla jsem, že pocit potřeby vzdělávání v oblasti psychické složky péče zahrnují pečující do zdravotního stavu seniora obecně, takže u zmíněných forem vzdělávání předpokládají i orientaci na toto téma.

8. Pohled pečujících osob na získání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění vlastních potřeb

Pohled na vlastní potřeby je pro pečující zřejmě velmi obtížné dát do kontextu s kompetencemi, které potřebují k jejich uspokojování. Jednoznačně je upřednostňována role pečovatele, a pečovatelské kompetence směřované k seniorovi. Zdá se, že k rozvoji kompetencí v oblasti sebepéče, pečující osoby přistupují z tohoto úhlu pohledu.

Jako na velmi významný prvek v uspokojování vlastních potřeb lze nahlížet na schopnost domluvit si spolupráci s rodinou, tedy umění požádat o pomoc v nejužším okolí. Důležité je i povědomí o schůdnosti souběhu péče a zaměstnání a uvědomění si vlastních limitů, za které v péči nelze z důvodu vyčerpání nebo vyhoření jít.

„no a chodit u toho do zaměstnání, pokud je člověk sám, to vůbec, ještě by to šlo, kdyby byly tak dva, tři, no ani se dvěma by to nešlo, pokud by byli dva příbuzní ochotni se podělit, a byla by celodenní péče...nejde to, každý má svoji rodinu, musí brát na zřetel zaměstnavatele, protože jinak přijde o práci a co dál, nikdo mu nic nedá...“ (R2)

„...no podělíme se, celá rodina, to máme co dělat a to máme ještě další osobu“ (R3)

„Pro nás je to taky někdy vyčerpávající, jako že si nemůžeme udělat podle sebe, musím si říkat, tak teď to nejde, teďka mám tatínka, když už to fakt nejde, tak nastoupí manžel, nebo nastoupí ten vnuk a té babičce taky všichni pomáháme, on už ten věk...“ (R5)

Od domluvené pomoci v nejbližším okolí se odvíjí i fyzická zátěž pečovateli, pokud hlavnímu pečujícímu pomáhá jeho blízké okolí, zůstává na něm sice váha zodpovědnosti, ale nemusí dojít například k onemocnění pohybového aparátu, nebo k psychosomatickým problémům. Pečující, kteří zvýšenou fyzickou zátěž zažívají hlavně při krátkodobém zhoršení opečovávaného, i ti kteří pečují o člověka, jehož stav se kontinuálně zhoršuje, vypovídali téměř stejně.

„...řeknu vám, měsíc a půl jsem byla vysypaná, ona nespala v noci, nespala ve dne, furt chtěla chodit, ona si sedla, hned zase vstala a do sprchy, musela jsem jí tam dát, umýt, utřít, no všechno, byla jsem úplně..., ale dostala jsem jí z toho,... mám tady vedle bráchu, tak když, tak nedá se nic dělat, musí k ní on, když je potřeba, ... když potřebuju, oni mi pomůžou“ (R1)

„...pomoc já pro sebe, teď ne, ale kdybych jí měla pomáhat jako v tom smyslu, když tehdy spadla a už nemohla chodit, tak ty záda a tak, tak to už pak jo...“ (R4)

I přes výraznou pomoc rodiny, může dojít opravdu k vyčerpání fyzických i psychických sil, je v kompetenci pečujícího, aby rodině tuto skutečnost oznámil a požádal ji o pomoc, než dojde k nezvratným poškozením zdravotního stavu, u starých pečujících (např. partnerů) až fatálním následkům.

„...protože tatínek se lepšil, nás to všechny motivovalo, maminka se zklidnila a potom se stala ta věc, že spadl, zlomil si ruku, ...vozili jsme ho na rehabilitaci, ale ta ruka už, tam to skončilo, tam to stagnovalo, má tu ruku už...za pár měsíců spadl znovu, ...tím pádem, ta maminka se složila, protože ta hygiena zase špatně.....maminka, už tím vyčerpáním psychickým, přišla a řekla mi, prosím tě udělejte s tím tatínkem něco, nebo já už to nezvládnou, já asi skončím na psychině, nebo mě pochováte...“ (R5)

„...ona v noci ožívala, musela jsem jí mít pořád na očích, udržím ji měla jsem ji před sebou na židli..., spadla, nezvládala jsem to, musela jsem vzbudit syna, nejsem profesionál, nedokázala jsem ji zvednout, spala jsem měsíc dvě hodiny denně, to opravdu nejde..“ (R7)

„...ano a švagrová, no střídali jsme se, já jsem měla maminku od pátku do neděle do večera, bratr přes týden, oni byli dva, mohli se střídat, no ruplo jí v zádech a nemohla, tak jsme to zhodnotili, že to nejde..“ (R7)

V prvním případě (R5) zařídila respitní službu, tatínek je umístěn v „pečovateláku“, kam za ním celá dcery dochází a pečují o něj, maminka se zotavuje, ve druhém případě (R7), byla maminka předána péči LDN, aby si mohla dcera odpočinout, maminka je v terminálním stadiu, dcera za ní denně chodí.

Nebylo možné si nepovšimnout, že spolupráce pečujícího s dalšími členy rodiny má svůj emoční kontext, resp. souvisí se vzájemnými citovými vazbami jak členů rodiny, tak pečovatele a opečovávaného. V rozhovoru se tak se tak objevila souvislost, která nebyla přímo dotazována. Většinou jsem hned v úvodu rozhovoru slyšela, že pokud jde o jejich příbuzného, tak je péče samozřejmá („*nikam bych ji nedala*“). Jako krajní se mi potom jevily v tomto smyslu dvě výpovědi.

„protože ona byla člověk, který nás nikdy na nic nepotřeboval, ona k nám přišla na návštěvu a zas odjela a to bylo všechno...nikdy nám nic neřekla....doted' to z toho cítíte, ona k nám nikdy neměla takový jako vztah, že by nás třeba chovala, nebo že by nám četla pohádky, jako máma, nikdy, je taková chladnější, to spíš ten náš táta, ten byl na nás fixovaný po té citové stránce“ (R6)

„je to tatínek, on nás vychovával, dával nám první poslední, co mohl, věnoval se nám, ...i vnoučata, tak je to tak propojené, tatínek jim předával hodně přes záliby, přes hudbu, vesmír, literaturu, turistiku, ...tam je to tak propojené úžasně, že když nemůžeme my, tak ho na tu procházku vezme syn...“ (R5)

Někdy může mít citová vazba podobu určitého shovívavého respektu k seniorovi, který racionalizuje svoje potřeby.

„ona si nerada nechá od někoho pomoci, ona jenom od té rodiny a to už i to.....myslí si že obtěžuje, mám ji ale moc ráda...“ (R4)

K zařazení dovedností a znalostí v komunikaci se starou osobou závislou na péči do tohoto okruhu mě vedl fakt, že v rozhovorech byly zmíněny problémy, které více souvisí s péčí o vlastní psychický stav pečujícího a s dovedností určité asertivní úrovně.

„...no to je s ní s tím jídlem to já na ní musím pomaličku, ji nutit a pít, to ona se sama napije, protože když jí nutím vodu, tak to ona mě nadá...“ (R1)

„ jak s ní, jak reagovat, když je třeba s ní se někdy domluvit v tom, že by potřebovala jet k doktorovi a ona nechce, tak to už, no nevím jak jí to říct... “ (R4)

Například i vyžadování pozornosti je způsob komunikace seniora, se kterým si nemusí pečující umět poradit *„...vyžaduje pozornost neustále, musíme k ní pořád chodit, ona pořád tu pozornost na sebe strhuje... “ (R3)*

Jak je patrné, že v komunikačních dovednostech pociťovaly samy pečovatelky nedostatky, se kterými si nedokázaly poradit. O zvládnání chování seniora jsem totéž zjistila jen v jednom případě, který se týkal dcery pečující o matku s Alzheimerovou chorobou, i když je tam oproti minulosti, patrný určitý posun ve strategii zvládnání situace.

„z počátku, to už je šestý rok, když ona mě tak třískala, když ona mě tak mlátila, tak jsem chodila s brekem, protože jsem si říkala, tak já jí dělám první poslední, to byly hrozný roky... “ (R6)

„ona s tím jídlem už všechno napatlá dohromady, už mám strach, že utrhne někde kuličku, strčí ji do pusy, teď jsem jí dala do ruky šišku, začala jí kousat, pořád na očích, takže psychicky, ale víte co, já už to teď беру sportovně, ... “ (R6)

Za úvahu stojí odpověď téže pečující, ve které zhodnotila, co by pro sebe momentálně potřebovala, co jí chybí.

„...co mi chybí, já ani nevím, co mi chybí, já si říkám, já jsem ještě ráda, že se o ni můžu starat... “ (R6)

Velmi důležitým faktorem, který se podílí na celkovém stavu pečujících je udržení sociálních vztahů na přiměřené úrovni, tedy prevence sociálního vyloučení. Domácí péče ve smyslu práce se na rozdíl od časově sebenáročnějšího zaměstnání, ve kterém přece jen dochází ke kontaktům ze strany kolegů, ev. klientů nebo zákazníků liší právě tím, že se odehrává v ohraničeném prostředí, s proměnlivým počtem účasti rodiny, popř. sousedů. I tyto vazby mohou být ale někdy nabourány.

„já mám v podstatě v rozpadu rodinu, jsou na mě od začátku naštvaní, já v podstatě nejsem doma, co chodím pečovat o mámu, ...mám manžela, který nepochopí vůbec nic,

on i ty děti navádí, vždycky říkal, ony ty děti sem nebudou chodit, když sem chodí tvá máma, takže i ty děti...“ (R6)

„...kamarády, no já jsem vyrostla jinde, v severních Čechách,... takže tady celkem nikoho nemám, jenom z práce, ale už jsem v důchodě, jednu dobrou kamarádku mám, s tou si na sebe vždycky uděláme čas...“ (R6)

Jak se zdá, někdy se nástroj pečujícího, kterým zajišťuje prevenci sociální izolace seniora, může stát i nástrojem uspokojování jeho vlastních sociálních potřeb.

„...neztratili jsme svoje kontakty, střídáme se dvě rodiny, takže máme čas i na svoje aktivity, jezdím na lyže, hraju volejbal, s kamarádama různé túry, kola, a hlavně s tím tatínkem chodíme všude, takže tady se setkáváme se svýma i s jeho zámýma“ (R5)

V některých případech spojovali dotazovaní svoje sociální kontakty s péčí, to znamená, chápali dotaz tak, že stávající přátelský, nebo kamarádský vztah se odvíjí od zájmu o jejich pečovatelskou činnost.

„...máme letité známé a přátele, kteří se ptají“ (R3)

„...jo tak to jo, to oni se zastaví, na babičku se zeptají, nebo jí něco dovezou“ (R4)

„...co vám mám říct, kamarádi a kamarádky, někteří umřeli, byly jsme čtyři rodiny, co jsme, no tak mám kamarádky, no ale přijdou se podívat, na babičku, ale kamarádšoft jako takovej, bych ani nemohla mít...“ (R1)

Se sociálními kontakty může být spojeno i trávení volného času. Tento významný prvek kvality života pečujících je ovlivňován již výše popisovanými skutečnostmi, jako je pomoc rodinných příslušníků, možnost respitní péče, ale i finančním zabezpečením, zachovanými sociálními kontakty apod. Respondenti ve všech případech dávali svůj volný čas do souvislosti s časovou náročností péče a to i přes podíl spolupečující rodiny.

V některých případech je potřeba trávení volného času podle svých představ potlačena úplně,

„...já bych ani nemohla jet si někam odpočinout, co s ní, dcera je v práci, kdo by byl u ní? Protože já když vypadnu, tak jí se tak zvedne tlak, že by si nevěděli rady, ona je n mě tak fixovaná, že ani na den...“ (R1)

„Dovolenou, tu jsem neměla ani nepamatuju kdy, no teď jsem byla s dětma...tři dny. To jinak nejde.“ (R6)

V tomto případě musím podotknout, že se jedné o osobu pečující o matku s Alzheimerovou demencí a pečující je vystavena nepřetržitě vysoké psychické zátěži bez významné pomoci rodiny.

Během rozhovorů jsem se setkala i s pečující, pro kterou měla obrovský rozměr duchovní stránka života během péče. Dá se říct, že zahrnovala několik zdrojů podpory najednou.

„Duchovní stránka, je naprosto nezbytná, když jdu od maminky z LDN, tak lezu po čtyřech, úplně vyždímaná, psychicky, když vidím to její utrpení, to mi bere sílu... takže ve víře najdu útěchu,...podpora v nemocnici, no ani ne, tam to profesionalitou začíná a taky končí, to spíš můj zpovědník,...nebo třeba jdeme na pivo na kafe, to se mě ujímají lidé, přátelé, kteří mi dávají najevo, že se mnou cítí, že mi rozumí...“ (R7)

Je patrné, že návaznost na skupinu, která je spojována určitým zájmem, nebo vírou je silným podpurným prvkem pro člověka, který zvládá akutní psychickou zátěž.

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku

V této kapitole jsem neuváděla odpovědi na potřebu vzdělávání v oblasti péče o vlastní osobu, jelikož se v podstatě shodovaly se zněním odpovědí v předcházející kapitole. Pečující pocítují potřebu pečovat o sebe natolik v závislosti na stavu opečovávané osoby, že sebeděči neoddělují od péče o seniora. Na druhé straně jsou si vědomi, že nemohou vyčerpat své síly natolik, aby si přivodili vážnou újmu na svém zdraví. Z toho vyplývá, že si uvědomují rizika péče, která by jim takovou újmu mohla přivodit. Jako základ péče nejen o seniora ale i o sebe tedy vnímají pomoc, kterou jim poskytuje okolí. Podle mého názoru k tomuto základu lze přiřadit i povědomí o skutečnosti, že péče o starého nesoběstačného seniora je činností v mnohém ohledu zatěžující a také znalost podoby zátěže.

Dospěla jsem jednoznačně ke zjištění, že pečující mají snahu si zajistit pomoc v okruhu rodiny i zvenčí, což znamená, že základní problém, snahu o zmírnění zátěže zvládají. Prakticky ve všech případech jsem zjistila, že v rodinách více či méně funguje mezigenerační solidarita, tak jak ji uvádí například Trusinová (in Jeřábek 2013).

Zároveň snaha o zajištění pomoci dokazuje, že pečující znají své limity. Toto zjištění mohu potvrdit například výpovědí pečující, která společně se seniorkou, o níž se stará zvažuje podání žádosti o pobytovou sociální službu vzhledem k vlastnímu zdravotnímu stavu a nejisté prognóze vývoje zdraví u opečovávané a v této věci již podnikají kroky se značným předstihem. Podvědomě tedy zřejmě probíhá u pečujících proces tak, jak ho popsala Tošnerová (2002), kdy si má pečující vytvořit seznam potřeb seniora které je nutné zajistit a seznam potřeb vlastní osoby, dát je do souvislosti a zvážit tak zvládnutí péče. Mezi mnoha faktory, kterými je ovlivněna kvalita života pečujícího člověka je i objem potřebných informací potřebných k péči (Tošnerová 2001), jak jsem uvedla v textu práce. Z předcházející kapitoly je patrné, že pečující mají snahu informace získávat, tím pádem preventivně působit na zvyšování zátěže. Jak jsem již uvedla, z pohledu pečujících jsou tedy péče o seniora se sníženou soběstačností a saturace vlastních potřeb během péče oblastmi značně prolínavými. Jako dominantní v péči o sebe sama podle toho jak toto téma respondenti v rozhovorech rozvíjeli, jsem vnímala problematiku uchování sociálních kontaktů. Z výpovědí pro mě vyplynulo, že schopnosti v tomto směru jsou značně ovlivněny klimatem v rodině, která se na péči podílí. Jako důkaz lze brát na zřetel situaci v rodině, kde se jedná o dlouhodobě udržované dobré vztahy a pečující udržuje kontakty se svým sociálním okolím společně s opečovávaným seniorem a naopak situaci pečovatelky, která je v péči o seniora s demencí téměř osamocena a rodina se staví, dá se říct v neprospěch péče a pečovatelka zde má velmi omezenou možnost sociálních kontaktů. Pravda ale je, že někteří, zvláště starší pečovatelé si vystačí s minimem sociálních kontaktů a za výrazné negativum péče tuto skutečnost nepovažují. To dokazují odpovědi, které zahrnují do otázky na vlastní potřebu sociálních kontaktů uspokojení nad zájmem o seniora a občasnými návštěvami kamarádů. Dost často zmiňovaným tématem, který rozhodně spadá do okruhu péče p vlastní osobu a o kterém by měli mít pečující patřičné znalosti je potom téma spánku. Na nevyspání a z toho plynoucí problémy s vlastním zdravím jsem zaznamenala několik výpovědí. U jednoho případu, kdy pečující dcera vypovídá, že spala po celý měsíc dvě hodiny denně, došlo vlivem tohoto stavu k okamžitému vyhledání respitní péče. Již v předchozí odpovědi byla naznačena souvislost s poruchou spánku seniora i autor, který je v této souvislosti v práci zmíněn. Jak jsem předeslala již v komentářích u rozhovorů, do rozvoje kompetencí v péči o vlastní osobu jsem zařadila i komunikaci s opečovávanou osobou. Jde o téma, které se vyskytuje se stejnou naléhavostí i u

předešlé otázky, ale do znalostí pečujícího by měly být zařazeny mechanismy, kterými by dokázali komunikaci se seniorem pozitivně ovlivnit nebo vyladit. Jednalo se například o komunikační potíže s motivací k jídlu, s přesvědčením o nutnosti navštívit lékaře, kde by mohli pečující uplatnit některé přístupy, např. prvky transakční analýzy (Berne, 1992). Jako velmi naléhavý pro přísun informací považují případ péče o seniora s demencí, kde se projevuje i vztah komunikace v souvislosti s podobou nebo samotnou existencí vztahu pečující a příjemce péče, tak ji zmiňuje Zgola (2003).

9. Pohled pečujících osob na získávání nebo rozvoj kompetencí potřebných k zajištění péče o seniora se sníženou soběstačností v jejím sociálně-právním rámci

V právním rámci péče je naprosto dominantně vyčleněn ve výpovědích pečujících příspěvek na péči. Pečující mají, resp. měli v tomto směru různé zkušenosti s jeho vyřizováním. Dá se říct, že až na dvě výjimky, nikdo z dotazovaných neměl povědomí o vyřízení příspěvku předem, ve smyslu, že by věděl o jeho existenci ještě před tím, než došlo k situaci vzniku potřeby péče o příbuzného. Zmíněnou výjimku představovala pečující, která měla předchozí zkušenost s péčí o manžela, kterému byl příspěvek na péči vyřízen. Na její informace o příspěvku ještě před touto péčí jsem se nedotazovala. Druhou výjimkou byla pečující, jejíž profesní zaměření předpokládá vědomosti z oblasti dávek. Zdroje informací o příspěvku pak pečující získávali různou cestou.

„...no tak to paní doktorka, automaticky, přišla, napsala tu žádost, napsala tam body, no a to se vlastně odneslo...“ (R1)

„... no my už tu péči, to už je čtrnáct let, já nevím ani, no ale paní doktorka to vyřizovala, a když jsou nějaké změny, tak taky ona...“ (R3)

Jak jsem uvedla již v kapitole 8, může se jednat i o poskytnuté zdravotnickým zařízením, ze kterého je propouštěn senior po hospitalizaci do domácí péče. Jednalo se o ucelenou informaci sociální pracovnice, která obsahovala i zmínku o příspěvku na péči, respondentka uvedla, že byla překvapená, že na něco takového mají nárok.

Existují i případy, kdy se projeví funkčnost poradenské služby, kdy i přesto, že pečující osoba nevyvíjí větší iniciativu ve vyhledávání informací o příspěvku, dostane se k nim právě touto cestou.

„...no o příspěvku jsem nevěděla, protože já tohle v práci jsem nikdy nedělala, ale poradila mi paní z toho sociálního odboru, ona se na tu mamu chodila občas dívat, a já jsem jí ten příspěvek musela vyřídit, když jsem zařizovala to centrum...“ (R6)

Podoba sběru informací o příspěvku na péči může mít až absurdní podobu.

„ptali jsme se, jako vyptávali, takovým tím svým způsobem, až jsme se dopídili nakonec..“ (R4)

Ještě složitější se zdají být vzhledem k této dávce znalosti problematiky určení výše příspěvku.

„...no oni jí to snížili na tu dvojku, no co naděláme, já nebudu kvůli tomu nepřestanu jí léčit, je to máma, tak, a zas někde lítat a vyřizovat, pak vám přijde kontrola, podívají se, zaváže si botu, otevře si okno a řeknou že ...tam at' se podívají, jestli si uvaří, vypere, nakoupí, ale nedá se nic dělat, jsou na tom ještě hůř a nemají nic“ (R1)

U této výpovědi byl zřetelný pocit určité roztrpčenosti nad hodnocením soběstačnosti maminky, pramenící ze zřejmé neinformovanosti o systému hodnocení. Převládla tu ale hrdost nad dosaženými výsledky péče.

„...dlouhou dobu měla dvojku, až mi paní.... řekla, prosím vás zvyšte si ti, vždyť to už není možné... tak jsem kolem toho začala lítat, tam mi to zamítli, protože doktorka psychiatricka napsala úplně jiné hodnocení, než měla mít...“ (R6)

Největší rozčarování potom zažívají pečující z rychlosti, s jakou je příspěvek vyřízen. Povědomí o všech úkonech, které se s administrativou příspěvku pojí, získávají ovšem až v průběhu vyřizování. Jako nejtíživější v tomto směru pocítují pečující dobu vyřízení příspěvku ve vztahu k rozvázání pracovního poměru.

„...oni říkají péče doma, všechno, ale kdybyste chtěla zůstat doma, tak stejně nemáte z čeho žít, protože sociálka vám nic nedá, oni přispějou vlastně tomu člověku k důchodu, to přijdou peníze někdy po půl roce a z čeho chcete všechno financovat? A

to jsou peníze toho člověka, když vám je nedá...on tam sice podepisuje, že ano, ale když vám je nedá, tak vám je nedá...“ (R7)

„... no rok jsem kolem toho lítala, než jí to zvedli na tu trojku, ale i tu mobilitu má...“ (R6)

Pečující většinou pocítují výši příspěvku jako menší, než by byla přiměřená náročnosti péče, o to překvapující byla odpověď pečujících, jejíž zátěž je opravdu velká.

„... já jsem to nevěděla a vždycky mi to bylo i trapný, abych si zažádala o nějaké peníze na moji mámu, ale říkám, když jsem jí přihlašovala do toho centra, tak jsem musela...“ (R6)

Je na zvážení, jestli tento postoj pečovatelky není ovlivněn společenskými předsudky o zneužívání dávek.

V tématu právního rámce péče se respondenti dále nevyjadřovali, vyjma toho, že projevíli přání a potřebu vzdělávat se i v tomto směru.

Druhou velkou oblastí sociálně-právních otázek péče je oblast sociálních a zdravotních služeb, čili formálních poskytovatelů participujících na péči o seniora v domácím prostředí. Zde bych rozdělila přístupy pečujících do tří skupin. Na přístup ke službám u pečujících, kteří služby nevyhledávají a nechtějí se zatím touto otázkou zabývat, na pečující, kteří služby zatím nevyužívají, ale výhledově, například při rychlém nebo velkém zhoršení zdravotního stavu, nebo případně svém omezení pomoc služeb zvažují a konečně na ty, kteří služby již využívají, nebo využívat chtějí a informují se o nich.

U nevyužívání služeb může jít například, jak už jsem zmínila v jiné souvislosti o fixaci seniora na pečujícího *„...je na mě tak fixovaná, takže ani na den...“* takže respondentka nepřipouští možnost využít úlevovou sociální službu a zároveň na situaci, kdyby došlo k většímu zhoršení zdravotního stavu maminky, spoléhá pouze na pomoc rodiny *„no kdyby něco, tak je tu brácha, tak musí on...“ (R1)*

Podobná situace se vyskytovala v případě situace pečovatelky, kterou jsem uvedla v souvislosti s citovými vztahy v rodině a pomocí ze strany rodiny, *“...ona si nerada nechá od někoho pomoci...“ (R4)*, kdy senior racionalizuje svoje potřeby a kromě rodiny by od nikoho pomoc nepřijal, pečující shledává důvod tohoto chování

v naprostém odmítání pobytu v nemocnici a strachu že by k hospitalizaci mohlo dojít, kdyby se do péče vložil další subjekt.

Může se stát, že pečovatel původně pomoc služby nevyhledával, ale došlo k rychlému a natolik velkému zhoršení zdravotního stavu seniora, že se rozhodl k využití služby během poměrně krátké doby vzhledem ke své vlastní vyčerpanosti.

„ ...pečovatelská služba, ...obědy, to ne, já musím uvařit i vzhledem k sobě, taky synovi, který mi hodně pomáhá... “ (R7)

Prozatím omezené využití služeb s připuštěním větší pomoci z této strany jsem zjistila v případě péče o tchyni.

„...no zatím ne, zatím jenom ty obědy, to si domluvila u pečovatelské služby, jinak nákupy to jí obstarám já, nebo když je potřeba větší, tak řeknu synovi a jede se mnou autem, já autem kvůli svému zdravotnímu stavu už jezdit nesmím, domácnost, to jí uklidí vnučka, i když taky nemůže vždycky, tak něco i já,.. “ (R2)

Vzhledem k charakteru onemocnění (onkologický pacient) a předchozí zkušenosti s podobnou péčí potom volila pečující cestu domluvy s tchyní o možnosti pobytové služby v případě, že by její stav byl takový, že by se o ni snacha už nemohla starat.

„ ...už jsme takovou možnost zvažovaly, už jsme se domlouvaly, že jsou ty domy, kde je ta péče v tom domě, už jsem se tam byla zeptat, že by si tam chtěla dát žádost, že by se...ví, že to pro mě není natrvalo... “ (R2)

Většina pečujících sociální službu jako pomoc uvítala a využívá jí.

Výše už jsem se v kontextu péče o vlastní osobu pečovatele, i zajištění přiměřené péče o seniora v některých úkonech zmínila o využití sociálních služeb v různém rozsahu. Jde například o využití denního stacionáře pro seniorku se stupněm závislosti III, kterou vozí rodina na několik hodin do zařízení po celý pracovní týden, seniorce je zde poskytnuta i část hygienické péče, *„ ...oni ji tam v té školce i vykoupu, to my bychom už doma nezvládli, dostat ji do vany, tak teď jsme přistoupili k tomu, že má tu hygienu v té školce “ (R3)*, nebo o případ v péči o matku s demencí, kde pobyt v denním centru zajištěný na dva dny v týdnu byl zamýšlen jako zajištění sociálních kontaktů matky a zároveň jako úlevová služba pro pečovatelku, která jí ještě poskytuje i možnost

vykonávat zaměstnání na částečný úvazek „...jezdí tam v pondělí a v pátek, já si od ní odpočinu, ona je zase s jinejma lidma a já můžu ještě i do práce...“ (R6)

Volba využití sociální služby se může také uskutečnit na podkladě pečlivého zvážení a diskuze celé rodiny a hlavně po ujištění, že senior tuto službu bude chtít přijmout. Zmínila jsem případ pečující, kdy pro vyčerpanost manželky seniora „...a ta maminka, ta se nám úplně složila...“ (R5), přistoupila rodina k možnosti využití respitní služby, ovšem celou záležitost probrali členové rodiny nejprve s příjemcem péče, který se po vysvětlení situace této změně nijak nebránil.

„... tak jsme mu to vysvětlili, že to bude něco jako pobyt v lázních, že ta maminka si potřebuje odpočinout a on to přijal pěkně, řekl ano, ona má nemocné srdce, mamka ona má potíže, já tam půdu rád...“ (R5)

Zaznamenala jsem i případ, kdy se pečující poměrně dobře orientuje a je informován o sociálních službách, přesto požadovanou službu postrádá, resp. není pro něj z hlediska lokality dostupná

„... víte, já vám řeknu, kdyby byl nějaký takový dům tady, ono u toho bratra v té domácnosti to taky není tak úplně v pořádku, tak bych ji tam dala, opravdu ano, alespoň bych měla jistotu, že za ní půjdu denně, vezmu ji ven, že tam bude mít čisto... ale není, ...tady opravdu není, jak řeknete někde, že má Alzheimeru, tak ji nechtějí, nepodepíšou s ní smlouvu, a aby jezdila až.....to fakt nemůžu, tolik kilometrů“ (R7)

Do oblasti sociálních služeb jsem zahrnula i pořizování kompenzačních pomůcek. V tomto směru se pečující zdáli být pečující poměrně orientovaní, měli dostatek aktuálních informací, byli přesvědčeni o správnosti zvoleného informačního zdroje, v některých případech vyjádřili potřebu svoje informace rozšiřovat.

„...s kompenzačníma pomůčkama, v to nebyl problém, ale žádná brožura není, ve které by se člověk dověděl víc...“ (R2)

„...no na doktorku bych se obrátila, určitě, zatím co jsme potřebovali jsme vyřídili přes ni...“ (R1)

„...ona nám ta sestřičkai ty kompenzační pomůcky, všechno jsme se dověděli od té agentura zdravotní...“ (R5), u této pečující byly dodány primárně informace hned v nemocnici, včetně informací ohledně kompenzačních pomůcek, resp. jejich pořízení.

V některých případech jsem zaznamenala i spolupráci s neziskovými organizacemi, popř. zvažování této spolupráce.

„...a to k nám ještě chodí ta paní, z Trendu vozičkářů, ta asistentka, s ní jezdí ven...“ (R3)

„...to k ní ještě chodila ta paní...dobrovolnice, nebo asistentka potom, ta to vzdala, kvůli domácnosti toho bratra...“ (R6)

„...No já jsem zvažovala, že bych požádala, ...buď Charitu, nebo Maltézskou pomoc, ty určitě bych oslovila ...nějakého dobrovolníka...“ (R7)

Domácí zdravotní péči jsem zaznamenala mimo dva případy ve všech výpovědích pečujících. Většinou šlo o velmi dobrou úroveň spolupráce, kterou také spontánně pečující označovali jako významný edukační zdroj.

„...ona nám ta zdravotní sestra všechno vysvětlila, hygienu na lůžku, ty proleženiny, opruzeniny,... ten fyzický stav byl nejdůležitější,....rehabilitační, cvičila s ním na nohy, na ruce, všechno nám ukázala, vysvětlila, polohování, jak ho dostat do sprchy,...on se rozhodil.....i paní logopedka, všechno nám vysvětlila, všechno měla připravené, obrázky, fotky, tak jsme pak v tom pokračovali, tak jsme ho rozmluvili, ...byla to úžasná motivace.“ (R5)

„...ano jezdí jí dělat převazy rány, nohy, měří jí tlak, všechno co jsem potřebovala mi vysvětlili, byli vstřícní“ (R2)

Výjimkou byl případ, kdy pečující uvedla, že stran zdravotní péče je babička pouze pod kontrolou sestry z ordinace praktického lékaře, ta jí chodí měřit tlak, popř. zkontroluje kolik má léků, babička k lékaři nechce, rodina s ním komunikuje málo, prakticky ponejvíce kvůli receptům na léky. Další pečující, ke kterému nezajíždí domácí zdravotní péče, měří tlak mamince sama, ale komunikace s praktickým lékařem je na velmi dobré úrovni, lékař k nim i chodí, pečující spoléhá na svoje zkušenosti s péčí, kromě toho navštěvuje s maminkou vzhledem k její Parkinsonově chorobě poradnu. Kromě toho má

pečující dostatečné znalosti o nezbytnosti kontroly fyziologické funkce, která se dá doložit výpovědí

„... ted' se mi rozbil ten tlakoměr, bez toho se neobejdu, ještě dneska ho musím jet koupit..jak přijde vnuk, hned pojedem...“ (R1)

Co se týká potřeby vzdělávání v otázce sociálně-právního rámce péče, je situace dá se říct naprosto totožná, jako jsem uvedla v kapitole o potřebě získávání a rozvoje kompetencí v oblasti osobní péče o seniora.

Setkala jsem se i s jmenovitým označením této oblasti v potřebě vzdělávat se.

„...takže hlavně srozumitelně, a i ta legislativa aby tam byla, nebo třeba i bydlení a služby, třeba nějaké brožury, nebo pořad v televizi, každý nemusí chtít navštěvovat kurz, nebo nemůže...“ (R2)

„...no to bych byla ráda, nějaké instruktáže, to člověk nemá se kde naučit, ty převazy a tak...“ (R7)

„...no ten pořad v televizi, to by bylo super, tam by to mohlo být všechno, na to by se asi dívali, tam by mohly být i ty zákony, pomůcky...“ (R4)

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku

Jak jsem již uvedla v úvodu této kapitoly, nejvíce rozvíjeným tématem v rozhovorech bylo téma příspěvku na péči. Zdá se, že vyřízení příspěvku chápou pečující jako pomoc v péči, nedá se ale říct, že by pro ně byla prioritou v motivaci k péči. Jako nezbytnou podmínku péče tuto dávku pečující nepotvrzují, ale ani nepopírají. Jako nezbytnou ji jednoznačně označují v případě, že pečující je v produktivním věku a musí se vzdát pracovního místa ve prospěch péče. Tento problém diskutovali i pečující, kteří již sami pobírají starobní důchod, a zdánlivě se jich tento problém netýká. Zaznamenala jsem ale v tomto směru, že dříve nebo později dávali pečující souvislost příspěvek- práce-financování rodiny – péče o starého člověka zároveň do souvislostí se svou rodinou, nebo jejím obrazem, takže se dá předpokládat, že problematika souběhu zaměstnání a péče je zajímavá z důvodu vize potřeby péče o vlastní osobu ze strany svých dětí. K důležitému prostoru pro získávání nebo rozvoj znalostí vzhledem k příspěvku na péči a vůbec s dávkami, které s péčí souvisí, patří informace o samotné jejich existenci,

informace o způsobu a místě vyřizování a o skutečnostech, které mají vliv na výši dávky, včetně způsobu hodnocení neboť jak se potvrdilo tvrzení Michalíka (2011), pečující dříve nebo později o příspěvek většinou požádá. Dospěla jsem v tomto ohledu k závěru, že informace o příspěvku, i dalších dávkách rozhodně nejsou ucelené a mohou se stát zdrojem rozčarování a nedůvěry. K nejčastějším stížnostem potom v této spojitosti patří nespokojenost s časovou prodlevou, s jakou je dávka vyřizena. Jako nejčastější zdroj informací konkrétně k příspěvku na péči jsem zaznamenala praktického lékaře. Většinou se na něj pečující prvotně sami obrací, nebo je v lepším případě lékař vyzve sám. Téměř komplexní informace, jako je dostala jedna z pečujících v nemocnici od sociální pracovnice byl výjimkou. Této pečující přitom poskytla sociální pracovnice hlavně kontakty vedoucí k dalším informacím, nebo k oborům které se na péči mohou podílet a také o informace o příspěvku a dávkách, které může dostat. Pečující sama tuto skutečnost hodnotila jako velkou pomoc.

Do sociálně právního rámce péče patří pochopitelně i sociální a zdravotní služby, o kterých jsem průběžně hovořila již v předchozích kapitolách. V tomto směru byli pečující celkem orientovaní, navíc zdravotní služby hodnotili jako významný zdroj získávání znalostí a dovedností. Co se dotýká rovnocennosti přístupu zdravotních pracovníků, nepocíťovali pečující žádnou nadřazenost při výkonu péče, naopak domácí zdravotní péči hodnotili jako spolupracující a vstřícnou, což zároveň poskytuje pečujícímu prostor pro dotazy a případné požádání o zácvik. Sociální služby potom hodnotí pečující jako dominantní zdroj pomoci tam, kde na péči nestačí rodina. Nějakou formu sociální služby využívají téměř všichni pečující, které jsem oslovila. V odpovědi jedné z pečovatelek je patrná i dovednost domluvit si sociální službu (v tomto případě respitní), v duchu spoluúčasti na péči, tak jak to uvádí Kubalčíková (2012). Jako problematická se mi jeví otázka zajištění sociálních služeb pro osoby s demencí, zde měla pečující pocit bezradnosti, které ale nepřamenilo s nedostatkem informací, nebo neznalostí, ale ze špatné dostupnosti služby z teritoriálního hlediska. V kontextu se vzděláváním pečujících patří problém dostupnosti služeb spíše do okruhu obecného povědomí společnosti o otázkách péče o seniory a možná participace pečujících na komunitním plánování ve spojitosti se službami, jak uvádí Hapl (2006). Pečující vyjádřili zájem se vzdělávat v této oblasti, největší váhu přikládali získávání znalostí z oblasti legislativy, ale i s možností ovlivňovat podobu služeb, což dávám opět více do souvislosti s povědomím společnosti o seniorech a péči včetně možností jednotlivců na

tvorbě podoby služeb participovat. Podle mého zjištění se otevírá prostor pro rozvíjení kompetencí v sociálně-právní oblasti péče pro pečující hlavně tam, kde potřebují získat dovednosti ve vyřizování dávek a vyjednávání se sociálními službami, tak jak to nastiňuje Michalík (2010, 2011).

10. Pohled osob pečujících o seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí na širší společenský kontext jejich činnosti

Z výpovědí respondentů je patrné, že o své situaci neuvažují bezprostředně v souvislostech nějakých sociálně politických konceptů. Na druhou stranu jsem v těchto rozhovorech zaznamenala momenty, kdy respondenti – třeba i bezděčně – ve svých každodenních zkušenostech v podstatě odrážejí současnou úroveň povědomí společnosti o problematice domácí péče nebo o tom, zda je stávající způsob podpory pečujících dostatečný.

Většina dotázaných pocítuje, že zajištění domácí péče není ze strany státu (nebo sociální politiky) věnována dostatečná pozornost. Z jejich výroků je také patrná určitá skepse v souvislosti s příspěvkem na péči.

„...jaký je zájem, no řekla bych, že může něco být, ale málo, moc málo se o tom mluví a vůbec se to nehodnotí, jako nikdo si neuvědomuje, co to je za práci, to je vlastně služba 24 hodin denně, to jsou dvě zaměstnání, bez nároku na nějakou odměnu. Je to stejný jak třeba z pohledu rodin s postiženejma děčkama. Oni třeba operují ústavem. Spočítal si někdo, kolik to stojí stát?...proč z toho něco nedají těm rodinám? To je překážka! Kdo rozhoduje, kdo jaký dávky dostane, když ten co rozhoduje ani toho člověka nezná, mám zkušenost, že berou dávky tam, kde to není na místě“ (R2)

„...ze strany státu, myslím si, že to tak až v pořádku není, to teda ne, protože ti lidi, kteří jsou opravdu zaměstnanci a ten moment, ze dne na den musí přestat chodit do práce ... lidi po mrtvici nebo tak, musí být nějak kompenzovaní a pokud nejsou, tak je to špatný...“ (R4)

Jedna z dotázaných pak přímo uvádí, že příspěvek na péči sehrává zásadní roli v situaci, kdy pouze příjem seniora (tj. jeho penze) není dostatečně vysoký na pokrytí nákladů spojených s péčí.

„no, myslím, že ten stát, já si myslím, že jako jo, že ten příspěvek má, že ty služby jsou tak strašně drahý, že ten člověk by to z toho důchodu absolutně nezaplátil...“ (R1)

Z rozhovorů je patrné, že stejně významné, jako „ohodnocení“ domácí péče ze strany státu, je však pro respondenty také určitý kontakt s okolní komunitou a také vyjádření zájmu ze strany sousedů ohledně situace seniora, ale také samotných pečujících.

“... zájem bližší komunity, no lidi tady v okolí se zeptají, jak mama.“ (R1)

„...no a zájem společnosti, no tady se ptají, co maminka.“ (R2)

„lidi co nás znají, se zeptají, co babička.“ (R4)

Lze říci, že státu nepřisuzují pečující osoby pro svoji životní situaci v podstatě žádnou výraznější roli – jak to vyjádřila jedna z dotázaných *„zájem společnosti nepociťuji, ani to nepotřebuju...“ (R1)* – kromě toho, že je chápán jako zdroj poskytování příspěvku na péči.

Naopak, co respondenti vnímají velmi citlivě, je přístup místní politiky a možnosti podpory přímo v místě. Až na výjimky se většinou respondenti ve svých odpovědích vyjadřovali velmi kriticky. Podstatná je pro ně jednak nabídka doplňující pomoci, např. jedna z respondentek velmi oceňuje možnost využití denního stacionáře (v rozhovoru toto zařízení nazývá školka).

„...určitě je tady zájem - v té školce, oni se tam o ně starají, různé akce tam mají...“ (R3)

Jako další podstatný prvek, který dotázaní vnímali v podstatě jako postoj komunity k lidem, o které se starají, je určitě bezbariérovost veřejných prostor, kterou popisují jako problematickou nebo zcela nevyhovující.

„Bohužel, tady ty chodníky jsou hrozný, paní co chodí odpoledne, musí s ní jezdit s po ulici, ve městě taky, třeba když z parku, tak potom jsou ty chodníky hrozný.“ (R3)

„...někde jsou bezbariérové vstupy, někde ne...“ (R4)

V jednom případě respondentka popisuje vysloveně negativní zkušenost s vedením města (obce). Seniorce nebyla prodloužena smlouva v domě s pečovatelskou službou a v krátkém časovém úseku byla paní přestěhována, přestože rodina nebyla domluvená a připravená na převzetí maminky do péče.

„já si myslím, že ani není, že ani tady na městě nebylo vůbec pochopení, vůbec neměli zájem nic řešit, prostě ne a hotovo, klidně by ji dali na ulici ... a komunitní plán tady? Ten vůbec nepočítá s lidmi s demencí, ale vůbec nikde...“ (R6)

Přítom právě na místní úrovni se potenciál domácích pečovatelů jeví jako dobře využitelný. Většina z dotázaných potvrdila, že by byli ochotni nějakým způsobem předávat své zkušenosti ostatním.

„no jenom tak bych někomu poradila, to víte, mám už věk a zahradu, každéj má svého dost“ (R1)

„no určitě, nějak bych se zapojila, tak že bych mohla třeba někomu poradit, každá zkušenost má svoje negativa, tak bych se podělila, nemusí prodělavat tvoje chyby druhý“ (R2)

„no tak jednorázově, to ano ...“ (R3)

„jo že bych ukázal, co mám zkušenost já a předávala jí dál, jo tak to jo“ (R4)

„určitě budu mít ochotu, teď chodíme do pečovateláku, jsem rozhodnutá, tam jsou pořád nějaký akce, říkala jsem si, že když bude něco, že bych tam zašla pomoci“ (R5)

„protože toto mi dalo velkou zkušenost, pokud bych chtěla nadále pracovat, což o tom nepochybuji, jako dobrovolník v Hospicu, jako dobrovolník, to zdůrazňuju!“ (R7)

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku

Z odpovědí na položené otázky je u pečujících patrný jistý pocit nedocení jejich podílu na zajištění péče o seniora v domácnosti. Příspěvek na péči je určen a také často plně využíván k pokrytí nákladů na materiální zajištění péče, tedy neslouží jako odměna za činnost pečujících nebo pouze částečně. Pro pečující je významný kontakt s okolním prostředím, ale považují za zajímavé, že většina z nich popisuje zájem okolí jako zájem o situaci seniora, ale nezaznívá, že by se lidé z okolí zajímali také o situaci

domácího pečujícího. Částečně se tedy v rámci tohoto výzkumu potvrdilo, co naznačuje např. Holmerová v řadě svých příspěvků (např. Holmerová, 2001), že je nutné přemýšlet nejen o těch, co péči potřebují, ale také o těch co ji poskytují. Za nejzajímavější zjištění považuji, že většina dotázaných pociťuje silnou vazbu k místu bydliště, ve kterém je péče poskytována. Pečující osoby dokáží ocenit, pokud obec nebo město vytváří dobré podmínky, které poskytování péče usnadňují. Zároveň většina z nich také neodmítá možnost, že by mohli se svými zkušenostmi být v budoucnu prospěšní dalším lidem v podobné situaci. Zkušenosti domácích pečovatelů je proto možné považovat za významný edukační zdroj komunity, který může sloužit jako snížení rizika sociálního vyloučení dalších pečujících osob, ve smyslu, jak to popisuje např. Hubíková (2006). Osoby se zkušeností domácích pečovatele by proto mohly být také významným účastníkem komunitního plánování a zdroje dobrovolnictví – zdrojem rozvoje občanské společnosti, jak popisuje Kitliňská (2012).

Závěr

Na základě zjištěných poznatků se dá konstatovat, že zájem pečujících získávat nebo rozvíjet svoje kompetence potřebné k zajištění přiměřené péče o seniora se sníženou soběstačností v domácích podmínkách rozhodně není malý. Zájem pečujících se celkem neliší ani v jednotlivých oblastech péče, ať již jde osobně o seniora, o sociálně právní rámec, nebo o péči o vlastní osobu. Je patrné, že všechny zmíněné oblasti se natolik prolínají, že jsou neoddelitelné jak v péči samotné, což do jisté míry splňuje i podmínku komplexnosti péče, tak z pohledu možného vzdělávání pečujících osob které by rozvoj kompetencí podpořilo. Co do objemu největší zájem mají pečující o znalosti, informace a dovednosti které se týkají osobní péče o seniora. Tato skutečnost potvrzuje, že péče o starého člověka závislého na pomoci druhé osoby je skutečně „prací z lásky“, neboť i ve vlastním zdokonalování pečující upřednostňuje blaho osoby, o kterou pečuje. Svoji vlastní osobu, resp. péči o vlastní osobu nahlíží optikou právě kvality života jedince s postižením. Pečující se nebrání, spíše vyhledávají i zdroje pro rozvoj a získání kompetencí v sociálně-právním kontextu péče. Co do zájmu, dominuje otázka vědomostí a znalostí legislativních opatření, která upravují péči po normativní stránce. Zde se jeví zřetelně, že pečující neuvažují jen v rovině tady a teď, že jejich zájem se týká i budoucnosti, tedy doby, o které předpokládají, že v ní budou sami péči potřebovat. V tomto smyslu vyjadřují obavu, že možnosti, které bude společnost, jmenovitě státní sociální politika, poskytovat jejich dětem, jim péči v domácích podmínkách příliš nezajišťuje. V oblasti vzdělávání, které se týká formálních poskytovatelů péče potom zájem jednoznačně s tím, jak péče probíhá v čase, což znamená, že pečovatel reaguje na vlastní potřebu s formálním poskytovatelem spolupracovat. Co do forem vzdělávání jsou pečující ochotni přijmout různé varianty a to podle časových možností. Nejvíce se pak přiklání k instruktážím, což jen potvrzuje, že nejžádanější oblastí je osobní péče.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku tedy zní, že pečující mají potřebu a ochotu získávat a rozvíjet svoje kompetence ve všech oblastech, které zde byly zkoumány. Je rovněž patrné podle přednosti, jakou ve všech oblastech dávají právě seniorovi se sníženou soběstačností, že získané kompetence chtějí využít ve prospěch kvality péče. Získané poznatky by mohly být využity například při tvorbě edukačních programů pro

pečující osoby, jako zdroje pro poradenství i jako námět pro komunální politiku ve zveřejňování informací které pečující nezbytně potřebují.

Použité zdroje

BALOGOVÁ, Beáta. *Seniori v spektre súčasného sveta*. 1. vyd. Prešov: Akcent print, 2007. ISBN 978-80-89295-03-6.

CEJNOHOVÁ, Magda. Ošetrovatelská rehabilitace v komplexní domácí péči. In: *Sborník 3. mezinárodní konference sester domácí péče: Kvalita a efektivita domácí péče*. Brno, 2005, s. 1. ISBN 80-7013-418-6.

ČERNOCKÁ, Alena. Rozsah poskytované péče agenturami domácí péče. In: *Sborník 5. mezinárodní konference sester domácí péče*. Brno, 2009, s. 4. ISBN 978-80-7013-494-8.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.

FOGLAROVÁ, Petra. Vzájemné vztahy domácí péče a praktického lékaře. In: *Sborník 3. mezinárodní konference sester domácí péče: Kvalita a efektivita domácí péče*. Brno, 2005, s. 1. ISBN 80-7013-418-6.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetrovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

HAVLÍKOVÁ, Jana. Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi. *Sociální práce*. 2012, č. 4, s. 102-112.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HUBÍKOVÁ, Olga. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statutu neformální péče. *Sociální práce*. 2012, č. 4, s. 113-124.

CHOVANCOVÁ, Petra a kol. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. 1. vyd. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-807-3675-813.

JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: SLON, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.

JÍRA, Otakar, Jaroslava RAMPOUCHOVÁ a Vladimír VESELÝ. *Základy lektorské práce*. Praha: IDM MŠMT, 2004, 88 s. ISBN 80-867-8407-X.

KALVACH, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů: (pro studující lékařských fakult a praktické lékaře)*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova - Vydavatelství Karolinum, 1995, 214 s. ISBN 80-718-4001-7.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-718-4366-0.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s. CARE. ISBN 80-726-2455-5.

KITLIŇSKÁ, Jana. Dobrovolnictví jako příležitost k mezigeneračnímu učení. *Sociální práce*. 2012, č. 4, s. 126-133.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

KOTRUSOVÁ, Miriam, Karolína DOBIÁŠOVÁ a Jitka HOŠŤÁLKOVÁ. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. 2013, č. 6, s. 10-20.

KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana a Eva JANZÍKOVÁ. Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. *Fórum sociální politiky*. 2012, č. 2, s. 20-24.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby. *Sociální práce*. 2012, č. 4, s. 89-101.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-625.

MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 219 s. ISBN 978-80-244-2957-1.

MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujících*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010, 127 s. Pečuj doma. ISBN 978-802-5473-337.

MUSIL, Libor et al. Kultura poskytování osobních sociálních služeb: případová studie pečovatelské služby: zpráva z první fáze výzkumu. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2002.

MUSIL, Libor, HUBÍKOVÁ, Olga a KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Kultura poskytování osobních sociálních služeb: případová studie Pečovatelské služby: zpráva z druhé fáze výzkumu. Brno: VÚPSV, 2002.

MUŽÍK, Jaroslav. *Soubor základních pravidel a dovedností pro lektorskou práci*. Vyd. 1. Praha: Institut pro místní správu, 2005, 59 s. ISBN 80-869-7602-5.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

NOVÁK, Tomáš a BEASTEES. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 130 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4746-234.

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

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8.

PALÁN, Zdeněk. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2003, 199 s. ISBN 80-867-2303-8.

PALMER, Sara a Jeffrey B PALMER. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 223 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-802-6203-483.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

POKOJOVÁ, Radka, ed. Sborník 3. mezinárodní konference sester domácí péče "Kvalita a efektivita domácí péče": Brno, 15.4.-16.4. 2005. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 77 s. ISBN 80-7013-418-6.

POKOJOVÁ, Radka. Edukace pacienta. In: *Sborník 3. mezinárodní konference sester domácí péče: Kvalita a efektivita domácí péče*. Brno, 2005, s. 1. ISBN 80-7013-418-6.

RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Vyd. 1. V Brně: Georgetown, 1995, 192 s. ISBN 80-901-6042-5.

Sociální vyloučení a sociální politika. 1. vyd. Editor Tomáš Sirovátka. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006, 176 s. ISBN 80-870-0729-8.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-717-8274-2.

SVĚT, Libor. Domácí péče je drahá. In: Sborník 3. mezinárodní konference sester domácí péče: Kvalita a efektivita domácí péče. Brno, 2005, s. 2. ISBN 80-7013-418-6.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Slon, 2007, 284 s. Studie, 45. ISBN 978-808-6429-625.

TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. ISBN 80-716-9099-6.

TOŠNEROVÁ, Vlasta. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001, 62 s. ISBN 80-238-8001-2.

TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983, 284 s. ISBN -.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009, 366 s. ISBN 978-807-3201-371.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VESELÁ, Jitka. Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2002.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Národní plán přípravy stárnutí 2008-2012. Vydalo MPSV.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 2012.

Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 2012.

Příloha 1

Scénář rozhovoru k diplomové práci

Část A – Úvod

- Úvodní informace o tématu diplomové práce
- Souhlas respondenta s nahráváním
- Informace o zajištění anonymity výzkumu

Část B – otázky směřující k osobní zkušenosti s rolí pečujícího

Ve které domácnosti je péče poskytována?

Co všechno zahrnuje vaše péče, co podle vašeho názoru v rámci péče vykonávat?

Musela jste v souvislosti s péčí získávat nějaké informace, musela jste se něco pro výkon péče naučit?

Kde nebo od koho jste získala vaše současné informace, znalosti a dovednosti, které pro péči potřebujete a užíváte?

Když si s něčím v souvislosti s péčí nevíte rady, na který zdroj se nejčastěji obracíte?

Pocitujete někdy nedostatek znalostí a informací pro péči, tedy spíše v teoretické rovině?/ ve kterých oblastech péče?(příslušné zákony, medicínské informace, ...)

Máte někdy pocit nedostatečných dovedností, tedy spíše v praktické rovině péče? (manipulace s tělem, některé zdravotnické výkony jako jsou převazy apod.)

Měla jste nějaké povědomí o možnostech pomoci seniorům a pečujícím osobám před započatím péče? / máte je teď?

Máte povědomí o sociálních službách, víte, jak by vám mohly v péči pomoci?

Jaký vývoj celkového stavu u seniora o kterého pečujete, předpokládáte?

Máte pocit, že budete mít dostatek sil, znalostí, dovedností a informací pro další péči? / a pro zachování přijatelné úrovně vašeho celkového stavu?

Považujete možnost získání informací, znalostí a dovedností za pomoc v péči?

Jste členem, nebo máte zkušenost s nějakou organizací, která sdružuje osoby se zdravotním postižením a jejich blízké?

Získala jste touto cestou nějakou pomoc?/ v jaké podobě?

Část C – otázky směřující k životní situaci pečujícího

Měla jste předchozí zkušenost s podobnou péčí?

Je vám osobně poskytována nějaká pomoc s péčí ze strany rodiny?

Pomáhají vám jiní poskytovatelé služeb, např. sociální služby?

Potřebujete v péči odbornou pomoc?/ například zdravotní služby?

Je podle vás pomoc ze strany státu dostačující?

Máte pocit, že někdy na všechno co je spojeno s péčí nestačíte?/ co vám nejvíce chybí?

Vnímáte nějaké změny svého zdravotní, stavu v poslední době?

Dokážete si udělat sama na sebe čas, máte čas na odpočinek, zájmy a udržujete kontakty se svým okolím?

Zajímají se o vás a o to co děláte vši přátelé, známí, kamarádi?/kontaktují vás?

Zasahuje péče nějak do ekonomické situace vaší rodiny?

Co je pro vás v současnosti největším problémem ve spojitosti s péčí?

Domníváte se, že souběh péče poskytované jedním pečujícím a zároveň zaměstnání lze zvládat dlouhodobě? /pokud ne, jaká je podle vás hlavní příčina?

Pokud se podílí na péči o seniora i zdravotní nebo sociální služba, cítíte se jako její rovnocenný partner?/pocítujete v jejich přístupu nerovnost?/v čem spočívá?

Část D – potřeba získávat a rozvíjet znalosti a dovednosti

Dostává se vám od lidí, kteří pečují o vašeho příbuzného po odborné stránce dostatečné množství informací ?/ např. lékařů, rehab. pracovníků, sociálních prac.

Měla jste v minulosti, nebo máte nyní někdy pocit, že by bylo vhodné, aby vám byla poskytnuta instruktáž v některé činnosti, která se týká péče?

Domníváte se, že by vám vhodná forma nebo metoda vzdělávání v oblasti péče usnadnila péči a odlehčila zátěž?

Vyhovovala by vám forma vzdělávacího bloku, ve kterém byste získala veškeré informace o zdravotním postižení týkající se seniora, o kterého pečujete, včetně doporučení, postupů vhodných pro zavedení v péči apod.?

Bylo by pro vás vhodnější vybrat si jen dílčí otázky ke vzdělávání, podle vlastního uvážení?

Zaměřila byste se více na získávání teoretických znalostí, nebo praktických dovedností?

Na které odvětví byste se nejvíce zaměřila? / (legislativa, medicína, možnosti různých terapií pro seniora, kompenzačních pomůcek a bydlení, oblasti sociálních a zdravotních služeb, komunální politiky apod.)

Máte potřebu získávat informace, znalosti a dovednosti, které byste uplatnila pro svou vlastní osobu?/ Ve kterých oblastech?(Zdravotní stav, rehabilitace, pracovní uplatnění, zákony, zájmy, apod.)

Chtěla byste se vzdělávat ve skupině lidí se stejnými zájmy, nebo raději individuálně?

Kdybyste si měla vybrat formu a metodu vzdělávání, zvolila byste přímou účast, například v kurzu, přednášce, diskusi instruktáži apod.?

Vyhovovalo by vám více vzdělávání pomocí médií, literatury, brožur?

Máte zkušenost s internetem?/víte, co všechno se dá pomocí něj najít?

Máte pocit, že jste se doposud v průběhu péče hodně naučila a dodává vám to sílu?

Chtěla byste výhledově svoje praktické zkušenosti předávat dál? /např. v roli dobrovolníka, účastí v neziskových organizacích, svépomocných sdruženích lidí s postižením?

Část E – společenský kontext zajištění domácí péče

V čem podle vás nejvíce spočívá význam péče doma?

Jaká byla motivace k vašemu rozhodnutí pečovat doma?

Je vaše péče o příbuzného významná i pro ostatní členy rodiny?

Projevují ostatní rodinní příslušníci zájem o péči, kterou poskytujete vašemu příbuznému?

Považujete tuto činnost za plnohodnotnou práci, jako třeba zaměstnání?

Co pro Vás poskytování péče znamená?

Máte pocit, že širší společnost zajímá problematika seniorů a péče o ně v případě jejich nesoběstačnosti?

Část F – Závěr

Napadá vás ještě něco důležitého k tématu péče, pečující osoby a vzdělávání v této oblasti?

Chtěla byste se na něco zeptat Vy?

Děkuji za rozhovor, pokud budete mít zájem, mohu vás seznámit s výsledky.

Název práce: Vzdělávání v neformální péči jako forma podpory osobám pečujícím o seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí.

Anotace: Práce je zaměřena na problematiku péče o seniora se sníženou soběstačností v prostředí domácnosti, kterou poskytuje neformální pečovatel nejčastěji rodinný příslušník. Úvodní kapitoly teoretické části se zabývají obecnými poznatky o vývojové etapě stáří, vymezují pojmy stárnutí, stáří, senior a soběstačnost seniora. Z obecného pojetí je dále v práci vyčleněna problematika seniora se sníženou soběstačností, který potřebuje pomoc druhé osoby k plnění svých potřeb, v navazující kapitole je zmíněna formální a neformální podoba péče a jejich provázanost. Podrobnější pozornost je v teoretické části věnována osobě neformálního domácího pečujícího, podobě a rozsahu péče poskytované neformálním pečujícím, souvislostem péče a rodiny, možnostem a zdrojům pomoci pečující osobě a také rizikům spojeným s péčí o seniora v prostředí domácnosti. Dále se práce zaměřuje na šíři a funkci potřebných informací, znalostí a dovedností – kompetencí pečující osoby, které jsou nezbytné pro zajištění přiměřené péče o seniora v přirozeném prostředí a na přínos, který pro laického pečovatele mají. Potřebné kompetence pečujících osob jsou zmíněny v souvislosti s osobní péčí, s vazbou na formální sektor i v širších souvislostech jako je povědomí společnosti o péči. Závěr teoretické části je věnován vzdělávacím možnostem, formám a metodám, které by mohly pečující osoby akceptovat a využít ke získání nebo rozvoji vlastních kompetencí v těch oblastech péče, ve kterých cítí potřebu se vzdělávat. Klíčovým úkolem praktické části práce je zodpovězení hlavní cílové otázky „V jakých oblastech by se chtěla pečující osoba vzdělávat, aby získala nebo rozvíjela svoje kompetence potřebné k zajištění přiměřené péče o seniora se sníženou soběstačností v přirozeném prostředí?“ Vedlejším cílem je zjištění, kterou z forem a metod vzdělávání by pečující nejčastěji akceptovali a jaké jsou u pečovatelů rozdíly v přístupu ke vzdělávání podle náročnosti péče, kterou poskytují. Obsah praktické části tvoří popis cíle, popis metody a výběru vzorku, popis šetření, rozbor a závěr.

Klíčová slova: senior, soběstačnost, formální a neformální péče, pečující osoba, přirozené prostředí, kompetence, vzdělávání.

Thesis Title: Education in informal care as a form of support for those caring for the elderly with reduced capability of self-sufficiency in a home environment

Annotation: The thesis is focused on care for the elderly with reduced capability of self-sufficiency in a home environment that is being provided by an informal caregiver who is most often a family member. The introductory chapters deal with general knowledge about the developmental stage of late adulthood and old age, define the concepts such as aging, old age, senior and senior self-sufficiency. The thesis then focuses on seniors with the issues of reduced self-sufficiency who are in need of assistance from another person in order to fulfill their needs. The following chapter briefly explains the types of formal and informal care and the interconnection between these two. More detailed attention is in the theoretical part of this thesis given to informal caregivers in a home environment, the nature and extent of care provided by such informal caregivers, the context of care and family, help capabilities and resources provided to these caregivers and also risks associated with the care for the elderly in a home environment. Furthermore, the work focuses on the scope and function of needed information, knowledge and skills – competencies of caregivers necessary to ensure adequate care for the elderly in a natural environment, as well as on the benefits for these lay caregivers. Necessary competencies of caregivers are discussed in the context with personal care, linked to the formal sector, as well as to a broader context, such as awareness about care from the general public. The theoretical part is concluded with educational opportunities, forms and methods that caregivers could accept and utilize to acquire or develop their own competencies in the areas of care in which they feel the most need in. The key challenge of the practical part of this thesis is to answer the main target question "In what areas should a caregiver receive education and training in order to acquire or develop his/her competencies needed to ensure reasonable care for the elderly with reduced self-sufficiency in a home environment?" The secondary objective is to determine which forms and methods of education would be most widely accepted by the caregivers and what are the differences among the caregivers in terms of educational access according to the intensity of care they provide. The table of contents of the practical part consists of a description of the objectives, as well as the methods, sample selection, survey description, analysis and conclusion.

Keywords: senior, self-sufficiency, formal and informal care, caregiver, natural environment, competencies, education.