

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory
v regionu Trutnovska**

Bakalářská práce

Autor: Martina Motejlková
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor: **Martina Motejlková**

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název závěrečné práce: **Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory v regionu Trutnovska**

Název závěrečné práce AJ: Burden on Family Caregivers when Caring for Seniors in Trutnov Region

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V bakalářské práci se budu zabývat rodinnými příslušníky seniorů, kteří mají sníženou soběstačnost. Jak je člověk (rodinný příslušník) schopen se vyrovnat s péčí o dříve zdravého blízkého člověka. Možnosti péče o takového seniora. V praktické části budu provádět průzkum pomocí dotazníkového šetření mezi rodinnými příslušníky v regionu Trutnovska, kteří pečují nebo pečovali o seniora.

Garantující pracoviště: Oddělení sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Konzultant:

Oponent: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 18. 3. 2013

Datum odevzdání závěrečné práce:

Prohlášení

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

V Úpici, dne 28. 2. 2015

.....
Martina Motejlková

Děkuji Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za odborné vedené bakalářské práce. Děkuji panu profesorovi Elliot Aronson, Ph.D. za souhlas k použití dotazníku BURNOUT Measure. Děkuji Mgr. Kateřině Motejlkové za pomoc při statistickém zpracování dat. V neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu a trpělivost při mém studiu.

ABSTRAKT

MOTEJLKOVÁ, Martina. *Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory v regionu Trutnovska*. Hradec Králové, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u rodinných příslušníků, kteří pečují o nesoběstačného seniora. Teoretická část vymezuje cílovou skupinu – rodinné pečovatele a rodinné vztahy týkající se péče o starého člena rodiny. Dále popisuje problematiku syndromu vyhoření u rodinných pečovatelů. Zahrnuje definici syndromu vyhoření, popis příčin vzniku, popis faktorů ovlivňujících možné vyhoření, projevy a možnosti prevence syndromu pro rodinné pečovatele.

Metodická část se zaměřuje na problematiku poskytování péče seniorovi jeho rodinnými příslušníky. Průzkum byl realizován za pomoci kvantitativní metody prostřednictvím dotazníků. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že syndrom vyhoření a jeho prevence se týká nejen profesionálů v tomto oboru, ale také rodinných pečovatelů.

Klíčová slova: senior, nesoběstačnost, rodinný pečovatel, syndrom vyhoření, prevence syndromu vyhoření.

ABSTRACT

MOTEJLKOVÁ, Martina. *Burden on Family Caregivers when Caring for Seniors in Trutnov Region*. Hradec Králové, 2015. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bachelor thesis deals with burnout among family members, who care for not self-sufficient senior. The theoretical part defines the target group - family caregivers and family relationships relating to the care of an old family member. It also describes the issue of burnout among family caregivers. It includes a definition of burnout, description of the causes of origin, factors influencing the possible burnout, symptoms and prevention options for family caregivers.

The methodological part focuses on issues of caregiving for senior by family members. The results of the research showed that burnout and its prevention is problem not only for professionals in this field but for family caregivers too.

Keywords: senior, not self-sufficiency, family caregiver, burnout, prevention of burnout.

OBSAH

ÚVOD	2
1 RODINA A JEJÍ VZTAH K PÉČI O RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA SENIORA	4
1.1 Role partnerky či partnera při péči o seniora.....	8
1.2 Role dospělých dětí při péči o seniora.....	10
1.3 Role vnuček či vnuků při péči o seniora.....	13
2 PROBLEMATIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ V KONTEXTU RODINNÉ PÉČE.....	16
2.1 Definice a příznaky syndromu vyhoření	16
2.2 Faktory vedoucí k syndromu vyhoření.....	18
2.3 Možnosti prevence syndromu vyhoření pro rodinné pečovatele.....	21
3 METODICKÁ ČÁST	26
3.1 Hlavní cíl výzkumu a charakteristika dílčích cílů	26
3.2 Výzkumná strategie, operacionalizace	28
3.3 Výzkumný vzorek a organizace výzkumného šetření	30
3.4 Způsob zpracování získaných dat.....	30
3.5 Popis a interpretace výsledků výzkumného šetření.....	33
4 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
ZÁVĚR.....	48
SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ	51
SEZNAM TABULEK.....	53
SEZNAM GRAFŮ.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

ÚVOD

Důvodem volby tématu pro bakalářskou práci *Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory v regionu Trutnovska* je snaha upozornit na tuto problematiku, protože je z mého pohledu opomíjena. Již 20 let pracuji se seniory a z toho 11 let v domácí zdravotní péči, což je služba terénní. Poslední tři roky jsem na pozici vedoucí sociálních služeb (pečovatelská služba a osobní asistence) ve stejné organizaci. V praxi shledávám, že je veškeré dění směřováno k nesoběstačnému seniorovi, zda je o něho dobře postaráno, jestli nějakým způsobem nestrádá, nebo jestli mu dokonce není ubližováno. Jedná se spíše o kontrolu práce pečujících. Jsou na ně kladeny obrovské nároky ať už ze strany opečovávaného seniora, rodiny nebo sociální pracovnice, či sociální služby. Nikdo se však neptá, jak je pečujícímu, jestli zvládá péči psychicky, fyzicky, zda potřebuje pomoci sám sobě a v čem. A přitom první volbou v péči o seniora, kterému se snižuje soběstačnost (ať už z důvodu věku či nemoci), je rodinný příslušník.

V praxi vidím, že by se měla více věnovat pozornost rodinným pečovatelům, a to především proto, že pokud se rodinný příslušník rozhodne, že bude o svého jakkoliv nesoběstačného seniora pečovat, dopadá na něho stejná náročnost a zátěž péče, jako na profesionální pečovatele. Dle mého názoru je zátěž rodinného pečovatele oproti profesionálům pracujícím v terénních službách větší neboť, rodinný pečovatel má k opečovávanému citové vazby, a pokud je již opečovávaný ve stavu plné nesoběstačnosti, je pečující, na rozdíl od profesionála, s opečovávaným v kontaktu 24 hodin denně. Tato situace často vede až k syndromu vyhoření, který se zmiňuje zejména v souvislosti s profesionálními pracovníky pomáhajících profesí. Dle mého názoru se týká ve velké míře i rodinného příslušníka v roli pečovatele laika.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, zda se u rodinných pečovatelů pečujících o seniora vyskytuje syndrom vyhoření. Co může posílit vznik syndromu vyhoření u rodinných pečovatelů. Zda tuto skutečnost reflektují, a jaké strategie využívají, aby syndromu vyhoření předešli.

Hlavní cíl je pro lepší orientaci rozdělen do čtyř dílčích cílů. Prvním dílčím cílem chci zjistit, kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora. Druhým dílčím cílem chci zjistit, jestli se u rodinných pečujících vyskytuje syndrom vyhoření a v jaké míře. Třetím dílčím cílem chci zjistit, jaké faktory mají vliv na vznik syndromu vyhoření. A posledním, čtvrtým dílčím

cílem, chci zjistit, jaká preventivní opatření rodinní pečovatelé v rámci zkoumaného souboru využívají.

Průzkum byl realizován za pomoci kvantitativní metody prostřednictvím standardizovaného dotazníků, kde respondenti odpovídali na otázky týkající se rodinných pečovatelů a osob, o které pečují. Dotazník obsahoval otázky uzavřeného, polootevřeného i otevřeného charakteru, a také otázky škálové. Tato metoda byla zvolena pro potřeby zmapování situace k výše uvedené problematice v regionu Trutnovsko. Jedná se o území pokryté organizací sociálních služeb – Oblastní charita Trutnov. Výsledky průzkumu by mohly být využity k případnému zkvalitnění sociálních služeb v této organizaci.

Teoretická část je členěna do dvou kapitol, které se vztahují k vytyčeným cílům, a to: *Rodina a její vztah k péči o rodinného příslušníka seniora* a *Problematika syndromu vyhoření v kontextu rodinné péče*. První kapitola vymezuje cílovou skupinu – rodinné pečovatele. Jaké jsou rodinné vztahy týkající se péče o starého člena rodiny. Zda je rodina péči nakloněna či ne. Jakým způsobem se vyrovnávají se skutečností, že se jejich blízký stává nesoběstačným. Podkapitoly se zabývají problematikou péče jednotlivých pečujících, a to partnerů nesoběstačného starého člověka, jejich dospělých dětí a vnoučat. Přibližuje, co je pro ně při péči zatěžující některá pozitiva a negativa jejich péče. Druhá kapitola se zaměřuje na syndrom vyhoření u rodinných pečovatelů. Zahrnuje definici, popis příčin vzniku, popis faktorů ovlivňujících možné vyhoření, projevy syndromu vyhoření. Závěrem kapitoly jsou také uvedeny možnosti prevence syndromu vyhoření pro rodinné pečovatele.

Metodická část se zaměřuje na problematiku poskytování péče rodinnými příslušníky nejstaršímu členovi rodiny (seniorovi). Tato kapitola vytyčuje cíle bakalářské práce a specifikuje výzkumné otázky, které budou prostřednictvím kvantitativního průzkumu zodpovězeny. Nedílnou součástí kapitoly jsou také popisy postupu sběru dat, proces vyhodnocení získaných dat a interpretace a shrnutí výsledků.

1 RODINA A JEJÍ VZTAH K PÉČI O RODINNÉHO PŘÍSLUŠNÍKA SENIORA

V životě každé rodiny nastává období, kdy její nejstarší členové postupně ztrácejí svou soběstačnost a stávají se závislými na svých blízcích. V této době je na jednotlivých členech rodin, ale i na rodině jako celku, jakým směrem se bude dále odvíjet život těchto seniorů.

Kapitola vymezuje cílovou skupinu – rodinné pečovatele. Jaké jsou rodinné vztahy týkající se péče o starého člena rodiny. Zda je rodina péči nakloněna či ne. Jakým způsobem se vyrovnávají se skutečností, že se jejich blízký stává nesoběstačným. Podkapitoly se zabývají problematikou péče jednotlivých pečujících, a to partnerů nesoběstačného starého člověka, jejich dospělých dětí a vnoučat. Přibližuje, co je pro ně při péči zatěžující některá pozitiva a negativa jejich péče.

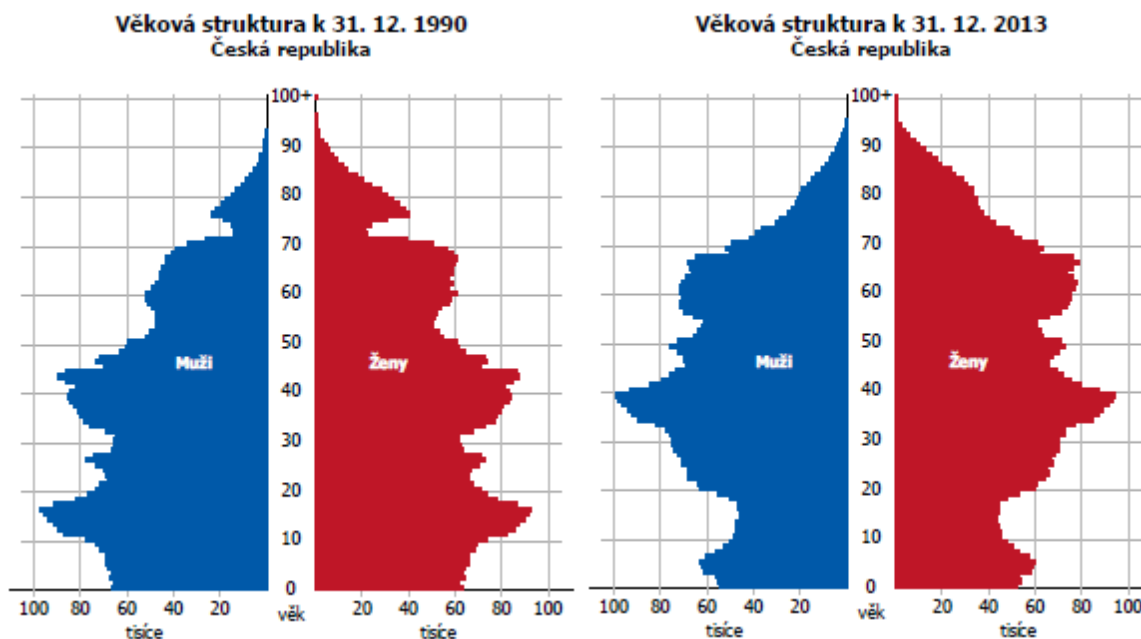
„Závislost starého rodiče na pomoci druhých se týká celého rodinného systému.“ (PICHAUD, a další, 1998 s. 68) Za slovem rodina se skrývají všichni její členové. Je zde partner, syn či dcera, kteří mají ke starému rodiči nejbliže. Jejich děti a také sourozenci. Rodina tvoří velmi komplexní systém vzájemných vztahů. (PICHAUD, a další, 1998)

„Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.“ (JAROŠOVÁ, 2006 s. 41)

V současné době je moderní tvrdý individualizmus. Důraz je kladen na dosažení vzdělání, kariéru a vysoké životní postavení. V chaotickém a uspěchaném světě se vytrácí schopnost pochopení, že člověk potřebuje žít s druhým a pro druhé, a proto se nedaří dosahovat kvalitních vzájemných lidských vztahů. Rodina a její soudržnost tak trpí. Do popředí se však dostávají instituce na těchto pokažených vztazích se přiživující.

Poprvé v historii žijí v jednom časovém horizontu čtyři generace rodinných vztahů, které však nemají vyjasněné vzájemné role. Staří lidé se cítí ohroženi dnešní dobou a poukazují na nevhodné společenské klima a výchovné vzory pro mladší generaci. Za společenskou prestiž je považováno mládí, krása, síla, dokonalost a flexibilita. Zapomíná se na to, že mladých lidí ubývá a počet starších osob stále narůstá, jak ukazují demografické tabulky Českého statistického úřadu. (KLEVETOVÁ, a další, 2008) Pro zajímavost uvádím na grafu č. 1 rozdíl ve věkovém rozložení obyvatel České republiky v roce 1990 a v roce 2013.

Graf 1: Věková struktura obyvatel ČR v roce 1990 a v roce 2013



Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/animovane_stromy_zivota

Dle mých pracovních a životních zkušeností nejsou zpravidla staří lidé připraveni na úskalí svého vyššího věku a moderní společnosti. Nečekali, že se dožijí tak vysokého věku, nebo netušili, jaká může být kvalita života ve vysokém věku.

Stát na sebe částečně převzal některé rodinné funkce (například prostřednictvím ústavních sociálních a zdravotnických zařízení), ale je nutné nezapomínat na podporu těch rodin, které jsou ochotné poskytovat péči svým rodičům i ve vysokém věku. Senioři osvobozují své mladé děti od povinností s odůvodněním, že mají spoustu své práce, a očekávají pomoc od sociálních a zdravotních zařízení. Střední generace necítí zodpovědnost připravit se na vlastní stáří ani vést své děti k úctě ke stáří.

Každé věkové kategorii je přisouzena nějaká role a stále častěji se stává, že jsou spolu jednotlivé věkové skupiny v rozporu, nedokáží si vzájemně porozumět, a snad nejvíce se tento jev projevuje vůči starší generaci. V dnešní době žijí prarodiče na rodinách svých dětí většinou nezávisle, samostatně. Prarodiče by však měli být pro rodinu a vnoučata nepostradatelným prvkem, který na ně působí svou zkušeností a vnáší do jejich života jiný úhel pohledu. (KLEVETOVÁ, a další, 2008)

Všichni členové rodiny nezaujímají vzhledem ke starému člověku stejnou pozici. Z geografického a sociálního hlediska nemají všichni stejnou možnost společného bydlení nebo častých návštěv. Také z pohledu vztahového může být poměr každého člena rodiny ke starému člověku naprosto odlišný např. dle věku, dle společných zážitků.... Vztahy mohou být mezi jednotlivými členy rodiny velmi různé – jsou příbuzní, kteří se mohou navštěvovat

často a snášejí se dobře, a ti, kteří se nesnášejí a nenavštěvují. Mezi tímto existuje celá škála vztahů. (PICHAUD, a další, 1998)

Haškovcová (1990) uvádí a s tímto názorem se také ztotožňují, že osaměle žijí lidé zejména ve městech, na vesnicích je situace příznivější. Hovoří o zúženém zázemí starých občanů. Tento jev však není přímo úměrný lidské opuštěnosti. Mezi rodinnými generacemi existuje jistá vnitřní blízkost. A oddělené bydliště po určitou dobu vyhovuje všem členům rodiny.

Zajímavý je z pohledu preferencí seniorů výzkum Bruthansové (in MÁTL, 2007), který ukazuje, že kdyby si typ potřebné péče mohli senioři zvolit sami, zhruba 48 % seniorů by chtělo zůstat doma a nechali by o sebe pečovat členy vlastní rodiny. K tomu by sociální služby v domácnosti případně chtělo využít pouhých 10 % seniorů.

Rodina je zdrojem podpory, ale je i zdrojem stresu. Harmonizace rozdílných zájmů jednotlivců v rodině je náročným úkolem. Konflikty osobních a generačních zájmů v rodině mají pomáhat řešit také sociální služby. (MATOUŠEK, 2003)

Dle Jarošové (2006) jsou nejčastějšími bariérami v péči o staré rodinné příslušníky: „...geografická vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny, pracovní povinnosti, nekvalitní interpersonální vztahy rodičů a dospělých dětí, nedostatečné kompetence dítěte péči poskytnout.“ (JAROŠOVÁ, 2006 s. 42) Jako pozitiva rodinné péče uvádí posílení vzájemných vazeb, společné sdílení a pocit sounáležitosti.

„Ošetrovatelská péče zahrnující rodinu je založena na emocionálních, sociálních a morálních aspektech. Vztah vzniklý v procesu rodinného pečování spočívá v kodexu chování mezi pečující osobou a starým nemocným člověkem závislým na péči, kterou lze vymezit následujícími znaky:

- *péče v rodině je zaměřena na ošetrovatelské potřeby jiného člověka*
- *péče se provádí na základě vzájemnosti*
- *role jsou zaměnitelné*
- *vztah mezi pečujícím a nemocným je osobní*
- *je snaha v průběhu péče co nejvíce respektovat samostatnost druhého (ztráta osobní nezávislosti je propojena se ztrátou osobní důstojnosti)*
- *cílem této péče je poskytnout pocit jistoty a bezpečí.“* (JAROŠOVÁ, 2006 s. 42)

Pacovský (in HAŠKOVCOVÁ, 1990) zdůrazňuje, že rodina musí „chtít, umět a moci“. Jestliže se chce rodina vážně a odpovědně postarat, musí pro tuto péči vytvořit určité předpoklady. Některé zvládne sama, v dalších jí musí pomoci společnost. Vlastní technice péče je možné se naučit, pokud budou pečující chtít a moci. Těch, kteří chtějí pomoci, je

mnoho. Je ale věci dobře vedené osvěty ukázat, jak takovou péči skutečně provádět. Zbývá mít možnost. Veřejnost není dostatečně informovaná o některých sociálních službách a možnostech. Někteří lidé mají zkreslené představy, že je vše možné a dostupné, jiní naopak vůbec netuší, jaké mají možnosti.

V médiích se převážně zveřejňují příběhy starých lidí, o něž se rodina nestará, což ovšem vede ke spoustě nedorozumění. Zveřejňovat by se měly také případy opačné: je spousta rodin, které se obětavě a s vynaložením velké námahy starají o staré rodiče či prarodiče. Řada rodin se o své staré členy stará dlouhou dobu – měsíce i léta. *“Jak je to namáhavé, vědí ti, kteří o starého člověka pečovali a pečují. Máme morální povinnost pomoci všem těmto statečným, kteří se starají a starat chtějí, a pomoci jim tím, že převezmeme na určitý čas péči, která překlene obtížné časy.”* (HAŠKOVCOVÁ, 1990 s. 236) Z důvodů sociálních, psychických i ekonomických je nutné opět a výrazným způsobem zapojit rodinu i laickou veřejnost do péče o staré osoby. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

Úkolem společnosti je motivovat rodinu, a to morálně, legislativně, sociálně a ekonomicky. Dále pak vytvořit dostatečné spektrum a kapacity sociálních služeb, které by pomáhaly rodině tuto funkci plnit. (KLEVETOVÁ, a další, 2008)

Pro rodinu, která je postavena před novou životní situací, a to nesoběstačnost starého člena rodiny, je tato situace zátěží, krizí, kterou musí řešit, se kterou se musí vypořádat. Stejně jako v jiných zátěžových situacích rodina či jedinec procházejí několika fázemi vyrovnávání se s touto krizovou situací. Nejprve nastává fáze šoku a popření, kdy rodina či jedinec odmítají uvěřit diagnóze, nenávratnosti zdravotního stavu, či prostému faktu stáří a potíží s ním souvisejících. Následuje fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem, kdy se rodina či jedinec učí přijímat skutečnost, postupně se vyrovnává s realitou. V této fázi často dochází ke konfliktům mezi rodinnými příslušníky a je zde tudíž velmi důležitá pomoc a podpora ze strany široké rodiny, blízkého okolí a odborníků. Poslední je fáze smíření a realismu, kdy dojde k přijetí skutečnosti, opět nastane rovnováha v rodině a většinou pokud tuto situaci rodina zvládne až do této fáze, upevní to její soudržnost. (SLOWÍK, 2007)

Dlouhodobě pečovat o starého a nemocného člověka je vyčerpávající. Dědeček či babička se společností mohou jevit jako roztomilí, trochu zapomnětliví, či lehce popletení a výřeční. Zkuste však tyto projevy snášet denně několik let, k tomu námahu z každodenní péče a vědomí, že se situace v budoucnu změní pouze k horšímu a pochopíte vyčerpání a prožívanou úzkost pečujících. (HAŠKOVCOVÁ, 1990) Obtížnost zvládnutí této situace vídám v praxi každý den.

Role pečovatele je ve většině rodin ženskou záležitostí. Pro ženu z toho vyplývá velká pracovní zátěž a větší odpovědnost, oproti mužům. Příchod nového úkolu, postarat se o starého rodiče, ji ovšem nezabaví ostatních povinností. A k tomu se ještě všemi možnými prostředky snaží zabránit, aby nedošlo k narušení rodinné rovnováhy příchodem nemocného nebo handicapovaného člena rodiny. (PICHAUD, a další, 1998)

„Zheng Wu a Michael Pollard rozlišili tři přístupy k explanaci „fungování“ systému sociální podpory: Podle hierarchického, kompenzačně substitučního modelu nastupují v případě potřeby či krize nejprve manželští partneři, pak dospělé děti a teprve poté, jsou-li nedostupní, vzdálenější příbuzní, sousedi a přátelé, eventuálně formální organizace.“ (SÝKOROVÁ, 2007 s. 169) O tomto pojednávají následující podkapitoly.

1.1 Role partnerky či partnera při péči o seniora

Tato podkapitola se věnuje vztahu mezi partnery, kdy jeden pečuje o druhého. Právě partner, dokud to jeho zdravotní stav dovoluje, je prvním, kdo začíná s péčí o seniora. Pečující partner či partnerka seniora, který se stává závislým, jsou věkově ve stejném životním období jako opečovávaný, tedy většinou je jim přes 75 let. Tento věk je spojený s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem a se zvýšeným rizikem vzniku různých zátěžových situací, které již pro člověka bývají těžko zvládnutelné. Schopnost adaptace na zátěže závisí na osobnosti člověka, jeho zkušenostech, hodnotovém systému a také na jeho aktuálním psychickém a fyzickém stavu. (VÁGNEROVÁ, 2007)

„Obecně s věkem klesá vitalita a energie. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace. Chůze se zvolňuje, gesta se zmenšují, je jich méně i co do počtu. Řeč starých lidí bývá pomalejší, někdy rozvláčná. Veškerá činnost trvá starému člověku déle. Na druhé straně je toto negativum zpravidla vyrovnáváno systematičností, důsledností a důkladností.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1990 s. 95)

Soužití ve stáří posiluje potřeba větší partnerské solidarity. Je to určitá záruka opory při zátěžových situacích. Partner je blízkým člověkem, stabilním společníkem, který bývá vždy k dispozici a lze od něj očekávat porozumění, podporu a pomoc. Problémy jednoho z manželů se vždy týkají i toho druhého. Starší člověk je k podpoře svého partnera motivován i svými vlastními potřebami. (VÁGNEROVÁ, 2007)

Partnerské soužití ve stáří má většinou pozitivní vliv na pocit životní spokojenosti a významně modeluje také ostatní sociální vazby. Partneři vůči sobě vystupují primárně jako

potenciální pečovatelé, jimž dospělé děti poskytují obvykle doplňkovou pomoc a citovou oporu. (JAROŠOVÁ, 2006)

Vzhledem k pocitu autonomie starých lidí hraje roli, kdo a s čím pomáhá. Přičemž partnerství (manželství) vnímají jako spleť vzájemné každodenní závislosti a průběžně poskytované pomoci, a to včetně pomoci v nesoběstačnosti. (SÝKOROVÁ, a další, 2004)

V průběhu let manželského soužití se mezi mnoha lidmi vytváří jakýsi nevyslovený závazek, a to myslet na potřeby druhého víc než na ty své. Což v životě často znamená, že emocionální pohodlí partnera má přednost před vlastními potřebami. Omezit své potřeby, aby druhý měl klid a neočekávat, že se partner naučí se mnou žít, i když ho zneklidňuji, a totéž očekávat i od sebe. Kdo se takovému chování podřizuje, často po nějaké době pocítí nespokojenost ve vztahu, která může vést k častým hádkám. (KOPŘIVA, 1997)

Ve své praxi se běžně setkávám s tím, že roli pečovatelky přebírají především ženy. Společnost považuje za normální, že se manželka postará o svého manžela, očekává, že bude schopna a ochotna tento úkol přijmout a zvládnout. Jestliže se žena zachová jinak, je potrestána větším společenským odsouzením, než by byl potrestán muž za toto rozhodnutí. Od mužů se přijetí zodpovědnosti za péči o nemocnou manželku neočekává. Společnost totiž nepředpokládá, že by starší muž mohl tak obtížnou situaci zvládnout sám. Z toho vyplývá i jeho ocenění za stejnou péči. Muži navíc, když se v této situaci ocitnou, hledají odbornou pomoc nebo se obrátí na příbuzné. Je pro ně snadnější o pomoc požádat a pomoc přijmout. A proto nezůstávají na péči o těžce nemocnou manželku sami. Na druhou stranu dovedou i oni zvládat zátěž komplexní péče. Prožívají ji jinak než ženy a má pro ně jiný smysl. Muži kladou důraz na solidaritu s manželkou a na chlapeckou statečnost, která vydrží i v krizových situacích. (VÁGNEROVÁ, 2007)

Co se týká informovanosti seniorů, informace „... o možnostech řešení nepříznivé sociální situace jsou omezené (existuje zde velká informační asymetrie). Podle Veselé a Janaty (1999, in Mátl) lze největší problém spatřovat v neinformovanosti pramenící z nezájmu starších lidí o možnosti péče do doby, kdy se situace klienta stane akutní a je třeba ji řešit.“ (MÁTL, a další, 2007 s. 38)

Zhoršení zdravotního stavu vlivem nemoci manželského partnera je zdrojem častého a dlouhotrvajícího stresu, bývá prožívána jako vlastní ohrožení. Starší člověk má strach ze ztráty partnera, z jeho nemožnosti, ale také ze změny stylu života. Je nucen omezit své potřeby a věnovat se nemocnému manželovi. Pokud by to neudělal, trpěl by pocity viny a stejně by nebyl spokojen. Pod vlivem těžké nemoci jednoho z manželů se mění role obou, včetně jejich vzájemných vztahů. Nemocný člověk se dostává do submisivní a závislé pozice

a pečující partner získává dominantní postavení a moc, ale také značnou zodpovědnost, mnohdy větší, než je schopen unést. Adaptabilita starších lidí je někdy až překvapivá, jsou schopni se přizpůsobit změnám vynucených nemocí, zvláště pokud nejsou nároky na péči nadměrné a nezvládnutelné. (VÁGNEROVÁ, 2007)

Dříve či později jeden z partnerů umírá. Víme, že je to častěji muž, jak ukazují úmrtnostní tabulky ČSÚ. Stárí je problémem starých žen, vdov. Partner jim zemřel a přátelé jsou nemocní. Zbývají nejbližší členové rodiny. A starý, osamocený člověk si začne klást otázky jako: Postarají se o mne mé děti či vnuci? Neodmítnou mě? A když mě přijmou nemohoucího, budou se schopni postarat? Budou k tomu mít možnosti, čas a prostředky? Nekomplikují jim život? Nemám se raději obrátit na nějakou instituci? A přitom ví, že nejlepší je zůstat doma. Přimyká se proto k některému konkrétnímu příbuznému, od něhož předpokládá účinnou pomoc. Také pozdní sňatek může být vhodnou volbou, jak pro seniora tak pro příbuzné. Nový partner rád a ochotně přebírá funkce starání se. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

1.2 Role dospělých dětí při péči o seniora

V případě, že partner seniora již není schopen se postarat, nebo již není z nějakého důvodu k dispozici (úmrtí, odchod od rodiny, apod.), nastupují do role pečujících dospělé děti seniora.

Součástí mezigenerační solidarity je vzájemná emoční vazba, ze které vyplývá citová opora (porozumění, láska, náklonnost, empatie), kognitivní podpora (poskytování rad a informací), a také reálná pomoc, která je do určité doby vzájemná, ale většinou nesymetrická. Častěji totiž pomáhají staří rodiče svým dětem, a to do doby, než tuto schopnost díky zdravotním potížím ztratí. Vztahy mezi dospělými dětmi a starými rodiči se mění v závislosti na úbytku různých kompetencí rodičů. Zpravidla se nejedná o změnu citové vazby, ale spíše o změnu vzájemné závislosti. V České republice je zafixovaná normou vědomí povinnosti postarat se o své zestárlé rodiče. Dospělé děti středního věku tuto povinnost akceptují jako samozřejmost, bez ohledu na volbu způsobu realizace péče. (VÁGNEROVÁ, 2007)

Soběstačnost rodičů je pro dospělé děti determinantou jejich vlastní autonomie - nejsou omezováni, vázáni, mohou žít svým životem, svobodně se rozhodovat. „Ztráty těchto hodnot se dospělé děti obávají, když uvažují o perspektivní závislosti rodičů, tytéž vnímají jako aktuálně ohrožené v případě jejich reálné nesoběstačnosti. Tehdy jsou však obavy dětí zastřeny nutností se k dané situaci „postavit“ a řešit ji.“ (SÝKOROVÁ, 2007 s. 115)

Carolyn Keith (in SÝKOROVÁ, 2007) identifikovala tři modely příbuzenské pomoci: model primárního pečovatele (jeden z příbuzných zajišťuje všechnu péči sám), model partnerský (dva sourozenci mají srovnatelnou autoritu a participaci při rozhodování, odpovědnosti a realizaci pomoci, při omezeném podílu dalších sourozenců), model týmové spolupráce dospělých dětí (společně organizují, plánují a poskytují pomoc rodičům).

Starý osamělý člověk se často vědomě přimyká k některému konkrétnímu potomkovi, jako k potencionálnímu pečovateli. Je překvapující, že ne vždy se jedná o „nejoblíbenější dítě“. Právě svému nejmilejšímu nechce přidělovat starosti. Někdy může být tento potomek také nejrozmazlenější a je nasnadě, zda zvládne náročnou péči o zestárlého rodiče. Často se o starého rodiče stará méně oblíbený potomek, který tuto pomoc poskytuje právě proto, aby staré matce či otci, ale také sobě dokázal, že on je lepší, a nespravedlivě zůstával na druhé koleji. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

Sladit požadavky nesoběstačných starých rodičů s nároky a možnostmi dospělých dětí je těžké. Starý člověk má žít a dožít v rodině. Dospělé děti mají povinnost poskytnout péči svým starým rodičům. Tato povinnost je založena morálně i legislativně (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Předpokládejme, že se většina dospělých dětí chce postarat o staré členy rodiny. Jenomže vztah mezi přesvědčením a výsledným konáním je složitý. Přesvědčení „postarat se“ totiž nestačí, pokud k tomu chybí podmínky. Zákonné postihy plynoucí z „nestarání se“ jsou minimální, nebo žádné. Je těžké prokázat ono „nestarání se“, protože není jasně definováno, co se tímto pojmem rozumí. Jednou za týden nakoupit? Dvakrát za měsíc nanosit uhlí? Nebo denně pečovat o svérázného dědečka či babičku a zajišťovat veškeré jejich životní potřeby.

Dospělé děti se dovolávají svých práv a zároveň uznávají svou povinnost vůči starým rodičům. Obojímu však nelze dostat v celé šíři. Je třeba volit. Prohrávají ti slabší, tj. staří lidé. Péče o ně je přijímána jako úkorná zátěž, a ne jako samozřejmá povinnost. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

„... zapomenutou hodnotou je oběť či sebeoběť. Protože preferujeme rozvoj vlastní identity a nezávislosti, nemůžeme vytvořit těm mladým model chování, v němž osobní oběť, potlačené či redukované pohodlí vlastní osoby má určité opodstatnění. Z téhož důvodu ve stáří neumíme pomoc druhých přijmout. Starý člověk má strach a zamlčuje jej. Má pocit, do jisté míry přirozený a oprávněný, že jej mohou pochopit jen vrstevníci.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1990 s. 100)

Pro dnešní české rodiny je typické, že jen malá část starých rodičů žije se svými dětmi ve společné domácnosti. Ale často bydlí relativně blízko sebe, ve stejném městě či obci.

Tento postoj je výrazem potřeby autonomie. Rodinné vztahy se v důsledku odděleného bydlení spíše stabilizují, jelikož se snižuje riziko vytváření konfliktů. Dospělé děti, které nemají partnera, často žijí v domácnosti svých rodičů, což se samozřejmě odrazí i v jejich vzájemném vztahu, protože nemuselo dojít k úplnému odpoutání rodiče a dítěte a snižování soběstačnosti rodičů vzájemnou symbiózu může ještě posílit. (VÁGNEROVÁ, 2007)

Také stárnoucí člověk si chce zachovat jistou individuální intimitu. Staří rodiče se nechtějí stát břemenem vlastních dětí. Dvougenerační domky či byty, splňují požadavek samostatného bydlení, což si ovšem nemůže každý dovolit. Je zřejmé, že sestěhování se naráží na neochotu starých i mladých. Jde o psychické zábrany dané potřebou vlastní nezávislosti a obavami tuto nezávislost porušit, a to na obou stranách. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

Ze svého pohledu staří lidé pomoc dětí nespojují s omezením své samostatnosti v rozhodování. Nepovažují se za nesoběstačné, pokud se pomoc týká těžších prací jako velkého úklidu, nákupu, vyřizování na úřadech nebo dopravy. Hůře staří lidé prožívají pomoc dětí s běžnými činnostmi, s pravidelnou, permanentní, časově neohrazenou pomocí. (SÝKOROVÁ, a další, 2004)

Četné výzkumy shodně ukazují, že dospělé děti pečují o starší rodiče širokým spektrem činností. Z materiální pomoci jde převážně o pomoc s namáhavými domácími pracemi, zprostředkování styku s úřady, pomáhají s dopravou, údržbou bytu, či domu. Senioři si domácnost většinou obstarávají sami a děti nastupují až tehdy, jsou-li rodiče nemocní. Střední generace čelí při pečování o staré rodiče různým překážkám a bez problémů zvládá tuto krátkodobou pomoc. Již pouhá představa budoucí závislosti starých rodičů a potřeba dlouhodobé péče v ní vzbuzuje úzkost a napětí. Přesto vzhledem k hypoteticky zvažované situaci deklaruje značnou míru ochoty pečovat. V reálné krizové situaci většinou péči přebírá a snaží se udržet rodiče v domácím prostředí tak dlouho, jak je to možné. Ovšem prožívaný stres se stává hlavním důvodem, proč nakonec svěřují rodiče do ústavní péče. (SÝKOROVÁ, 2007)

Péče o starého, nemocného a málo mobilního člověka, znamená pro rodinu mnoho změn. Čím je člověk méně soběstačný, tím více času mu musíme věnovat. Musíme slevit ze svých nároků na nezávislost. Je však velká pravděpodobnost, že tak, jak my se postaráme o svoje rodiče, postarají se stejně o nás naše děti. (HOLEKSOVÁ, 2002)

Dospělé děti, které mají zkušenost s péčí o nesoběstačného rodiče, vyjadřují starost, obavy, strach o rodiče, pocit bezmoci, zažívanou psychickou zátěž. Strategie, jimiž děti zvládají péči o nesoběstačného rodiče, zahrnují přerušování pracovního poměru, pokud je to

možné dělbu odpovědnosti mezi dospělými dětmi a jejich rodinami, využívání zdravotní a pečovatelské služby, a dalších. Za velmi důležitou pro zajištění péče považují podporu vlastní rodiny, pochopení partnera, ochota ke kompromisům, spoluúčast blízkých na pomoci, ale také například vstřícnost zaměstnavatele. (SÝKOROVÁ, 2007)

1.3 Role vnuček či vnuků při péči o seniora

V rámci mezigenerační solidarity významnou roli zaujímají také vztahy prarodičů a vnuků. Vnuci a vnučky nastupují do rolí pečovatelů v mnoha případech, nebo vypomáhají s péčí svým rodičům (dospělým dětem seniora). Zajišťují jim možnost střídání v péči, zpestření péče mladým člověkem, jinými názory a přístupy.

Vztahy prarodičů a vnuků bývají jiné než vztahy s dospělými dětmi středního věku. Prarodiče předávají nejmladší generaci rodinné tradice a rodinné příběhy. V jejich postoji vůči vnukům převažuje emoční složka, spojená s tendencí k opečovávání, které může vést až k ochranářství. Vzhledem k tomu, že jejich zodpovědnost za výchovu je slabší, než byla za vlastní děti, bývají tolerantnější a méně kritičtí. Proto nedochází tak často ke konfliktům. Prarodiče jsou oproti rodičům ve zcela jiné pozici a vnuci tudíž nemají potřebu příliš se vůči nim vymezovat. Podoba vztahu prarodičů k vnukům (VÁGNEROVÁ, 2007)

Vágnerová (2007 s. 393-394) popisuje tři fáze vztahové symetrie prarodičů a vnuků, které závisí na věku:

1. „*Fáze asymetrického vztahu autority prarodičů k vnukům v dětském věku.*“ Prarodiče v tomto období většinou bývají ještě aktivní a soběstační. Starají se o vnuky v předškolním či školním věku. Jsou pro ně významnou autoritou, kterou vnuci plně akceptují, jsou vítanými společníky. Prepubertální dítě je potřebuje a poskytuje jim pozitivní zpětnou vazbu. Vnuci však začnou dospívat a jejich vzájemný vztah se mění.
2. „*Fáze postupné symetrizace rolí.*“ Dospívající děti se osamostatňují a emancipují z vazby na rodinu, a tudíž se mění i jejich vztah k prarodičům. Prarodiče pro ně v této době bývají méně atraktivní, nejsou již ochotni se jim svěřovat, trávit s nimi volný čas. Nelze však říci, že dochází k úbytku citové vazby. Prarodiče však často příliš emočně tento vývoj prožívají a chování vnuků si nesprávně interpretují. Mívají pocity nevděku, citové ztráty a narůstající bezvýznamnosti.
3. „*Fáze nové asymetrie, kdy se staří lidé stanou závislými na pomoci mladších členů rodiny, to znamená i na generaci vnuků.*“ Nejmladší generace tím získává novou dominantní roli a určitou míru zodpovědnosti za závislého, ne zcela soběstačného

prarodiče. Mladí lidé bývají k nezvyklým projevům prarodičů mnohdy tolerantnější než jejich rodiče. Akceptují jejich osobnostní proměnu s menšími problémy. Nevadí jim zapominání a různá podivínství, nenutí je dodržovat striktní pořádek a životosprávu. Dopřejí jim i to, co jim udělá radost. Nedráždí je iracionální potřeby prarodičů, protože k nim přistupují jinak než střední generace. „*Mnohdy se v této době alespoň částečně obnovuje solidarita vnuků se starými prarodiči.*“ Nejsou sice schopni převzít zodpovědnost za veškerou péči, ale jsou ochotni se na ni podílet, zvláště když mají na babičku a dědečka hezké vzpomínky. Smrt prarodiče bývá pro nejmladší generaci jedním ze symbolických mezníků definitivního konce jejich dětství, s nímž je osoba prarodiče asociována.

Shodují se s názorem Haškovcové (1990), která k tomuto tématu podotýká, že střední generace výrazně prodlužuje svou rodičovskou funkci. Děti považují samozřejmě, že jim rodiče a prarodiče proslapávají životní cestu a také oni považují za normální přispívat jim na byt, auto, či dovolenou. „*Jestliže neumožníme kalendářně dospělým dětem skutečně lidsky vyžrát tím, že je necháme stát na vlastních nohou, se všemi klady i zápor, které toto postavení „dospěláka“ přináší, kopeme si vlastní hrob. Závislé dospělé dítě považuje své dotující rodiče za nezávislé, a závislý mladý člověk tudíž „nemůže“ převzít odpovědnost a péči o rodiče, kteří se právě stávají závislými. Svým neuváženým chováním se tak „bezpečně staráme o to, že naše dospělé děti zůstanou věčnými kojenci, kteří dovedou pouze přijímat, ale už ne dávat.*“ (HAŠKOVCOVÁ, 1990 s. 231)

Shrnutí

V kapitole číslo 1 jsem krátce popsala typy rodinných vztahů a vztahů jednotlivých členů rodiny k seniorovi, který vzhledem ke své nesoběstačnosti potřebuje pomoc rodiny. Uvědomění si, že součástí rodiny nejsem jen „já“, kdo musí vše zvládnout a zajistit, ale že jsou tu i druzí, a uvědomění si vzájemných vztahů v rodině hraje velkou roli v péči o osobu blízkou (seniora) a zvládnání této situace kvalitním způsobem a v únosné míře pro všechny zúčastněné.

Mnoho autorů se zabývá problematikou vztahů v rodině při péči o staré lidi. Všichni se shodují, že přijmout roli pečujícího není pro členy rodiny snadné. Ovšem je zde vidět rozdíl v obsahu péče jednotlivých členů rodiny. Každý člen rodiny se nachází v jiném životním období, a tudíž také péči o seniora vnímají rozdílně. Mají rozdílné názory a životní zkušenosti. Mají různé možnosti a schopnosti při získávání informací o péči. Mají rozdílné citové vazby k opečovávanému atd. Partneři téměř automaticky přebírají komplexní péči o

starého člověka. Jejich děti již zvažují, kdo z nich se postará, jestli se starými rodiči mají či nemají bydlet, a kde, v jakém rozsahu jsou schopni se starat a zda to bude pro starého člověka dostačující atd. Oproti tomu vnuci ani tak neřeší praktickou část péče, ale spíše myslí na psychickou pohodu starého člověka. Péče rodiny o její staré členy je pro jednotlivé rodinné pečující velmi zatěžující. Znamená to pro ně změnit svůj dosavadní život a přizpůsobit ho potřebám starého, závislého člověka. Což má vliv nejen na pečujícího, ale také na jeho rodinu. Jsou různé formy nesoběstačnosti starého člověka, od kterých se odvíjí náročnost péče.

Na to jaká je realita praxe se zaměřuje výzkumná část, kde jsou zodpovězeny otázky typu: Je péče o starého člověka doménou dětí či vnuků nebo spíše partnerů? V jakém rozsahu a jak dlouho o starého člověka pečují? Žijí rodiče a děti při péči ve společné domácnosti nebo odděleně? V jakém stupni závislosti se nacházejí staří lidé, o které rodina pečuje, což má vliv na míru zátěže pečujícího. A především jakou míru zátěže zvládají partneři starého nesoběstačného člověka, co se týká závislosti? Neboť mnohdy sami na sobě zakoušejí útrapy stáří.

2 PROBLEMATIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ V KONTEXTU RODINNÉ PÉČE

U profesionálů v pomáhajících profesích se syndromu vyhoření věnuje spousta odborníků. Také v praxi je toto častým tématem, vzhledem k náročnosti těchto profesí. Ale jsou opomíjeni rodinní příslušníci v rolích pomáhajících. Ti se o syndromu vyhoření, pokud se sami nezajímají o tuto problematiku, prakticky nedozvědí. A přitom je to skupina pečujících, kteří, když už pečují o starého člověka v těžkém stavu (imobilního, dementního, či umírajícího), jsou pod stálou zátěží po 24 hodin denně a mnohdy bez možnosti zastoupení, či jiné úlevy. Nemají možnost, jako profesionál, odejít po pracovní době ze zaměstnání.

Kapitola se tedy zaměřuje na syndrom vyhoření u rodinných pečovatelů. Zahrnuje definici, popis příčin vzniku, popis faktorů ovlivňujících možné vyhoření, projevy syndromu vyhoření. Závěrem kapitoly jsou také uvedeny možnosti prevence syndromu vyhoření pro rodinné pečovatele.

2.1 Definice a příznaky syndromu vyhoření

Pro pečujícího je péče o starého imobilního člověka, často dementního, případně umírajícího velmi náročná. Reakcí člověka na mimořádně zatěžující práci je syndrom vyhoření, kdy dochází k úplnému fyzickému, emočnímu a duševnímu vyčerpání a člověk dojde k závěru, že již nemůže dál, jde o stav pocitu beznaděje. Nejčastěji vzniká dlouhodobým působením chronického stresu. Stres provází náš každodenní život a je na nás, jakým způsobem se působení stresorů bráníme. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy pomáhající profese, ale také osoby vysoce motivované ke své práci, nadšené, a s vysokými ambicemi, dále lidé pečliví, soupeřiví, odpovědní, uspěchaní, lidé, kteří neúspěch považují za osobní porážku. (HOLEKSOVÁ, 2002)

Za nejvýstižnější považuji tuto definici: Syndrom vyhoření je stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně náročných situacích. Vyskytuje se v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců. (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

Stejně jako u profesionálů, tak i u rodinných pečovatelů se relativně často setkáváme s fenoménem špatného zacházení se seniory. Může se projevovat různými způsoby jako tělesné týrání, emocionální týrání, materiální a finanční zneužívání či zanedbávání péče. Toto

jednání je jednoznačně neomluvitelné, ale velmi často souvisí s přepracovaností pečovatelů, kteří nemohou nalézt východisko z dlouhodobě náročné a neúnosné situace. (SLOWÍK, 2007)

„Pro staršího člověka může být každodenní péče o těžce nemocného partnera fyzicky i psychicky příliš náročná, leckdy jsou její nároky až neúnosné, zejména pokud je s nemocným sám. Tato povinnost ho vyčerpává natolik, že ji po určité době přestává zvládat a zároveň si uvědomuje, že ji zvládnout musí. Dlouhodobá péče o bezmocného či demenčního manželského partnera může vést až k syndromu vyhoření. Ten se vyskytuje u žen v důchodovém věku, které jsou k partnerovi vzhledem k jeho bezmocnosti trvale připoutány a izolovány v domácnosti v roli pečovatelky. Těmto ženám chybí nejen odpočinek, ale i kontakt s jinými lidmi, příjemné zážitky a přijatelná perspektiva. Dlouhodobé připoutání k závažně nemocnému člověku může posilovat jejich sebeúctu a někdy i vzájemný vztah obou manželů, ale jinak mnoho pozitivního neposkytuje. Kromě celkové vyčerpanosti zvyšuje pesimismus, sklon k rezignaci, apatii a ztrátu zájmu o cokoli. Děje se tak zejména tehdy, jestliže se nemocný partner mění psychicky a přestává reagovat očekávaným způsobem. Pečující člověk se může cítit izolován, frustrován a prožívat různé negativní emoce (vztek, úzkost, deprese apod.), které většinou ani nemůže dát najevo, protože by to bylo sociálně nepřijatelné. Pokud se obětování partnerovi stalo smyslem života pečujícího, je pravděpodobné, že se zhroutí po jeho smrti.“ (VÁGNEROVÁ, 2007 s. 375-376)

Péče o starého, vážně nemocného člena rodiny, je pro pečující skutečně velmi náročná. Pro pečující osoby je velmi důležité zachování vlastního tělesného i psychického zdraví. Řada odborníků zastává názor, že situaci vyčerpání se u pečujících osob dá předejít. (SÝKOROVÁ, a další, 2004)

Typické příznaky syndromu vyhoření, které člověk pociťuje, jsou: nechuť k práci, rychlá únavnost, úzkost, nízké sebevědomí, pocit bezmocnosti a bezcennosti, neustálé napětí, smutek, je bez nálady, nešťastný, zklamaný, plný obav, bez nápadů a iniciativy. K ostatním lidem se chová lhostejně, nezajímá se o jejich problémy, není schopen se do druhých vcítit. Také blízcí pečujícího by si měli všimnout příznaků syndromu vyhoření a upozornit pečujícího na ně, případně převzít iniciativu a situaci řešit. Na venek se projevují: necitlivým chováním k druhým lidem, omezení se na stereotypní a rutinní práci, snížení kvality práce, zdravotní potíže, lhostejnost, nezájem o okolí, konfliktnost, omezení kontaktů s okolím, zvýšenou konzumaci návykových látek apod. (HOLEKSOVÁ, 2002)

„Pečování, hlavně je-li dlouhodobé a fyzicky i psychicky náročné, představuje pro rodinného příslušníka vysokou zátěž. To pak může vést k zhoršování vztahů v rodině, ke ztrátě

přátel, omezení společenských vztahů, izolaci a často také k rozvoji zdravotních a ekonomických problémů pečovatele. Mnoho pečujících rodin střední generace potřebuje a bude potřebovat odbornou pomoc institucí (sociálně zdravotní služby) a podporu a pomoc morální, legislativní, ekonomickou.“ (JAROŠOVÁ, 2006 s. 42-43)

2.2 Faktory vedoucí k syndromu vyhoření

Závislost starého člověka na péči způsobují tělesná či mentální omezení. Od míry závažnosti těchto omezení se odvíjí zátěž při péči kladená na pečující rodinu. Haškovcová (1990) uvádí, že pokud rodina pečuje o starého člověka, který má pouze fyzická omezení, většinou zvládá péči bez větších problémů. Jestliže se však přidruží psychické změny u starého člověka nebo se rozvine demence, velmi rychle dojde u pečujících k překročení jejich meze únosnosti a obrací se k institucím o pomoc.

Na druhou stranu se často stává, že je senior někdy až přepečováván. Pečující by měl poskytovat pomoc pouze v takových záležitostech, které si starý člověk nemůže obstarat sám. (KLEVETOVÁ, a další, 2008)

Pichaud (1998) popisuje pět základních stupňů soběstačnosti starého člověka, které by měly odpovídat pěti konkrétním způsobům jednání pečujícího.

1. Člověk může uspokojit své potřeby sám – starší osoba je soběstačná a pomáhající nijak nezasahuje. Jestliže člověku umožníme, aby se například sám umyl, uznáváme tím jeho autonomii. Pečující občas mívají sklon dělat všechno za druhého, protože mají pocit, že mu to jde pomalu nebo že to dělá špatně.
2. Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby – jedná za něj pečující. Pečující by měl být velmi ostražitý a respektovat autonomii starého člověka, který přestože se nemůže sám obléknout, dokáže si například vybrat oblečení. Často si pečující nedávají pozor a než, aby potlačili svou autonomii, raději rozhodují za starého člověka. Na druhou stranu některým lidem situace fyzické závislosti vyhovuje, nechávají si všechno udělat, mateřsky o sebe pečovat, čímž hrozí nebezpečí zdětinštění.
3. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby – pečující pomáhá v denních činnostech. Je důležité dbát na to, abychom za starého člověka nevykonávali všechno, a naopak toho po něm nesmíme žádat příliš. Je třeba sledovat stav dotyčné osoby, který se stále vyvíjí. Starý člověk může mít potíže s určitými úkony, ale také může některých schopností znovu nabýt.

4. Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden – pečující podněcuje, vede starého člověka (u zmatených, dezorientovaných starých lidí). Tato situace je naprosto odlišná od situace předešlé, protože pečující starému člověku pouze naznačuje, co má dělat.
5. Člověk už nemůže uspokojit své potřeby a ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje – pečující musí zajišťovat tělesné potřeby starého člověka a zároveň za něj rozhodovat. V tomto případě by se měl pečující snažit o to, aby se dotyčná osoba nejprve sama pokusila vyjádřit, aby nedošlo k přerušení komunikace.

Faktory, které vedou u pečujících k syndromu vyhoření, jsou v mnohém shodné s faktory, které jsou u syndromu vyhoření popisovány u profesionálů. Proto jsem pro účely této práce zvolila výklad Venglářové (2007), která popisuje čtyři základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření u profesionálů:

1. přítomnost stresorů,
2. frustrace,
3. negativní vztahy mezi spolupracovníky/rodinnými příslušníky,
4. vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce.

Přítomnost stresorů

Práce se seniory přináší řadu stresujících situací. Pečující se obávají o bezpečí seniora, zda zvládnou náročnou péči. Mají strach z konfliktů se seniorem a z konfliktů mezi jednotlivými členy rodiny. Dále mají obavu z kritiky, ať už ze strany seniora nebo rodiny, či společnosti. (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

Pichaud (1998) upozorňuje na možnost směšování pozitivních a negativních citů, což může vést k ambivalentním postojům ve vztahu ke starému rodiči. Rovnováha mezi těmito city určuje kvalitu společného života se starým rodičem a jeho spokojenost.

Z pozitivních citů uvádí:

- *„lásku k rodičům, něžnost, obohacení přítomností starého člověka v rodině;*
- *starost o to, aby byly potřeby a přání starého člověka uspokojeny (účast na rodinných oslavách atd.);*
- *vůle k tomu, aby se zabránilo vstupu starého člověka do sociálního zařízení.*

Z negativních pocitů lze jmenovat:

- *strach z nesplnění svého úkolu, když k sobě nepřijmu starého rodiče;*

- *revolta reagující na zhoršení stavu starého rodiče, o kterém jsme si chtěli zachovat stejně hezký obrázek až do konce;*
- *strach z toho, že se nebudu umět chovat, jak se po mně žádá, nebudu se umět o starého rodiče postarat;*
- *hluboký otřes z toho, že tradiční vztah rodiče a dítěte se obrací;*
- *úzkost ze smrti, ze ztráty drahého člověka, ze zmizení posledního opěrného bodu před vlastním koncem;*
- *strach z toho, že se sám ztratím v příliš silném vztahu, že obětuji svou rodinu, svého partnera;*
- *nepochopení ze strany ostatních členů rodiny;*
- *výsledkem všeho toho je pocit viny, který prožíváme ještě hůře v případě, když ho neumíme vyjádřit;*
- *někdy se k tomu přidají pocity nenávisti nebo pomsty, které mohou vést k více či méně zjevnému špatnému zacházení.“ (PICHAUD, a další, 1998 s. 70)*

Frustrace

Je běžné, že za pomoc očekáváme ocenění, poděkování, dobrý vztah. Bohužel ne vždy se pečujícím toto dostává.

Za základní považujeme potřebu smysluplné práce, což znamená akceptovat, že při péči o staré rodiče jde v základu o zkvalitnění jejich života, mohou přijít mírná či přechodná zlepšení stavu, ale nelze očekávat zásadní změny. Při péči o seniory chybí posilující proces uzdravení. (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

Haškovcová (1990) popisuje péči o starého člověka jako soustavný nárůst závislosti, kdy po několika letech péče o starého člověka cítí pečující obrovskou únavu a přitom si uvědomuje, že nároky vyplývající z této péče budou dále vzrůstat.

Negativní vztahy mezi spolupracovníky/rodinnými příslušníky

Syndrom vyhoření mohou také zapříčinit negativní vztahy v rodině nebo s pracovníky zdravotních či sociálních služeb. Pečující mohou zažívat různá nedorozumění, spory, konflikty. Mohou čelit verbálním útokům ze strany seniora. Mohou se potýkat s nedostatkem důvěry ze strany seniora, či rodiny. A může také docházet ke zneužití moci ze strany rodiny. (VENGLÁŘOVÁ, 2007)

Vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce

Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce mají také vliv na syndrom vyhoření. Od Venglářové (2007) jsem převzala ty faktory, které se týkají také rodinných pečovatelů. A to nesmyslnost a nadměrnost požadavků ze strany seniora nebo rodiny, míra svobody a kontroly pečujícího, nadměrná odpovědnost, špatná komunikace se seniorem, či v rámci rodiny.

2.3 Možnosti prevence syndromu vyhoření pro rodinné pečovatele

Prevence v této oblasti je jistě zásadní. Je důležité předejít osobnímu zhroucení, aby proces péče mohl pokračovat. Senior, o kterého je pečováno, aby nepocíťoval, že je na obtíž, že způsobuje problémy. Péče musí pokračovat kontinuálně, případně s přijetím takových opatření, aby bylo vše zvládnutelné a pohodlné pro obě strany.

Pečující osoba by rozhodně neměla zapomínat na sebe. Pokud je to reálné doporučuje se zorganizovat si péči takovým způsobem, aby měl pečující vyhrazen například jeden den v týdnu nebo určitou část každého dne, třeba 1 hodinu, pro sebe a své zájmy. Je velmi důležité, aby se neizoloval od okolního světa.

Pro pečující osoby je velmi podstatné být plně informován o zdravotním a psychickém stavu starého člověka a o jeho prognóze, dále o možnostech pomoci, o doporučovaných postupech, o rizicích. Čím více informací pečující osoby mají, tím lépe mohou zvážit vlastní síly a zvolit nejvhodnější způsob péče o starého člena rodiny. (SÝKOROVÁ, a další, 2004)

Základní prevencí zvládnání stresu pro pečující je úprava životního stylu, kam patří především pohyb, výživa a dostatek spánku. Jde o to, aby pomáhání nepohltilo veškerý volný čas pečujícího, aby mu zůstal prostor na koníčky, kulturu a společenský život. Pro pečujícího je také velmi důležité, jaké má zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v manželství a rodině energii vysávají. Také kvalita sexuálního života, je pro většinu lidí důležitým energetickým zdrojem.

Velkým problémem při pomáhání je tzv. splývání, kdy pečující bere záležitosti starého člověka příliš za svoje vlastní. Což je vzhledem k citovým vazbám v rámci rodiny těžké. Ale je důležité uhájit svou hranici vůči manipulaci ze strany starého člověka. Obranou vůči manipulaci, pasivnímu nebo agresivnímu jednání je asertivita. K asertivním dovednostem patří umět dát najevo své požadavky a trvat na nich, nebát se nesouhlasit, nestydět se o něco požádat, umět vyjádřit kompliment apod. (KOPŘIVA, 1997)

Jestliže pečujeme o dezorientovaného člověka, je nutné si v rámci prevence syndromu vyhoření tuto skutečnost uvědomit a nemít od něj planá očekávání. Od dezorientovaného člověka nelze očekávat, že bude jasně myslet, logicky jednat, pamatovat si nedávné události, popisovat věci přesně, kontrolovat city, dělat viditelné pokroky, vyjadřovat se ve smysluplných větech, chovat se správně, dle pravidel, naslouchat druhým, komunikovat vždy slovy. Tato péče vyžaduje vysokou míru trpělivosti. (RHEINWALDOVÁ, 1999)

Holeksová (2002) vymezuje obecné zásady pro pečující, jak bojovat se stresem: utvořit si pozitivně laděný odstup od lidí, o které pečujeme; důsledně oddělovat osobní život; pravidelně relaxovat a odpočívat; pěstovat dostatek kvalitních vztahů, abychom měli možnost své problémy s někým sdílet, s někým probrat; své pocity nepotlačovat, ale s někým si o nich promluvit; neuchylovat se k monotónnosti práce, nebát se změn; ve stresových situacích aktivně hledat řešení; věnovat se koníčkům a činnostem, které nás baví; snažit se o zdravý životní styl; nebránit se humoru; úkoly a problémy řešit co nejrychleji; netrápit se tím, co jsme neudělali nebo nedokázali, ale radovat se z toho, co jsme udělali a dokázali; cvičit; když něco chceme, vyjadřovat se přesně, aby všichni pochopili, o co nám jde; když nás někdo kritizuje, není náš nepřítel, snaží se nám pomoci; když nás někdo uráží a je agresivní, nevšímáme si ho.

Když se situace v pečujících rodinách zhorší, je třeba myslet na pomoc z vnějšku. Existuje mnoho prostředků, které pomohou rodině ulehčit tento namáhavý úkol, ať už jde o pomoc materiální (např. speciální pomůcky, rozvoz jídla, či alarm na dálku), o různé terénní pracovníky přicházející do domácností (zdravotnická služba, pečovatelská služba...), nebo o dočasný příjem do ústavního zařízení, či o vzdělávání apod. Rodina si odpočine (mohou si dojít nakoupit, nebo se projít), a zároveň se setká s jinými lidmi, což může rodinu vytrhnout z osamělosti. (PICHAUD, a další, 1998)

Hlavním problémem pro rodiny je získat informace o různých formách pomoci. Dalším problémem je, aby rodina přijala tuto vnější pomoc. „*Ještě je totiž mnoho dětí a jejich partnerů, kteří „si uměle vytvářejí úkol“ nikdy starého rodiče ani na chvíli neopustit. A také společnost občas posiluje pocit viny rodinných příslušníků („Ty jsi přece jeho žena! Nebudeš si snad někde užívat, když je na tom tak špatně!“). Co učinit pro to, aby jedni i druzí pochopili, že nejlepším způsobem, jak být stále plně k dispozici a při síle, je vytvořit si určitý odstup (včetně zábavy)?* (PICHAUD, a další, 1998 s. 71)

Na druhou stranu různé druhy pomoci mohou přinášet nové komplikace. Profesionálové, kteří přicházejí do domácnosti, často zapojují rodinu do své činnosti a žádají po ní spolupráci. Což je velmi důležité. Ale je nutné si uvědomit, že rodina má kromě toho mnoho dalších problémů

různé povahy a potřebuje zároveň pomoc. Což si profesionálové mnohdy neuvědomují nebo si myslí, že to není jejich úkolem a nejsou na něj dostatečně připraveni. Je nutné si také uvědomit fakt, že schopnosti všech členů rodiny nejsou stejné. Vedle členů rodiny, kteří sami zajišťují odbornější úkony, jsou ti, kteří nejsou schopni dát člověku urinál. (PICHAUD, a další, 1998)

„Žádoucí je těsná spolupráce zdravotníků s pečujícími rodinami (respitní služby, poradenství, nácvik a supervize různých zdravotních výkonů), které by měly být vnímány jako členové pečujícího týmu...“ (KALVACH, a další, 2006 s. 34)

Rodina často zaměňuje sníženou soběstačnost starého člověka za nemoc a má obavy, aby svou pomocí nezpůsobili zhoršení zdravotního stavu. Prioritou pro profesionály by měla být schopnost zapojit rodinu do spolupráce na zlepšování úrovně soběstačnosti starého člověka. Seznámit členy rodiny s individuálním plánem péče a najít v něm roli rodiny. Profesionálové by neměli zapomínat, že příbuzní nevědí, jak mají svého blízkého posadit, nadzvednout, upravit mu lůžko či usnadnit pohyb na lůžku. Rodina potřebuje vědět, jaká omezení starý člověk má. (KLEVETOVÁ, a další, 2008)

„V závislosti na místních podmínkách je možné pro seniora, o kterého je pečováno v domácím prostředí, zabezpečit (alespoň v některých dnech, hodinách) pečovatelskou nebo ošetřovatelskou službu nebo jej umístit přes den do denního stacionáře. Užitečná je také respitní péče, která poskytne pečovatelům příležitost k odpočinku a načerpání potřebné energie.“ (SÝKOROVÁ, a další, 2004 s. 50)

Každá sociální služba má ze zákona povinnost poskytovat základní sociální poradenství. Jde o informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace, což je také péče o nesoběstačného starého člověka. Součástí tohoto poradenství je také půjčovna kompenzačních pomůcek, jako je například polohovací postel, WC vozík apod., které nejenže poskytnou starému člověku pohodlí, ale také pečujícím umožní lépe zvládat manipulaci s imobilním člověkem. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

V České republice jsou sociální a zdravotní služby terénního charakteru na území měst a obcí zajišťovány především formou pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. Tato péče může být realizována státními i nestátními subjekty. V oblasti terénních služeb je nezbytné zajistit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích sociálních služeb pro seniory a také o podmínkách, za kterých jsou tyto služby poskytovány. Terénní služby by měly také sloužit k podpoře rodin, které pečují o seniora a nabízet takové služby, které jim tuto péči umožní. (JAROŠOVÁ, 2006)

Výčet služeb, které jsou vhodné pro zajištění péče o starého člověka, je poměrně široký. Zároveň tyto služby umožní pečujícímu, aby si odpočinul, zařídil potřebné věci, či chodil do zaměstnání. Jedná se především o tyto služby: pečovatelská služba, osobní asistence, centra denních služeb a denní stacionáře, odlehčovací služby. Na rozdíl od zdravotních služeb jsou všechny tyto služby placené. Pečovatelská služba poskytuje péči starým lidem v jejich domácím prostředí. Tato služba zajišťuje sociální ošetřovatelství, péči o domácnost, stravování a asistenční služby. Umožňuje starému člověku setrvat v domácím prostředí. Centra denních služeb a denní stacionáře jsou zařízení pečovatelské služby určené pro denní pobyt starých osob s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří vyžadují denní péči. Zařízení slouží především rodinným příslušníkům, protože se jim postará o rodiče v době, kdy jsou v zaměstnání. Podobnou funkci má osobní asistence, která však zajišťuje tuto celodenní péči v domácnosti. (JAROŠOVÁ, 2006)

Velmi důležité jsou odlehčovací služby. Rodina se poctivě a celý rok stará o svou babičku či dědečka a má také právo na odpočinek. Odlehčovací služba znamená, že starý člověk je po dohodě přijat na dobu určitou do příslušného zařízení, kde se o něho postarají a rodina může odjet na dovolenou či jiným způsobem odpočívat. Instituce poté vrátí starého člověka zpět do rodiny, která si odpočinula a bude nadále o svého člena pečovat dobře a ráda. (HAŠKOVCOVÁ, 1990)

Shrnutí

V druhé kapitole jsem přiblížila problematiku syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření není problémem pouze u profesionálů, ale také u rodinných pečovatelů laiků. Rodinní pečovatelé nemají tolik informací, schopností a prostředků pro poskytování péče jako profesionálové. Navíc je tato péče pro ně záležitostí celodenní, pro profesionála pouze po dobu pracovní. Rizika syndromu vyhoření, příznaky a zejména možnosti prevence by měli být známé každému v běžném životě, ne jen v životě zdravotníků a pečovatelů. Ale právě v těchto životních rolích se lidé setkávají se situací, kdy nejde jen o jejich zdraví, ale také o zdraví druhých, které může být narušeno v případě výpadku poskytování péče doposud „tradičním“ způsobem. Syndrom vyhoření způsobuje kolaps osobnosti jak z fyzického hlediska, tak zejména z toho psychického. Opečovávaný senior pozná změnu klimatu v domácnosti. Změny v péči, které mohou následovat, mají vliv na jeho psychiku a mohou vést až ke zhoršení zdravotního stavu.

Je několik faktorů, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, jako je míra nesoběstačnosti seniora, vliv stresu, pocity frustrace z péče, negativní vztahy v rodině či mezi

seniorem a pečujícím, vliv pracovních podmínek jako nesmyslnost a nadměrnost požadavků ze strany seniora nebo rodiny, míra svobody a kontroly pečujícího, nadměrná odpovědnost, špatná komunikace se seniorem, či v rámci rodiny.

Možnosti prevence syndromu vyhoření mají rodinní pečovatelé prakticky dvojího druhu. Prvním je sám pečující, který by měl být schopen myslet při péči také na sebe a věnovat se své životosprávě, vyhradit si dostatek času na odpočinek a využívat různé formy relaxace. Kolik hodin denně, či týdně mají pečující čas na sebe? Jakým způsobem tento čas tráví? Mají si s kým promluvit o svých pocitech vznikajících při péči, či celkově o svých problémech? Druhou možností je pomoc z vnějšku formou sociální a zdravotní péče. Jsou rodinní pečovatelé včas informováni o možnostech využití sociálních služeb a o tom jaké sociální služby mohou v daném regionu využít? Využívají rodinní pečovatelé sociální služby v rozsahu, který jim vyhovuje? A pokud ne, tak jaký k tomu mají důvod?

Pozorují u sebe rodinní pečovatelé příznaky syndromu vyhoření? Na tuto problematiku se zaměřuje výzkumná část této práce. Zjišťuje, zda se rodinní pečovatelé potýkají se syndromem vyhoření, co může být u nich spouštěcími faktory a zda jsou informováni o možnostech prevence a využívají je.

3 METODICKÁ ČÁST

Metodická část bakalářské práce se zaměřuje na problematiku poskytování péče rodinnými příslušníky nejstaršímu členovi rodiny (seniorovi).

V praxi vidím, že by se měla více věnovat pozornost rodinným pečovatelům ne jen seniorům, o které je pečováno, a to především proto, že pokud se rodinný příslušník rozhodne, že bude o svého jakkoliv nesoběstačného starého rodiče pečovat, dopadá na něho stejná náročnost a zátěž péče, jako na profesionální pečovatele. Dle mého názoru je zátěž rodinného pečovatele oproti profesionálům pracujícím v terénních službách větší neboť, rodinný pečovatel má k opečovávanému citové vazby, a pokud je již opečovávaný ve stavu plné nesoběstačnosti, je pečující, na rozdíl od profesionála, se seniorem v kontaktu 24 hodin denně. Tato situace často vede až k syndromu vyhoření, který se zmiňuje zejména v souvislosti s profesionálními pracovníky pomáhajících profesí. Dle mého názoru se týká ve velké míře i rodinného příslušníka v roli pečovatele laika.

Tato kapitola vytyčuje cíle bakalářské práce a specifikuje výzkumné otázky, které budou prostřednictvím kvantitativního průzkumu zodpovězeny. Nedílnou součástí kapitoly jsou také popisy postupu sběru dat, proces vyhodnocení získaných dat a interpretace a shrnutí výsledků.

Výzkum byl realizován v regionu Trutnovsko. Výzkumný vzorek tvořila klientela Oblastní charity Trutnov.

3.1 Hlavní cíl výzkumu a charakteristika dílčích cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, zda se u rodinných pečovatelů pečujících o seniora vyskytuje syndrom vyhoření. Identifikovat co může posílit vznik syndromu vyhoření u rodinných pečovatelů. Reflektovat, jaké strategie rodinní pečovatelé využívají, aby syndromu vyhoření předešli.

Hlavní cíl jsem pro lepší orientaci v problematice rozdělila do čtyř dílčích cílů. Prvním dílčím cílem chci zjistit, kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora. Druhým dílčím cílem chci zjistit, jestli se u rodinných pečujících vyskytuje syndrom vyhoření a v jaké míře. Třetím dílčím cílem chci zjistit, jaké faktory mají vliv na vznik syndromu vyhoření. A posledním, čtvrtým dílčím cílem, chci zjistit, jaká preventivní opatření rodinní pečovatelé v rámci zkoumaného souboru využívají.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora, ve vybrané skupině respondentů

Každý člen rodiny se nachází v jiném životním období, a tudíž také péči o seniora vnímají rozdílně. Mají rozdílné názory a životní zkušenosti. Pomocí dotazníkového šetření chci zjistit, zda je péče o seniory záležitostí partnerů nebo spíše dětí či vnuku nebo ostatních příbuzných. Zajímá mne především, v jaké míře pečují partneři, protože situace, kdy starý člověk pečuje o partnera, je pro pečujícího zpravidla velice náročná. Pečující prochází úplně stejnou životní etapou jako senior, který péči přijímá, časem sám potřebuje, aby se o něho někdo postaral. Což znamená, že se dostává do role pečujícího a zároveň opečovávaného, pokud má někoho kdo mu péči může poskytnout. Pro mnohé, především instituce, to může působit jako střet zájmů. Zároveň mne také zajímá, zda se potvrdí teorie, že péče o seniory je ve většině případů ženskou rolí.

Dílčí cíl č. 2: Identifikovat, zda se vyskytuje u respondentů při péči o seniory syndrom vyhoření a v jaké míře

Péče o starého člověka, často imobilního, či dementního, případně umírajícího je pro pečující rodinné příslušníky velmi náročná. Reakcí člověka na takto mimořádnou zátěž může být syndrom vyhoření. Což je stav, kdy dochází k úplnému fyzickému, emočnímu a duševnímu vyčerpání a člověk dojde k závěru, že již nemůže dál. Cílem je zjistit, zda se u respondentů vyskytuje syndrom vyhoření. Zároveň mne zajímá, v jaké míře jsou pečující vyhořelí. Zda mají pocit fyzického vyčerpání, pocit emocionálního vyčerpání, či pocit úplného psychického vyčerpání.

Zajímá mě také míra syndromu vyhoření mezi jednotlivými generacemi pečujících. Budu porovnávat, jestli se syndrom vyhoření vyskytuje ve větší míře u pečujících partnerů, dospělých dětí nebo vnuků.

Dílčí cíl č. 3: Identifikovat faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u respondentů

Míra odolnosti před vznikem syndromu vyhoření je individuální. Záleží na osobnosti člověka, na jeho dosavadních zkušenostech, schopnosti adaptace na zátěžové situace, schopnosti vyrovnávání se se stresem. Vznik syndromu vyhoření ovlivňuje několik faktorů. V rámci šetření se u respondentů zaměřím na to, jak dlouho pečují o seniora, zda se ostatní členové rodiny podílí na péči, kolik času péče pečujícímu zabírá, v jakém stupni závislosti se nachází senior, o kterého pečují.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit strategie, které respondenti využívají jako preventivní opatření syndromu vyhoření

Dalším faktorem, který může ovlivnit rozvinutí syndromu vyhoření je předcházení tomuto stavu. Dle teorií uvedených v kapitole 2.3 mají pečující zpravidla možnost dvojího druhu preventivních opatření, a to své vlastní zdroje, jako životospráva a relaxace. Druhou možností je využívání sociálních služeb. Ve výzkumném šetření mě zajímá, jakým způsobem pečující tráví svůj volný čas, zda si mají s kým pohovořit o svých pocitech, či problémech, které při péči zažívají. Dále mě zajímá, zda jsou dostatečně informovaní o možnostech využití sociálních služeb v rámci regionu, jestli tyto služby využívají a jestli je využívají v dostatečném rozsahu.

3.2 Výzkumná strategie, operacionalizace

Pro účely své bakalářské práce jsem se rozhodla pro kvantitativní výzkum za použití dotazníku. Součástí dotazníku je standardizovaný dotazník BURNOUT Measure a Barthelův test všedních činností.

Mezi přednosti kvantitativního výzkumu patří možnost rychlého a cíleného sběru dat, anonymita respondentů, nezúčastněnost výzkumníka na výsledcích (objektivita). Výsledky je možné aplikovat na celou populaci (při dostatečné velikosti dotazovaného vzorku). (SURYNEK, a další, 2001)

Dotazník je rozdělen na dvě části. První část se týká informací o osobě rodinného příslušníka, který se nachází v roli pečovatele. Druhá část zjišťuje informace o seniorovi, o kterého je pečováno.

Respondentům jsou prostřednictvím dotazníku kladeny uzavřené a polootevřené otázky. Otázky 1, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 17 a 19 jsou otázky uzavřené. Určují pohlaví, příbuzenský vztah, místa poskytování péče apod. U otázek 10, 11, 12, 14 a 16 jsou k dispozici možnosti pro výběr respondentem, jako poslední variantou je vždy možnost „jiné“, kde se může respondent vyjádřit jinak, než jak mu dovolují vytyčené varianty. Otázky 2, 7, 8, 15 a 20 jsou otázky otevřené. Jedná se o určení věku, doby poskytování péče, apod., jedná se o otázky třídící. Otázky číslo 18 a 21 jsou rozsáhlejšího charakteru, formou škálového testu. Po vyhodnocení těchto otázek (resp. testu) je výsledkem číslo, které respondentovi přiřazuje jistý výsledek/stav osobnosti.

Kompletní dotazník je uveden v příloze č. 1 této práce.

Tabulka 1: Operacionalizace dílčích cílů do dotazníkových výroků/otázek

Dílčí cíl	Na jakou otázku přináší výrok/otázka odpověď?	Konkrétní dotazníkový výrok/otázka.
DC1	Zjistit kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora, ve vybrané skupině respondentů	1. Pohlaví
		2. Věk
		3. Příbuzenský vztah se seniorem
DC2	Identifikovat, zda se vyskytuje u respondentů při péči o seniory syndrom vyhoření a v jaké míře	18. Jak často máte následující pocity a zkušenosti? (standardizovaný dotazník BURNOUT Measure)
DC3	Identifikovat faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u respondentů	6. Kdo další z rodiny se podílí na péči o seniora?
		7. Jak dlouho již pečujete?
		8. Kolik času Vám zabírá péče o seniora?
		21. Do jaké míry senior zvládá základní životní potřeby? (Barthelův test všedních činností)
DC4	Zjistit strategie, které respondenti využívají jako preventivní opatření syndromu vyhoření	9. Máte dle Vašeho názoru veškeré potřebné informace o možnostech využití sociálních služeb ve Vašem regionu?
		10. Pokud ano, kde jste tyto informace získali?
		11. Jaké využíváte sociální služby
		12. Kdy jste začali tyto sociální služby využívat?
		13. Využíváte tyto služby v rozsahu, který Vám, jako pečujícímu, vyhovuje?
		14. Pokud ne, jaký k tomu máte důvod?
		15. Kolik hodin denně, či týdně máte čas sám/a pro sebe?
		16. Jakým způsobem tento čas trávíte?
17. Máte si s kým promluvit, komu se svěřit se svými pocity, s problémy vznikajícími při péči?		

3.3 Výzkumný vzorek a organizace výzkumného šetření

Cílovou skupinou výzkumného šetření jsou rodinní pečovatelé, kteří pečují o nesoběstačného člena rodiny v seniorském věku. Pro potřeby této práce jsem vymezila seniora jako osobu starší 65 let, což je zpravidla věk, kdy člověk opouští své zaměstnání a vzniká mu nárok na starobní důchod. (JAROŠOVÁ, 2006) Úbytek schopností sebeobsluhy ve stáří je velmi individuální. Mnozí lidé sice ve věku 65 let bývají ještě plně aktivní. Ale už v tomto věku dochází k celkovému zpomalování veškerých pochodů v těle a mohou se tedy již v tomto raném stáří vyskytovat jedinci, kteří se stávají závislými na druhé osobě. (VÁGNEROVÁ, 2007) Rodinným pečovatelem je pro potřeby této práce osoba, která pečuje o seniora, s nímž je v příbuzenském vztahu.

Výzkumný vzorek jsem určila pomocí účelového výběru, což dle Dismana (2002) znamená, že konkrétní cíle mého výzkumu pozoruji na konkrétní mnou určené cílové skupině. Výhodou této techniky je mimo jiné vysoká návratnost dotazníků.

Pro sběr dat jsem oslovila nestátní neziskovou organizaci Oblastní charitu Trutnov, která poskytuje, mimo jiné, terénní služby, a to domácí zdravotní službu, domácí pečovatelskou službu a osobní asistenci. Nejprve jsme, s pomocí vedoucích těchto služeb, zúžili okruh klientů Oblastní charity Trutnov na seniory, tj. osoby starší 65 let. Jednotlivé služby mají momentálně v péči tento počet klientů:

- domácí zdravotní služba 392 klientů, z toho 337 seniorů
- domácí pečovatelská služba 41 klientů, z toho 34 seniorů
- osobní asistence 62 klientů, z toho 8 seniorů

Tento vzorek klientů/seniorů jsme ještě zúžili na klienty/seniory, o které pečuje rodina. Dotazníky byly předány rodinným pečovatelům klientů/seniorů Oblastní charity Trutnov prostřednictvím terénních pracovníků organizace.

Oslovení respondentů se uskutečnilo v období 6. 2. – 20. 2. 2015.

3.4 Způsob zpracování získaných dat

Získaná data byla pro zpracování a vyhodnocení výsledků bakalářské práce shromážděna v programu Microsoft Excel. Analýza dat probíhala s využitím metod: korelace a chí-kvadrát testu.

Korelace určuje závislosti mezi kvantitativními veličinami. Pro určení míry korelace využíváme Pearsonův korelační koeficient (). Nabývá hodnot . Záporné hodnoty

určují nepřímou závislost, kladné hodnoty závislost přímou, nulové hodnoty pak představují nezávislost sledovaných veličin. Pokud výsledný koeficient nabývá hodnot 0,1-0,3 označujeme korelaci jako slabou, při hodnotách 0,4-0,6 jako korelaci střední, 0,7-0,8 korelaci silnou a nad 0,9 korelaci velmi silnou. Korelace byla použita pro vyhodnocení výsledků otázek č. 2, 18, 20 a 21 dotazníku.

Chí-kvadrát test je statistická neparametrická metoda, která se používá kde zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje výrazný vztah. Pozorované znaky mohou být kvalitativní, diskrétní kvantitativní či spojité kvantitativní s hodnotami sloučenými do skupin. Základem chí-kvadrát testu je porovnání pozorovaných a očekávaných četností. Vycházíme z platnosti nulové hypotézy. Nulová hypotéza předpokládá, že mezi dvěma znaky není rozdíl, nezávisí na sobě. Za pomoci funkce CHITEST v programu Excel vypočítáme tak zvanou signifikance chí-kvadrát testu, kterou dále porovnáme s hladinou významnosti . V případě, že je námi vypočtená hodnota , nulovou hypotézu zamítáme, v opačném případě ji zamítnout nemůžeme. Chí-kvadrát test byl použit pro testování hypotéz s využitím odpovědí na otázky č. 1, 5, 6, 7, 18 a 19 dotazníku.

Nutno zmínit, že zjištěné výsledky odpovídají pouze pro vybraný výzkumný vzorek populace. Pokud by byl tento vzorek dostatečně veliký, je možné výsledky aplikovat na všechny jedince v populaci, jelikož můžeme zjištěné výsledky předpovídat pro další situace vykazující stejné znaky.

Otázky č. 1 – 5 poskytují základní demografické a geografické informace o výzkumném vzorku respondentů, jedná se o otázky třídící. Otázky č. 19 a 20 poskytují základní demografické informace o seniorovi, o kterého respondenti pečují.

Otázka č. 18 je převzatým dotazníkem BURNOUT Measure od autorů Ayala Pines, PhD a Eliot Aronson, PhD. (in KŘIVOHLAVÝ, 1998) Tento dotazník zjišťuje míru psychického vyhoření u respondentů. Pro potřeby lepší orientace ve výpočtu jsem očíslovala jednotlivé položky v tomto dotazníku (viz. příloha 2). Škálková otázka č. 18 je uzavřena následujícími sedmi možnostmi odpovědí: 1 – nikdy, 2 - jednou za čas, 3 – zřídka kdy, 4 – někdy, 5 – často, 6 – obvykle, 7 – vždy. Otázka byla vyhodnocována, dle autorů, následujícím způsobem:

- nejprve jsem vypočítala hodnotu A, a to tak, že jsme sečetla hodnoty zaškrtnuté u podotázek č. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21
- poté jsem vypočítala hodnotu B, tak že jsem sečetla hodnoty zaškrtnuté u podotázek číslo 3, 6, 19 a 20

- dále jsem vypočítala hodnotu C, a to tím, že jsem odečetla od hodnoty 32 položku B ($C = 32 - B$)
- potom jsem vypočítala hodnotu D, a to tak, že jsem sečetla hodnoty A a C ($D = A + C$)
- k celkovému výsledku jsem došla výpočtem D: 21, což je hodnota psychického vyhoření respondentů.

Interpretace výsledku této otázky je následující:

- výsledná hodnota 2 a nižší – psychický stav respondenta je dobrý
- výsledná hodnota 2 - 3 – psychický stav respondenta je uspokojivý
- výsledná hodnota 3 – 4 – respondent by se měl zamyslet nad stylem smysluplnosti svého života, ujasnit si žebříček hodnot
- výsledná hodnota 4 – 5 – u respondenta je prokázána přítomnost syndromu vyhoření
- výsledná hodnota vyšší než 5 – respondent je vážně ohrožen na psychickém zdraví, jedná se o havarijní stav, který by měl neprodleně řešit odbornou pomocí (psycholog, psychoterapeut)

Výsledné hodnoty této otázky byly použity k určení celkové míry syndromu vyhoření u pečujících.

Škálová otázka č. 21 zjišťuje míru závislosti seniora na pomoci druhé osoby. U této otázky jsem čerpala z Barthelova testu všedních činností (in *Manuál prevence v lékařské praxi*, 1995). Otázka je uzavřena následujícími pěti možnostmi odpovědí: 1- zvládá zcela samostatně, 2 – spíše zvládá, 3 – někdy zvládá, někdy ne, 4 - spíše nezvládá, 5 – vůbec nezvládá. Výsledným vyhodnocením této otázky byl součet zaškrtnutých hodnot u jednotlivých podotázek.

K interpretaci výsledků jsem použila tři stupně závislosti dle Světové zdravotnické organizace (in Jarošová 2006):

- výsledná hodnota méně než 35 – lehká závislost (senior vyžaduje pouze kontrolu a motivaci k denním činnostem a občasnou výpomoc druhé osoby)
- výsledná hodnota 35 – 55 – střední závislost (senior potřebuje pomoc při zajištění základních životních potřeb druhou osobou, je nutný pravidelný dohled)
- výsledná hodnota 56 a více – úplná závislost (senior vyžaduje trvalý dohled, není schopen si zajistit základní životní potřeby)

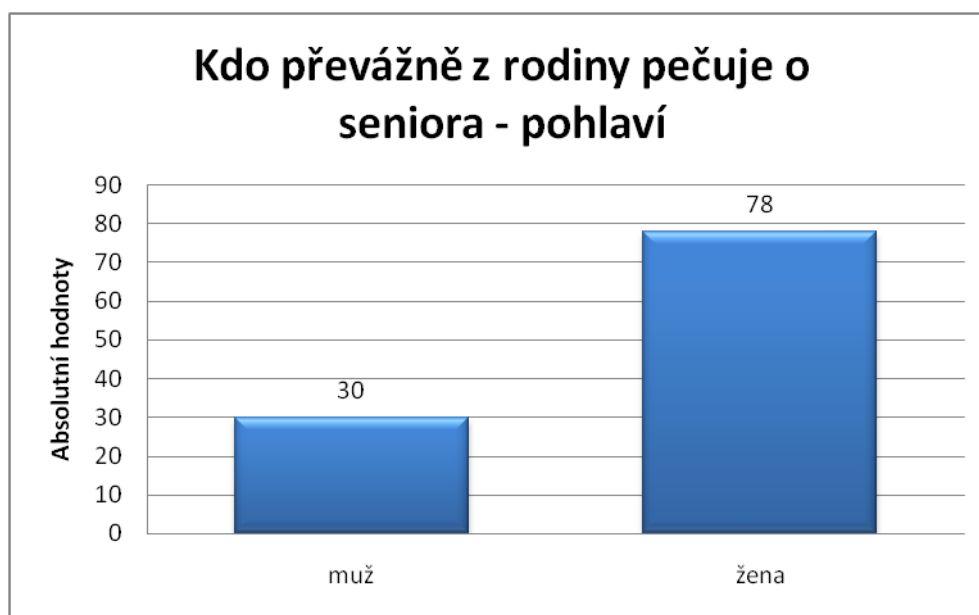
Výsledné hodnoty této otázky byly použity k určení celkové míry závislosti u seniorů, o které respondenti pečují.

3.5 Popis a interpretace výsledků výzkumného šetření

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků respondentům v cílové skupině. Návratnost činila 83 %, tj. 108 dotazníků. Sběr probíhal ve dvou termínech, a to 13. 2. a 20. 2. 2015.

Interpretace dílčího cíle č. 1: Zjistit kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora, ve vybrané skupině respondentů

Graf 2: Kdo převážně z rodiny pečuje o seniora - pohlaví



Jak je patrné na grafu č. 2, z hlediska pohlaví převažují při péči o seniory ženy, a to ze 72 %. Muži jsou v roli pečujících ve 28 %.

Tabulka 2: Kdo převážně z rodiny pečuje o seniora - příbuzenský vztah

	absolutní hodnoty	relativní hodnoty
bratr/sestra	4	4%
partner/ka, manžel/ka	30	28%
syn/dcera, zeť/snacha	60	56%
vnuč/vnučka	14	13%

Převažující cílovou skupinou z hlediska příbuzenského vztahu, jak ukazuje tabulka č. 2, jsou děti seniorů. Děti seniorů se dle výsledků výzkumného šetření nachází ze 43 % ve věku 50-59 let, 30 % ve věku 40-49 let. Přičemž senioři, o které děti pečují, se ze 43 % nachází ve věkové kategorii 70-79 let, z 32 % v kategorii 80-89 let.

Partneri seniorů se dle výsledků výzkumného šetření nachází ze 43 % ve věku 60-69 let, 33 % ve věku 70-79 let.

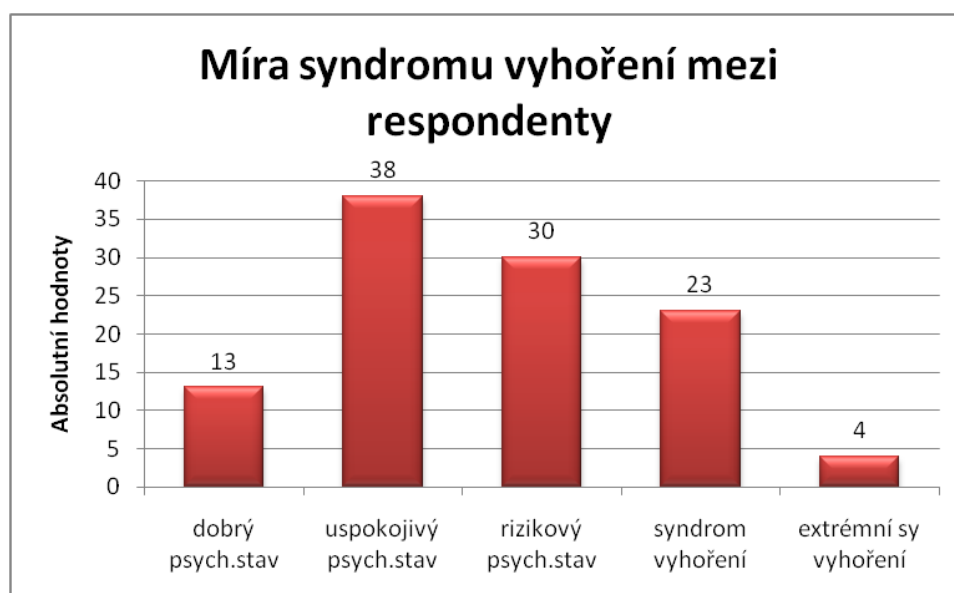
Shrnutí výsledků dílčího cíle č. 1

Prostřednictvím dotazníků bylo zjištěno, že péče je mezi respondenty ze 72 % ženskou záležitostí, což potvrzují také teze autorů, např. Vágnerová (2007), Pichaud (1998), zmíněné v teoretické části bakalářské práce. O seniora z 55 % pečují jeho děti (resp. syn/ dcera či zeť/snacha). Tito rodinní příslušníci se ze 43 % nachází ve věkové kategorii 50-59 let, tedy stále v produktivním věku.

Za významný považují také podíl pečujících partnerů, kteří jsou mezi respondenty zastoupeni z 28 %. Z nichž 43 % se nachází ve věku 60-69 let. Vzhledem k tomu v jaké věkové kategorii se nacházejí senioři, o které pečují jejich děti, ve srovnání s věkem pečujících partnerů, lze předpokládat, že se děti starají o již ovdovělého rodiče, což potvrzuje teorii jisté posloupnosti v péči mezi generacemi, kterou popisuje Haškovcová (1990) nebo Sýkorová (2007). Péči o nesoběstačného seniora zajišťuje nejprve partner, a teprve až v momentě, kdy je sám, ovdovělý a ztrácí svou soběstačnost, nastupují v péči o něj jeho děti.

Interpretace dílčího cíle č. 2: Identifikovat, zda se vyskytuje u respondentů při péči o seniory syndrom vyhoření a v jaké míře

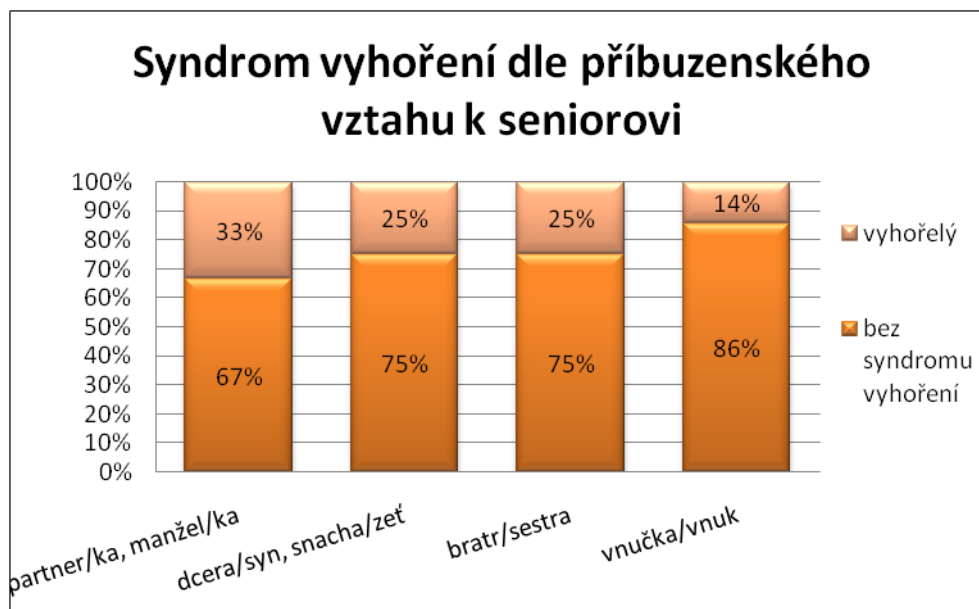
Graf 3: Míra syndromu vyhoření mezi respondenty



Graf č. 3 ukazuje míru syndromu vyhoření u pečujících. Ze všech vyhořelých respondentů bylo 75 % žen. 40 % z nich je ve věku 50-59 let, 30 % ve věku 60-69 let. 71 % vyhořelých mužů je ve věku 60-69 let.

Následující graf č. 4 zobrazuje rozložení syndromu vyhoření mezi jednotlivými pečovateli dle jejich příbuzenského vztahu k seniorovi. Nejvíce vyhořelých osob je mezi partnery seniora a to v 33 % případů. Dále pak děti a sourozenci seniora, vyhořeli jsou z 25 %.

Graf 4: Syndrom vyhoření dle příbuzenského vztahu k seniorovi



Prostřednictvím statistického testu korelace nebyla prokázána závislost syndromu vyhoření na věku pečujícího nebo věku seniora.

Chí-kvadrát test neprokázal na hladině významnosti 0,05 závislost stupně syndromu vyhoření na pohlaví pečovatele nebo seniora. Neprokázal ani závislost stupně vyhoření na územním regionu poskytované péče (město/obec).

Shrnutí výsledků dílčího cíle č. 2

Mezi respondenty se vykytuje 21 % osob se syndromem vyhoření, 4 % (tj. 4 osoby) dokonce s extrémním stupněm vyhoření, které silně ohrožuje zdraví. 28 % dotazovaných se vyskytuje v rizikové skupině směřující k syndromu vyhoření. Mezi vyhořelými zaujímá 75% podíl ženy, ze 40 % ve věku 50-59 let. Což je skupina pečujících, u které lze předpokládat, že chodí do zaměstnání, starají se o své dospělé děti, které se snaží postavit na vlastní nohy a zároveň pečují o starého rodiče. Z čehož vyplývá, že je na pečující kladena nejen zátěž ze strany péče o seniora.

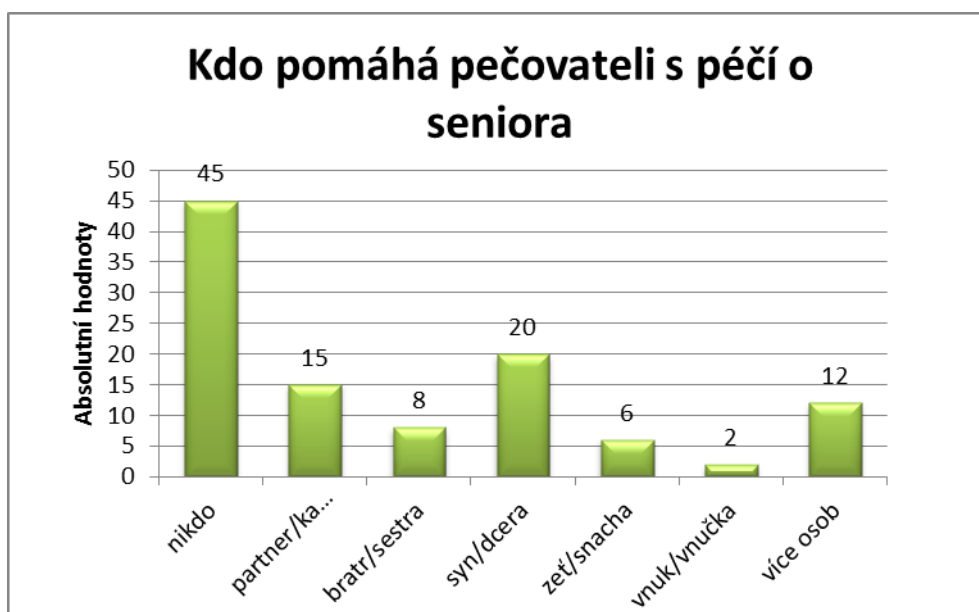
Syndrom vyhoření z pohledu příbuzenského vztahu k seniorovi se vyskytuje nejčastěji mezi partnery seniora, a to z 33 %. To potvrzuje náročnost péče o nesoběstačného seniora

v seniorském věku, kdy pečující senior prochází úplně stejnou životní etapou a obtížemi spojenými se stářím, jako senior, který péči přijímá, ale navíc se zátěží péče o partnera.

Na základě provedené analýzy nebyly shledány statisticky významné souvislosti mezi syndromem vyhoření a pohlavím pečovatele nebo seniora, věkem pečovatele nebo seniora či územním regionem, kde je péče poskytována.

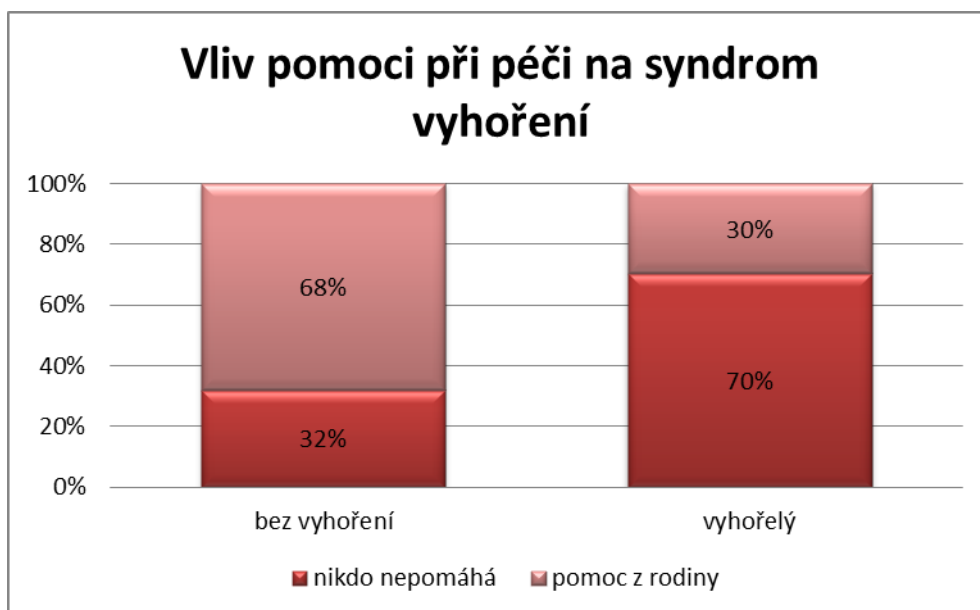
Interpretace dílčího cíle č. 3: Identifikovat faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u respondentů

Graf 5: Kdo pomáhá pečovateli s péčí o seniora



Na grafu č. 5 je znázorněna četnost pomoci ostatních členů rodiny při péči o seniora, přičemž 42 % respondentů uvádí, že jim nikdo z rodiny nepomáhá. Za pomoci chí-kvadrát testu byly zjištěny souvislosti mezi přítomností syndromu vyhoření a tím, zdali pečujícímu někdo z rodiny pomáhá či ne. Výsledky jsou statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05. Jak ukazuje graf č. 6, vyhořelým osobám ze 70 % nikdo s péčí nepomáhá. Naopak osoby bez syndromu vyhoření mají výpomoc s péčí od rodinných příslušníků k dispozici v 68 %.

Graf 6: Vliv pomoci ostatních členů rodiny při péči na syndrom vyhoření

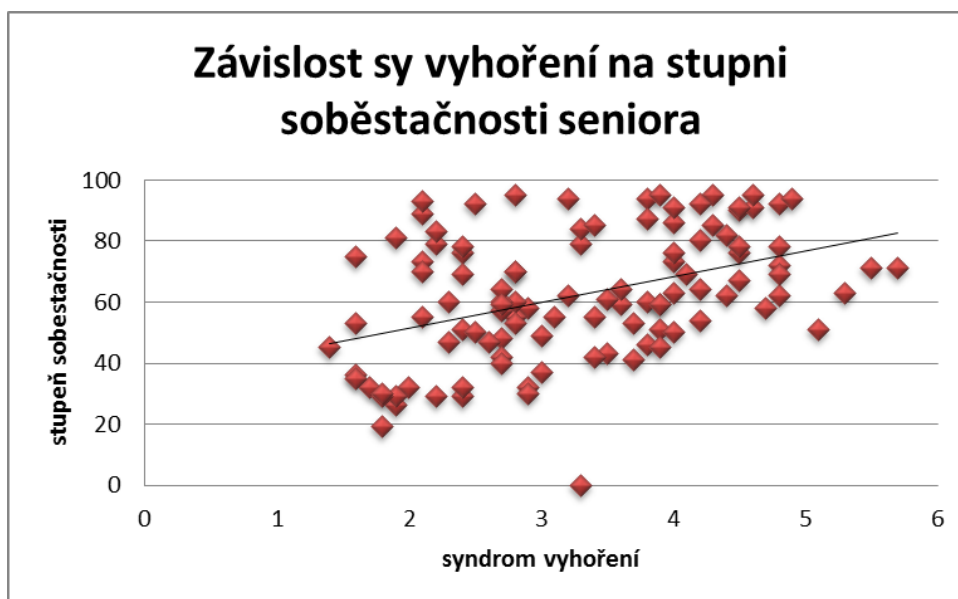


Chí-kvadrát test odhalil na hladině významnosti 0,05 souvislost mezi syndromem vyhoření a časem, po který se věnuje pečovateli seniorovi. 93 % vyhořelých pečovatelů se seniorovi věnuje denně, z nich 26 % alespoň 4 hodiny denně, 11 % (tj. 2 osoby) dokonce 24 hodin denně. Jeden z 24 hodinových pečovatelů je extrémně vyhořelý.

Chí-kvadrát test neprokázal závislost syndromu vyhoření na délce poskytované péče (v letech).

Prostřednictvím Pearsonova korelačního koeficientu byla prokázána závislost syndromu vyhoření na míře mobility seniora s hodnotou koeficientu , což je označováno jako střední závislost. Tuto závislost označuje graf č. 7.

Graf 7: Závislost syndromu vyhoření na stupni soběstačnosti seniora



Shrnutí výsledků dílčího cíle č. 3

Za faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, můžeme na základě provedeného výzkumu označit to, zda rodinnému pečovateli pomáhá s péčí někdo další z rodiny. Dále je rizikovým faktorem čas, který tráví pečovatel se seniorem, a míra soběstačnosti seniora.

Výzkumem bylo zjištěno, že přítomnost syndromu vyhoření závisí na tom, zda pečovateli s péčí o seniora někdo pomáhá. 70 % respondentům se syndromem vyhoření nikdo z rodiny s péčí nepomáhá. Naopak 68 % osob bez syndromu vyhoření má k dispozici pomoc od rodiny.

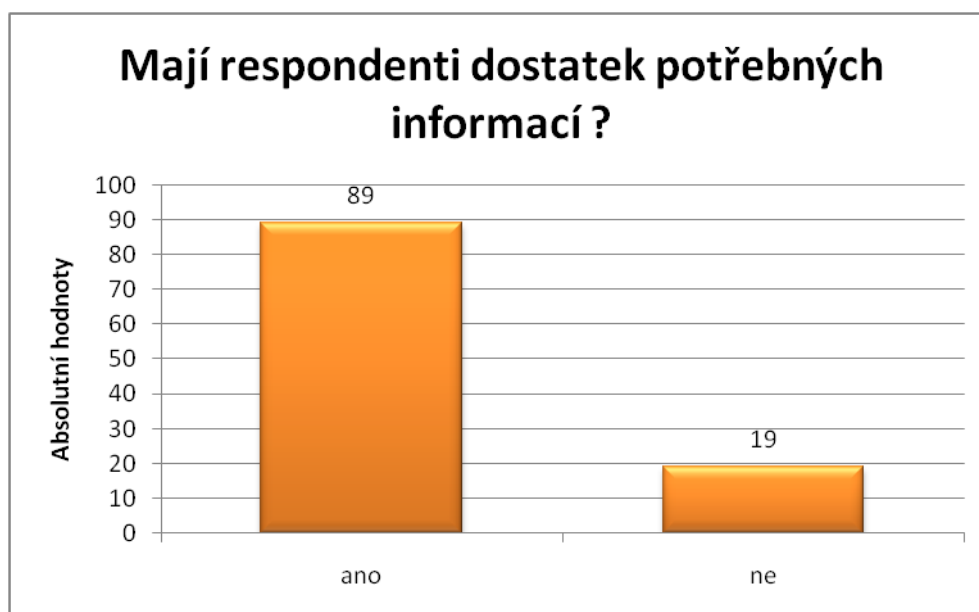
Bylo zjištěno, že 93 % pečovatelů se věnuje seniorovi denně, 26 % alespoň 4 hodiny denně. Výzkum potvrzuje, že doba strávená péčí o seniora ovlivňuje míru syndromu vyhoření. Naopak nebyly zjištěny souvislosti mezi délkou poskytované péče (v letech) a vyhořením pečovatelů. Ohledně tohoto zjištění bych doporučila celorepublikový průzkum, neboť tento výsledek vyvrací dosavadní teorii, kterou popisují např. autoři Haškovcová (1990), Holeksová (2002), Jarošová (2006), Vágnerová (2007), Venglářová (2007), že délka zátěže (v letech) při péči o seniory má vliv na syndrom vyhoření.

Korelační test prokázal střední závislost syndromu vyhoření na stupni soběstačnosti seniora, což znamená, že vzrůstající míra nesoběstačnosti seniora má vliv na vznik syndromu vyhoření u pečujícího.

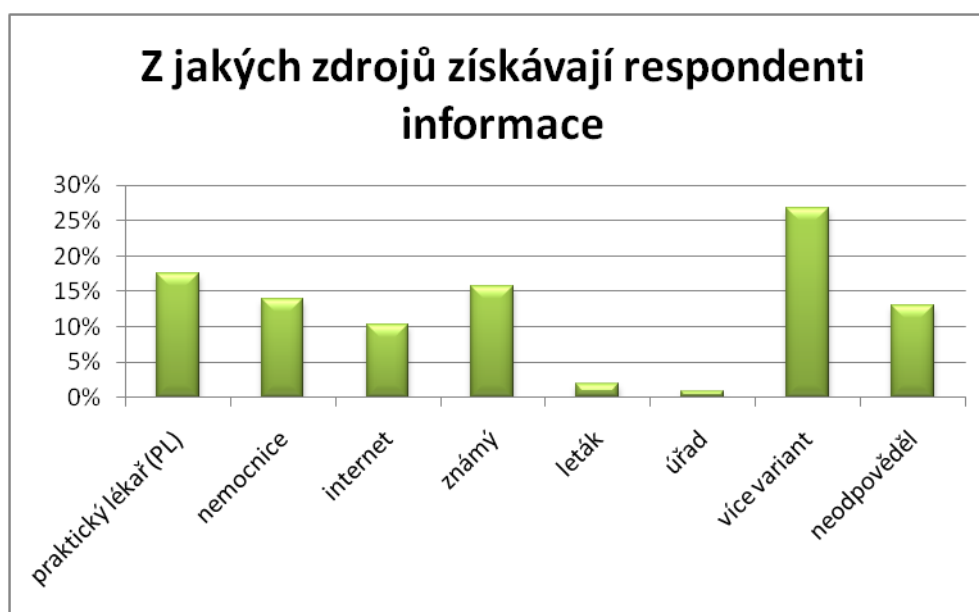
Interpretace dílčího cíle č. 4: Jaká preventivní opatření syndromu vyhoření respondenti využívají

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že 82 % respondentů má dostatek potřebných informací pro poskytování péče seniorovi, což ukazuje graf č. 8. Mezi nejčastěji využívané zdroje informací dle grafu č. 9 můžeme označit praktického lékaře, nemocnice, internet a známého člověka. 27 % respondentů uvedlo více variant jako zdroj informací.

Graf 8: Mají respondenti dostatek potřebných informací o možnostech využití sociálních služeb?

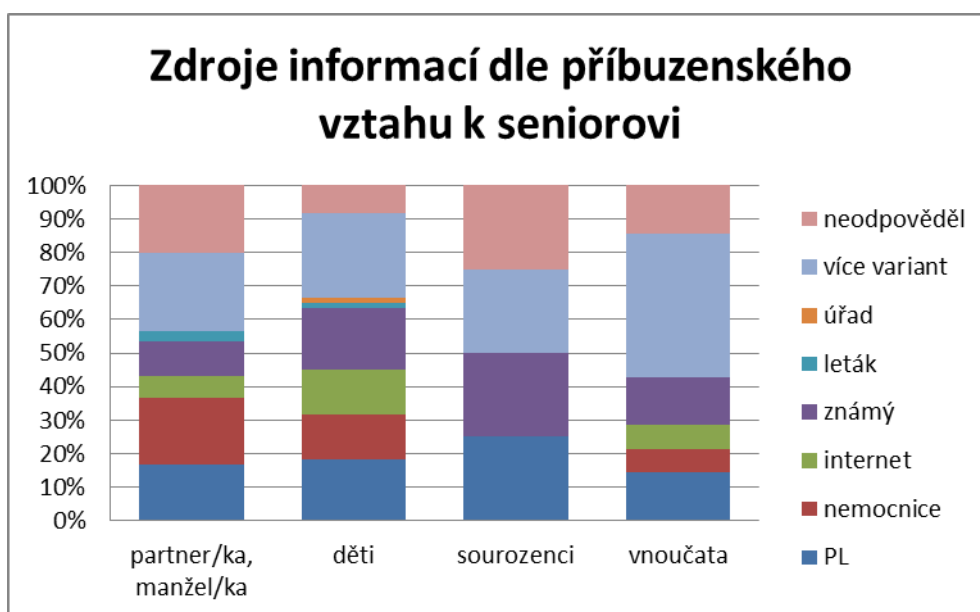


Graf 9: Z jakých zdrojů získávají respondenti informace o sociálních službách?



V případě rozdělení informačních zdrojů na grafu č. 10 dle příbuzenského vztahu pečovatele k seniorovi, můžeme shledat patrné rozdíly. U partnerů a manželů jsou hlavními zdroji praktický lékař (PL) a nemocnice. Děti seniora k již zmíněným ve větší míře využívají také zdroje internetové. U sourozenců naopak chybí zdroje jako internet či nemocnice, tyto položky jsou však zahrnuty pod položkou s více variantami. Na grafickém zobrazení je vidět, že mladší generace (vnoučata) využívají více z možných variant pro získávání úplných informací. Graf znázorňuje malý vliv úřadů a propagačních materiálů k informování veřejnosti o dané problematice.

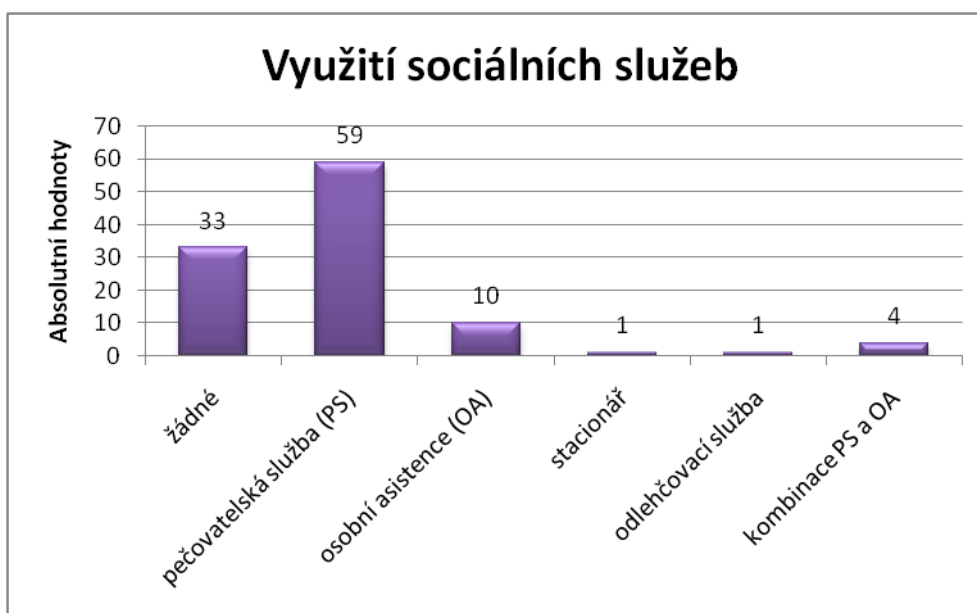
Graf 10: Zdroje informací dle příbuzenského vztahu k seniorovi



Níže uvedený graf č. 11 zobrazuje využití sociálních služeb mezi respondenty. 30 % respondentů nevyužívá žádné z možných sociálních služeb pro ulehčení poskytované péče seniorovi. 55 % pečovatelů využívá pečovatelské služby a 9 % pečovatelů pomáhá osobní asistencí.

U 24 % respondentů, kteří nevyužívají žádné sociální služby, je prokázán syndrom vyhoření.

Graf 11: Využití sociálních služeb



Graf č. 12 zobrazuje, v jaké fázi poskytování péče začali rodinní příslušníci seniora využívat sociální služby. 13 % respondentů začalo sociální služby využívat ihned se započatím péče o blízkou osobu. 33 % rodinných pečovatелů využilo pomoc sociálních služeb až v průběhu pečování, jakmile získali informace o těchto možnostech. 16 % dotazovaných využilo sociální služby až v případě, kdy si nevěděli rady. 8 % (tj. 9 dotazovaných) pečovatелů využilo pomoc poté, co se nacházeli na pokraji svých sil. Tyto osoby jsou zároveň ve vyhořelém stavu či ve zvýšeném riziku vzniku syndromu vyhoření.

Graf 12: Kdy začali respondenti využívat sociální služby



Jak již bylo uvedeno výše, 30 % respondentů při péči nevyužívá žádné sociální služby. 78 % osob, jak je uvedeno níže v tabulce č. 3, zahrnuje jedince, kteří využívají sociální služby a jsou spokojeni s rozsahem těchto služeb, nebo kteří nevyužívají služby, protože nechtějí, nepotřebují. Dále jsou pod tuto kategorii zahrnuti jedinci bez uvedeného důvodu, ačkoli v otázce, zda jim vyhovuje rozsah poskytovaných služeb, odpověděli „ne“.

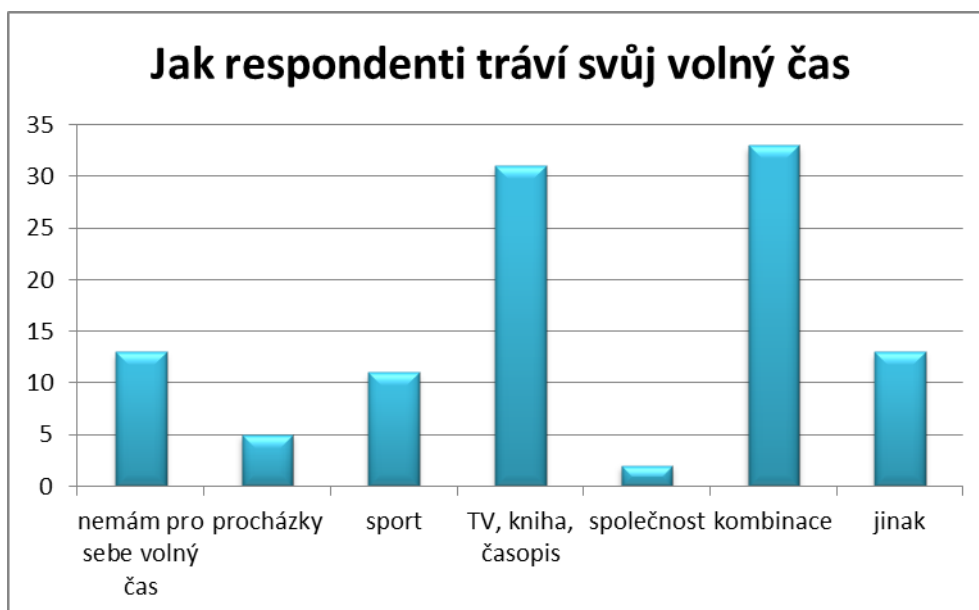
Zbýlých 22 % dotazovaných nevyužívá sociální služby v potřebném rozsahu z několika důvodů a to, péči sociálních služeb odmítá sám senior, o kterého pečují, sociální služby si rodina nemůže dovolit vzhledem k finanční situaci. 1 % uvádí kombinaci zmíněných důvodů. 4 % respondentů uvádí důvod „jiný“, který však již dále nespecifikují.

Tabulka 3: Důvod nevyužívání sociálních služeb v potřebném/možném rozsahu

	absolutní hodnoty	relativní hodnoty
nevyužívá/spokojen	84	78%
odmítání ze strany seniora	10	9%
finanční situace	11	10%
kombinace odmítání seniorem, problém s organizací	1	1%
jiný	2	2%

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že 12 % dotazovaných nemá pro sebe žádný volný čas, z toho 54 % trpí syndromem vyhoření. 75 % osob má pro sebe čas každý den a 10 % každý týden. Následující graf č. 13 zobrazuje, jak rodinní pečovatelé tráví svůj volný čas. Největší zastoupení má kombinace několika možností. Významnou položkou je také možnost trávit volný čas „jinak“. Jako příklad byly uváděny tyto činnosti: spánek, odpočinek, vnoučata, rodina, nakupování, sběratelství, pěvecký sbor.

Graf 13: Jak respondenti tráví svůj volný čas



Součástí výzkumu bylo také zjistit, zda si pečovatelé mají s kým promluvit o svých problémech, zda se mají komu svěřit a za kým si přijít o radu či pomocnou ruku. 87 % pečovatelů má k dispozici osobu pro tyto účely. 57 % z těch, kteří si nemají s kým promluvit, se nachází ve stavu syndromu vyhoření.

Shrnutí výsledků dílčího cíle č. 4

Respondenti v cílové skupině mají z 82 % dostatek informací o možnostech poskytování sociálních služeb rodinnému příslušníkovi, seniorovi. Nejčastějším zdrojem informací je praktický lékař, nemocnice a internet. Mladší generace (vnoučata) již využívají více dostupných variant pro získávání co největšího množství informací. Výzkum potvrzuje Mátlovu (2007) teorii informační asymetrie, kdy se k pečujícím partnerům dostávají informace o sociálních službách z omezených, jim dostupných zdrojů, což jsou především lékaři.

70 % rodinných pečovatelů využívá pomoci sociálních služeb. Největší zastoupení mají pečovatelské služby (55 %) a osobní asistence (9 %). 13 % pečujících využívalo sociální služby ihned se započítáním péče, 33 % až v průběhu poskytování péče, jakmile se o těchto možnostech dozvěděli. 22 % dotazovaných nevyužívá sociální služby v potřebném rozsahu, protože jim v tom brání jistá situace a to, odmítání ze strany seniora, finanční potíže, problémy s organizací, či jiné blíže nespecifikované důvody.

Výzkumem bylo zjištěno, že 12 % dotazovaných nemá pro sebe žádný volný čas, z nichž 54 % je postiženo syndromem vyhoření. 75 % pečovatelů má pro sebe volný čas

každý den a 10 % každý týden. Volný čas tráví respondenti mnoha způsoby. Nejčastěji sledováním televize, čtením knihy či časopisu a dále kombinací více variant (jako sport, procházky, společnost). Velké zastoupení má také položka „jiné“, kde respondenti uváděli činnosti jako: spánek, odpočinek, vnoučata, rodina, nakupování, atd.

13 % respondentů nemá k dispozici osobu, které by se mohli svěřit se svými problémy, požádat o radu či pomoc. Tito se nacházejí z 57 % ve skupině vyhořelých pečovatelů.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že preventivní opatření syndromu vyhoření mají vliv na jeho vznik. Což opět potvrzuje teorii (Holeksová (2002), Kopřiva (1997), Pichaud (1998), Rheinwaldová (1999), Sýkorová (2004) atd.).

4 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se u rodinných pečovatelů pečujících o seniora vyskytuje syndrom vyhoření. Co může posílit vznik syndromu vyhoření u rodinných pečovatelů. Zda tuto skutečnost reflektují, a jaké strategie využívají, aby syndromu vyhoření předešli. Hlavní cíl jsem rozdělila do čtyř dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jestli se u rodinných pečujících vyskytuje syndrom vyhoření a v jaké míře. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké faktory mají vliv na vznik syndromu vyhoření. A posledním, čtvrtým dílčím cílem, bylo zjistit, jaká preventivní opatření rodinní pečovatelé v rámci zkoumaného souboru využívají.

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo zjištěno, že **péče je mezi respondenty převážně ženskou záležitostí (72%)**, což potvrzují také teze autorů zmíněné v teoretické části bakalářské práce. V rámci rodinných vztahů nejčastěji o seniora pečují jeho děti (resp. syn/dcera či zeť/snacha), kteří se nacházejí v produktivním věku. Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření lze předpokládat, že se děti starají o již ovdovělého rodiče, což potvrzuje teorii jisté posloupnosti v péči mezi generacemi. Péči o nesoběstačného seniora zajišťuje nejprve partner, a teprve až v momentě, kdy je sám, ovdovělý a ztrácí svou soběstačnost, nastupují v péči o něj jeho děti.

Výsledky výzkumného šetření ukázali, že se u **53 % respondentů vyskytuje syndrom vyhoření nebo jsou syndromem vyhoření bezprostředně ohroženi. Mezi vyhořelými zaujímají 75% podíl ženy produktivním věku**, což je skupina pečujících, u které lze předpokládat, že chodí do zaměstnání, starají se o své dospělé děti, které se snaží postavit na vlastní nohy a zároveň pečují o starého rodiče. Z čehož vyplývá, že je na pečující kladena nejen zátěž ze strany péče o seniora. **Syndrom vyhoření z pohledu příbuzenského vztahu k seniorovi se vyskytuje nejčastěji mezi partnery seniora**, což potvrzuje náročnost péče o nesoběstačného seniora v seniorském věku, kdy pečující senior prochází úplně stejnou životní etapou a obtížemi spojenými se stářím, jako senior, který péči přijímá, ale navíc se zátěží péče o partnera.

Za faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, můžeme na základě provedeného výzkumu označit to, zda rodinnému pečovateli pomáhá s péčí někdo další z rodiny, dále čas, který tráví pečovatel se seniorem, a míru soběstačnosti seniora. **Výzkumem bylo zjištěno, že přítomnost syndromu vyhoření závisí na tom, zda pečovateli s péčí o seniora někdo pomáhá. Výzkum také potvrzuje, že doba strávená péčí**

o seniora ovlivňuje míru syndromu vyhoření. Naopak je zajímavé, že nebyly zjištěny souvislosti mezi délkou poskytované péče (v letech) a vyhořením pečovatелů. Ohledně tohoto zjištění bych doporučila celorepublikový průzkum, neboť tento výsledek vyvrací dosavadní teorii, že délka zátěže (v letech) při péči o seniory má vliv na syndrom vyhoření. Dalším významným faktorem, který ovlivňuje vznik syndromu vyhoření, jak potvrdil výzkum, je míra nesoběstačnosti seniora.

Co se týká sociálních služeb, a informovanosti pečujících o sociálních službách, **respondenti uvádějí, že mají dostatek informací o možnostech poskytování sociálních služeb** rodinnému příslušníkovi, seniorovi. **Nejčastějším zdrojem informací je praktický lékař, nemocnice a internet.** Výzkumné šetření však potvrzuje teorii informační asymetrie, kdy se k pečujícím partnerům dostávají informace o sociálních službách z omezených, jim dostupných zdrojů, což jsou především lékaři. Mladší generace (vnoučata) již využívají více dostupných variant pro získávání co největšího množství informací. **Ze sociálních služeb pečující využívají především pečovatelskou službu (55 %) a osobní asistenci (9 %).** Nejčastěji začínají tyto služby respondenti využívat až v průběhu poskytování péče, jakmile se o těchto možnostech dozvěděli. Výzkum dále ukazuje, že **22 % dotazovaných nevyužívá sociální služby v potřebném rozsahu, protože jim v tom brání jistá situace a to, odmítání ze strany seniora, finanční potíže, problémy s organizací, či jiné blíže nespecifikované důvody. U 24 % respondentů, kteří nevyužívají žádné sociální služby, je prokázán syndrom vyhoření.**

Z hlediska volného času bylo výzkumem zjištěno, že 12 % dotazovaných nemá pro sebe žádný volný čas, z nichž 54 % je postiženo syndromem vyhoření. A 13 % respondentů nemá k dispozici osobu, které by se mohli svěřit se svými problémy, požádat o radu či pomoc. Tito se nacházejí z 57 % ve skupině vyhořelých pečovatелů. Z výzkumného šetření je zřejmé, že preventivní opatření syndromu vyhoření mají vliv na jeho vznik, což potvrzuje teorii.

Výsledky tohoto výzkumného šetření jasně ukazují, že syndrom vyhoření a jeho prevence je problémem pečujících rodinných příslušníků při péči o seniory. U profesionálů v pomáhajících profesích se prevenci syndromu vyhoření věnuje spousta odborníků. Také v praxi je toto častým tématem, vzhledem k náročnosti těchto profesí. Ale jsou opomíjeni rodinní příslušníci v rolích pomáhajících. Ti se o syndromu vyhoření, pokud se sami nezajímají o tuto problematiku, prakticky nedozvědí. A přitom je to skupina pečujících, kteří, když už pečují o starého člověka v těžkém stavu (imobilního, dementního, či umírajícího), jsou pod stálou zátěží po 24 hodin denně a mnohdy bez možnosti zastoupení, či jiné úlevy.

Nemají možnost, jako profesionál, odejít po pracovní době ze zaměstnání. Prevence v této oblasti je zajisté zásadní. Je důležité předejít osobnímu zhroucení, aby proces péče mohl pokračovat. Aby senior, o kterého je pečováno, nepocíťoval, že je na obtíž, že způsobuje problémy. Péče musí pokračovat kontinuálně, případně s přijetím takových opatření, aby bylo vše zvládnutelné a pohodlné pro obě strany.

Vzniká zde otázka, jakým způsobem se této cílové skupině věnovat v oblasti prevence syndromu vyhoření nebo v případech, kdy je již syndrom vyhoření přítomen. A zároveň předejít trvalému umístění seniora do ústavního zařízení, u již vyhořelých rodinných pečovatelů. Možným opatřením v rámci prevence syndromu vyhoření by mohla být edukace rodinných pečovatelů ze strany organizací poskytujících sociální služby či jiných institucí. Další možností by mohla být možnost skupinové supervize pro rodinné pečovatele, kde by mohli nejen řešit své problémy, ale také sdílet zkušenosti. Otázkou je, zda jsou tyto služby v silách těchto organizací, což by mohlo být námětem pro další výzkum.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou zátěže u rodinných pečovatelů při péči o seniory v kontextu syndromu vyhoření. Teoretická část je členěna do dvou kapitol, které se vztahují k vytyčeným cílům. Metodická část se zaměřuje na problematiku poskytování péče rodinnými příslušníky nejstaršímu členovi rodiny (seniorovi).

První kapitola *Rodina a její vztah k péči o rodinného příslušníka seniora* vymezuje cílovou skupinu – rodinné pečovatele. Popisuje typy rodinných vztahů a vztahů jednotlivých členů rodiny k seniorovi, který vzhledem ke své nesoběstačnosti potřebuje pomoc rodiny. Uvědomění si, že součástí rodiny nejsem jen „já“, kdo musí vše zvládnout a zajistit, ale že jsou tu i druzí, a uvědomění si vzájemných vztahů v rodině hraje velkou roli v péči o osobu blízkou (seniora) a zvládání této situace kvalitním způsobem a v únosné míře pro všechny zúčastněné.

Druhá kapitola *Problematika syndromu vyhoření v kontextu rodinné péče* se zaměřuje na syndrom vyhoření u rodinných pečovatelů. Rizika syndromu vyhoření, příznaky a zejména možnosti prevence by měli být známé každému v běžném životě, a ne jen profesionálům. Právě v rolích pečovatelů se lidé setkávají se situací, kdy nejde jen o jejich zdraví, ale také o zdraví druhých, které může být narušeno v případě výpadku poskytování péče doposud „tradičním“ způsobem. Syndrom vyhoření způsobuje kolaps osobnosti jak z fyzického hlediska, tak zejména z toho psychického. Opečovávaný senior pozná změnu klimatu v domácnosti. Změny v péči, které mohou následovat, mají vliv na jeho psychiku a mohou vést až ke zhoršení zdravotního stavu.

Metodická část se zaměřuje na problematiku poskytování péče rodinnými příslušníky nejstaršímu členovi rodiny (seniorovi). Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se u rodinných pečovatelů pečujících o seniora vyskytuje syndrom vyhoření. Co může posílit vznik syndromu vyhoření u rodinných pečovatelů. Zda tuto skutečnost reflektují, a jaké strategie využívají, aby syndromu vyhoření předešli. Hlavní cíl je pro lepší orientaci rozdělen do čtyř dílčích cílů. Průzkum byl realizován za pomoci kvantitativní metody prostřednictvím standardizovaného dotazníků, kde respondenti odpovídali na otázky týkající se rodinných pečovatelů a osob, o které pečují.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, kdo převážně v rámci rodiny pečuje o seniora. Výzkum ukázal, že péče o seniory je převážně ženskou záležitostí. V rámci rodinných vztahů nejčastěji o seniora pečují jeho dcera či syn, kteří se nacházejí v produktivním věku.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jestli se u rodinných pečujících vyskytuje syndrom vyhoření a v jaké míře. Výsledky výzkumného šetření ukázali, že se u 53 % respondentů vyskytuje syndrom vyhoření nebo jsou syndromem vyhoření bezprostředně ohroženi. Mezi vyhořelými zaujímají 75% podíl ženy produktivním věku, což je skupina pečujících, u které lze předpokládat, že chodí do zaměstnání, starají se o své dospělé děti, které se snaží postavit na vlastní nohy a zároveň pečují o starého rodiče. Z čehož vyplývá, že je na pečující kladena nejen zátěž ze strany péče o seniora. Syndrom vyhoření z pohledu příbuzenského vztahu k seniorovi se vyskytuje nejčastěji mezi partnery seniora, což ukazuje na náročnost péče o nesoběstačného seniora v seniorském věku pečujícího, kdy pečující senior prochází úplně stejnou životní etapou a obtížemi spojenými se stářím, jako senior, který péči přijímá, ale navíc se zátěží péče o partnera.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaké faktory mají vliv na vznik syndromu vyhoření. Výzkumem bylo zjištěno, že přítomnost syndromu vyhoření závisí na tom, zda pečovateli s péčí o seniora někdo pomáhá. Výzkum také potvrzuje, že doba strávená péčí o seniora ovlivňuje míru syndromu vyhoření. Naopak je zajímavé, že nebyly zjištěny souvislosti mezi délkou poskytované péče (v letech) a vyhořením pečovatelů. Dalším významným faktorem, který ovlivňuje vznik syndromu vyhoření, jak potvrdil výzkum, je míra nesoběstačnosti seniora.

Posledním, čtvrtým dílčím cílem, bylo zjistit, jaká preventivní opatření rodinní pečovatelé v rámci zkoumaného souboru využívají. Otázky výzkumného šetření se zaměřovali na využívání sociálních služeb a trávení volného času. Co se týká sociálních služeb, a informovanosti pečujících o sociálních službách, mají pečující dostatek informací o možnostech poskytování sociálních služeb rodinnému příslušníkovi, seniorovi. Nejčastějším zdrojem informací je praktický lékař, nemocnice a internet. Ze sociálních služeb pečující využívají především pečovatelskou službu a osobní asistenci. Nejčastěji začínají tyto služby respondenti využívat až v průběhu poskytování péče, jakmile se o těchto možnostech dozvěděli. Výzkum dále ukazuje, že 22 % dotazovaných nevyužívá sociální služby v potřebném rozsahu, protože jim v tom brání jistá situace a to, odmítání ze strany seniora, finanční potíže, problémy s organizací, či jiné blíže nespecifikované důvody. Z hlediska volného času bylo výzkumem zjištěno, že 12 % dotazovaných nemá pro sebe žádný volný čas, z nichž 54 % je postiženo syndromem vyhoření. A 13 % respondentů nemá k dispozici osobu, které by se mohli svěřit se svými problémy, požádat o radu či pomoc. Tito se nacházejí z 57 % ve skupině vyhořelých pečovatelů. Z výzkumného šetření je zřejmé, že preventivní opatření syndromu vyhoření mají vliv na jeho vznik.

Vzhledem k malému počtu respondentů a účelovému výběru výzkumného vzorku není možné zjištěné výsledky zevšeobecňovat. Lze je však považovat za podklad k dalšímu možnému hlubšímu zkoumání této problematiky, neboť výsledky tohoto výzkumného šetření jasně ukazují, že syndrom vyhoření a jeho prevence je problémem pečujících rodinných příslušníků.

SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. *Sbírka zákonů ČR*. [Online] 2006, částka 37. [Citace: 11. 1. 2015.] ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Česko. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012, občanský zákoník. *Sbírka zákonů ČR*. [Online] 2012, částka 33. [Citace: 8. 2. 2015.] ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=89/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

Český statistický úřad. *Věková skladba obyvatelstva ČR, 1945 - 2013*. [Online] [Citace: 8. 2. 2015.] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/animovane_stromy_zivota.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. dotisk 3. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2002. ISBN 30-246-0139-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. Praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *STÁŘÍ. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2.rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

Manuál prevence v lékařské praxi. I. Prevence poruch a nemocí. dotisk 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 1995. ISBN 80-7168-097-4.

MÁTĽ, Ondřej a JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Výstupy z aplikovaného výzkumu*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

PICHAUD, Clément a THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena a KAŠPAROVÁ, Eva. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

SÝKOROVÁ, Dana a CHYTIL, Oldřich (Eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II*. 1 vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

WAN, Thomas T. H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče: integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*. 1. vyd. Olomouc : Univ. Palackého, 1998. ISBN 80-7067-834-8.

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Operacionalizace dílčích cílů do dotazníkových výroků/otázek</i>	29
<i>Tabulka 2: Kdo převážně z rodiny pečuje o seniora - příbuzenský vztah</i>	33
<i>Tabulka 3: Důvod nevyužívání sociálních služeb v potřebném/možném rozsahu.....</i>	42

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Věková struktura obyvatel ČR v roce 1990 a v roce 2013</i>	5
<i>Graf 2: Kdo převážně z rodiny pečuje o seniora - pohlaví</i>	33
<i>Graf 3: Míra syndromu vyhoření mezi respondenty</i>	34
<i>Graf 4: Syndrom vyhoření dle příbuzenského vztahu k seniorovi.....</i>	35
<i>Graf 5: Kdo pomáhá pečovateli s péčí o seniora</i>	36
<i>Graf 6: Vliv pomoci ostatních členů rodiny při péči na syndrom vyhoření</i>	37
<i>Graf 7: Závislost syndromu vyhoření na stupni soběstačnosti seniora</i>	38
<i>Graf 8: Mají respondenti dostatek potřebných informací o možnostech využití sociálních služeb?</i>	39
<i>Graf 9: Z jakých zdrojů získávají respondenti informace o sociálních službách?.....</i>	39
<i>Graf 10: Zdroje informací dle příbuzenského vztahu k seniorovi.....</i>	40
<i>Graf 11: Využití sociálních služeb</i>	41
<i>Graf 12: Kdy začali respondenti využívat sociální služby</i>	41
<i>Graf 13: Jak respondenti tráví svůj volný čas.....</i>	43

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA 1: dotazník - prázdný formulář
- PŘÍLOHA 2: úprava otázky č. 18 v dotazníku
- PŘÍLOHA 3: dotazník vyplněný respondentem

PŘÍLOHA 1: dotazník - prázdný formulář

Dotazník pro rodinné pečovatele

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, oboru Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „*Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory v regionu Trutnovsko*“. Z tohoto důvodu si Vám dovoluji předložit následující dotazník a prosím Vás o jeho vyplnění. Veškeré získané údaje budou zpracovány anonymně a budou využity pouze pro studijní účely.

Děkuji za Váš čas a spolupráci Martina Motejlková

Údaje o osobě rodinného pečovatele

1. Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	2. Věk:
3. Příbuzenský vztah se seniorem: <input type="checkbox"/> partner/ka, manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn, snacha/zeť <input type="checkbox"/> vnučka, vnuk <input type="checkbox"/> bratr/sestra	4. Místo poskytování péče: <input type="checkbox"/> v domácnosti seniora <input type="checkbox"/> v domácnosti pečujícího
5. V jaké územní lokalitě je péče poskytována? <input type="checkbox"/> okresní město <input type="checkbox"/> město <input type="checkbox"/> obec	6. Kdo další z rodiny se podílí na péči o seniora? <input type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> partner/ka, manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn <input type="checkbox"/> snacha/zeť <input type="checkbox"/> vnučka, vnuk <input type="checkbox"/> bratr/sestra
7. Jak dlouho již pečujete? <input type="checkbox"/> méně než 1 rok <input type="checkbox"/> let	8. Kolik času Vám zabírá péče o seniora? <input type="checkbox"/> denně hodin <input type="checkbox"/> týdně hodin <input type="checkbox"/> měsíčně hodin
9. Máte dle Vašeho názoru veškeré potřebné informace o možnostech využití sociálních služeb ve vašem regionu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	10. Pokud ano, kde jste tyto informace získali? <input type="checkbox"/> u obvodního lékaře <input type="checkbox"/> v nemocnici, při hospitalizaci seniora <input type="checkbox"/> na obecním/městském úřadě <input type="checkbox"/> na internetu <input type="checkbox"/> z letáků <input type="checkbox"/> doporučením od známého <input type="checkbox"/> jiné
11. Jaké využíváte sociální služby: <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> osobní asistence <input type="checkbox"/> denní stacionář <input type="checkbox"/> odlehčovací služba <input type="checkbox"/> jiné	12. Kdy jste začali tyto sociální služby využívat? <input type="checkbox"/> ihned od začátku pečování o seniora <input type="checkbox"/> v průběhu pečování, když jsem se o službách dověděl/a <input type="checkbox"/> když jsem si nevěděl/a rady s péčí <input type="checkbox"/> když jsem byl/a na pokraji svých sil <input type="checkbox"/> jiné

<p>13. Využíváte tyto služby v rozsahu, který Vám, jako pečujícímu vyhovuje?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>	<p>14. Pokud ne, jaký k tomu máte důvod?</p> <p><input type="checkbox"/> odmítání ze strany seniora</p> <p><input type="checkbox"/> finanční</p> <p><input type="checkbox"/> problém je na straně organizace, která službu poskytuje</p> <p><input type="checkbox"/> jiný</p>
<p>15. Kolik hodin denně, či týdně máte čas sám/a pro sebe?</p> <p><input type="checkbox"/> denně hodin</p> <p><input type="checkbox"/> týdně hodin</p> <p><input type="checkbox"/> nemám pro sebe žádný čas</p>	<p>16. Jakým způsobem tento čas trávíte?</p> <p><input type="checkbox"/> chodím na procházky</p> <p><input type="checkbox"/> sportuji</p> <p><input type="checkbox"/> ve společnosti</p> <p><input type="checkbox"/> u TV, s knihou, či časopisem</p> <p><input type="checkbox"/> jinak</p> <p>.....</p>
<p>17. Máte si s kým promluvit, komu se svěřit se svými pocity, s problémy vznikajícími při péči?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>	

18. Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

→ zaškrtněte prosím vždy pouze jednu odpověď;

→ použijte prosím toto odstupňování: 1 – nikdy
2 – jednou za čas
3 – zřídka kdy
4 – někdy
5 – často
6 – obvykle
7 – vždy

Byl/a jsem unaven/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem v depresi (tísni).	1	2	3	4	5	6	7
Prožíval/a jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem tělesně vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem citově vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem šťasten/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se vyřízen/á (zničen/á).	1	2	3	4	5	6	7
Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem nešťastný/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se uhoněn/á a utahán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se jakoby uvězněn/á v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezcný/á).	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se utrápen/á.	1	2	3	4	5	6	7
Tížily mne starosti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se zklamán/á a rozčarován/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem slab/á a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se odmítnut/á a odstrčen/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se pln/á optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se pln/á energie.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem pln/á úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7

Údaje o seniorovi, o kterého pečujete

19. Pohlaví: žena
 muž

20. Věk:

21. Do jaké míry senior zvládá základní životní potřeby?

→ zaškrtněte prosím vždy pouze jednu odpověď;

→ známkujte jako ve škole: 1 – zvládá zcela samostatně
 2 – spíše zvládá
 3 – někdy zvládá, někdy ne
 4 – spíše nezvládá
 5 – vůbec nezvládá

Mobilita	chůze	1	2	3	4	5
	vstávání ze židle	1	2	3	4	5
	vstávání z lůžka	1	2	3	4	5
Komunikace	řeč	1	2	3	4	5
	čtení	1	2	3	4	5
	psaní	1	2	3	4	5
Stravování	příprava stravy	1	2	3	4	5
	naservírování stravy	1	2	3	4	5
	najíst a napít se	1	2	3	4	5
Oblékání	vybrat si oblečení	1	2	3	4	5
	obléknout a svléknout se	1	2	3	4	5
Hygiena	umýt si ruce a obličej	1	2	3	4	5
	umýt si celé tělo	1	2	3	4	5
	učesat se	1	2	3	4	5
	vyčistit si dutinu ústní	1	2	3	4	5
Péče o domácnost	nakládat s penězi	1	2	3	4	5
	nákup potravin	1	2	3	4	5
	běžný úklid domácnosti	1	2	3	4	5
	praní a žehlení prádla	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA 2: úprava otázky č. 18 v dotazníku

18. Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

→ zaškrtněte prosím vždy pouze jednu odpověď;

→ použijte prosím toto odstupňování: 1 – nikdy
2 – jednou za čas
3 – zřídka kdy
4 – někdy
5 – často
6 – obvykle
7 – vždy

1. Byl/a jsem unaven/á.	1	2	3	4	5	6	7
2. Byl/a jsem v depresi (tísni).	1	2	3	4	5	6	7
3. Prožíval/a jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
4. Byl/a jsem tělesně vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
5. Byl/a jsem citově vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
6. Byl/a jsem šťasten/á.	1	2	3	4	5	6	7
7. Cítil/a jsem se vyřízen/á (zničen/á).	1	2	3	4	5	6	7
8. Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
9. Byl/a jsem nešťastný/á.	1	2	3	4	5	6	7
10. Cítil/a jsem se uhoněn/á a utahán/á.	1	2	3	4	5	6	7
11. Cítil/a jsem se jakoby uvězněn/á v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
12. Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezcestný/á).	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítil/a jsem se utrápen/á.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tížily mne starosti.	1	2	3	4	5	6	7
15. Cítil/a jsem se zklamán/á a rozčarován/á.	1	2	3	4	5	6	7
16. Byl/a jsem slab/á a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
17. Cítil/a jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
18. Cítil/a jsem se odmítnut/á a odstrčen/á.	1	2	3	4	5	6	7
19. Cítil/a jsem se pln/á optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
20. Cítil/a jsem se pln/á energie.	1	2	3	4	5	6	7
21. Byl/a jsem pln/á úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7

PŘÍLOHA 3: dotazník vyplněný respondentem

Dotazník pro rodinné pečovatele

Dobrý den,

jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, oboru Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností. Zpracovávám bakalářskou práci na téma „*Zátěž rodinných pečovatelů při péči o seniory v regionu Trutnovsko*“. Z tohoto důvodu si Vám dovoluji předložit následující dotazník a prosím Vás o jeho vyplnění. Veškeré získané údaje budou zpracovány anonymně a budou využity pouze pro studijní účely.

Děkuji za Váš čas a spolupráci Martina Motejlková

Údaje o osobě rodinného pečovatele

1. Pohlaví: <input type="checkbox"/> žena <input checked="" type="checkbox"/> muž	2. Věk: 79
3. Příbuzenský vztah se seniorem: <input checked="" type="checkbox"/> partner/ka, manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn, snacha/zeť <input type="checkbox"/> vnučka, vnuk <input type="checkbox"/> bratr/sestra	4. Místo poskytování péče: <input checked="" type="checkbox"/> v domácnosti seniora <input type="checkbox"/> v domácnosti pečujícího
5. V jaké územní lokalitě je péče poskytována? <input type="checkbox"/> okresní město <input checked="" type="checkbox"/> město <input type="checkbox"/> obec	6. Kdo další z rodiny se podílí na péči o seniora? <input checked="" type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> partner/ka, manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn <input type="checkbox"/> snacha/zeť <input type="checkbox"/> vnučka, vnuk <input type="checkbox"/> bratr/sestra
7. Jak dlouho již pečujete? <input type="checkbox"/> méně než 1 rok <input checked="" type="checkbox"/> 3 let	8. Kolik času Vám zabírá péče o seniora? <input checked="" type="checkbox"/> denně 10 hodin <input type="checkbox"/> týdně hodin <input type="checkbox"/> měsíčně hodin
9. Máte dle Vašeho názoru veškeré potřebné informace o možnostech využití sociálních služeb ve vašem regionu? <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	10. Pokud ano, kde jste tyto informace získali? <input checked="" type="checkbox"/> u obvodního lékaře <input checked="" type="checkbox"/> v nemocnici, při hospitalizaci seniora <input type="checkbox"/> na obecním/městském úřadě <input type="checkbox"/> na internetu <input type="checkbox"/> z letáků <input type="checkbox"/> doporučením od známého <input type="checkbox"/> jiné
11. Jaké využíváte sociální služby: <input type="checkbox"/> žádné <input checked="" type="checkbox"/> pečovatelská služba <input checked="" type="checkbox"/> osobní asistence <input type="checkbox"/> denní stacionář <input type="checkbox"/> odlehčovací služba <input type="checkbox"/> jiné	12. Kdy jste začali tyto sociální služby využívat? <input checked="" type="checkbox"/> ihned od začátku pečování o seniora <input type="checkbox"/> v průběhu pečování, když jsem se o službách dověděl/a <input type="checkbox"/> když jsem si nevěděl/a rady s péčí <input type="checkbox"/> když jsem byl/a na pokraji svých sil <input type="checkbox"/> jiné

<p>13. Využíváte tyto služby v rozsahu, který Vám, jako pečujícímu vyhovuje?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>	<p>14. Pokud ne, jaký k tomu máte důvod?</p> <p><input type="checkbox"/> odmítání ze strany seniora</p> <p><input type="checkbox"/> finanční</p> <p><input type="checkbox"/> problém je na straně organizace, která službu poskytuje</p> <p><input type="checkbox"/> jiný <i>využívám</i></p>
<p>15. Kolik hodin denně, či týdně máte čas sám/a pro sebe?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> denně <i>2</i> hodin</p> <p><input type="checkbox"/> týdně hodin</p> <p><input type="checkbox"/> nemám pro sebe žádný čas</p>	<p>16. Jakým způsobem tento čas trávíte?</p> <p><input type="checkbox"/> chodím na procházky</p> <p><input type="checkbox"/> sportuji</p> <p><input type="checkbox"/> ve společnosti</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> u TV, s knihou, či časopisem</p> <p><input type="checkbox"/> jinak</p> <p>.....</p>
<p>17. Máte si s kým promluvit, komu se svěřit se svými pocity, s problémy vznikajícími při péči?</p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ne</p>	

18. Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

→ zaškrtněte prosím vždy pouze jednu odpověď;

→ použijte prosím toto odstupňování: 1 – nikdy
2 – jednou za čas
3 – zřídka kdy
4 – někdy
5 – často
6 – obvykle
7 – vždy

Byl/a jsem unaven/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem v depresi (tísni).	1	2	3	4	5	6	7
Prožíval/a jsem krásný den.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem tělesně vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem citově vyčerpán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem šťasten/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se vyřízen/á (zničen/á).	1	2	3	4	5	6	7
Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem nešťastný/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se uhoněn/á a utahán/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se jakoby uvězněn/á v pasti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezcestný/á).	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se utrápen/á.	1	2	3	4	5	6	7
Tížily mne starosti.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se zklamán/á a rozčarován/á.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem slab/á a na nejlepší cestě k onemocnění.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se beznadějně.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se odmítnut/á a odstrčen/á.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se pln/á optimismu.	1	2	3	4	5	6	7
Cítil/a jsem se pln/á energie.	1	2	3	4	5	6	7
Byl/a jsem pln/á úzkostí a obav.	1	2	3	4	5	6	7

Údaje o seniorovi, o kterého pečujete

19. Pohlaví: žena
 muž

20. Věk:77.....

21. Do jaké míry senior zvládá základní životní potřeby?

→ zaškrtněte prosím vždy pouze jednu odpověď;

→ známkujte jako ve škole: 1 – zvládá zcela samostatně

2 – spíše zvládá

3 – někdy zvládá, někdy ne

4 – spíše nezvládá

5 – vůbec nezvládá

Mobilita	chůze	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
	vstávání ze židle	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	vstávání z lůžka	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
Komunikace	řeč	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	čtení	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	psaní	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
Stravování	příprava stravy	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	naservírování stravy	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	najíst a napít se	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
Oblékání	vybrat si oblečení	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	obléknout a svléknout se	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
Hygiena	umýt si ruce a obličej	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	umýt si celé tělo	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	učesat se	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
	vyčistit si dutinu ústní	1	2	3	<input checked="" type="radio"/> 4	5
Péče o domácnost	nakládat s penězi	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
	nákup potravin	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
	běžný úklid domácnosti	1	2	<input checked="" type="radio"/> 3	4	5
	praní a žehlení prádla	1	2	3	4	<input checked="" type="radio"/> 5