

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Úskalí péče o seniora v domácím prostředí

Ing. Ivana Blehová

Katedra Sociální práce
Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková Ph.D.
Studijní program Sociální a pastorační práce
Studijní obor Sociální a pastorační práce

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Úskalí péče o seniora v domácím prostředí napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Mýtkách dne 20.4.2022

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o seniora v domácím prostředí a úskalími, která tuto práci v současné době provází. Na základě dostupné literatury představuje související témata a formou případových studií popisuje některé praktické zkušenosti pečujících osob.

Práce vychází ze současného demografického vývoje a soustředí se na téma stárnutí ve společnosti a na péči o seniory. Největší pozornost je věnována péči o seniory v domácím prostředí a problematickým aspektům, které s péčí o seniora v domácím prostředí souvisí.

V praktické části bylo pomocí kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru zjišťováno, jak osoby, které dlouhodobě pečují o nesoběstačného člena rodiny, tuto péči prožívají, proč se rozhodly tímto způsobem pečovat a zda získaly odpovídající informace o možnostech odborné pomoci. Také jak péče ovlivnila jejich zdraví, finanční situaci a sociální život.

Analýza rozhovorů ukázala, že největší zátěží pro pečovatele v rodině je péče o člověka s poruchami chování a vnímání, se kterým je obtížné se dorozumět. Rizikovým faktorem je, pokud o takovou osobu pečovatel pečuje sám. Jako nejzávažnějším úskalí při péči byl vyhodnocen nedostatek informací, zejména těch, které se týkaly možnosti využití sociálního poradenství a pomoci od konkrétních poskytovatelů sociálních služeb.

Klíčová slova

Stárnutí, společnost, senior, mezigenerační solidarita, rodinná péče, pečovatelská zátěž

Summary

Difficulties in homecare(giving) for an elderly family member.

This bachelor thesis focuses on the issues of home elderly care and on difficulties that are related to it. Based on available literature it presents related topics in the first part of the thesis. In the second part case studies are used to describe several practical experiences of caregivers.

This thesis is based on facts about contemporary demographic development. It focuses on the aging of the population and on elderly social care. The focus is given to home elderly care and difficult aspects that are connected to it.

In the practical part of the theses qualitative methods of semi-structured dialogue were used. The aim was to find out how individuals who are taking care of non-self sufficient family member experience this situation, why they chose to proceed the way they did, and if they received appropriate information about the possibilities of professional assistance. The aim is also to ascertain how the care influenced their health, financial situation and social life.

The analysis of these dialogues showed that the most immense stress for a caregiver is to take care of a person with behavioural and perception disorders with whom it is hard to communicate. Caregivers who take care of such a person alone are under an even greater risk. It was evaluated that the most significant difficulty connected with elderly health care is the lack of information and non-methodical provision of information for caregivers. Information concerning possibilities of help from social consultancy and help from concrete welfare services.

Keywords

Ageing, society, a senior, solidarity among generations, home (family) care, caregiver burden

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala především PhDr. Haně Janečkové Ph.D. za příkladné vedení, cenné připomínky i za shovívavost po celou dobu tvorby mé bakalářské práce. Mé poděkování patří též všem respondentům, za jejich čas, ochotu a otevřenost, se kterou se podělili o svoji nelehkou zkušenost s péčí o blízkou osobu ve společné domácnosti. Za trpělivou podporu děkuji také svému manželovi a své rodině.

Obsah

Úvod	10
1. Stáří a stárnutí ve společnosti	11
1.1 Stárnoucí společnost a generační konflikt	11
1.2. Politika stárnoucí společnosti	12
1.2.1 Systém sociálního zabezpečení	13
1.2.2 Dilemata sociální politiky a systému sociálního zabezpečení	13
1.3 Mezigenerační solidarita	14
2. Péče o seniory	16
2.1 Senioři ve společnosti	16
2.2 Potřeby seniorů	17
2.3 Zdravotní a sociální péče o seniory	18
2.3.1 Zdravotní péče	18
2.3.2 Sociální péče a sociální služby	19
2.3.4 Neformální rodinná péče	19
3. Péče o seniory v domácím prostředí	21
3.1 Charakteristika rodinné péče	21
3.2 Motivace a důvody pro péči v rodině	22
3.3 Charakteristika pečujících	22
3.4 Veřejná podpora rodinné péče	23
3.4.1 Příspěvek na péči	24
3.4.2 Služby cílené na pomoc s péčí o nesoběstačné seniory v rodině	24
4. Problematické situace v péči o seniora v rodině	26
4.1 Změny chování jako součást problematického stárnutí	26
4.2 Dopady osobní péče na rodinné pečující	27
4.3 Rizikové jevy při poskytování péče	28
4.4 Veřejná podpora domácí péče	29
5. Praktická část	32
5.1 Metodologie výzkumu	32
5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	33
5.3. Výběr respondentů a příprava rozhovoru	34
5.4 Průběh výzkumu	36
5.5 Shrnutí a interpretace	43
5.6 Zhodnocení, náměty a příklady dobré praxe	47
6. Závěr	49
7. Seznam literatury	51

Úvod

Péče o člověka odkázaného na pomoc druhých je neodmyslitelným předpokladem fungování lidské společnosti a od počátku její existence se odehrávala především v rodině, jako jejím základním článku. V souvislosti s modernizací společnosti dochází ke vzniku sociálních institucí, které se z důvodu změny způsobu práce, sílící individualizace a rozvolnění tradičních rodinných vazeb snaží řešit potřebu náhradní péče. Vzhledem k demografickému vývoji ve vyspělých společnostech se však původní idea institucionální náhradní péče o seniory stává problematickou. Jedním z uvažovaných východisek je opětovný návrat k péči v rodině.

Motivem k výběru tématu mi byla vlastní zkušenost z dvouleté osobní péče o moji maminku. Cílem mé práce je poukázat na úskalí, která jsou pro pečující s návratem k péči do domácího prostředí spojena.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části vycházím ze současného demografického vývoje a trendu nárůstu seniorské populace. V první části se věnuji politice stárnoucí společnosti a mezigenerační solidaritě. V další kapitole se zabývám tématem péče o seniory, potřebami seniorů a současnou úrovní zdravotní a sociální péče. Třetí kapitola se soustředí na péči o seniory v domácím prostředí, popisuje základní znaky této péče i charakteristiku pečovatелů, vykresluje motivaci a důvody pro tento způsob péče i podobu současné veřejné podpory. Poslední kapitola teoretické části se věnuje různým problematickým situacím, které s péčí o osobu blízkou v domácím prostředí souvisí. V teoretické části mé práce jsem čerpala z poznatků mnohých autorů, kteří se tématu stáří, péči ve stáří i neformálním pečujícím v rodině věnují.

Cílem praktické části je formou případových studií přinést autentické výpovědi osob, které osobně a dlouhodobě pečují nebo pečovaly o blízkého starého člověka, a vyhodnotit důvody nejobtížnějších situací, které tyto osoby při péči prožívaly. Hlavní výzkumné otázky v empirické části práce tedy zní: Jaká jsou úskalí péče o seniora v domácím prostředí? Na čem je založeno rozhodnutí pečovat o seniora v rodině? Jaká zdravotní rizika pečovatele nejvíce ohrožují? Jaký dopad má pečování o seniora na úroveň jeho sociálního života a na finanční situaci rodiny? Zjišťovala jsem, jaké odborné a sociální pomoci se pečovatелům dostalo, jaké byly největší stresové faktory vyplývající z péče o seniora a co bylo pro ně největší pomocí.

Tato práce si klade za cíl propojit teoretické znalosti a praktická zjištění tak, aby bylo možné vysledovat některá závažná úskalí, která se při poskytování péče o seniora v domácím prostředí vyskytují a poukázat na řešení, která by vzniku problematických situací při péči o seniora mohla předcházet.

1. Stáří a stárnutí ve společnosti

Lidská společnost se neustále proměňuje a je nucena stále znovu a znovu nalézat řešení komplikovaných situací, které s její existencí a vývojem souvisí. Jedním z významných problémů současnosti je téma demografického vývoje. V méně rozvinutých částech světa a tradičních společnostech s progresivní věkovou pyramidou se o nízký počet seniorů starají vysoce početně zastoupené mladší ročníky. Ve vyspělých zemích, ke kterým lze počítat i Českou republiku, je problémem nízká porodnost a vysoké zastoupení stárnoucí populace, o kterou se nemá kdo postarat.¹

1.1 Stárnoucí společnost a generační konflikt

Stárnutí populace je dle současných prognóz v naší zemi významným společenským trendem. To je způsobeno především narůstající populací seniorů, kteří mají své specifické potřeby. Dochází tak k nebyvalé disproporcii v populačním vývoji. Dle předpokladů do roku 2050 budou osmdesátiletí a starší lidé představovat významnou část populace (10%). Viz tabulka č. 1

Tabulka č. 1: Stárnutí populace v České republice do roku 2060

	Celkem populace v mil.	65 plus	80 plus	% 80 plus
2008	10 345	1 515	349	3,4
2010	10 394	1 600	373	3,6
2020	10 543	2 132	432	4,1
2030	10 429	2 391	691	6,6
2040	10 158	2 674	853	8,4
2050	9 892	3 060	921	9,3
2060	9 514	3 175	1 274	10

Převzato z: Autorský kolektiv, 2010, 14

Již Rabušic (1995, 91) si uvědomil, že závažným problémem stárnoucí společnosti je vznik velké skupiny ekonomicky závislé populace se specifickými potřebami, které se týkají zdraví, bydlení i spotřeby. S tímto fenoménem souvisí i proměna sociálního klimatu, větší počet osamoceně žijících jednotlivců s převahou žen.

Jeřábek a kol. (2013) upozorňuje na vzrůstající potřebu péče, úměrně vzrůstajícímu počtu starých lidí, a na nutnost podporovat rodinnou a mezigenerační solidaritu, která by v péči o své staré členy měla být žádoucí alternativou k institucionální péči.

¹ Pojmy progresivní, stacionární a regresivní věková pyramida viz např. https://cs.wikipedia.org/wiki/V%C4%9Bkov%C3%A1_pyramida

Gruss (2009) upozorňuje na hrozbu, že stárnutím populace vzniká reálné nebezpečí vzniku konzumní společnosti bez politické vůle investovat do budoucna, všeobecné volební právo dělá ze seniorů významnou skupinu voličů, kteří mají moc ovlivnit redistribuci zdrojů ve svůj prospěch. Důchodová politika již dlouho patří k nejdůležitějším volebním tématům. Důchodový systém je univerzální a příspěvkový, což vede k pocitu nároku na poskytované dávky bez ohledu na celkový příjem. Toto je obraz možného generačního konfliktu, kdy proti sobě stojí rostoucí počet starých lidí, žijících v relativně dobrých ekonomických poměrech a mladá generace s relativně vysokým rizikem chudoby. Vyjednání nové generační smlouvy je velkým úkolem sociální politiky.

Naproti tomu Henzler (2013) vnímá současnou demografickou změnu jako výzvu a příležitost pro aktivní seniory zapojit se do občanské dobrovolné pomoci, společensky se angažovat a tím přispívat k lepšímu společnému životu. Na straně státu a jeho sociální politiky je vytvořit rámec pro umožnění zpětné investice získaných let zpátky do společnosti. Vytvořit prostředí, kdy senioři budou chápat odpovědnost i za budoucnost společnosti. To lze pouze kultivací stávajících vztahů. Henzler (2013) připouští, že v době vzrůstající individualizace a tržní racionality je to ale vážný problém.

Čevela, Čeledová, Kalvach (2012, 39-44) zase poukazují na nebezpečné mýty, které jsou spojeny se staršími lidmi, s jejich potřebami i s hodnocením jejich života v minulých dobách a společnostech. Nereálné předpoklady, stereotypizace a neznalost ztěžují nalezení správného postoje k období stáří a k seniorům obecně. Zdůrazňují, že stáří je proměnlivým společenským konstruktem, který je výsledkem permanentního vyjednávání různých sociálních aktérů.

Současným demografickým trendem nízké porodnosti i nízké úmrtnosti se zabývá také Hasmanová (2018), a to vzhledem k zásadní změně podoby a struktury rodiny. Delší doba dožití zakládá možnost intenzivnějších rodinných vztahů i pomoci, na druhé straně delší období, které spolu členové různých generací stráví, může vést k eskalaci rodinných konfliktů.

1.2. Politika stárnoucí společnosti

Stabilní a soudržná společnost dokáže pružně a kreativně zvládat problémy, před kterými se ocitá, přezkoumávat možnosti řešení a podporovat občany v jejich péči o sebe navzájem.

Jak uvádí Henzler (2013), úkolem státu je řešit politické úkoly tak, aby se demografický vývoj nestal katastrofou. Vzdělání, sociální služby, důchodové zabezpečení, podpora občanské a mezigenerační solidarity, to jsou soudobé výzvy vyplývající z demografické změny. „Stát nesmí jen přihlížet, ale také

musí umožnit, usnadnit, podporovat a zajistit to, co mohou občané pro budoucí společnost vytvářet a co se ukáže praktické a potřebné“ (Henzler, 2013,2).

Také Rabušic (1995,160) vidí řešení problému stárnutí populace jako úkol veřejného zájmu a veřejné politiky, který realizují vlády jednotlivých států. Proto se moderní společnosti pokoušejí řešit své problémy, včetně sociálních problémů, prostřednictvím přijímání potřebných zákonů.

1.2.1 Systém sociálního zabezpečení

Hrozenská (2013, 67-84) shrnuje podstatné reformní změny v systému sociálních služeb, ke kterým došlo v naší republice v roce a po roce 2007. K 1.1.2007 vstoupil v platnost Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který definuje nové pojmy, jako je sociální služba, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, zdravotní postižení a další. V rámci tohoto zákona vzniká registr poskytovatelů sociálních služeb, sociální služby jsou rozděleny na základní skupiny, je zaveden příspěvek na péči. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, pak přináší konkrétní postupy, např. hodnocení stupně nesoběstačnosti nebo maximální úhrady za sociální služby.

Novelou zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, došlo od 1.1.2012 k významným změnám v oblasti inspekce poskytování sociálních služeb, kterou nově provádějí krajské pobočky Úřadu práce ČR. Od této doby lze na pobočkách Úřadu práce vyřídit veškeré služby, které se týkají zaměstnanosti, státní sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi i dávek po osoby se zdravotním postižením. V případě dávek pro zdravotně postižené byla stávající vyhláška MPSV č. 182/1991Sb. nahrazena zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Podle tohoto zákona zůstávají dva druhy dávek pro zdravotně postižené, a to příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcky.

1.2.2 Dilemata sociální politiky a systému sociálního zabezpečení

Z hlediska perspektivy rostoucích výdajů spojených se stárnutím populace vyvstává problém, jak mít organizován systém sociální pomoci.

Rabušic (1995) ukazuje na dilema, kdy splnění podmínky dosažení určitého věku je řešením univerzálním, nárokovým, ale nezohledňuje konkrétní situace a odchylky. Navíc občané získají tendenci využívat systém k získání co největších výhod. Zavedení pouze rámcových pravidel je sice levnější variantou, ale s hrozbou přesunu moci na konkrétního úředníka, na něhož může být vytvářen sociální nátlak. Výdaje na potřeby ekonomicky aktivních občanů lze pokládat za investici do lidských zdrojů, zatímco stejné výdaje u neproduktivní populace za pouhou spotřebu, která se ke všemu bude enormně zvyšovat.

Značným problémem veřejné politiky stárnoucí společnosti je péče o staré lidi. Otázka je, zda má být v péči o staré osoby, které jsou již neschopné se samy o sebe postarat, dáována přednost péči v rodině nebo v instituci. Z faktu, že rodina je hlavním zdrojem péče o staré osoby, se často vyvozuje závěr, že je to právě ona, která by se měla o své seniory starat.

Výsledky studií Rabušice (1995, 168) však naznačují, že čím větší je možnost volby, tím menší je pravděpodobnost, že rodina bude svému závislému členovi péči poskytovat. Otázkou je, zda je běžná česká rodina v existující struktuře, ekonomice a velikosti bytového fondu na typ rodinné pomoci vybavena.

Přibývající počet starých a velmi starých lidí představuje obrovskou zátěž pro veřejné zajištění jejich existence. Znepokojení vzbuzuje otázka, zda demokratická politika dokáže i v této situaci udržet „generační smlouvu“, kdy platí zákonem daná povinnost mladých lidí podporovat ty staré.

1.3 Mezigenerační solidarita

Soužití generací je založeno na principu solidarity, což je vzájemná připravenost a ochota lidí se navzájem podporovat. Solidarita je zakotvena nejen v etických a náboženských kodexech, ale je nedílnou součástí zákona a mezinárodních právních norem.

V našem demokratickém světě státem garantovanou solidaritu přijímáme již jako samozřejmost. Cílem vzájemné solidarity je obecné blaho, tedy dobro celku. Člověk by měl solidaritu chápat jako povinnost sebe sama žít odpovědně ve vztazích s druhými lidmi (Matoušek 2013, 203).

Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že solidarita mezi generacemi je nutným předpokladem úspěšného zvládnutí naléhavých problémů spojených s rychlým nárůstem počtu starých lidí. Stát, zastoupený svými institucemi, není schopen zvládnout nárůst potřeby pomoci nesoběstačným, ani poskytnout prostředí, ve kterém si většina seniorů přeje prožít poslední fázi života. Soužití generací je podle Jeřábka vytvářeno ponejvíce na základě (Jeřábek a kol. 2013, 21):

- společně sdílených norem
- vzájemné funkční závislosti
- podobnosti nebo souhlasu
- vzájemně opěťovaných citů
- společného jednání

Současně Jeřábek a kol. (2013, 55) upozorňuje, že soudobá minimální osobní i prostorová koheze rodiny a zaměření na osobní zájmy rozvoji potřebné mezigenerační solidarity nepřispívají. V neprospěch uplatňování rodinné péče hovoří některé tendence

- rostoucí důraz na svobodu a nezávislost jednotlivce a s tím spojená nižší závaznost manželských a rodinných svazků
- liberalizace hodnot
- klesající plodnost žen, rostoucí počty bezdětných manželství
- nedostatek rodin, nedostatek rodinných pečovatelů
- rodinná péče nestačí držet krok s rostoucími nároky a potřebami péče o staré lidi

2. Péče o seniory

Období stáří je prožíváno velice individuálně v závislosti na zdravotním stavu, sociálním zázemí a osobnostním nastavení každého člověka. Mnoho seniorů díky zvyšující se kvalitě životních podmínek prožívá toto období aktivně, dokážou se vyrovnat se změnami, které se stářím souvisí a dokážou dobře využít nabytých vědomostí a zkušeností. Perspektivami aktivního stáří v moderní společnosti se zabývá Gruss (2009). Konceptu zdravého stárnutí se dotýká i Haškovcová (2012).

Období stáří bývá však také spojeno se zvýšenými specifickými potřebami a velmi často se zvýšenou potřebou péče a s potřebou ochrany a podpory okolí. Se vzrůstajícím počtem seniorské populace roste i skupina seniorů, jejichž soběstačnost je z důvodu zdravotních komplikací ohrožena. Péče o tyto seniory se mění v historickém kontextu, v závislosti na přijatých konvencích jednotlivé společnosti a souvisí s dostupností potřebných zdrojů.

Také v naší společnosti je rostoucí potřeba péče o staré lidi diskutovaným problémem, jehož tématem je nalezení optimálního východiska vzhledem k možnostem společnosti. Řešení je spojeno se zavedením rozsáhlých změn v systému veřejné péče, tak aby bylo dosaženo uspokojení potřeb seniorů při udržitelných nákladech ze strany státu. Kalvach a kol. (2011) zdůrazňuje potřebu zavedení uceleného systému podpory osob se závažným zdravotním postižením a trvalé směřování ke světu bez ústavů.

2.1 Senioři ve společnosti

Za seniora je obecně pokládám člověk, kterého tak označí většina členů společnosti. Hranice seniorského věku se tedy mění v kulisách své doby. V devatenáctém století byl seniorem čtyřicátník, dnes, jak uvádí např. Příbyl (2015,13-14) je za spodní hranici stáří považován věk 65 let. Důležitým kritériem k náležitosti ke skupině seniorů je také fyzický stav. Seniorským věkem neboli stářím je označovaná poslední vývojová etapa života, která končí smrtí. Tato etapa je značně individuální a závisí na mnohých faktorech vnitřních (genetika, zdravotní stav, psychika) i vnějších (životní prostředí a sociální zázemí).

Kalvach a kol. (2011, 81) z hlediska funkční zdatnosti seniorskou populaci člení dle následující klasifikace:

- Elitní – schopní podávat extrémní výkony i ve vysokém věku
- Zdatní (fit) – jsou v dobré tělesném i duševní kondici, zvládají život i v náročném prostředí, pravidelně se věnují pracovním a sportovním aktivitám

- Nezávislí (independent) – jsou soběstační v běžných životních nárocích, instrumentální aktivity zvládají, ale funkční rezervy, odolnost a adaptibilitu mají nižší
- Křehcí (frail) – senioři s výkyvy funkčního i zdravotního stavu, mívají problémy s instrumentálními aktivitami denního života, jsou ohroženi náhlými dekompenzacemi stavu, potřebují pružnou intervenci (pečovatelská služba, tísňová péče)
- Závislí (dependent) – s nízkým potenciálem zdraví, s disabilitou, se závažným funkčním deficitem, vyžadující podporu a pomoc druhé osoby, systém dlouhodobé péče (propojení zdravotních a sociálních služeb)
- Zcela závislí (totally dependent) – senioři zpravidla zcela upoutaní na lůžko, demence, vyžadují trvalou ošetrovatelskou péči a dohled
- Umírající – příjemci paliativní péče

2.2 Potřeby seniorů

Mnohá specifika v potřebách seniorské populace oproti ostatním věkovým skupinám popisuje Mlýnková (2011). Dochází ke změně v hodnotové orientaci. Zvýrazněny jsou především potřeby fyziologické. Senioři potřebují více odpočinku a spánku, který probíhá ve více fázích, což způsobuje typické podřimování přes den. Důležité pro ně je být bez bolesti, mít pohodlí. Snižuje se potřeba příjmu tekutin, sexuální potřeba, potřeba péče o zevnějšek a nejbližší okolí. Z psychosociálních potřeb je největší důraz kladen na potřebu bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Umenšena je potřeba seberealizace a sebeaktualizace.

„Senioři prožívají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera, ze závislosti na pomoci druhých osob. Dominuje potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Mnozí senioři se těžko smířují s tím, že budou závislí na přítomnosti a ochotě pečovatелů.“ Mlýnková (2011, 49)

Závěrečná fáze našeho života mnohdy zvýrazňuje i potřeby duchovní. Senioři často bilancují, kladou si otázky o smyslu a hodnotě svého života, přemýšlí, zda se jim podařilo splnit to, co si v životě kladli za cíl. Z tohoto v mnohých případech vyplývá zvýšená potřeba se se svými myšlenkami někomu svěřit. Uspořádat si v rozhovoru své myšlenky a nalézt v sobě odpovědi.

Kalvach a kol. (2011, 82) s odkazem na 5 základních principů, vyhlášených Valným shromážděním OSN v roce 1991 strukturuje potřeby seniorů do pěti kategorií. Jsou jimi:

- zabezpečení základními životními potřebami
- zachování autonomie – svébytnosti
- zachování důstojnosti, sebeúcty a respektu
- potřeba podílet se na životě společnosti

- potřeba naplnění, smysluplné existence

2.3 Zdravotní a sociální péče o seniory

Zdravotní a sociální péče o seniory spolu velice těsně souvisí, zdravotní problémy jsou velice často provázány sociálními a naopak. Model poskytování péče v naší společnosti vychází primárně z odpovědnosti rodiny. Pokud však neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají, jejich roli zastoupí státní služby, většinou ve formě pobytového zařízení.

Příbyl (2015, 16-17) uvádí strategii pro řešení tohoto nepříznivého stavu, označovanou jako 4D.

- Demedicinalizace – komplexní zajištění starého člověka neřeší medicína, péče o staré občany se musí přenášet do sociálních služeb, do režimu ambulantních zdravotnických služeb a do celospolečenských sfér.
- Deprofesionalizace – odpovědnost za péči o seniory neleží pouze na profesionálech, o starého člověka se může do určité míry starat úplně každý. Kdo je ochoten a schopen péče, by tedy měl být k péči přizván.
- Deresortizace – každý resort lidské činnosti může udělat něco pro seniory. Existujícím faktem je celospolečenská prostoupenost seniorské problematiky. Každý zdravý a ekonomicky činný člověk by měl znát potřeby starých spoluobčanů.
- Deinstitutionalizace – péče o staré lidi se nedá realizovat pouze v institucích (zdravotnických, sociálních). Je třeba rozvinout domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných seniorských pacientů.

2.3.1 Zdravotní péče

Poskytování zdravotní péče je upraveno zákonem a péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění. Na jejím poskytování se podílí stát, kraje, města i obce. Jelikož nemocní lidé staršího věku využívají ve stále větším množství zdravotnická zařízení, včetně ambulantní péče, dochází k tzv. geriatrizaci medicíny.

Kalvach a kol. (2011) poukazuje na nutnost změny paradigmatu zdravotní péče, pro kterou doposud zůstává středobodem choroba. Klinické rozhodování by mělo usilovat o rozpoznání a intervenování všech ovlivnitelných faktorů, biologických, psychologických, sociálních i spirituálních. Zdravotní péče by měla směřovat k integrovanějšímu a individualizovanějšímu přístupu.

Zdravotní péči poskytují nemocnice, hospice a ambulantní a terénní zdravotní služba, tzv. domácí péče. (Mlýnková, 2011; Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.)

2.3.2 Sociální péče a sociální služby

Poskytování sociální péče je řešeno v rámci sociálního systému ČR formou sociální pomoci, s cílem zlepšit kvalitu života. „Prostřednictvím sociální péče je zajišťovaná pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.“ (Hrozenková 2013, 61; Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb).

Cílem sociálních služeb je rozvoj nebo zachování stávající soběstačnosti seniorů a snížení sociálních a zdravotních rizik, které souvisí se způsobem jejich života. Sociální péče je poskytována formou různých sociálních služeb. Lze je rozdělit na pobytové, spojené s ubytováním, ambulantní, bez ubytování, kam senior dochází nebo je dopravován, a terénní, které jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí seniorů.

Podrobný výčet všech zařízení poskytujících sociální služby předkládá zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Seniorů se týkají především tyto služby sociální péče:

- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy pro seniory
- Denní a týdenní stacionáře
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Služby osobní asistence
- Odlehčovací služby
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Zákon o sociálních službách uvádí i službu sociální prevence, tzv. sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

2.3.4 Neformální rodinná péče

Většina lidí se nejlépe cítí doma, kde zažívají pocit známého prostředí, jistoty a bezpečí, rodinného zázemí. I přes skutečnost, že dnešní rodiny žijí zpravidla samostatně, většina dětí považuje za samozřejmost se o své stárnoucí rodiče postarat. Tato přirozená snaha o poskytování péče seniorům v rámci rodiny ale naráží na řadu subjektivních i objektivních překážek (Mlýnková (2011, 62-63).

Neformální péči definuje Dragomirecká a kol. (2020, 143) jako péči poskytovanou rodinným příslušníkem nebo jinou osobou mimo rámec formalizovaných či zdravotnických zařízení, a to osobě se sníženou soběstačností, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby.

Jeřábek a kol. (2013) poukazuje na tradiční model péče o staré lidi v rodině a na prospěšnost péče zajišťované rodinou jak pro toho, kdo pomoc přijímá, tak pro společnost jako celek. Jeřábek a kol. (2005) také zdůrazňuje, že podmínkou péče o starého člověka v rodině je rodinná soudržnost a rodinnou soudržnost by měla péče o seniora zpětně posilovat.

Matoušek (2013, 248) hodnotí kladně rodinnou péči z hlediska reálných možností společnosti, která z důvodu problematického zajištění péče v budoucnu posiluje trend deinstitucionalizace.

Naopak Kalvach a kol. (2011, 166-168) varuje před tendencí považovat domácí péči za samozřejmou povinnost rodiny, příp. ji vynucovat morálním nátlakem. Poukazuje na mnohé těžkosti a rizika spojená s péčí v rodině a přináší náměty pro účinnou podporu domácích pečovatelů.

Je též potřeba hledat další přirozené zdroje podpory, které se mohou stát součástí systému koordinované péče o seniory v komunitě. K nim patří dobrovolníci, sousedé, církve, spolky i širší rodina, podpůrné svépomocné skupiny.

3. Péče o seniory v domácím prostředí

Základním, přirozeným a původním rysem rodiny je, že pečuje o své členy, zejména o členy na fungování rodiny závislé. Rozvoj sociálního státu v průběhu 20. století a vznik sociálních institucí přispěl k zajištění kýžené větší nezávislosti jednotlivce, čímž však došlo k oslabení funkce rodiny jako klíčové sítě pomoci. Vzhledem k demografickému vývoji se tento trend stává pro společnost ekonomicky neudržitelným.

Jako součást komplexnějších změn v poskytování sociálních služeb v České republice se tedy od 90. let 20. století dostává do popředí téma deinstitucionalizace (Matoušek, 2013, 248-249). Jejím cílem je právě oslabení vzniklých ústavních forem péče, znovu upevnění role rodiny a důraz na rozvoj neformálních poskytovatelů pomoci. Ale i cesta deinstitucionalizace má svá úskalí, která je nutné eliminovat kvalitní a uvážlivou přípravou i realizací. Důležitá je práce s veřejností, spolupráce lokálních poskytovatelů, informovanost uživatelů a kvalifikace poskytovatelů.

Podle Jeřábka a kol. (2005, 10) existuje reálný předpoklad, že v roce 2030 bude cca 150 000 starých osob vyžadovat, aby se o ně někdo denně staral. Při úvaze, že většinu neinstitucionální péče stále poskytují rodinní příslušníci, je evidentní, že se tato povinnost bude týkat stále většího počtu rodin.

Pro preferenci péče o seniory v domácím prostředí nalézáme mnoho důvodů. „Péči o staré nemocné členy rodiny se realizují a udržují hodnoty soudržnosti, vzájemnosti a altruismu, nemluvě o úsporách nákladů, které by musel na institucionalizovanou péči vynaložit zdravotní a sociální sektor“ (Dragomirecká a kol., 2020,7)

Kalvach a kol. (2011) vidí rodinu jako nenahraditelný a nejpřirozenější faktor socializace a participace znevýhodněných osob, zvláště vůči seniorům, kteří potřebují cítit, že někam patří a že se mohou účastnit rodinného dění.

3.1 Charakteristika rodinné péče

Dragomirecká a kol. (2020, 50) definuje rodinnou péči jako činnost, kterou nejčastěji vykonávají rodinní příslušníci, a která zahrnuje široký rozsah zabezpečení, je flexibilní a má neformální charakter. Obsahuje jak složku zdravotní a pečovatelskou, tak i sociální a emociální. Lze na ni nahlížet jako na práci z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne. Příjemce péče vykazuje sníženou soběstačnost, kterou se pečující rozhodne v aktuálním rozsahu a bez smluvní nebo písemné dohody kompenzovat.

Péče, jak uvádí Jeřábek (2013, 46-47), je poskytována v několika stupních dle potřebnosti a intenzity péče. Podpůrná péče zahrnuje občasnou výpomoc s dopravou nebo úředními záležitostmi. Při neosobní péči se pečovatel

stará o vaření, úklid, praní. Nejvyšší nároky však klade péče osobní, která vyžaduje prakticky trvalou přítomnost pečující osoby.

Jeřábek a kol. (2013, 44) vychází z více principů. Základní rozlišení na zdravotní, sociální a emocionální péči rozšiřuje na potřebnost péče z hlediska naléhavosti s jakou senior péči potřebuje zároveň s posouzením náročnosti péče na pečující osobu.

Aby rodina mohla převzít péči, musí chtít, mít zázemí a podmínky k péči, musí ale především umět pečovat. Měla by mít podporu, přinejmenším poradenskou a materiálovou. (Kalvach a kol., 2011, 167)

3.2 Motivace a důvody pro péči v rodině

Jeřábek uvádí, že motivace k péči závisí na podmínkách v rodině, je ovlivněna postoji členů rodiny k péči a záleží na hodnotách, které její členové uznávají:

- Péče o seniora je významně častější u rodin, které žijí se seniorem ve společné domácnosti.
- Rodinnou péči častěji poskytují vícegenerační úplné rodiny a domácnosti s pečovatelskou historií a praxí.
- Častěji pečují lidé s altruistickými postoji.
- Častěji pečují lidé věřící. (Jeřábek a kol., 2013,57-69)

Hlavními příčinami vedoucími k zahájení péče je podle Jeřábka nemoc seniora nebo zhoršení jeho fyzického nebo psychického stavu. Důvody pro rozhodnutí pečovat o svého seniora v domácnosti jsou různé.

- Senior během svého života svému blízkému také pomáhal, když bylo potřeba.
- Pečovatel si chce být jistý, že bude jeho člověk v dobrých podmínkách.
- Pečovatel chce, aby senior zůstal doma, dokud to jde.
- Péče je považována za samozřejmost, na kterou mají starší v rodině nárok.
- Mezi pečujícím a péči přijímajícím existuje emocionální pouto.
- Ohled na přání seniora.
- Manžel/ka si přeje o svého seniora postarat.
- Důraz na mínění a hodnocení okolí. (Jeřábek a kol., 2013, 95-99)

3.3 Charakteristika pečujících

Pečující v rodinném prostředí dle Dragomirecké a kol. (2020, 53) vykazují následující znaky:

- nejsou profesionály a nejsou vyškoleni k poskytování péče

- nemají žádnou smlouvu, která by je zavazovala k zodpovědnosti za péči
- nejsou placeni, mají pouze nárok na finanční podporu
- provádějí širokou škálu úkolů bez časového omezení
- obecně nemají nárok na sociální ochranu

Jeřábek a kol. (2005,13) se odkazuje na evropské i světové výzkumy, ze kterých vyplývá, že rodinná péče o starého člověka je zajišťována nejčastěji manželským párem, partnerkou nebo dětmi a jejich partnery. Osobní péči největším dílem zabezpečují ženy. Například právě manželky poskytují nejdůslednější a nejspolehlivější péči svým nesoběstačným partnerům, na druhém místě to jsou dcery a snachy starých rodičů. Není však výjimkou ani společně pečující vícegenerační rodina. Děti nesoběstačných rodičů obecně vyjadřují ochotu se o ně v domácím prostředí postarat. Fakticky se však obávají ztráty zaměstnání, osobního pohodlí i fyzické a psychické náročnosti péče.

3.4 Veřejná podpora rodinné péče

Veřejná podpora neformální péče v rodině je v České republice relativně novým fenoménem. Po dlouhém období státního socialismu, který jednoznačně preferoval institucionální péči, dochází, jak uvádí Dudová (2015), k obratu směrem k podpoře rodinné péče až koncem sedmdesátých let minulého století. K zásadnímu zlomu v podpoře rodinné péče dochází v roce 2006, kdy byl zrušen příspěvek pečující osobě a přiznán příspěvek na péči tomu, kdo péči potřebuje. Ten si pak může svobodně nakoupit potřebnou službu nebo zaplatit rodinného pečovatele. V současnosti ve veřejném mínění převažuje přesvědčení, že ústavní péče je vhodná jen v případě absence rodinných příslušníků nebo jiné vážné překážky, která znemožňuje péči v přirozeném prostředí.

Pečující mají nově ze Zákona č. 310/2017 Sb. o nemocenském pojištění s účinností od 1.6.2018 nárok na dlouhodobé ošetřovné, které bylo zařazeno mezi dávky českého systému nemocenského pojištění. Finanční podpora činí 60% redukováného denního vyměřovacího základu za den a může trvat max. 90 dní. Pečující na základě Zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, mohou využívat i zvýhodnění, kdy doba péče o osobu závislou je započítávána do doby sociálního pojištění jako tzv. náhradní doba pojištění. Dle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou pečující zase zproštěni plateb v oblasti zdravotního pojištění. (Dragomirecká a kol., 2020, 59)

V rámci domácí péče je možné na základě Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, využít zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (tzv. domácí zdravotní péči), dále pak celou škálu sociálních služeb tak, jak uvádí Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách: bezplatné

sociální poradenství, osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou službu, odlehčovací službu, případně centra denních služeb, denní či týdenní stacionáře.

3.4.1 Příspěvek na péči

Jak uvádí Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, o příspěvek na péči si mohou požádat osoby, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek je financován za státního rozpočtu a je vyplácen měsíčně.

V současné době existují čtyři stupně příspěvku (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

U osob, které jsou starší 18 let je měsíční částka pro úhradu péče:

- a) 880,- Kč, jedná-li se o 1. stupeň (lehká závislost)
- b) 4.400,- Kč, jedná-li se o 2. stupeň (středně těžká závislost)
- c) 12.800,- Kč, jedná-li se o 3. stupeň (těžká závislost)
- d) 19.200,- Kč, jedná-li se o 4. stupeň (úplná závislost)

Pokud je posuzovanému přiznán vyšší než 1. stupeň příspěvku, tak se pečující osobě započítává péče jako náhradní doba důchodového pojištění a současně je za pečující osobu hrazeno zdravotní pojištění.

Celý příspěvek musí být využit na zajištění péče. Pečující nemusí zdůvodňovat využití těchto finančních prostředků, protože nahrazují jeho mzdu. Pokud je ale opečovávaný po celý kalendářní měsíc umístěn ve zdravotnickém zařízení, ztrácí na příspěvek nárok a pečující tak přichází o tento někdy jediný zdroj svého příjmu.

3.4.2 Služby cílené na pomoc s péčí o nesoběstačné seniory v rodině

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. přinesl novou kategorizaci sociálních služeb. Podle tohoto zákona se sociální služby se dělí na:

- služby sociálního poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Služby se mohou poskytovat jako:

- pobytové – osobě je poskytnuto ubytování v zařízení sociální služby,
- ambulantní – osoba do zařízení dochází, není zde možnost ubytování,
- terénní – péče je poskytována v domácím prostředí, př. tam, kde osoba pobývá

Zdravotní a sociální služby cílené na pomoc s nesoběstačnými seniory v rodině upřesňuje Dragomirecká a kol. (2020, 231):

Poradenství	edukace pečujících a dlouhodobá podpora, zprostředkování zdravotné a sociální péče
-------------	--

Domáci zdravotní péče	zdravotní péče v domácím prostředí, zácvk jednoduché ošetrovatelské péče
Pečovateľská služba	umožňuje nebo ulehčuje osobní péči o člověka
Osobní asistence	umožňuje pečujícím oddech a zachování životního stylu
Stacionáře	poskytují seniorům aktivizaci, předchází sociální izolaci seniora i pečujícího
Centra denních služeb	nabídka aktivit, podpora soběstačnosti
Pobytová odlehčovací služba	Umožňuje pečujícím regeneraci, oddaluje trvalou institucionalizaci
Tísňová péče	24 hodinové spojení se seniorem pomocí elektronického zařízení

4. Problematické situace v péči o seniora v rodině

Dlouhodobá péče o blízkého člověka v rodině, jak mohu i ze své zkušenosti potvrdit, je náročná činnost, která přináší pro pečujícího i opečovávaného mnohá zřejmá i skrytá úskalí a přináší jak aspekty pozitivní, tak často i své stránky problematické, či přímo negativní. Záleží na intenzitě péče, důvodu nesoběstačnosti seniora, formě spolubydlení, typu zaměstnání pečovatele a v neposlední řadě na vztahu pečujícího a opečovávaného.

4.1 Změny chování jako součást problematického stárnutí

Období stáří je možné na základě objektivních skutečností i způsobu subjektivního vnímání prožívat velice individuálně. Pro mnohé seniory je období stáří „zlatým věkem“, kdy pokračují v aktivním životě, navíc obohaceném o životní zkušenosti. Jak uvádí Pidrman (2005, 9), ve stáří by člověk měl završit své zásluhy a zbavit se pout, které ho provází od narození do smrti.

Tato ideální vize stáří však není dopřána každému, a tak stárnutí bývá často spojeno s různými a různě závažnými tělesnými a duševními potížemi, které následně způsobují komplikace i v sociálním zázemí.

Významnou komplikací při péči o nesoběstačného seniora v domácím prostředí je výskyt problematického chování, které je často spojené s rozvojem syndromu demence. Toto chování je pro pečovatele a rodinné příslušníky obzvláště stresující a zpětně ovlivňuje chování pečovatelů vůči opečovávanému. (Pidrman 2005, 15)

Demence mohou nastat v důsledku poškození mozku degenerativním procesem nebo jako sekundární demence v důsledku vaskulárních, metabolických či traumatických změn. Případy onemocnění narůstají exponenciálně s věkem. Ve věku 85-89 let je výskyt 20%, u 90letých a starších až 40%. (Dragomirecká a kol. 2020, 19-21)

Jak popisuje Venglářová (2007, 29-31), symptomy duševních poruch mohou být ve stáří méně nápadné, schované za fyziologické změny. Projevy problémového chování seniora mohou být projevem poruch jednotlivých schopností:

- poruchy paměti - špatná orientace, opakování dotazů,
- poruchy řeči - chybějící slova, neporozumění myšlenky,
- poruchy pozornosti: snížená schopnost reagovat, zmatené reakce,
- poruchy vnímání: špatné odhady, neschopnost poznávat věci a lidi,
- poruchy úsudku: nepředvídání důsledků, ztráta zábrán,
- poruchy nálad,
- oploštělá emotivita nebo emoční labilita,
- poruchy chování: nedodržování osobní hygieny, nevhodné projevy v komunikaci, agitovanost, projevy agresivity, toulání a bloudění.

Pokorná (2010, 52-53) se zaměřuje na komunikaci se seniory a na bariéry, které stáří v oblasti komunikace přináší. Nejběžnějšími bariérami v komunikaci se seniory je porucha sluchu, demence, porucha artikulace, porucha řeči – vybavování si slov. Také Venglářová (2007, 74-79) označuje komunikaci se seniorem za základ vztahu pečujícího a opečovávaného, kdy zhoršená schopnost domluvit se může na obou stranách vyvolávat nervozitu hněv až agresivitu nebo naopak rezignaci.

Venglářová (2007, 18-19) uvádí, že změny jednání ve stáří mohou souviset i s rozvojem depresivního syndromu, který může mít svůj počátek v závažných životních změnách a traumatizujících událostech, jako je např. ztráta životního partnera, změna životního prostředí nebo zhoršení zdravotního stavu. Také upozorňuje na možnou záměnu depresivních projevů seniora, jako je zhoršení pozornosti, snížení sebevědomí, smutek, poruchy spánku a příjmu potravy, za běžnou známku stáří nebo za projev demence. Tento omyl může vést k opomenutí včasné léčby deprese, což vede ke zhoršení psychického stavu a tím i projevů chování seniora.

4.2 Dopady osobní péče na rodinné pečující

Významným a stále častěji diskutovaným jevem při dlouhodobé péči o seniora jsou důsledky péče na pečujícího člena rodiny. Tato situace se nejčastěji týká žen, které jsou z většiny pečujícími osobami. Problémy, které provázejí osobní péči v rodině se podle Jeřábka a kol. (2013) nejvíce projevují:

- neúměrnou fyzickou námahou způsobenou manipulací se seniorem a následnými zdravotními problémy v oblasti pohybového aparátu,
- psychickými poruchami, způsobenými dlouhodobým stresem a psychickým vypětím nebo zhoršenými vztahy,
- sociální izolací, vyplývající z každodenní pečovatelské role.

Na základě výzkumu (Jeřábek 2013, 99-104) bylo zjištěno, že péče o seniora v rodině, v závislosti na míře nesoběstačnosti, klade nárok na redukci osobních potřeb a zájmů pečovatele. Náročnější pečování se odehrává na úkor pečující osoby, která obětuje především čas, který by jinak věnovala sobě. Tato redukce se týká

- zaměstnanosti a kariéry,
- finančního zabezpečení a životního standardu,
- vztahů v rodině i v okruhu přátel,
- trávení volného času, dovolené a zálib.

Dlouhodobá péče o nesoběstačného seniora je velice vyčerpávající. Být dennodenně v jeho přítomnosti, být svědkem jeho soustavného chátrání, se často projevuje stavem bezmoci, který může vyústit ve skryté konflikty. „Pečovatel

v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, strádá nedostatečnou sociální podporou. Často trpí psychickým a fyzickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví, v některých případech vyústí v zjevné či skryté formě v násilí vůči ošetřovanému nebo rodině.“ (Jeřábek a kol., 2005, 61)

Také Dragomirecká a kol. (2020) se věnuje otázce pečovatelské zátěže. Poukazuje na skutečnost, že pečující se v roli pečovatele ocitne většinou náhle, nedobrovolně a často bez předchozích zkušeností. K psychické a emoční stabilizaci dochází většinou pomalu a je podmíněna mnoha faktory. Rozlišuje též zátěž objektivní, která zahrnuje faktické požadavky spojené s péčí a subjektivní, která je odvislá od emoční odezvy pečovatele. Stupeň zátěže samozřejmě závisí na zdravotním stavu opečovávaného, na stupni demence a typu poruch chování. „Dopady péče na rodinné příslušníky jsou obecně vnímány jako negativní, s vysokou mírou zátěže a duševních změn stejně jako sociální izolace: fyzicky nedobrá zdravotní stav, složité rodinné vztahy s finančními potížemi, zasahující oblast pracovního života i spirituality.“ (Dragomirecká a kol., 2020,141).

Dragomirecká s odkazem na realizované studie o negativních dopadech péče na pečovatele uvádí zjištění významného procenta negativně pocíťovaných emocí, kterými jsou vztek, deprese, únava, také pocity napětí, úzkosti a syndrom vyhoření. Čím je péče náročnější, tím negativněji pečující hodnotí svoji roli. Negativní emoční prožívání způsobuje vznik psychických a somatických onemocnění. (Dragomirecká a kol.,2020, 147)

4.3 Rizikové jevy při poskytování péče

Schmidbauer (2018) se věnuje skrytým rizikovým jevům, které se mohou vyskytnout u pečujících osob a lze je shrnout do pojmu “syndrom pomocníka“. Potřeba pomáhat může být nevědomou obranou, která kompenzuje neschopnost prožívat a kompenzovat vlastní emoce.

„V syndromu pomocníka vidíme jako pod lupou vývojové znaky individualizovaných společností, které v osobních výkonech spatřují měřítko sociálního uznání. Bezmocný pomocník svým přehnaným pracovním nasazením kompenzuje pocity vnitřní prázdnoty a bezcennosti, které vznikají z nemožnosti vyjadřovat emoce a z nedostatku emocionální komunikace s druhými.“ Schmidbauer (2018,20)

I z pomáhání se podle Schmidbauera může stát droga, sledující pouze narcistické uspokojení z moci, uznání, uplatnění nebo emocionální blízkosti se současným udržením možnosti kontroly. Kdo pomáhá je silný a dává slabému a bezmocnému. Při selhání hodnotových představ a náhledů na sebe sama ve spojení s naivní morálkou pomáhání dochází k syndromu vyhoření.

Pešek (2020) přináší do problematiky rizikových jevů při péči zajímavé téma tzv. únavy za soucitu, která se týká výhradně pomáhajících profesí. Únava ze soucitu má postupný, kumulativní průběh a má své specifické projevy. Pečovatelé o blízké osoby prožívají často zástupně pocity bezmoci a beznaděje, utrpení a traumat. Daní dlouhodobé péče o druhého strádajícího člověka jsou často projevy fyziologické, bolest hlavy, nespavost, vyčerpání i projevy změn chování, jako je nadužívání alkoholu, snížená produktivita práce, strach a nedůvěra. K nejzávažnějším projevům patří snížená schopnost empatie a soucitu, neschopnost prožívat radost z vykonané práce a narušení racionálního pohledu na svět.

Jeřábek a kol. (2005, 67) zase upozorňuje na sociálně rizikový jev, kdy některé rodiny vykazují neochotu a nezájem o své nesoběstačné seniory pečovat. Senior se pro ně stává zátěží, je terčem výčitek nebo finančního vykořisťování. Někteří senioři jsou vystaveni psychickému, někdy i fyzickému strádání. Týrání a zneužívání starých lidí může mít různé podoby. Nejčastějšími projevy je zanedbanost seniora, izolace, dehydratace, zneužívání majetku. Nevyhovující poměry v rodinách a malá dostupnost terénních služeb jsou důvodem k leckdy „dobrovolnému“ odchodu seniora do sociální instituce.

S některou formou špatného zacházení, jak uvádí Jeřábek, se dle odhadů setkává 3-5% seniorů, což je cca 60 tisíc osob. Řešení strádání často komplikuje postoj postižených seniorů, kteří se nechtějí nebo již pro svůj nepříznivý zdravotní stav nemohou bránit.

K negativnímu postoji ke starým lidem ve společnosti, jak uvádí Čevela, Čeledová, Kalvach (2012, 130-131), přispívají částečně i média, která vykreslují seniorskou populaci jako pasivní příjemce služeb a dávek, bezbranné oběti podvodníků, či problémovou skupinu ve vztahu ke stabilitě veřejných rozpočtů. Tím dochází k podpoře negativních předsudků, ke stereotypizaci starších lidí ve společnosti a ke vzniku tzv. ageismu, což je diskriminace z důvodu stáří.

4.4 Veřejná podpora domácí péče

V důsledku demografického vývoje a značné finanční náročnosti institucionální péče o nesoběstačné seniory hledá sociální politika řešení v návratu k rodinné péči. Otázkou je, zda opatření, která by učinila rodinnou péči o staré lidi zvládnutelnou, jsou dostatečná.

V České republice však v současnosti chybí jednotná strategie podpory neformálních pečujících. Jak uvádí Dragomirecká a kol. (2020, 55-64), největší překážkou je nedostatečná spolupráce a komunikace mezi rezortem zdravotnictví a rezortem práce a sociálních věcí, a také, že zákon o sociálních službách nedefinuje neformální pečující jako cílovou skupinu sociální práce. Pro problematiku podpory pečujících v současné době neexistuje jednotný strategický dokument celonárodní úrovně.

Dudová (2015, 159-162) uvádí, že příspěvek na péči, který má od roku 2006 sloužit k „zaplacení“ neformální péče, se tím, že oficiálně není určen pečující osobě, ale osobě potřebující péči, stal pro rodinné pečovatele nevymahatelnou částkou. Ztratil význam přímé odměny a veřejného ocenění za poskytování péče. Ve většině případů pečující nepokládají příspěvek za peníze, které by jim měly náležet nebo mají morální zábrany s ním disponovat, případně se nechtějí vystavovat podezření z péče ze zjištěných důvodů a o příspěvek vůbec nežadají. V některých případech končí příspěvek u osob, které ve skutečnosti nepečují. Tím, že příspěvek není odměnou pro pečovatele, nezakládá žádný nárok na dovolenou a není pečovateli poskytnut v případě hospitalizace seniora ve zdravotnickém zařízení.

Také Dragomirecká a kol. (2020, 60) se připojuje k názoru, že záměr, se kterým byla tato dávka realizována (řešení financování sociálních služeb) se z většiny nenaplnil a posunu k deinstitucionalizaci u seniorů příliš nepomohl. Rodiny starající se o seniora ve velké míře chápou příspěvek na péči jako zvýšení rodinného rozpočtu. Dávka se tímto využívá v rozporu se svým účelem.

Skutečnou oporou a pomocí při neformální osobní péči, jak uvádí Dragomirecká, jsou terénní a odlehčovací sociální služby (zdravotní služba, pečovatelská služba a osobní asistence, respitní péče) cílené na neformální pečující, které ale nejsou vždy v konkrétní lokalitě dostupné nebo mají nedostatečnou kapacitu.

Pečující mohou také využít bezplatné sociální poradenství, které poskytuje informace ohledně prevence a řešení jejich různých nepříznivých životních situací. Jak zdůrazňuje Dragomirecká a kol. (2020), na tuto službu by začínající pečující měli být upozorněni již při zahájení péče např. ošetřujícím lékařem. Zároveň by měli získat informace, o co mohou požádat pro usnadnění péče v domácnosti. „V praxi se tak většinou neděje, což je další z nežádoucích důsledků a projevů nedostatečného propojení zdravotních a sociálních služeb.“ Dragomirecká a kol. (2020, 59) A tak většinou zůstává na samotném rodinném pečujícím, aby se v poměrně složitém systému poskytování péče zorientoval tak, aby byl schopen maximálně využít možnosti, které mu jsou k dispozici.

Velkým problémem pro sociální organizace, které poskytují různé druhy terénní sociální péče, je skutečnost, že od roku 2007 jsou závislé na každoročním přidělování nenárokových státních dotací na základě stále opakovaných žádostí. „V důsledku reformy se tak dostaly do obtížného postavení, jelikož v rámci ročního dotačního systému nemohou dlouhodobě plánovat a investovat do svého rozvoje.“ (Dudová, 2015, 33) Tato skutečnost způsobuje podfinancování formálních sociálních služeb, jelikož platby ze strany koncových uživatelů, se kterými bylo ve financování počítáno, nejsou dostatečné.

K tomuto tématu mohu z vlastní zkušenosti dodat, že podpora obcí na jejichž území jsou terénní sociální služby poskytovány, a která by měla být významným stabilizačním prvkem financování sociálních služeb, je značně

nejistá, není totiž povinností obce a je ponechána na individuálním rozhodnutí zastupitelstev.

5. Praktická část

Cílem praktické části je popsat reálný příklad péče o seniora v domácím prostředí, a na tomto příkladu ilustrovat různá úskalí, která jsou s touto činností v současnosti spojena. Praktická část mé práce navazuje na teoretickou část, ve které jsem se pokusila uvést poznatky autorů, kteří se tématu péče o seniory v domácím prostředí dlouhodobě věnují.

5.1 Metodologie výzkumu

Jako nástroj jsem zvolila případovou studii, doplněnou o hloubkový, polostrukturovaný rozhovor. Tato kombinace kvalitativních metod se mi jevila jako nejvhodnější ke zjištění podrobnějších informací a zachycení individuálního prožívání a vyhodnocování skutečností a situací spojených s péčí.

Švaříček, Šedřová a kol. (2014, 159) uvádějí, že výběr druhu zkoumání by se měl řídit především výzkumným záměrem. Pokud je účelem získat vylíčení žitého světa dotazovaného, je nejvhodnějším nástrojem kvalitativního výzkumu hloubkový rozhovor.

K tomuto náhledu se připojuje i Hendl (2016, 48), který vidí výhodu kvalitativního výzkumu v získání hloubkového popisu případu, kdy hlavním úkolem je objasnit, proč lidé jednají určitým způsobem, a popsat, jaké jsou jejich subjektivní dojmy. Kvalitativní přístup citlivě zohledňuje kontext, lokální situaci i podmínky.

V případové studii podle Hendla sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. „V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“... „Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.“ (Hendl, 2016, 102). Zkoumaný případ pak lze vřadit do širších souvislostí.

Při interpretaci výsledků jsem uplatnila i svoji vlastní zkušenost s péčí o moji matku. Tato zkušenost s péčí mi pomohla při sestavování doplňujících otázek k jednotlivým tematickým okruhům. Zajímalo mě, v čem se motivace, objektivní těžkosti i subjektivní vnímání péče bude lišit nebo shodovat s mými osobními poznatky a prožitky. Při vedení rozhovoru jsem se však snažila být maximálně nezaujatá a nijak neovlivňovat originální výpověď respondenta, např. gestem, výraznější mimikou, tónem hlasu. V části, která se zabývá shrnutím a interpretací, uvádím ke každému okruhu otázek svoji zkušenost zvlášť, jako doplňující informaci. Teprve ve zhodnocení a závěru práce si dovoluji veškeré poznatky k tématu spojit.

5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká úskalí souvisí s dlouhodobou péčí o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Proč se pečující rozhodl pro péči v domácím prostředí. Jak péče probíhá, jak ovlivňuje zdravotní, sociální a finanční situaci pečujícího. Jaké formy podpory bylo využito. Jaké největší stresové faktory pečující při péči pociťuje.

Hlavní výzkumná otázka zní:

- Jaká jsou úskalí péče o seniora v domácím prostředí?

Pro naplnění cíle a získání odpovědi na ústřední otázku jsem si stanovila jednotlivé tematické okruhy i upřesňující otázky.

- Úvodní otázky
Kolik je vám let? O koho pečujete/ jste pečovala a jak dlouho? Kolik let je/ bylo vašemu blízkému při zahájení péče? Pokud péče již netrvá, před kolika lety byla ukončena?
- Na čem je / bylo založeno rozhodnutí pečovat o seniora v rodině?
*Proč jste se rozhodla pečovat doma?
Měla jste pro své rozhodnutí podporu blízkých?
V čem spočívá/la pomoc?
Do jaké míry je /byla osoba, o kterou jste pečovala, nesoběstačná?*
- Jaká zdravotní rizika pečovatele ohrožují / ohrozily?
*Měla péče pro vás osobně nějaké negativní zdravotní dopady?
Pokud ano, jaké? Jaké byly důvody negativních zdravotních dopadů?*
- Jaký dopad má / mělo pečování o seniora v rodině na úroveň sociálního života pečovatele?
*Jak péče ovlivňuje/ ovlivnila váš pracovní život?
Jak péče ovlivňuje/ ovlivnila váš volný čas?
Jak péče ovlivňuje/ ovlivnila vztahy s ostatními členy rodiny?
Jak péče ovlivňuje/ ovlivnila vaše vztahy a četnost kontaktů s přáteli a ostatními lidmi?*
- Jaký dopad má/mělo pečování o seniora v rodině na finanční situaci pečovatele?
*Jak jste v souvislosti s péčí řešila svůj pracovní život?
Pobírá / pobírala osoba ve vaší péči příspěvek na péči?
Pokud ne, z jakého důvodu nebyl příspěvek čerpán?*

Pokud ano, jak jste se o příspěvku dozvěděla?

Jakým způsobem jste jako poskytovatel péče mohla s tímto příspěvkem disponovat?

- Jaká je /byla úroveň odborné a sociální pomoci pečovatelům o seniory v rodině?
Využila jste nějakou formu sociálního poradenství?
Pokud ano, jak jste se o něm dozvěděla a do jaké míry vám toto poradenství pomohlo?
Pomáhá/pomáhala Vám s péčí nějaká organizace (charita, zdravotní a pečovatelská služba...)?
Pokud ano, jak jste se o ní dozvěděla a do jaké míry vám tato organizace pomohla?
Využila jste nějakou jinou formu pomoci (komp. pomůcky, dobrovolnická, sousedská, terapeutická, od obce,...)?
- Jaké jsou/byly největší stresové faktory pečovatele o seniora v rodině a co bylo největší pomocí?
Změnila se náročnost pečování v průběhu péče?
Co je/bylo při péči nejtěžší?
Jaký je/ byl váš převažující pocit při péči?
Co je / bylo pro vás největší pomocí?

5.3.Výběr respondentů a příprava rozhovoru

Pro svoji práci jsem zvolila vedení rozhovoru s lidmi, kteří o svého blízkého pečují nebo pečovali déle než rok a opečovávaný z důvodu nesoběstačnosti potřeboval celodenní péči druhé osoby. Tento výběr jsem zvolila z důvodu větší jistoty, že respondent má dlouhodobé zkušenosti s výrazněji nesoběstačným seniorem a bude tedy kvalifikovanějším respondentem s větším náhledem na různá úskalí, která jsou s poskytováním péče spojena.

Jak uvádí Švaříček, Šed'ová a kol. (2014, 13) je rozhovor v kvalitativním výzkumu nejčastěji užívanou metodou. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru můžeme zkoumat osoby specifické sociální skupiny v konkrétním prostředí a díky němu lépe porozumět situaci a jednání zkoumané osoby.

Metodou sběru informací pro moji práci bylo kladení připravených otevřených otázek a následné naslouchání vyprávění. Vyprávění bylo se souhlasem respondenta nahráváno na nahrávací zařízení. Výpovědi byly postupně přepsány do formy textu a v konečné fázi interpretovány jako částečné odpovědi na mnou položené otázky.

Otázky jsem si pečlivě připravila předem, tak jak doporučuje Švaříček, Šedřová a kol. (2014, 161-162), kteří upozorňují, že polostrukturovaný rozhovor neznamená, že se ptáme na to, co nás zrovna napadne, ale že je potřeba vytvořit schéma základních témat, která vychází z hlavní výzkumné otázky a ke každému tématu je pak vhodné mít několik upřesňujících otázek.

Z hlediska techniky vedení rozhovoru jsem se nechala inspirovat postupy rozhovoru uvedeného Ilse Sand (2018). Rozhovor na téma péče o blízkého člověka není pro pečujícího vůbec snadný a pro jeho zvládnutí je zapotřebí si osvojit alespoň základní dovednosti citlivého přístupu, jakými jsou zrcadlení, empatie, uznání a pochopení.

Podkladem pro časový rámeček průběhu rozhovoru mi byl Hendl (2016, 163), který doporučuje délku jednoho hloubkového rozhovoru hodinu, hodinu a půl, s úvodní fází 10 -20 minut, hlavní fází 30 -40 minut a ukončovací maximálně 10 minut.

Termíny rozhovorů jsem s účastníky výzkumu domluvila předem. Rozhovory byly provedeny v domácnostech respondentů v průběhu února a března 2022. Aby rozhovor nebyl ničím ovlivňován, a také pro zachování maximální intimity a pocitu bezpečí respondenta, probíhal rozhovor pouze mezi mnou a pečující osobou. V místnosti nebyla přítomna žádná další osoba.

Dotazované osoby jsem blíže seznámila s cílem bakalářské práce, proč vlastně vzniká a k čemu poslouží. Pod podmínkou zachování anonymity respondenta jsem ve všech případech získala informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon. Náslechy byly poté přepsány do textové podoby. Části rozhovoru, které se odchýlily od sledovaného záměru, přepisovány nebyly.

Všichni mnou dotázaní pečují nebo pečovali více než rok o osobu blízkou, která z důvodu nesoběstačnosti potřebovala celodenní péči druhé osoby. Všichni respondenti žijí na území Pardubického kraje a se všemi se osobně znám, což mi umožnilo s nimi vést hloubkový rozhovor na mnou zkoumané téma.

Představení respondentů:²

1) Věra (délka rozhovoru 90 minut)

Paní Věře je 42 let a žije sama v domě na malé vesnici. Starala se 4 roky o maminku, která při zahájení péče měla 62 let a byla již v důchodu. Maminka před rokem zemřela.

2) Jana (délka rozhovoru 50 minut)

Paní Janě je 65 let a žije s manželem v domku ve větší vesnici. Stará se již 10 let (z toho 2 roky ve svém domku) o svého otce, který při zahájení péče měl 90 let.

² Z důvodu ochrany osob jsou jména změněna

3) Dáša (délka rozhovoru 45minut)

Paní Dáše je 65 let a žije s maminkou v bytě ve městě. Před tím spolu žily v domku ve větší vesnici. O maminku se stará dlouho, intenzivně tak 4 roky. Maminka měla v době zahájení intenzivní péče 86 let.

5.4 Průběh výzkumu

V této části se pokusím uvést odpovědi nebo části odpovědí respondentů na jednotlivé otázky, tak aby byl společně nastíněn plastičtější obraz problému, kterého se výzkumná otázka týká. Výpovědi dotazovaných jsem seřadila podle obsaženosti výpovědi od nejrozsáhlejších po nejstručnější.

Na čem je / bylo založeno rozhodnutí pečovat o seniora v rodině?

Věra : *„Nebyl nikdo jinej, prostě to nebylo jakoby moje rozhodnutí... jenom že já jsem to tak brala, že když nikdo jinej nechce, tak to musím udělat.*

Šla těsně do důchodu, jela do lázni a měla autonehodu. Těšila se, že jo, že si v důchodu bude vyrážet a tak si vyrazila. Pak tam nedorazila. Nechali si jí v Olomouci ...vlastně operovali jí záda ... se to nepodařilo napoprvé, pak ani na podruhý, na potřetí teda jó, ale našli jí nádor, že prej je nezhoubnej ale pak se to rozjelo. Nechat ji někde po eldénkách, to zase ... to bych jí neudělala.

„Říkala jsem si, já ji pomůžu chvíli, když měla tu autonehodu, tak jsem to jako brala, tak jsem si říkala, tak to vydržím, a když potom přišla ta diagnóza, že do roka ... tak to jako mě ani ve snu nenapadlo abych jí někde dala. Třeba do hospicu, ani jinam. Když jsem věděla, jak to špatně zvládá ten pobyt v nemocnici, tak jako to bych jí neudělala a ona se vždycky jako hodně hodně tvářila ... ona taky netušila, co to je hospic. Ty jo. Kdybych třeba ted' měla ty informace co mám, tak možná já bych jí přesvědčila o tom i když nevím, ona byla taková, že dokud by to asi neviděla, stejně by nevěřila, ona by se musela na to jít podívat ... opravdu, že tam ten personál má srdce.“

„Podpora blízkých? No ... To ne. To bylo zase komplikovaný v tom, že mamka má, jakoby teda měla, dvě děti, ale s mojí sestrou neměly dobrý vztahy, takže moje ségra jí vlastně ... když jsem potřebovala, ona jí ani k doktorovi nezavezla no o žádný podpoře se teda ze strany sestry mluvit nedá... no mamka byla rozvedená, kolikrát taky jí ty vztahy moc nešly ... měla bratra, s kterým se nestýkala celej život, ten se vlastně objevil až ke konci toho života. Taky jsem si říkala, to je skvadra ... taky to bylo takový... řešil jen sebe, mamka tady mohla vypustit duši ... to jsou někdy takový lidi jakoby neměli ani srdce.“

Jana: *„No hele, tak já nevím, když tedy měl už táta ten věk, už se mě stalo, že se mi přiznal, že tam upad ... že jo ... doma, že měl problém se zvednout. No a tak*

jsem to říkala mužskému ... no a on ... tak si vem tátu sem... vždyť pokoj tam je. Tak jsem potom za nějakéj čas, když tak bylo nějak téma na to, tak jsem mu říkala, jestli nechce jít k nám. On řek, že zatím ne, že to zvládá. To trvalo asi rok a pak teda jednou mně řek... vlastně jestli ta nabídka ještě platí. Nějak ty nohy ho přestaly poslouchat a prostě ty schody tam ... to už nešlo. No a taky jídlo, to mu strašně dlouho trvalo. Taky se sám už nemoh pořádně oblíknout a about a s mytím to bylo takový...no jen se vyšplouchnul. No říkala jsem si, táta se staral vlastně celej život a ted' je řada na mě. S tím jsem do toho šla ... takhle.“

„Mužskej mě tedy podpořil, to jo, vlastě mi to navrhl, aby táta byl u nás. Ale jinak ten jde mimo ... to jako všechno je na mě. Jídlo, prádlo nebo když jsme chodili ven, procházky...to všechno je na mě.. jako von né ... von je mimo. Ten ani kolikrát neví, že tátovi ohřívám večeři, ...von má zapnutou televizi, do toho kouká do mobilu a že tam má ted' internet od léta, takže to vůbec to vůbec on neřeší ... no starám se sama.“

„Brácha je rád, že je táta tady. Mužskému teda děkoval, že může být tady. A taky, táta se švagrovou?... to by asi nebylo ono.(smích) Ona by mu takhle těžko v deset večeři. Já jsem ho sem vzala, že je to jako na dožití. Von má všechno po svým, ten kdyby byl někde v důchodáku, tak už tady nebude. Tam mu jídlo přinesou, nesní ho, tak ho vodnesou, jo, kdežto já mu to jídlo dám, když von je vzhůru a když ho chce. Psychicky by to asi neunes. Si říkám, pokud já to budu zvládat, pokud to půjde. Pokud by třeba nespád a zlomil si krček nebo já nevím, prostě ... což už doma asi bych nedala.“

Věra : *„No, mě se nikdo neptal. Na mě to prostě zbylo v rodině. To nebylo rozhodnutí. Rodina to vzala taky tak, jako že já pečuju. Brali to jako samozřejmost. Sestra má prostě rodinu, a tak to berou tak ... pořád, no. Asi sme taky tak vychovaný, že se staráme. Navíc ona má psychickou chorobu, takže nesnáší být mimo domov ... nesnáší samotu, to je velice složitý. Třeba každou hospitalizaci v nemocnici, když byla ... tam se přidaj ty psychické problémy...je to strašně obtížné. Pro ni je to prostě jedno z nejhorších. Větší ... horší než bolest je samota mimo. Ten zdravotní stav se zhoršuje. Ted' už v podstatě všechno dělám. Ona už má čtvrtěj stupeň bezmocnosti. Ona, ... ona prostě přestává vstávat a nechce, nechce chodit, i když fyzicky na ten věk je vynikající a já už jí potom nezvládám ... to už bude na ústavní péči. Jakmile by nebyla pohyblivá, tak to já se zdravotním svým stavem nezvládnou.“*

Jaká zdravotní rizika pečovatele ohrožují / ohrozily?

Věra: *„No se žádama, to taky, to byla fuška, že jsem vůbec ... taky mě nikdo neřek, jak to mám dělat prostě nevěděla jsem. trápila jsem se se vším tím nebo*

třeba když se nemohla postavit ve vaně. Říkala jsem si, přece nebudu volat cizí lidi, prostě jsem to zkoušela...“

„Na psychiku? ... no to bylo hrozný... no já bych řekla, že mě to nikdy nedělalo extra dobře, ale demolovat mě to začlo až když začala mít ty psychický problémy, když mě nepoznávala. vlastně se o někoho staráš, a on ti vyčítá že jseš úplně nějaký ty jo magor s prominutím kterej se tady za někoho vydává a stará se o ní... vlastně ... ne že by byla nevděčná a řekla tohle jíst nebudu, ale spíš ona chtěla jakoby tu moji pozornost pořád a ona chtěla, abych na ni byla pořád milá, abych abych jako kdykoliv ona něco potřebuje, abych jí byla k dispozici ... pro mě to bylo děsně vyčerpávající, ... když jsem tady musela být s ní v jedné místnosti 24 hodin denně. ... Nikdy jí nenapadlo, aby třeba řekla. jak se máš ty, nechceš něco pro sebe ... to asi taky souvisí s povahou.“

Jana: *„Zatím žádnéj tělesnej neduh z toho nemám. Akorát na tu psychiku, to je někdy těžký, to jak jsem ti tuhle brečela do telefonu ... ty peníze ... ale už je to zase dobrý. Jo ... to on už tehdy počítal s tím, že už tady nebude, a on se choval trošku jinak asi nebo já nevím jak to prostě...viděl, že mě to zaskočilo ... jsem se netvářila nějak to ... no takže ... a od tý doby je zase pokoj už. No, ale tenkrát jsem fakt brečela, bylo mi to líto.“*

Dáša: *„No pohybovej aparát a vyčerpání, to jednoznačně. Mám vrozenou vadu zad, a to je prostě problém jakákoliv manipulace. A psychika? To je vyhoření. Únava, vyhoření. Speciálně v našem případě, kdy ona nesnáší samotu ...ani třeba hodinu. Vyžaduje přítomnost někoho dvacetčtyři hodin denně...sedm dní v týdnu. A to potom už je velká únava.“*

Jaký dopad má / mělo pečování o seniora v rodině na úroveň sociálního života pečovatele?

Věra: *„Já jsem ...vlastně mám bakaláře jako ekonomicko správní.... jsem dělala účetní. Nejdřív jsem si to tahala domů, dělala jsem to podoma, ale já už jsem byla fakt jako vyhořelá, to s mamkou vůbec nesouviselo, taky jsem si vybrala školu, která vůbec nebyla pro mě. Takže jak jsem jako vyhořela, tak já jsem docela i uvítala ... prostě už jsem to nesnášela to účetnictví, takže můžu konečně jakoby si říct ... nemusím, prostě budu dělat něco jinýho. ... Takže v tomhlectom mě to nějak netrápilo, že bych přišla o něco drahýho.“*

„Nechala jsem se do toho teda dost vtáhnout. Já měla psa, kterej teda ... s ním jsem aspoň chodila běhat, to byl parták ... no ty vztahy se taky dost okleštily. ... No měla jsem nějaký kamarády, ale spíš to bylo fakt jenom na telefon ... Já jsem si nemohla sem nikoho pozvat ... šš ... taky jsem se ... no ... možná stýděla za mamku ... to jsem nevěděla co mě čeká, co tady udělá za scénu. ... Měla jsem

trochu pocit, že někdo řekne ... holka, ty to tady nezvládáš.... Kdyby něco ztropila ... hodně jsem s tím jako zápasila. Volnej čas? No to ne, já jsem myslela jen na to kdy se jí v hlavě zase něco hne a začne ty jo něco vymyšlet. Já jsem si fakt připadala jako hlídají pes než ... pečovatel“.

Jana: *„Já už do práce nechodím, už jsem i byla v důchodu, když jsem se začla o tátu starat. Pracovně mě to tedy nějak neovlivnilo. Ale s volným časem to je jiná. Když někam jedu, tak nemůžu se sbalit ráno a přijet druhý den ráno, ani moc večír... No prostě musím se vrátit dřív. Jo je to takový, že prostě něco si vezme ráno sám, vezme si to, sní si to ... ale tu polívku, tu už musím, podle, toho, jak se vzbudí, ohřejvám ... podle toho, jak potřebuje, no a k večeři to samý. No na kola jsem s bráchou nejela, vlastně ani předloni, jo ... to jako ne. Mužskej by mu snad jídlo ohřál, ale ten záchod, to ne ... to by nedal“.*

„A jiný lidi? Inu, já jich moc nemám...žádný kamarádky nemám nebo těch známých... vůbec. Sem nikdo nejde a já taky teď v tom kovidovým období nikam nejdu. A třeba když, takhle jsme byli u známých, tak tam jedeme na hodku a jedeme domů. To víš, my nikam moc nechodíme, ani předtím, ani teď.“

Dáša: *„Pracovní život ne, protože využíváme služeb stacionáře a charity. Takže já jsem ... pokud jsem byla v práci tak, ... nebo nějakou povinnost, tak v tý době teda kdy o ní bylo postaráno jinak. Volnej čas? Úplně zcela zásadním způsobem, v podstatě volnej čas nemám. Bud' když sestra ... a ta přijede málokdy, a nebo... když je neteř ochotná, ale ta má dvě děti. Takže tam je to složitější. A nebo musím někoho požádat, to jako je taky složitý...každej má svoji rodinu.“*
„Pokud ke mně někdo nepřijde, já se k němu skoro nedostanu. Soukromej život mám tak z deseti procent.... Tak co si kde urvu.

Jaký dopad má/mělo pečování o seniora v rodině na finanční situaci pečovatele?

Věra: *„Peněz jsem měla dost z minulosti, mamka taky, ... finanční problémy jsme teda neměli.“* *„Prvně jsem měla ošetřovný a potom ten příspěvek na péči. Zezačátku měla třetí stupeň, pak měla druhý, a pak zas už měla čtvrtý. Vím, že to v průběhu nějak zvyšovali. Řekla mi o něm kamarádka mamky...u doktora to né ... ani jinde.“*

“Jestli jsem mohla s příspěvkem disponovat? To vlastně ani ne ... to jsme se nějak domluvili, nějakou částku jsme měli, za kterou jsem prostě nakupovala, platila tady všechno. Byly to takové ...vlastně společné peníze, ale je fakt, že jsem si taky říkala, že to není od ní úplně hezký, že si jakoby ty peníze šetří, když

vlastně ví, že stejně jako, že si je už neutratí. ... Taky mi to přišlo takový zvláštní no... ale to asi už bylo tím stavem, že už to neřešila.

Jana: *„No to asi nijak ... děda toho moc nepotřebuje a my jsme dva. Tak nám to stačí, ty důchody. Vždyť víš ... nějak utrácet, ... to snad ani neumíme. No a příspěvek mám, to mi sestřenice poradila. No volně disponovat? Ale jó, ... chvíli teda děda měl to ... že je to jeho, ale já jsem nic neříkala potom no a teď to vyšumělo a teď o tom nemluví. Já je mám na účtě ... mě to chodí na účet, čili tam to je ... tam to leží, kdyby potřeboval abych ... teď mě ta známá říkala, že někde je to až třicet tisíc. No a von má těch osmnáct, devatenáct, tak těch deset bysme museli doplácet. Kdyby teda potřeboval péči někde jinde ... nebo třeba se mnou by to nebylo, aby bylo na doplacení. Takovou rezervu.*

Dáša: *„My žijeme v maličkém bytě, takže je to levnější, než byl dům. Babička má tu péči ... ten příspěvek na péči, ten skutečně dáváme na péči, takže jako vlastně z toho to má hrazené a nepotřebuje kompenzační pomůcky, vyjma na inkontinenci, který jsou předpisovaný... nepotřebuje prostě nějakou nákladnou péči. Z toho, co máme, docela dobře vyjdem. Ten příspěvek mi doporučila známá, co v tom dělá, když jí viděla, jak na tom je. Dostala rovnou třetí stupeň a potom ještě jak se to zhoršilo čtvrtý. Jinak jsem hledala informace taky sama. Něco jsem zjistila na internetu a přes úřad práce. Prostě jsem taky hledala informace. Jinak s tím, co máme, docela vyjdem, to zase jo.*

Jaká je/byla úroveň odborné a sociální pomoci pečovatelům o seniory v rodině?

Věra: *„Sociální poradenství? ... to vůbec ne. Vůbec nikdo mi nic neřek. To byl vždycky nějaký ten pokus, třeba jsme čekali v čekárně ... a někdo něco řek, ... tak to jsem dozvěděla, ... tady můžu půjčit vozeček nebo támhle si zažádám o inkontinenční kalhotky ... tak jako že může mít zadarmo... no, takový věci, který doktoři vůbec neříkají, ... natož, aby mi někdo řekl, že se můžu někde informovat. Od onkologa jsem slyšela jenom pořád ... hospic, a to mamka nechtěla ... prostě to nikoho nezajímalo, jako to jako zvládám ... nic. Ani pomůcky..., jen prostě, že jsem to viděla někde na internetu ... jako jo, že potřebujeme vozeček nebo madla, záchod. Všechno jsem koupila.“ ... „Já jsem se opravdu od nikoho nedozvěděla, že existuje třeba terénní pečovatelská služba. To taky jako se dost zlobím na ty doktory, že mi to neřekli.“*

Jana: *„Kdyby mi známa neřekla, tak nic moc nevím. ... Dala mi ty telefony a ty různé kontakty a papíry na příspěvek. ... Prý jsem to mohla brát už dávno. Já bych asi pak taky šla ... asi na charitu, kdybych byla v nouzi, ...ta je tu blízko. Že bych se šla zeptat asi tam.“*

„Zatím mi teda nikdo nepomáhá. Známa mi taky přivezla chodítka, to je bezva. O tom jsem teda přemýšlela, ... že se půjdu zeptat obvodáka, ... jak by to vypadalo. Tehdy měl mužskej křeslo... jak měl ten úraz, to bylo taky pučený jenom. Jinak u doktora mi nikdo nic jako neřek, ... nějaký informace. Tady je blízko eldénka, tak asi mysleli, že o tom vím.“

Dáša: *„Sociální poradenství jsem teda nevyužila...ani o tom nevím... Ani ho myslím vlastně nepotřebuju. S péčí mi moc pomáhá charita a centrum sociální pomoci. O těch jsem tedy nějak věděla, že tady jsou. Bez nich by to nebylo možný, to by nešlo, to už by bylo na ústavní péči.“*

Jaké jsou/byly největší stresové faktory pečovatele o seniora v rodině a co bylo největší pomoci?

Věra: *„Asi když jí začali dávat ty náplasti, takže začala bejt taková jako, že jsem o ni fakt měla strach, že najednou úplně se jako změnila její osobnost, začala se chovat tak divně, ... třeba zapoměla úplně jakoby na cestu nebo byla taková, čas nehlídala, úplně jiná, že jsem měla strach, že začíná demence. Měla halucinace, pořád někde někoho viděla, pořád ... prostě takový jako bizardní věci, že má nějakou ženskou v posteli a že tam s ní být nechce. ... Jako byl to nápor, a hlavně já jsem o tom prostě vůbec nic nevěděla, já jsem byla totální amatér ... že já jsem si nevěděla rady s ničím ... jsem to řešila po telefonu s doktorkou ty její stavy, ... že prostě najednou se mi sebrala, né, ... a normálně v pyžamu prostě šla do toho ... no na zastávku jako že už chce jako z týhle dovolený odjet, prostě to asi přestala nějak asi poznávat nebo já nevím. Ono vlastně, když už se jí jako hojily ty záda, ... a ta rehabilitace, tak ona se zas rozchodila, ale ten nádor jí způsobil tohleto. Že já jsem prostě musela spát tady dole, protože se mi kolikrát stalo, že mi utekla a ani jsem jí nemohla najít. A teď ... ona se prostě ani neoblíkla, potom si sedne ty jo venku někde na ulici v pyžamu, a tak jsem ... radši tady budu spát. ... Zamykala jsem. ... Ona se potom jakoby tak změnila osobnostně, že ona už pro mě nebyla partner při tom rozhodování, že jsem musela všechno řešit za ní.“*

„Největší můrou pro mě bylo, ... že jsem nevěděla, jestli jako bude normální nebo bude mít zase ty svoje scény. Ten pocit trapnosti za ní. Jak jsem vnímala, jak se jakoby... jak ta nemoc jí změnila osobnost.“

Sama o sobě jsem pochybovala, jestli to dělám dobře.... Pamatuju si hlavně tu bezradnost, jako, ... sem to chtěla dělat fakt dobře, ... jsem měla pocit, že to dělám blbě tak jako.... tak to jsem hlavně cejtila. A možná i nějakou, ... nevím jestli vůbec existuje nějaký psychoterapeut, kterej se zabývá vyloženě jenom téma lidma, co se o někoho staraj. Tak jako, aby mi prostě někdo řekl, ... důležitý je, abych byla já v pohodě, protože když já nebudu v pohodě ... zhroucená ... tak

jí nepomůžu. ... Se od ní nechám jakoby vtahovat do těch jejich nálad. Kdyby mě tak někdo tyhle základní věci řek.“

„Těžký bylo, ... no asi opravdu dělat tu péči, aby jako věděla, že to, že mě to neobtěžuje, že to dělám prostě z lásky, no, tak to bylo asi nejtěžší, protože i když to člověk dělá z lásky, tak kolikrát jsem už fakt byla v koncích. ... To na mě asi nemohlo být vidět, že to dělám z lásky.“

„Nejvíc mě pomáhalo mít chvíli pro sebe ... třeba to běhání ... no, kontakt s jinejma lidma ... to bylo ale málo“

Jana: *„No ten stav táty je teda dost setrvalý, tak to docela jde. Pro mě to není nějaký zátěžový. Akorát tehdy, jak ... jak teda začal prostě s tím blouzněním a s takovým, tak jsem si říkala, jestli dožije ráno, rozumíš, taková ta myšlenka, že prostě přijdeš a už tam bude mimo. No, ale už jsem to taky vstřebala. I když nevím, co se mnou udělá až to opravdu přijde. Člověk s tím počítá ... no ale nevím. Nejtěžší? Asi ty jeho návyky, že třeba šetří toaletní papír ... a jsou tam ruličky vystavený. ... Když už jich tam je moc, tak když spí. ... jednu tajně šupsnu do koše (smích), ... ale to mě nesmí vidět. Zatím není zlej Není prostě nějaký, že by mě nadával, ... zatím ta situace není.“*

Největší pomoc byla, že mužskej to navrhnul, že s tím souhlasí. A že si jdu ven, ... to si jdu, do zahrady, jako načerpat sílu venku, ale to jsem dělala i když tu táta nebyl.“

Dáša: *„Nejtěžší je... vydržet to. Protože to je psychická nemoc kombinovaná s tím Alzheimerem, a to je strašnej mix ... a demence Právě už je na čtvrtém stupni a s nedoslýchavostí silnou. Takže opakuju, ... něco se bavíme, já to řeknu, musím to říct třikrát, než mě porozumí, a ona za deset minut se ptá na to samý, protože si to nepamatuje, a to trvá třeba hodinu, dvě...furt stejná otázka. To vydržet, to je strašná věc. To se dost dobře nedá. Občas mě vyká ... a takový věci ...takový ty věci, že jí někdo bere peníze, někdo jí bere spodní prádlo. Ona má takový představy, jako že nám vysejpaj hroby, urny že nám rozbíjej, vysejpaj urny....“*

„Nejhorší je ta beznaděj. Protože tohle už se nedá léčit, ... nezlepší se to. Největší pomocí je mít volno, kdybych mohla mít volno ...někam jet. Respitní péči ona ale nezvládá. Ona ... minulý rok byla jeden týden ... a tam je problém, že.... ona to prostě nezvládá do té míry, že se nechce hnout. Deset dní byla v hospicu a vraceli mi jí na vozejku, ... ona byla úplně v delíriu. No... nechtěla bych zestárnout do týhle podoby. Člověk může mít představu, že se postará, že to nebude takovej problém, ale je. Někdy mi to už je jedno, ... už necítíš, že je to matka, ... je to jen povinnost.“

5.5 Shrnutí a interpretace

Případová studie dává na jednom nebo několika případech pouze nahlédnout do vybrané problematiky. Přesto se dají některé zajímavé základní charakteristiky vysledovat. Mohou pak posloužit jako podklad pro podrobnější zkoumání a ověřování.

V této části se na základě výpovědí jednotlivých respondentů i na základě vlastních zkušeností s péčí o osobu blízkou pokusím o shrnutí zjištěných skutečností k jednotlivým otázkovým okruhům.

Na čem je / bylo založeno rozhodnutí pečovat o seniora v rodině?

Případová studie na základě výpovědí dotazovaných ukazuje, že o svého seniora začne pečovat většinou ten, který má **schopnost chápat problematiku situaci svého blízkého a vyhodnocovat ji z perspektivy této osoby, a zároveň má alespoň minimální prostorové podmínky a možnost péči realizovat**. Věra bere v úvahu matčiny špatné zkušenosti v nemocnici, Jana zase, že táta má rád všechno po svém, a Dáša respektuje psychickou nemoc a z ní vyplývající strach ze samoty.

Tedy mohli bychom jako motivaci k péči vzít v úvahu empatii (altruistický postoj) a ohled na přání blízkého, jistotu dobré péče a v případě Jany reciprocitu (oplácení péče). Zajímavé je, že respondenti subjektivně pociťují, že péče vyplynula z okolností, a že to tedy až tak jejich výběr nebyl. Hlavní okolností zahájení péče bylo zhoršení stavu blízké osoby.

Tyto motivy a příčiny jsou ve velké míře ve shodě s prezentovaným zjištěním, které uvádí Jeřábek a kol. (2013,57-59).

Péči o blízkého také usnadňuje souhlas partnera, i když se na péči přímo nepodílí. Pokud partner s péčí nesouhlasí, je pečovatel postaven před nelehkou volbu. V případě Věry došlo rozhodnutím pečovat doma o ztrátu partnera.

Hlavní důvody respondentů pro rozhodnutí pečovat v domácím prostředí jsou v souladu i s mými vlastními motivy k péči a souhlas a pomoc mého partnera je pro fungování péče o moji matku naprosto zásadní.

Jaká zdravotní rizika pečovatele ohrožují / ohrozily?

Fyzické obtíže, hlavně s pohybovým aparátem, pokud je pečující nucen se seniorem manipulovat, nebyly ze strany pečovatelů tak negativně hodnoceny, jako **pocit zhoršení psychického stavu z důvodu vyčerpání a únavy**. Pro Věru i Dášu se péče stala těžce zvládnutelná při zhoršení psychických projevů jejich matek z důvodu psychické nemoci, demence, příp. nedoslýchavosti, tedy v době, kdy opečovávané začaly trpět významnými poruchami vnímání a chování.

V případě Jany ke zhoršení psychické pohody došlo nárazově, ale také v situaci zhoršeného psychického stavu otce.

Z poskytnutých výpovědí můžeme usuzovat, že největším zdravotním rizikem pro pečovatele je zhoršení jejich psychického stavu, ohrožení vyhořením, poruchami spánku, neurotickými projevy, depresiemi. Toto riziko je umocněno v případě, že pečující pečuje sám.

Na nebezpečí psychických poruch, které jsou způsobené dlouhodobým stresem a psychickým vypětím při déle trvající obětavé péči, upozorňuje Jeřábek a kol. (2005, 14) Dokonce na základě následujících výzkumů 9% pečujících osob, které intenzivní osobní péči o blízkou osobu často psychicky nezvládají, (Jeřábek a kol., 2013, 86). Dragomirecká a kol. (2020, 143, 148) zmiňuje fakt, že čím vyšší je psychická zátěž, tím negativněji je pečujícím pocíťována. Pečující o seniory se syndromem demence dokonce nazývá „neviditelnými druhými pacienty“, kteří pro redukci následků vyplývajících z vážné pečovatelské zátěže nezbytně potřebují odbornou pomoc a podporu. I Kalvach a kol. (2011, 168) varuje, že poruchy chování opečovávaného mohou vést ke vzniku konfliktů a vyústit až v oboustranné domácí násilí.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že nejhůře vnímanou a zvládanou zátěží jsou pro mě projevy postupující demence a také zhoršující se nedoslýchavost a afázie. Psychická podpora mého partnera je pro zachování mé duševní rovnováhy zásadní. Velice jsem ocenila i odbornou terapeutickou pomoc.

Jaký dopad má / mělo pečování o seniora v rodině na úroveň sociálního života pečovatele?

Všechny prezentované příklady ukazují na **výrazný úbytek volného času a redukcii sociálních vztahů**. Věra i Dáša shodně vypověděly o výrazné minimalizaci volného času, dokonce i návštěva rodiny nebo známých i nich doma byla pro ně z důvodu zdravotního stavu seniora zátěžovou situací. Také Jana, i když není příliš společenský typ, si postěžovala na omezenou možnost se vzdálit z místa péče. Ani jedna respondentka neměla větší možnost využít pro úlevu v péči svého partnera nebo příbuzného.

Na nebezpečí společenské izolace a osamělosti pečovatelů upozorňuje Jeřábek a kol. (2013, 49).

V oblasti pracovního života se výpovědi dotazovaných velice různily a není možné z takto malého vzorku vysledovat sjednocující charakteristiku. Věra péčí vlastně vyřešila nespokojenost se zaměstnáním. Jana už byla v důchodu, když o otce začala doma pečovat. Dáša, aby se mohla věnovat své práci, využila pomoci terénních sociálních služeb charity i blízký stacionář centra sociální pomoci.

Z mé zkušenosti mohu dodat, že péče o nesoběstačného seniora se změnami v sociálním životě pečovatele neodmyslitelně souvisí. V mém případě je to opět partner, který je ochoten a schopen mě v určité míře v péči zastoupit a tím mi umožňuje částečné setrvání v pracovním procesu a zachování sociálních kontaktů. I za těchto podmínek je pro mě skloubení péče a sociálního života náročnou výzvou.

Jaký dopad má/mělo pečování o seniora v rodině na finanční situaci pečovatele?

Ani jeden z respondentů nevedl, že by v souvislosti s péčí došlo ke zhoršení finanční situace. Věra měla větší finanční rezervy z minulosti, Jana žije skromně, a tak jí příjem ze dvou důchodů stačí, Dáša uvedla, že z toho, co s maminkou mají, docela dobře vyjdou. **Pečování o seniora v uvedených případových studiích nemělo vliv na zhoršení rodinné finanční situace.**

Všichni senioři pobírali nebo pobírají příspěvek na péči, a to příspěvek třetího a čtvrtého stupně. Možnost disponovat těmito penězi byla pro pečovatele různá. Věra mohla využívat tyto peníze pouze částečně, a to na společný nákup. Jana příspěvky odkládá pro případ, že by musela doplácet péči v instituci. Jen Dášina matka je zcela využívá pro nákup sociálních služeb.

Všichni respondenti ale měli problém otevřeně sdělit opečovávanému, že příspěvek na péči by měl patřit tomu, kdo o ně pečuje. Tedy v případě, že pečují výhradně oni, tak jim. O příspěvku se pečující dozvěděli mimoděk, např. od známé nebo příbuzné, rozhodně ne od lékaře nebo jiné organizace. Jak uvedla Dáša, příspěvek jí doporučila známá, „co v tom dělá“, když viděla, jak na tom její matka je.

Tématu problematiky péče v souvislosti s finančními otázkami se věnuje Dudová (2015, 159-167). Z analýzy výpovědí pečujících uvádí, že příspěvek na péči pečovatelé vnímají primárně jako peníze svých rodičů. Také upozorňuje na řadu příkladů, kdy rodina o příspěvek vůbec nežádá, neboť se nechce vystavit podezření, že pečuje ze zjištěných důvodů.

Také já jsem se o příspěvku dozvěděla od známého člověka, který se podivil, že už jsem si nepožádala dříve. Na rozdíl od dotázaných jsem, sice s jistým ostychem, dokázala vykomunikovat, že peníze považuji z důvodu péče za svoje. Svoji finanční situaci hodnotím jako dobrou. Příspěvek na péči mi vcelku kompenzuje snížené pracovní možnosti. Pracuji na dohodu a formou OSVČ převážně z domova. Skloubit péči a práci ale vnímám jako nesnadný úkol.

Jaká je /byla úroveň odborné a sociální pomoci pečovatelům o seniory v rodině?

Z odpovědí respondentům vyplynulo zjištění, že **při zahájení péče ani v jeho průběhu pečující neobdrželi z oficiálních míst dostatečné informace o odborném sociálním poradenství a možnostech využití sociálních služeb.** Většinu informací získávali nahodile od jiných pečujících nebo od přátel a známých, snažili se je vyhledat samostatně nebo znalosti o sociálních službách měli díky okolnostem svého pracovního působení. Pokud sociální služby využívali, hodnotili je jako významnou pomoc.

Nejhůř svoji informovanost hodnotila Věra. Nevěděla nic o poradenství, způsobu ošetřování bezmocného, terénních službách ani pomůckách. Cítila lítost a zlobila se, že péče mohla probíhat úplně jinak. Postrádala pomoc psychoterapeuta, který by se zabýval lidmi, kteří pečují. Ani Jana nezískala z oficiálních míst žádné informace. Hledala by je, až když by situace pro ni byla obtížná. Jen Dáša, možná tím, že žije ve městě, o sociálních službách věděla a plně je využívá.

Výpovědi respondentů o nedostatečné informovanosti jsou v souladu se souhrnnými zjištěními Dragomirecké a kol. (2020,64), která upozorňuje na špatnou situaci v poskytování informací pečovatелům. Také na situaci, kdy v naší zemi nejsou pečující definováni jako cílová skupina sociální práce, a na chybějící provázanost a špatnou spolupráci resortu práce a sociálních věcí s resortem zdravotnictví.

Osobně tím, že spolupracuji s charitou, mám informace o službách, možnostech poradenství i pomůckách a tyto informace také předávám, když zjistím, že je někdo potřebuje. Sama využívám kompenzační pomůcky, při snaze využít osobní asistenci jsem se setkala s nesouhlasem matky, tak ji zatím nevyžívám. Ocenila jsem pomoc odborné terapeutky z krizového centra, která mi pomohla lépe zvládat a porozumět vztahovému napětí, které jsem při zahájení péče pociťovala.

Jaké jsou/byly největší stresové faktory pečovatele o seniora v rodině a co bylo největší pomocí?

Na základě výpovědí dotazovaných se ukazuje, že **největší stresovou zátěží je dlouhodobě snášet projevy nenormálního chování** související se změnou osobnosti z důvodu duševní nemoci, demence nebo se zmateností v souvislosti se závažnou chorobou. **Nemožnost se rozumně domluvit, neodhadnutelnost vzniku zátěžových situací a omezená možnost zátěžový prostor opustit.** Další stresovým faktorem je vědomí, že tento stav seniora není s největší pravděpodobností možné změnit, situace se bude jen zhoršovat a nelze určit délku trvání tohoto stavu. U Věry, a ještě více u Dáši, je zřetelné citové otupění, při kterém mizí pozitivní vztahová vazba a zůstává jen nutná povinnost. Převažuje pocit bezmoci a beznaděje, pochybnost a obviňování se za neschopnost lépe zvládat péči. Na příkladu Jany je znát, že pokud je mentální

úroveň seniora alespoň přijatelná a poměrně setrvalá, není péče vnímána jako natolik zátěžová.

Největší úlevu a pomoc dotazovaní viděli v možnosti mít chvíli pro sebe, mít volno, změnit prostředí, někam jet, mít možnost kontaktu s jinými lidmi. Velkou pomocí je být jen existence partnera a jeho souhlas s péčí ve společném prostoru.

Osobně vnímám největší stresovou zátěž podobně. Možná bych připojila, že důvodem k napětí a negativním pocitům je také povahová, a ještě více hodnotová různost pečovatele a opečovávaného a také nezpracované a neřešené zátěžové situace z období dětství a dospívání, ve kterých pečující a opečovávaná blízká osoba společně figurovali. Největší pomocí je pro mě podpora partnera a možnost věnovat se v určité míře i jiným záležitostem, práci a studiu.

5.6 Zhodnocení, náměty a příklady dobré praxe

V praktické části své práce jsem pomocí případových studií částečně nahlédla do problematiky osobní péče v domácím prostředí a zachytila některé komplikované situace, které s péčí o osobu blízkou, která má z důvodu dlouhodobě nepříznivé zdravotní situace omezenou soběstačnost, souvisí. Také jsem se zaměřila na subjektivní hodnocení a prožívání těchto situací samotnými pečovateli. Jejich otevřené výpovědi odkryly mnohá úskalí, která tato neformální služba pečujícího člena rodiny přináší.

Případové studie naznačily, že největším problémem je nedostatečný systém předávání důležitých informací pečovatelům, a to o možnostech poradenství, služeb a pomoci při péči o blízkou osobu. Informace o možnosti získání příspěvků na péči nebo pomoci formou poradenství, či vhodných sociálních služeb, byly v případě osob z mé studie získávány převážně nesystematicky, nahodile nebo zcela chyběly. Pečovatel se většinou v roli osobně pečujícího ocitnul náhle, měl jiné profesní zaměření a neměl o problematice péče o nesoběstačnou osobu hlubších znalostí. Tedy získání informací, které by mu pomohly úspěšně zvládat péči, bylo pro něho naprosto zásadní. Chybějící informace zapříčinily mnohdy zbytečné komplikace, které by v opačném případě byly řešitelné a učinily by péči lépe zvládnutelnou i subjektivně lépe prožívanou. Kromě informací o možnosti pomoci chybí i nabídka vzdělávání pro rodinné pečovatele.

Empatie (altruistický postoj), ohled na přání blízkého, starost o jeho dobré zajištění i snaha oplatit péči jsou na jedné straně velmi dobrým předpokladem péče o blízkého v rodině a svědčí o dobré úrovni mezigenerační solidarity. Na straně druhé samotné tyto předpoklady však nejsou zárukou zvládnutí péče a bez odborné pomoci může dojít k přetížení pečovatele a k negativním dopadům na jeho zdraví i sociální vztahy, a to i nevratně. Jako příklad může posloužit příběh Věry, kdy nedostatek informací o možnostech

podpory přispěl ke ztrátě partnera a k rozvoji depresivní poruchy, která jí zkomplikovala návrat do pracovního i sociálního života.

Paradoxem je, že v naší zemi je poměrně dobrá úroveň sociální práce a značná nabídka sociálních služeb i odborného poradenství. Tedy zavedení systémového poskytování informací pečujícím by se mělo stát samozřejmou součástí podpory neformálních pečovatелů. Poskytnutí informací a jejich následné využití by omezilo rizika vzniku zdravotních, sociálních, příp. i finančních problémů rodinných pečujících.

Jako příklad dobré praxe můžeme uvést novou službu, a to terénní odborné poradenství. Tuto službu od 1.2.2021 bezplatně poskytuje Oblastní charita Chrudim. V případě náhle vzniklé nutnosti pečovat o osobu blízkou a pro případ, že se pečovatel rozhodne pečovat doma, je možné si v rámci služeb charity vyžádat odborné poradenství. Pracovnice Charity poskytuje poradenství přímo v prostředí péče. Poskytne informace o možném získání příspěvku na péči, doporučí vhodné zdravotní a kompenzační pomůcky, po dohodě s pečujícím nastaví režim zdravotních a pečovatelských služeb, nabídne praktický nácvik péče. I po této poradenské návštěvě je pečujícím k dispozici a řeší s ním aktuální potřeby péče. Tato Charita poskytuje svoje služby v 67 obcích regionu. O nabídce svých služeb pravidelně informuje místní obecní úřady i obvodní lékaře. Tento způsob provázané informovanosti a spolupráce v regionu se jeví být pro úspěšné zvládnutí osobní péče v domácím prostředí velice perspektivní.

Dalším příkladem dobré praxe je portál Pečuj doma, který je součástí Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE). Zde může pečující nalézt bezplatnou telefonní i elektronickou poradenskou linku a také nabídku on-line kurzů. Diakonie ČCE také vydala příručku „Pokyny pro začínající pečující“ i celou řadu dalších příruček, které jsou dostupné i v elektronické verzi.

Případové studie odhalily skutečnost, že jednou z nejtěžších situací pro pečovatele je zvládnout péči o osobu s poruchami chování a vnímání, vzniklými na základě duševního onemocnění, pokročilé demence nebo závažného onemocnění. Tito pečovatelé by měli mít prioritní péči a možnost využít terapeutické pomoci.

Dalším zjištěním z případových studií je důležitost přítomnosti druhé osoby v domácnosti, která s péčí ve společně sdíleném prostoru souhlasí, v lepším případě je ochotná s péčí pomoci. Osamělí pečující jsou mnohem více ohroženi negativními dopady péče, a tedy i jim by měla být věnována zvýšená pozornost.

6. Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na úskalí, která jsou spojena s osobní péčí o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Vycházela jsem ze současného trendu tzv. deinstitucionalizace, který probíhá nejen v důsledku demografického vývoje a počítá s návratem péče do domácího prostředí a podporou rodinné péče. Tu však nelze považovat za samozřejmou. Z vlastní zkušenosti z dlouhodobé péče o maminku jsem si uvědomila mnohá rizika, která s touto rolí neformálně pečujícího souvisí, a na která poukazují i mnozí autoři, kteří se touto tematikou zabývají.

Je potřeba si uvědomit, že péče o seniory se vrací do odlišných rodinných podmínek, než tomu bylo dříve. Rodiny nejsou tak stabilní, část osob žije osamoceně, rodina zeštíhlila - snížil se počet sourozenců, kteří by se příp. podíleli na péči. O své nesoběstačné seniory se vzhledem k prodlužujícímu se věku dožití starají stále starší děti, které samy již mohou mít své zdravotní problémy. Samotní senioři jsou mnohem různorodější skupinou s ohledem na mnohem delší výhled dožití. Leč nejde pouze o prodloužení střední délky života. Při zhoršeném životním prostředí i díky dalším faktorům jsou senioři více ohroženi civilizačními chorobami včetně neurodegenerativních.

Další výzvou je potřeba pečovat o rozvoj mezigenerační solidarity, ze které ochota starat se o své seniory vyplývá. Návrat k péči o seniory v domácím prostředí je výzvou k návratu k přirozenějšímu fungování vztahů mezi lidmi i ke změně zaměření současné výkonové společnosti směrem k občansky aktivnímu všeobecně udržitelnému společenství a vytvoření tzv. pečující komunity. (Dragomirecká, 2020, 103-105)

Podmínkou k zajištění uskutečnitelnosti návratu k domácí péči je však poctivé zjišťování současných možných způsobů, kterými lze tuto péči k všestranné spokojenosti v rodině poskytovat, a také pečlivé sledování rizik, která péči o seniory v domácím prostředí ohrožují.

Cílem praktické části mé bakalářské práce byla snaha pomocí kvalitativního výzkumu ve formě případových studií a hloubkových rozhovorů získat autentické výpovědi osob, které osobně a dlouhodobě pečují nebo pečovali o blízkého starého člověka. Na základě odpovědí na polostrukturované otázky jsem mohla vyhodnotit největší úskalí, které tyto osoby při péči pociťovaly.

Jak jsem předpokládala i ze svých zkušeností, nejhůře subjektivně pociťovaná je pro pečovatele zátěž při péči o osobu s poruchami chování a vnímání, vzniklými na základě duševního onemocnění, pokročilé demence nebo závažného onemocnění, se kterou je problematické navázat racionální a efektivní komunikaci. Dalším rizikovým faktorem je, pokud pečovatel pečuje o

svého blízkého sám. Těmto pečovatelům by měla být věnována zvýšená pozornost.

Kromě předpokládatelných zátěžových situací, jako je zhoršení sociálního života pečující osoby, bylo pro mě překvapením, že nejhůře byla hodnocena úroveň poskytnutých informací o možnostech sociálního poradenství a služeb. Právě nedostatek informací a jejich nesystematické získávání jsem ve své práci vyhodnotila jako nejzávažnější úskalí při péči. V konkrétním případě nedostatek informací zapříčinil neúnosné zatížení pečovatele a jeho trvalé poškození.

Úroveň sociální práce a nabídka sociálního poradenství a služeb v naší zemi je velmi dobrá. Existuje mnoho případů dobré praxe. Je škoda, že nepředání důležitých informací potřebných k podpoře domácí péče ji v některých případech zbytečně komplikuje. Zavedení systému komplexního předávání informací a cílené péče o neformální pečující by se mělo stát samozřejmou součástí jejich podpory a následně i účinným nástrojem k možnému a zvladatelnému systému pečování v rodinách obecně.

7. Seznam literatury

AUTORSKÝ KOLEKTIV, Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha, 2010

ČEVELA Rostislav, KALVACH Zdeněk, ČELEDOVÁ Libuše, Sociální gerontologie, Úvod do problematiky, Grada Publishing, a.s., 2012

DIAKONIE ČCE, Pečuj doma, Pokyny pro začínající pečující, 2019

DRAGOMIRECKÁ , Eva a kolektiv, Ti, kteří se starají, Podpora neformální péče o seniory, Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2020

DUDOVÁ, Radka, Postarat se ve stáří, Rodina a zajištění péče o seniory, Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, Praha, 2015

GRUSS Peter, Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje, Praha: Portál s.r.o. 2009

HAŠKOVCOVÁ, Helena, Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi, Praha: Galén, 2012

HENDL, Jan, Kvalitativní výzkum, Základní teorie, metody a aplikace, Praha: Portál s.r.o. 2016

HENZLER Herbert, SPÄTH Lothar, Soužití generací, Proč nejsou staří lidé problémem, ale řešením, Wolters Kluver ČR, a.s., 2013

HROZENSKÁ Martina, DVOŘÁČKOVÁ Dagmar, Sociální péče o seniory, Praha: Grada Publishing a.s., 2013

HUDÁKOVÁ Anna, MAJERNÍKOVÁ Ludmila, Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství, Praha: Grada Publishing a.s., 2013

JEŘÁBEK, Hynek a kolektiv, Rodinná péče o staré lidi, Studie Ceses, 11/2005, CASES FSV UK, Praha, 2005

JEŘÁBEK Hynek a kol., Mezigenerační solidarita v péči o seniory, Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013

KALVACH, Zdeněk a kol., Křehký pacient a primární péče, Praha: Grada Publishing, a.s., 2011

MLÝNKOVÁ Jana, Péče o staré občany, učebnice pro obor sociální činnosti, Praha: Grada Publishing a.s., 2011

MATOUŠEK, Oldřich a kol., Encyklopedie sociální práce, Praha: Portál s.r.o. 2013

MATOUŠEK, Oldřich a kol., Sociální služby, Praha: Portál s.r.o. 2007

PEŠEK, Martin, Únava ze soucitu, Je možné pečovat příliš?, Sociální služby, únor 2020, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, str.30-31

PIDRMAN, Vladimír, KOLIBÁŠ Eduard, Změny jednání seniorů, Praha: Galén, 2005

POKORNÁ Andrea, Komunikace se seniory, Praha: Grada Publishing a.s., 2013

PŘIBYL Hugo, Lidské potřeby ve stáří, Praha: Mandorf, s.r.o. vydavatelství odborné literatury, 2015

RABUŠIC, Ladislav, Česká společnost stárne, Brno: nakladatelství GEORGETOWN, 1995

SAND, Ilse, Citlivý pomocník, Vysoká citlivost v pomáhajících profesích, Praha: Portál s.r.o. 2018

SCHMIDBAUER Wolfgang, Syndrom pomocníka, Praha: Portál s.r.o. 2018

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách, Praha: Portál, 2007

VENGLÁŘOVÁ, Martina, Problematické situace v péči o seniory, Praha: Grada Publishing a.s., 2007

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

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

Zákon č. 329/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a změně souvisejících zákonů

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