

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>1 STÁŘÍ</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Vymezení základních pojmů</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 Stárnutí .....	7
1.1.2 Stáří .....	7
1.1.3 Životní dráha .....	8
<b>1.2 Periodizace stáří</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Změny ve stáří</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 Tělesné změny.....	9
1.3.2 Psychické změny .....	9
<b>1.4 Potřeba péče</b> .....	<b>10</b>
1.4.1 Příspěvek na péči.....	12
<b>1.5 Shrnutí</b> .....	<b>16</b>
<b>2 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORA V ČESKÉ REPUBLICE</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Druhy péče</b> .....	<b>17</b>
2.1.1 Formální péče.....	17
2.1.2 Neformální péče .....	19
<b>2.2 Shrnutí</b> .....	<b>25</b>
<b>3 PODPORA NEFORMÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1 Národní akční plány a dlouhodobá péče</b> .....	<b>26</b>
3.1.1 Další podpora neformální péče .....	30
<b>3.2 Shrnutí</b> .....	<b>30</b>
<b>4 CESTY K RODINNÉMU PEČOVÁNÍ</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1 Důvody a motivace k rodinnému pečování</b> .....	<b>31</b>
4.1.1 Solidarita .....	32
4.1.2 Péče jako směna .....	33
4.1.3 Péče z lásky .....	34
4.1.4 Péče jako laskavý přístup .....	34

<b>4.2</b>	<b>Přínosy rodinné péče pro seniora jako příjemce péče .....</b>	<b>34</b>
4.2.1	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše paměti.....	35
4.2.2	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruchách jazyka a řeči .....	35
4.2.3	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše pozornosti.....	38
4.2.4	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše myšlení, úsudku a abstrakce.....	38
4.2.5	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše vnímání a prostorové orientace .....	38
4.2.6	Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše motoriky .....	38
<b>4.3</b>	<b>Shrnutí.....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>DOMÁCÍ RODINNÁ PÉČE .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1</b>	<b>Péče poskytovaná rodinnými pečovateli .....</b>	<b>40</b>
5.1.1	Rodina jako místo pro podporu setkávání generací .....	42
<b>5.2</b>	<b>Rodinný příslušník v roli pečovatele .....</b>	<b>45</b>
<b>5.3</b>	<b>Vztah role pečujícího s dalšími rolemi .....</b>	<b>46</b>
5.3.1	Rodinný pečující a zaměstnání.....	47
5.3.2	Rodinný pečující a rodina .....	47
5.3.3	Převzetí odpovědnosti za příjemce péče .....	47
<b>5.4</b>	<b>Shrnutí.....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>NEGATIVNÍ ASPEKTY PÉČE .....</b>	<b>49</b>
<b>6.1</b>	<b>Úskalí péče rodinných pečovatelů.....</b>	<b>49</b>
<b>6.2</b>	<b>Dopady dlouhodobé rodinné péče na pečujícího.....</b>	<b>50</b>
6.2.1	Zátěž a psychický stav .....	53
6.2.2	Somatický stav .....	55
6.2.3	Význam sociální opory .....	55
6.2.4	Finanční situace.....	56
<b>6.3</b>	<b>Shrnutí.....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>POZITIVNÍ ASPEKTY PÉČE .....</b>	<b>57</b>
<b>7.1</b>	<b>Pozitivní aspekty péče u rodinných pečujících .....</b>	<b>58</b>
7.1.1	Pozitivní aspekty a vliv na zátěž a psychiku pečujícího .....	60
7.1.2	Pozitivní aspekty péče a somatický stav pečujícího.....	60
7.1.3	Pozitivní aspekty péče a sociální opora.....	61

7.1.4	Pozitivní aspekty péče a vztah role pečujícího s dalšími rolemi .....	61
7.1.5	Pozitivní aspekty péče a převzetí odpovědnosti za příjemce péče .....	62
7.1.6	Pozitivní aspekty péče a finanční situace .....	62
7.1.7	Pozitivní aspekty péče z hlediska fází poskytování .....	62
<b>7.2</b>	<b>Shrnutí.....</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>MOŽNOSTI POMOCI RODINNÝM PEČUJÍCÍM V ČR .....</b>	<b>66</b>
<b>8.1</b>	<b>Projekty a organizace podporující pečující osoby na území ČR .....</b>	<b>67</b>
8.1.1	Pečuj doma .....	67
8.1.2	Pomáháme pečujícím pečovat.....	68
8.1.3	Doma bez obav.....	69
8.1.4	Online podpora pečujících osob.....	69
<b>8.2</b>	<b>Podpora neformální péče v jiných zemích EU.....</b>	<b>70</b>
<b>8.3</b>	<b>Shrnutí.....</b>	<b>70</b>
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY PRÁCE .....</b>	<b>72</b>
<b>9.1</b>	<b>Metodologie sběru dat a strategie výzkumné metody .....</b>	<b>72</b>
<b>9.2</b>	<b>Rozbor cíle č. 1 .....</b>	<b>76</b>
<b>9.3</b>	<b>Rozbor cíle č. 2 .....</b>	<b>80</b>
<b>9.4</b>	<b>Rozbor cíle č. 3 .....</b>	<b>82</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>83</b>
<b>ZDROJE .....</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>Literatura .....</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>Online odborné časopisy .....</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>Internetové zdroje.....</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>Přednášky .....</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>Kurzy</b>	Chyba! Záložka není definována.	
<b>PŘÍLOHA .....</b>	Chyba! Záložka není definována.	



# ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma *Význam podpory pečujících osob*. Abych byla přesnější, práce se zabývá laickými pečujícími osobami, které poskytují péči starým lidem. Motivací pro volbu tohoto tématu byla má práce s neformálními pečujícími osobami. Když jsem se prvně setkala s jednou pečující ženou a vyslechla si její příběh, byla jsem překvapená, že v jejím věku zvládá péči o svou těžce nemocnou matku a dokáže se u vyprávění usmívat. To ona mi otevřela novou cestu chápání péče o blízkou osobu. Už jsem neměla problém zeptat se dalších pečujících, jestli jsou schopni mezi všemi starostmi, strachem a únavou najít něco pozitivního.

V celé práci se budu snažit o vystižení nelehkého, přesto úctyhodného úkolu v podobě převzetí péče o svého starého člena domácnosti (nejčastěji rodiče). **Prvním cílem** této práce je poukázat na úskalí péče o seniora v domácím prostředí podle dostupných zdrojů.

Mým **druhým cílem** je zdůraznit podporu pečujících osob, protože v České republice zatím neexistuje ucelená podpora pečujících osob. Situace laických pečovatelů je věc známá, ale systematická podpora, péče a pomoc od státu zatím není dostupná. S druhým cílem se pojí přehled dostupných zdrojů na poli legislativy a národních akčních plánů.

Mým **třetím cílem** je poskytnutí motivace, proč začít pečovat o svého blízkého a proč v péči setrvat. Předpokladem je, že se tato práce dostane do rukou potenciálních laických pečujících osob a nechci, aby se hned od počátku domnívali, že je péče spojená s negativní konotací. Tohoto cíle chci dosáhnout prostřednictvím kapitoly o tom, co pozitivního péče přináší. Pokud se tato práce dostane do hledáčku osobám, které již péči poskytují, chtěla bych všem těm, kteří stále nemohou na pečování najít cokoli pozitivního, otevřít nový směr, pozitivní.

**Cílem výzkumného šetření** je doplnění mých teoretických poznatků sděleními z praxe přímo od oslovených laických pečujících osob.

Nyní krátce představím jednotlivé kapitoly. První kapitola se věnuje stáří, hlavně definicím stáří a pojmům s ním spojených. Zmíním také periodizaci jednotlivých kategorií a nejčastější změny, které se ve stáří objevují. Poté logicky navážu potřebou pomoci, která se se zvyšujícím věkem postupně navyšuje, a uvedu základní informace k příspěvku na péči.

Ve druhé kapitole se věnuji možnostem péče a poskytovaným službám, které jsou pro seniory v České republice dostupné. Péči rozdělím na formální a neformální a doplním ji o péči ze sociálního i zdravotního hlediska.

Obsahem třetí kapitoly je přehled situace v ČR, co se týká probíhajících národních akčních plánů a návrhu změnového zákona o dlouhodobé péči. Tyto informace považuji za důležité v rozvíjení podpory neformální péče. V závěru kapitoly se krátce zmíním o pilotním projektu týkajícího se porovnávání nákladnosti mobilní paliativní péče s paliativní péčí poskytovanou v institucích.

Následuje čtvrtá kapitola, ve které se věnuji motivaci a důvodům vedoucím k volbě domácího pečování. Na konci kapitoly zmíním, že péče poskytovaná rodinným příslušníkem může přinášet pozitiva pro příjemce péče.

Pátá kapitola navazuje na čtvrtou kapitolu. Tentokrát se budu více věnovat osobě rodinného pečujícího. V kapitole zmíním, jak vypadá péče a jak se dělí. Další částí kapitoly bude rozbor nejčastěji uváděných rolí u laických pečujících osob.

Podpořit koexistenci všech rolí v jedné osobě není jednoduché. Proto mohou nastat konflikty. V šesté kapitole se zaměřím na negativní aspekty péče, konkrétně na úskalí a dopady dlouhodobé rodinné péče.

Sedmou kapitolu jsem zařadila cíleně, abych potenciální pečující od péče neodradila a současné pečující povzbudila. V této kapitole se budu zabývat pozitivními aspekty péče, které na pečování mohou laičtí pečující nalézt.

Osmá kapitola přinese přehled možností služeb a pomoci, které mohou laičtí pečovatelé využívat pro sebe samé. Jedná se o aktivity, do kterých se mohou zapojit (kurzy, přednášky, svépomocné skupiny a další). Kapitola ukazuje, že společnost není k laickým pečovatelům lhostejná.

V deváté kapitole zrekapituluji zjištěné výsledky ve vztahu ke stanoveným cílům diplomové práce a podrobně rozpracuji zjištěná data z výzkumného šetření.

Jean Paul (německý spisovatel, 1763-1825) napsal, že je „stáří smutné, ne proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje.“ Laičtí pečující toto tvrzení vyvracejí. Častokrát se stávají ztělesněnou nadějí svých blízkých. Věnujme laickým pečujícím trochu své pozornosti a kousek pochopení. Zkusme se do nich vcítit a dát najevo svůj obdiv, protože tito lidé si ho zaslouží. Navíc jsou vzorem pro budoucí pečující osoby.

# 1 STÁŘÍ

V této kapitole se budu věnovat vymezení základních pojmů, které budou závazné pro celou práci. Krátce zmíním periodizaci stáří a rozdíly v členění věku podle doby. Větší část se budu věnovat změnám, které stáří přináší a s tím spojenou nutností péče. Tato kapitola bude zaměřena na osoby, které potřebují péči svého okolí. V závěru kapitoly uvedu informace spojené s příspěvkem na péči.

## 1.1 Vymezení základních pojmů

Vysvětlení pojmů přikládám význam z důvodu ujasnění si jednotlivých definic, podle kterých se budu řídit v celé diplomové práci. Cílem jednotlivých definic je také ukotvení hranic mezi jednotlivými pojmy, které jsou často zaměňovány.

### 1.1.1 Stárnutí

Podle Kalvacha (2004) je stárnutí přirozeným a biologicky zákonitým procesem, během něž dochází ke snižování adaptačních schopností. Proces stárnutí pak probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který začíná po dovršení sexuální dospělosti.

Jedlička (1991) ve své knize uvádí, že každá ukončená etapa je jiná, a je výsledkem etapy předcházející. Což znamená, že si v životě neseme základ, který neustále vyvíjíme tím, jak stárneme.

Během procesu stárnutí můžeme zjišťovat změny v jednotlivých orgánech, které nejsou viditelně zřejmé jen po funkční stránce, ale také po morfologické a degenerativní, jak uvádí Pacovský (1990).

Kalvach vystihl stárnutí jako „*univerzální proces postihující živou hmotu (...)*“, který začíná vznikem plodu a narozením jedince (2004, str. 67). Zmíněné pojetí je myšleno v širším směřu. V užším slova smyslu popisuje proces stárnutí Pacovský (1990) jako určitý úsek mezi dospělostí a stářím, kde dochází k funkčním změnám, které jsou nezvratné. Proto stárnutí představuje nezvratný fyziologický děj.

### 1.1.2 Stáří

Stářím se označují poslední etapy ontogenetického vývoje člověka, kde v různé míře probíhají změny s výraznou variabilitou. Na průběh stárnutí i stáří má velký vliv řada faktorů, jako je např.: zdravotní stav jedince, životní styl a v neposlední řadě psychické vlivy. Stáří je podmíněno věkem jedince. Věk jedince můžeme rozdělit na základě různých kritérií, proto rozlišujeme čtyři druhy chápání věku:

- **Kalendářní věk** je určený datem narození a můžeme jej přesně vymežit.
- **Sociální věk** je stanovený společenskými měřítky, tzn., že vyjadřuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat. Do sociálního věku jsou také zahrnuty sociální role a určitý životní styl typický pro tu kterou etapu života.

- **Biologický věk** se určuje na základě biologického stárnutí organismu.
- **Psychologický věk** poukazuje na psychický stav jedince, na jeho vyspělost. Jedná se o subjektivní vnímání vlastního věku.

### 1.1.3 Životní dráha

Z hlediska žití je podle gerontologické psychologie potřeba pro pochopení jedincova života holistický přístup, tzn. nevynechat žádnou etapu lidského bytí od narození až po současnost. Soustředíme se na celý průběh života neboli životní dráhy. Jak uvádí Křivohlavý (2002, str. 136), cílem je „pochopení dynamického systému procesu vývoje jedince začleněného do společnosti.“

Znalost životní dráhy jedince, také životního příběhu jedince, je důležitou součástí péče o blízkého člověka. Lépe se spolupracuje s osobou, kterou známe a u které nám jsou jasné životní postoje, preference, a u které dále víme, jaké je její oblíbené jídlo či oblíbený film. Není proto k podiv, že pobytové sociální služby pracují s biografií klientů. Pečující osoba má jistou výhodu, zná příběh svého blízkého (za předpokladu, že nebyly zvlášť závažně narušené vztahy v průběhu jejich životů).

## 1.2 Periodizace stáří

V průběhu historie se postupně prodlužuje délka života člověka, a proto se pojetí stáří mění. I z toho důvodu nejsou zcela sjednocené etapy stáří a jejich jednotlivé fáze. Proto si dovoluji doložit více dělení, která jsou v současné době publikovaná. Použiji jak znění podle Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO), tak další znění dostupná z literatury.

- Dělení stáří podle Světové zdravotnické organizace z knihy Říčana (2006):
  - a) 60 - 75 let - rané stáří
  - b) 75 - 90 let - pokročilý věk (vlastní stáří)
  - c) 90 a více let - vysoký věk (dlouhověkost)
- Mühlpachr (2004) rozlišuje:
  - a) 65 – 74 let - mladí senioři
  - b) 75 – 84 let - staří senioři
  - c) 85 a více let - velmi staří senioři

Mühlpachr řadí období stáří do tzv. třetího věku, do postproduktivního období života jedince. Jak ale uvádějí Doňková a Novotný (2010), třetí věk vyjadřuje aktivní a nezávislé stáří, kdy je starší člověk ještě soběstačný. Vedle třetího věku, se také uvádí věk čtvrtý, který je někdy označován jako fáze závislosti. Fáze závislosti bývá zpravidla způsobena nemocí, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých.

To, že se hranice dožití člověka stále posouvá, je patrné i z textu od Jana Amose Komenského, který uváděl, že v rozmezí 35 – 42 let byl muž již starý. Od 42 let a výše považoval muže za kmeta.



## 1.3 Změny ve stáří

S každou vývojovou fází se v lidském těle něco mění. Co přichází v období stáří, uvedu v následujícím textu. Tato podkapitola se bude zabývat stručným přehledem specifik seniorského věku. Téma rozdělím na dvě hlavní skupiny, a to na specifika ze stránky fyzické a stránky psychické.

### 1.3.1 Tělesné změny

Nejvýraznější a nejviditelnější změny můžeme zaznamenat na **pohybovém aparátu**, což se nejvíce projevuje na postoji a chůzi. Starý člověk si již není tolik jistý v chůzi, dochází ke snížení hybnosti kloubů, atrofii svalů. To vše se odráží na rychlosti pohybu, která postupně klesá. Je zřejmý krátký krok a pomalejší chůze. **Kostra** takového člověka začíná být **křehčí**, což může být následkem osteoporózy. Proto se doporučuje prevence pádů, jelikož může lehce docházet ke zlomeninám. Často se vyskytuje artróza.

Další oblast, která je zasažena změnami, je **kardiovaskulární systém**. Choroby srdce a cév jsou nejčastější příčinou nemocnosti a zároveň úmrtnosti ve stáří.

Stárnutí má také vliv na **dýchací a zažívací systém**. U starého člověka dochází v mnoha případech k dušnosti. Co se týče zažívacího systému, časté jsou nejrůznější trávicí obtíže.

Ve stáří dochází ke změnám **v regulaci tělesné teploty**, kdy u starého člověka dojde ke snížení adaptace na změny teplot. Dále se mění i činnost **žláz s vnitřní sekrecí**.

Mezi mimořádně závažné se pak řadí změny **smyslového vnímání**. Největší dopad na seniorovu soběstačnost má praktická slepota a závažné poruchy sluchu.

### 1.3.2 Psychické změny

Haškovcová (1990) míní, že typické vlastnosti člověka se ve stáří ještě zvýrazňují. Podle Kubešové (2005) je typickým příkladem přehnaná spořivost směřující až k lakomství. Dominantní osoby se ve stáří mohou stát až despotickými. K tomu Venglářová (2007) dodává přehled základních psychických změn ve stáří v tomto pořadí:

- a) zhoršení paměti,
- b) obtížnější osvojování nového,
- c) nedůvěřivost,
- d) snížená sebedůvěra,
- e) sugestibilita,
- f) emoční labilita,
- g) změny vnímání,
- h) zhoršení úsudku.

Aby docházelo k úspěšnému stárnutí, muselo by být bez výrazného podílu chorob. Je ale zřejmé, že i přes *úspěšné stárnutí* dochází k mentálním změnám. Je žádoucí, aby se rapidní úbytek

mentálních schopností ihned prověřoval. Stejně tak, jako je to u tělesných změn, je psychická involuce běžným procesem. Kubešová (2005) vypisuje znaky psychické involuce následně:

- a) duševní činnost se zpomaluje;
- b) upřednostňuje se přesnost před rychlostí;
- c) špatná adaptace na změny;
- d) dochází ke změnám v některých složkách inteligence;
- e) snižuje se motivace;
- f) snižuje se zájem o okolní dění;
- g) přibývá netečnost;
- h) často se objevují neurózy, deprese a v krajních případech suicidium.

Schopnost běžné komunikace i slovní zásoba jsou zachovány. Stabilní zůstává i obecná pozornost. Změny jsou pak zřejmé ve schopnosti selektivní pozornosti. Ovlivněné je pojmenování okolních objektů, plynulá řeč, prostorová představivost a logická analýza. Z toho vyplývá, že aktivity, které vyžadují rychlou reakci a přesnost, způsobují obtíže. To ale může vyrovnat delší časový úsek.

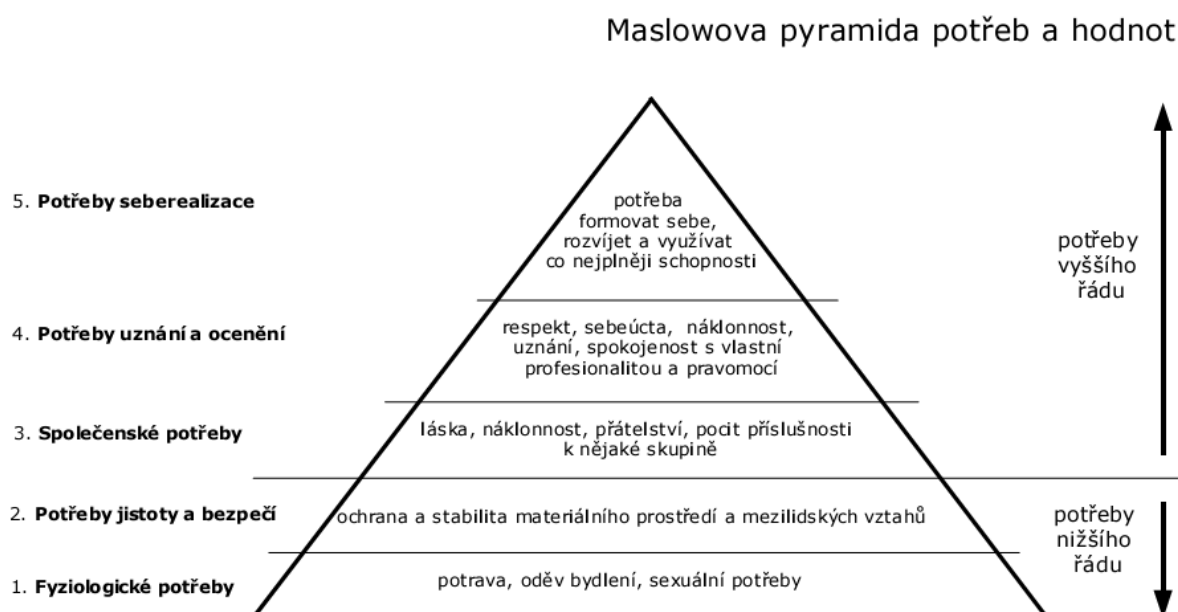
## 1.4 Potřeba péče

Z předchozí podkapitoly vyplývá, že člověk stárne a má specifické potřeby. Výsledkem změn je potřeba péče. Výsledkem proto, že změny přinášejí různou míru poklesu soběstačnosti a samostatnosti starého člověka. Podpora soběstačnosti a samostatnosti je jednou ze zásad při poskytování péče. Mnohdy si pečující myslí, že tím, že blízkého sami vyndají z postele a rovnou ho posadí na vozík, mají vyhráno. Starému člověku nějakou dobu trvá, než si na posteli sedne, než z postele dostane nohy a poté se pokouší obléknout. A po řadě aktivit se musí ještě přesunout z postele na židli ke stolu, aby se tam mohl najíst s rodinou.

Je rychlejší ho na posteli obléknout a za pomoci další osoby ho zvednout a přesunout na židli ke stolu. Jenže pokud je blízký ještě schopný se na posteli posadit, s dopomocí se převléknout a s dávkou jistoty a podpory se přesunout na židli sám, je to pro něj i pečujícího lepší. Zapojuje svaly, které kvůli častějšímu ležení rychleji atrofují. Občasný pohyb při běžných denních činnostech by se měl zachovávat po co nejdelší dobu. Benefity jsou i pro pečujícího, který si šetří své zdraví po stránce fyzické (bolesti zad) i po stránce psychické, protože blízký bude soběstačnější a péče bude o něco méně náročná.

Tím jsem chtěla uvést podkapitolu potřeby péče pro seniora. Dále se již budu věnovat hierarchii potřeb vytvořené Abrahamem Maslowem. Ten sestavil pyramidu potřeb a hodnot, kde jsou v základu uvedené fyziologické potřeby, poté potřeba bezpečí, sociální jistoty, autonomie a potřeba seberealizace.

## Schéma č. 1 – Maslowova pyramida potřeb (dostupné z: <http://zapisy.blogspot.cz>)



Když začneme odspodu, senioři, kteří nejsou již tak soběstační, potřebují pomoc s přípravou a přijímáním stravy a tekutin. Potřebují také zajištění podmínek ke správnému vylučování, zajištění asistence při pohybu nebo přemisťování, u polohování na lůžku, pomoc při oblékání, hygieně a při základních ošetrovatelských úkonech (podání inzulínu apod.).

Na druhém stupni je potřeba bezpečí, která souvisí s osobou pečujícího. Patří sem jak fyzická, tak psychická i ekonomická podpora. Rodinný pečovatel je proto k poskytování pocitu jistoty a bezpečí vhodným kandidátem.

Na vyšších stupních je zahrnut bod sociálních potřeb a jistot. Jde zejména o sociální kontakty a pocit lásky. Autonomie je o stupeň výše. Zde je důležité, aby pečující respektoval blízkého i v chvílích, kdy už není zcela soběstačný. Jak jsem na začátku uváděla, i v těchto chvílích, je přínosné nechat jednat starého člověka do té míry, do které je on sám schopný.

Haškovcová (2010) uvádí, že naplňování nejvyšších potřeb je pro nesoběstačného seniora v ohrožení. Přesto by měl o jejich naplňování usilovat, a to právě s pomocí pečující osoby. Často se stává, že v případě ztráty soběstačnosti se péče soustředí výhradně na uspokojování fyziologických potřeb. Senioři, kteří nejsou schopni v důsledku svého onemocnění komunikovat, pořád cítí.

Podle Funka (2014) jsou emoce a citové vnímání mnohdy jediným z pojitků k našemu „normálnímu“ světu. Proto by pečující neměli opomíjet empatii a péči nevnímat jen jako mechanickou práci.

Péče o starého člověka zahrnuje také péči v poslední části lidského života. Řeč je tu o umírání. Péče v této fázi přináší více strachů a nejistot než péče poskytovaná do této doby. Naštěstí na to pečující nemusí být sami. Mohou si zajistit péči mobilního domácího hospice a s jeho pomocí blízkého dochovat v domácím prostředí. Pokud by podmínky v domácnosti nedovolovaly poskytování péče

v závěru života, je možné ho umístit do lůžkového hospice. Samozřejmě je důležité se o těchto službách bavit mnohem dříve, než daná situace nastane. Je to z důvodu kapacity těchto zařízení, která je, jako v mnoha dalších pobytových zařízeních, omezená.

Co se týká potřeb v závěru života, Pichaud a Thareau (1998) popisují, že přijímání stravy a tekutin všeobecně klesá. Pečující by tak neměl tekutiny nutit. Lépe to vystihuje termín **terminální půst**, se kterým pracují již ve Švýcarsku (v podobě tvorby strategií). Lidé v závěru života, v terminálních stavech, nereflektují potřebu stravy a nápojů. Tělo a systémy v těle se tlumí, usínají, zpomalují se. Neznamená to ale, že nebudeme podávat stravu ani nápoje. Příjem se musí regulovat, ale nelze nutit. Domácí hospice doporučují spolupráci s nutričním specialistou.

Dále je důležité se zaměřit na nastavení managementu bolesti a dušnosti. Se vším pomůže domácí hospic. Jde především o zmírnění bolesti a utrpení.

V tomto stádiu je kladen důraz na psychickou stránku péče. Sednout si k člověku a naslouchat mu, mluvit s ním o jeho umírání a obavách (za předpokladu, že to sám navrhne). Samotné smíření se smrtí probíhá skrze duchovní cestu. Stejně tak smíření s blízkými. Duchovní může pomoci s odpuštěním.

Stáří a závěr života z lidí nedělá hadrové panenky, které jen leží a tiše přihlížejí. Když ne jindy, tak hlavně v této fázi je důležité zachovat autonomii a důstojnost do poslední možné chvíle.

### 1.4.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je podle zákona o sociálních službách (108/2006 Sb., vzpp) určen osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby, a to při zvládnání základních životních potřeb, které jsou pak jednotlivě rozepsané a podle kterých se určuje stupeň závislosti.

Jak postupovat, aby senior získal příspěvek na péči? O příspěvek na péči si musí blízký jako příjemce zažádat sám. Musí vyplnit formulář **žádost o příspěvek na péči**, který je dostupný na pobočkách Úřadu práce nebo si jej lze stáhnout z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))

Spolu s tímto formulářem musí ještě vyplnit **oznámení o poskytovateli pomoci**, ve kterém vyplní název poskytovatele a službu, kterou bude využívat. Přehled registrovaných organizací a poskytovaných sociálních služeb lze zjistit v k tomu účelu vytvořeném registru na internetových stránkách (<http://iregistr.mpsv.cz>). Do formuláře se také vypisuje osoba blízká (nebo asistent sociální péče), která bude péči poskytovat.

K formuláři týkajícího se poskytovatele pomoci, pokud se jedná o asistenta sociální péče, je důležité také přiložit **smlouvu o poskytnutí pomoci**, která je dostupná volně na internetových stránkách.

Vyplněné formuláře a smlouva musí být zaslané na místně příslušný Úřad práce a poté se musí vyčkat na řízení o přiznání nároku na příspěvek na péči, které se skládá ze dvou částí, a to sociálního šetření a posouzení zdravotního stavu.

**Sociální šetření** proběhne přímo v místě bydliště žadatele. Provádí ho sociální pracovníce z Úřadu práce, kde byla žádost podaná. Výsledkem tohoto šetření bude seznam úkonů, které starý člověk není schopný zvládat samostatně. Na posouzení nároku má Úřad práce lhůtu 60 dní.

Aby bylo možné nárok na příspěvek na péči uznat, senior musí být kvalifikován jako osoba v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, který vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, která by mu zajistila pomoc s výkonem základních životních potřeb.

Seznam jednotlivých životních potřeb je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., která doplňuje již zmíněný zákon o sociálních službách. Všechny potřeby jsou definované několika upřesňujícími aktivitami, které se u žadatele o příspěvek na péči vyhodnocují. Zde uvedu seznam potřeb, na které se sociální pracovníci při sociálním šetření soustředí: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

**Posouzení zdravotního stavu** má na starosti posudkový lékař, který pracuje pod Českou správou sociálního zabezpečení. Ten se věnuje sepsaným skutečnostem z vyplněné žádosti o příspěvek na péči, konkrétně se zabývá zhodnocením zdravotního stavu žadatele. Posudkový lékař si dále může vyžádat více informací od uvedených lékařů z žádosti. Žadatel může být také předvolán před komisí (pokud nemůže, např.: ze zdravotních důvodů, musí se omluvit). Posudkový lékař má na posouzení stavu lhůtu 45 dní.

Přiznání příspěvku je záležitost, která nereaguje pružně na potřeby závislých osob. Částka příspěvku bude vyplacena zpětně ke dni, kdy byla podaná žádost. Z výše uvedených skutečností je jisté, že během tak dlouhé doby může u starého člověka dojít k závažné změně zdravotního stavu. V písemném rozhodnutí, které žadatel obdrží, bude výpis úkonů, který není schopen zvládat a bude mu stanoven stupeň závislosti, od kterého se bude odvíjet výše příspěvku. Pokud je výše příspěvku shledána jako neadekvátní, může se žadatel odvolat v odvolací lhůtě, která je uvedená vždy na rozhodnutí. Pokud se stav změnil, může být podán **návrh na změnu výše přiznaného příspěvku na péči**. Opět tento formulář podá na příslušném Úřadu práce. Tento formulář se opět dostane k sociálním pracovnícům, které znovu provedou sociální šetření vedoucí ke zjištění aktuálního zdravotního stavu. Celý průběh přiznání vyšší části příspěvku proběhne stejně, jako tomu bylo ohledně nároku příspěvku na péči.

Pokud se stane, že osoba dožadující se příspěvku do doby přiznání zemře, i tak se příspěvek rodině zpětně vyplátí, jestliže se prokáže, že v průběhu řízení o přiznání příspěvku pečující poskytovali péči nebo využívali péči poskytovatelů sociálních služeb. Je důležité si schovávat všechny smlouvy, účtenky a faktury.

V následující tabulce uvádím, kdo vše může poskytovat péči a jaké mu z této pozice vyplývají povinnosti a práva a za jakých podmínek plynou z pečování výhody pro pečující osoby a další poskytovatele péče. Pod tabulkou přesněji vysvětluji, kdo je zvláštním příjemcem příspěvku na péči a za jakých okolností se tato osoba povolává.

**Tabulka č. 1 – Příspěvek na péči a poskytovatelé péče**

<b>Příspěvek na péči a poskytovatelé péče</b>				
<b>Kdo</b>	Osoba blízká	Asistent sociální péče	Registrovaný poskytovatel sociálních služeb	Zvláštní příjemce příspěvku na péči*
<b>Konkrétně</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manžel/ka</li> <li>• Partner/ka</li> <li>• Děti</li> <li>• Sourozenci</li> <li>• Další příbuzní</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Známi</li> <li>• Přátelé</li> <li>• Sousedé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Služby ambulantní, terénní, pobytové</li> <li>• Dostupné v i - registru MPSV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fyzická osoba ustanovená obecním úřadem</li> </ul>
<b>Podmínky</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nemusí mít stejné bydliště</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutnost stejného bydliště</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poskytovat služby podle zákona o sociálních službách a upravující vyhlášky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nezaújatá osoba</li> <li>• Nemělo by se jednat o poskytovatele služeb</li> </ul>
<b>Výhody při splnění podmínek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Od priznaného II. stupně závislosti se péče započítává do starobního důchodu</li> <li>• Nemusí hradit zdravotní ani sociální pojištění</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Od priznaného II. stupně závislosti se péče započítává do starobního důchodu</li> <li>• Nemusí hradit zdravotní ani sociální pojištění</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Příjem pro poskytovatele sociálních služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neplynou žádné výhody</li> </ul>

\*Zvláštní příjemce je ustanovován ve dvou případech. První případ se vztahuje na příjemce příspěvku péče, který není schopen příspěvek přijímat z důvodu závažné nemoci a v jeho okolí se nevyskytuje osoba blízká či jiná důvěrná osoba, která by s příspěvkem nakládala podle potřeb příjemce příspěvku. V druhém případě se taková osoba ustanoví, když dochází ke zneužívání příspěvku nebo když je příspěvek nesprávně využíván. V praxi mohou nastat obě situace naráz. Přidělená osoba by měla postupovat podle přání a pokynů příjemce příspěvku. Přidělená osoba by měla být nezávislou fyzickou osobou, která je schopná právních úkonů, je starší 18 let a současně není příjemcem příspěvku na péči. V ojedinělých případech, když nelze v delším časovém horizontu nalézt vhodnou osobu, zvolí se zástupce od poskytovatele sociálních služeb. Dít by se tak ale nemělo, protože hlavním zájem by měla být osoba a ne její příspěvek na péči.

Diplomová práce je zaměřená na péči o seniory, vztahuje se na ně výše příspěvku pro osoby starší 18 let. Příspěvek se vyplácí každý měsíc (složenkou nebo na účet příjemce příspěvku) a je v následující výši:

- V případě uznaného I. stupně závislosti, jde o částku 800 Kč;
- V případě uznaného II. stupně závislosti, jde o částku 4000 Kč;
- V případě uznaného III. stupně závislosti, jde o částku 8000 Kč;
- V případě uznaného IV. stupně závislosti, jde o částku 12000 Kč.

Podle zvládnání, resp. nezvládnutí, počtu základních potřeb při pozorování a rozhovoru při šetření v domácnosti, se stanoví stupeň závislosti, podle kterého je stanovena výše příspěvku na péči, jak ukazuje následující tabulka.

**Tabulka č. 2 – Příspěvek na péči - přehled**

<b>Příspěvek na péči - přehled</b>		
<b>Počet nezvládnutých potřeb*</b>	<b>Stupeň závislosti</b>	<b>Výše příspěvku na péči</b>
3 – 4	I. stupeň – lehká závislost	800 Kč
5 – 6	II. stupeň – středně těžká závislost	4000 Kč
7 – 8	III. stupeň – těžká závislost	8000 Kč
9 – 10	IV. stupeň – úplná závislost	12000 Kč

\* Uvedený počet nezvládnutých základních životních potřeb z celkového počtu 10.

V roce 2016 dojde k jednotnému navýšení příspěvku na péči o 10 %, a to v srpnu roku 2016. Příjemci příspěvku na péči si nebudou muset zažádat o zvýšení, dojde k němu automaticky. Podmínky nároku na příspěvek se měnit nebudou, zůstane posuzování podle deseti kritérií, jak je uvedeno výše.

## 1.5 Shrnutí

Prostřednictvím této kapitoly jsem poskytla stručný náhled na problematiku stárnutí a stáří. Člověk nemůže nikdy mládnout, vždy spěje ke stáří. Rozdíl je v populaci, která díky měnícímu se podílu dětí nebo starých lidí, mládne nebo stárne. Společnost v České republice, a nejen zde, stárne. Evropa je nejstarším kontinentem. Už tento fakt by měl zahrnovat nový přístup a pohled na stárnutí a stáří.

Kromě vymezení základních pojmů a periodizace stáří, je z kapitoly zřejmé, že se stářím přicházejí do života lidí i změny fyzické a psychické. Pečující musí tento fakt přijmout a zacházet s tím, co je aktuální. Do poslední chvíle zachovávat kvalitu života a péči nastavovat podle potřeb, které přicházejí se změnou stavu.

K zachování kvality života patří také pomoc s udržení autonomie a soběstačnosti i v minimu věcí, tam, kde to je ještě možné. Seniorovi naslouchat a dávat pocit jistoty a bezpečí, přítomnosti a pocit lásky. Neuspokojovat jen fyziologické potřeby, ale i vyšší stupně potřeb.

Konec kapitoly byl věnován příspěvku na péči a jeho formálním náležitostem, např.: jaké formuláře se mají vyplnit a kam zaslat a jak je to v případě změny zdravotního stavu u starého člověka. Podkapitola se přehledně věnovala i osobám, které mohou péči poskytovat. Příspěvek je mnohdy také finanční podporou rodinného příslušníka poskytující péči, který buď snížil pracovní úvazek na polovinu či ze zaměstnání kvůli náročnosti péče odešel. Ale i situace pečujících osob by se měla v následujících letech měnit k lepšímu.



## 2 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORA V ČESKÉ REPUBLICE

V této kapitole představím možnosti a druhy péče, které lze v České republice využívat. Také se budu věnovat péči poskytované rodinnými příslušníky, kterým patří tato práce. V kapitole se ale zaměřím na péči rodinných pečovatelů z hlediska pomoci, kterou seniorovi mohou nabídnout a jak se taková péče dělí. Rolím pečovatele a všem možným úskalím se budu věnovat až v následujících kapitolách.

### 2.1 Druhy péče

Jak je z úvodu patrné, o seniory může pečovat jak laický (rodinný) pečovatel, tak lze využívat pomoc některých organizací. Proto bych tuto péči rozdělila na formální a neformální. S ohledem na zpracovávané téma se zde nebudu příliš věnovat pobytovým službám, zmíním je jen okrajově.

Důvod, proč jsem rozdělila péči na formální a neformální, je pouze kvůli přehlednosti a rozsahu možností. Ve skutečnosti to má fungovat tak, že se druhy péče různě prolínají a kombinují, aby došlo k maximální možné míře uspokojení potřeb klienta.

#### 2.1.1 Formální péče

Formální péči mohou poskytovat organizace, které jsou zaevidované v registru poskytovatelů sociálních služeb u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV). Mezi registrovaným poskytovatelem a příjemcem péče dojde k uzavření smlouvy o poskytování péče a budou domluveny všechny podmínky, za kterých lze péči poskytovat. Typ této péče můžeme rozdělit ještě na tři podskupiny. A to na služby pobytového charakteru, to znamená, že jsou tyto služby spojené s ubytováním. **Pobytové sociální služby**, které mohou senioři a jejich rodiny využívat, jsou následující:

- **Domovy pro seniory** – Podle § 44 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je tato pobytová služba určena osobám, jejichž soběstačnost není dostačující na samostatný život ve svém přirozeném prostředí. Dalším hlavním znakem je, že snížená soběstačnost souvisí s věkem. V praxi se setkáváme s podmínkou, kdy si může o přijetí do domova pro seniory zažádat osoba starší 65 let. Další podmínkou je přiznání příspěvku na péči. Nejedná se o psanou podmínku, ale jde spíše o skutečnost, že osoba s přiznaným příspěvkem na péči bude ohodnocena jako potřebná osoba, jelikož se předpokládá, že u poživatele zmíněného příspěvku došlo ke snížení soběstačnosti, která neumožňuje bezpečný pobyt ve vlastní domácnosti ani za pomoci terénních služeb. Služba je nabízená osobám, které vyžadují celodenní péči a pomoc druhé osoby. Co je důležité zmínit, kromě pomoci v oblasti základních fyziologických potřeb, v domově pro seniory zajišťují podle § 44 (tamtéž) „zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

- **Domovy se zvláštním režimem** – Tuto možnost zmiňuje Haškovcová (2010) jako další volbu, pokud má blízký diagnostikovanou duševní chorobu a není možné zajistit odpovídající péči svépomocí v domácím prostředí. Jak uvádí § 50 (z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v z. p. p.), lze těchto zařízení využít i v případech, kdy je starému člověku diagnostikovaná „stařecká, Alzheimerova demence a ostatní typy demencí (...)“. Dále je zde kladen důraz na specifické potřeby těchto osob, což je znát i z názvu.
- **Týdenní stacionáře** – Časové rozmezí je, již podle názvu formy služby, patrné. Možnost ubytování v týdenním stacionáři bývá zhruba od 6 hodin pondělního rána do 22. hodiny pátečního večera.

Další možností je **využití terénních sociálních služeb**, které mohou rodinní neformální pečující využívat. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zde vypíši a stručně vysvětlím význam a cíle některých terénních sociálních služeb, které jsou nejčastěji využívané rodinnými pečovateli:

- **Pečovatelská služba** – Lze ji využívat ve chvílích, kdy je pečující osoba mimo domácnost. Pečovatelská služba nabízí např.: „*pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy (...)*.“ (§ 40 zákona č. 108/2006 Sb.). Bohužel, do pravomocí pečovatelské služby nespadá ošetřovatelská činnost. A to je fakt, na který poukazuje také Haškovcová (2010), která vyjadřuje jisté obavy ze zjevné nedostatečné provázanosti sociálních služeb a zdravotnické péče.
- **Osobní asistence** – Liší se v několika málo bodech (viz z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) od pečovatelské služby. Do základu těchto (ale i ostatních) sociálních služeb by mělo být zahrnuté základní sociální poradenství pro rodiny, kde si lze s pracovníky promluvit např.: o kompenzačních pomůckách nebo dalších vhodných službách k zajištění dostatečné kvality péče.
- **Tísňová péče** – Další možnost, kterou může rodina využívat, pokud není s blízkým v domácnosti nepřetržitě. Je důležitá pro případ krizových situací a potřeby ihned jednat a ochránit tím tak seniora v případném ohrožení života.

Další formou jsou **služby ambulantní**, to znamená, že do zařízení sociálních služeb osoba dochází a součástí takových služeb není ubytování. Zde uvedu krátký výčet služeb, které se nejčastěji využívají:

- **Centra denních služeb** – Fungují většinou v časových rozmezích od 7 do 18 hodin v pracovních dnech, o víkendu (sobota) od 8 do 14 hodin.
- **Denní stacionáře** – Časové rozmezí je většinou totožné s rozmezím u center denních služeb. V denních stacionářích je podle zákona o sociálních službách o jednu položku více, a to „pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu“ (§ 46). Ve stacionáři má klient nárok na poskytnutí stravy, ale podle zákona o sociálních službách (tamtéž) nespadá do úkonů pomoc při zajištění stravy. Do povinností center denních služeb tato kolonka patří.

Ambulantní forma služeb je výhodná pro pečující osoby, které přes týden chodí do zaměstnání a nemohou se plně věnovat člověku, který již není dostatečně soběstačný, aby setrval celý den ve svém přirozeném prostředí sám. Buď mají možnost se o blízké starat alespoň večer (centrum denních služeb, denní stacionář) nebo o víkendech (týdenní stacionář).

V neposlední řadě bych ráda zmínila i **odlehčovací (respitní) službu**. Odlehčovací služba je typ sociální služby, která se může poskytovat ve formě terénní, ambulantní nebo i pobytové. Podle § 44 (z. č. 108/2006 Sb.) je tato služba poskytována „osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.“ Jedná se o dočasné převzetí péče za pečující osobu s cílem jejího odpočinku a současně nabrání potřebné síly k dalšímu pečování. Jedná se tak o „tzv. parciální hospitalizaci“, zmiňuje Haškovcová (2010, str. 298), která je charakteristická pro institucionální péči na omezenou dobu.

Do formální péče zařadím také **zdravotnická zařízení**, kde může být blízký na základě své diagnózy hospitalizován. V tomto případě se již nejedná přímo o pobytovou sociální službu, ale o zdravotnickou. Přesto ji zde zmiňuji, protože v péči o staré lidi nemůžeme zdravotní část péče opomenout. Je důležité zmínit, že po dobu pobytu ve zdravotnických zařízeních, nemá poživatel příspěvku na péči nárok na tuto dávku. Využít lze:

- **Léčebny dlouhodobě nemocných** a nemocnice, které však nesplňují charakter sociálních služeb. Péče je zaměřená na zdravotní obtíže pacienta. V takovýchto zařízeních bývá velký počet pacientů, na které nemá personál tolik času, proto se občas může zdát jejich přístup odměřený a neosobní.
- **Hospice**, které podle Matouška (2007) využívají principů paliativní medicíny. Paliativní přístup umožňuje pacientovi důstojné a klidné umírání. Tzn., že paliativní medicína ulevuje od bolesti, respektuje důstojnost pacienta a stojí při něm v jeho posledních chvílích života. V tomto můžeme spatřovat rozdíl oproti zdravotnickým zařízením. V hospicích bývá méně pacientů, o které se stará speciálně vyškolený personál. Navíc ve většině existuje možnost u svých blízkých trávit čas i přes noc. Jak Svatošová (2011) uvádí, tento model péče se netýká pouze samotného pacienta, ale zahrnuje i pomoc blízkým, kterým nabízejí podporu a útěchu v nejtěžších chvílích.
- **Domácí ošetrovatelská péče (Home Care)** – Druh terénní zdravotnické pomoci, kterou poskytují registrované zdravotní sestry. Tato péče je plně hrazena danou zdravotní pojišťovnou. Domácí ošetrovatelská péče neboli *Home Care*, se poskytuje na základě návrhu praktického lékaře. Zdravotní sestra dochází, v tomto případě, za pacientem do jeho přirozeného prostředí. Docházet může až 3x denně a 7 dní v týdnu.

### 2.1.2 Neformální péče

V této části se chci věnovat rodinným pečovatelům a jejich možnostem v péči. V případě, že se rodinný příslušník rozhodne o péči vlastními silami, musí mít pocit, že na poskytování péče není

zcela sám. Může využívat ze sítě poskytovatelů sociálních služeb, které doplňují jeho péči tam, kde nestačí nebo není schopný péči zajistit na požadované úrovni.

Pečující potřebují službu, kde bude provázaná sociální péče s ošetrovatelskou péčí. Nastavit služby a poznat lidi, kteří budou chodit do jejich domácností za jejich blízkými, není lehký úkol. Zvláště, když jsou služby poskytované v každém případě jinou organizací. Respondent Š. k poskytovaným službám dodal, že se *„nejspíše každý poskytovatel snaží, jak může, aby se ideálu alespoň přiblížil. Rozhodně je na místě (...) co nejvíce empatie a snad tkz. „selského rozumu“.*

Stačí, když do domácnosti dochází více pečovatelek. Hodně záleží, jak spolu ostatní komunikují a jak si předávají informace. Veškeré činnosti, které jsou potřeba, se objednají přes papírový formulář. Je hrozné, že se musí zapsat úplně všechno, protože to pečovatelky nedělají automaticky. *„Chci říct, že péči o člověka a jeho domácnost bych si představoval tak, že dotyčná pečovatelka se prostě sama snaží péči doladit, není třeba vše psát či objednávat (např. vidím neumytý záchod, tak ho umeju, vidím odpadky v koši, tak je vynesu, vidím prádlo na balkóně a tak ho složím atd.).“* uvedl Respondent Š. Pečující si představují komplexní péči vycházející z lidského rozumu a ne takovou péči, kdy se služby ohánějí papírem, že podle objednávky udělali vše, ale ani o píď více. Administrativní zátěž ubírá na lidskosti. Pod návaem formulářů se ztrácí pohled na příjemce péče jako na člověka.

Rodinnou péči výstižně popisuje Smithová (In Payneová, 2007), která tvrdí, že rodinná péče je založena na již existujících vztazích a odpovědnosti. Rodinná péče je dle jejích slov založena na dvou faktech, a to, že osoby, které pečují, neprošly žádným systematickým výcvikem k pečování a nejsou za pečování finančně ohodnoceni. Proto se může jevit, že je tato péče méně kompetentní.

Remr (In Jeřábek, 2005) rozdělil péči laickou a profesionální podle dvou anglických slov, jež rozdíl maximálně vystihují. Pro laickou péči zvolil pojem „helping“ a pro péči profesionální „nursing“. To přesně poukazuje, že kompetence laického a profesionálního pečovatele jsou rozlišné a někdy laický pečovatel nemůže plně zajistit všechny potřeby, hlavně pokud jde o zdravotní stránku péče. Tím se nesnažím o podhodnocení schopností laického pečovatele. Zásadním bodem jsou citové vztahy.

Dovolím si poznamenat, že rodinná péče (za předpokladu funkčních vztahů) je nejvýznamnější formou péče o seniory. Topinková udává (In Tošnerová, 2001), že až  $\frac{3}{4}$  péče pokrývá rodinná péče. Podle Millwardové (1999; In Jeřábek, 2005) je tato péče službou vedoucí k jejich blahobytu a štěstí.

V tomto případě je pro opečovávaného rodina potřebným zázemím, které samo o sobě vyvolává pocit jistoty a bezpečí bez nutných a zásadních změn. Vágnerová je toho názoru (2007), že potřeba rodinných vztahů a jejich pozitivního hodnocení ve stáří narůstá. Starý člověk je ve svém prostředí a má okolo sebe i své známé, a to mj. vede k zajištění sociálních kontaktů.

Péči o blízké můžeme rozdělit do třech skupin. První se týká péče **sociální**, kterou svépomocí nebo s dopomocí sociálních služeb rodinný pečující zajišťuje. Druhá skupina se týká stránky **ošetrovatelské a zdravotnické**, kde pečujícímu v případě nutnosti dopomáhají služby zdravotnické.

Třetí a poslední se týká stránky **emocionální**, kterou nejvíce zajišťuje právě rodinný pečovatel. Tato složka je nenahraditelná.

Dělení péče bývá časté podle aktivit, které pečující s opečovávaným vykonává. Záleží na tom, jestli mu pomáhá s aktivitami denního života (ADL = Activities of Daily Living = všední denní činnosti – posuzují se při sociálním šetření v domácnosti žadatele příspěvku na péči) nebo i s instrumentálními aktivitami (IADL = Instrumental Activities of Daily Living = instrumentální denní činnosti, které se rovněž posuzují při sociálním šetření). Aktivity denního života jsou běžné esenciální činnosti a úkoly, které člověk plní podle své potřeby v průběhu dne (viz tabulka č. 3). Testování zvládnutí těchto aktivit pomáhá při stanovování potřeb denní osobní péče o seniora a plánování dlouhodobé péče. Instrumentální aktivity představují činnosti, jejichž zvládnutí je nutné pro samostatný život v domácnosti (aktivity viz tabulka č. 5).

Aktivity denního života rozepíše do tabulky, která bude obsahovat dva sloupce. V prvním sloupci uvedu druh činnosti a v druhém sloupci uvedu provedení dané činnosti. Druhý sloupec uvádím pro představu, podle čeho se vyhodnocuje stupeň závislosti starého člověka. Tato tabulka je inspirována známým testem všedních dovedností podle Barthelové. Rozhodla jsem se, že do tabulky zapíši i bodové ohodnocení jednotlivých činností podle míry zvládnutí osobou blízkou. Pod tabulkou uvedu návod k vyhodnocení testu.

**Tabulka č. 3 – Aktivity denního života**

<b>Aktivity denního života (ADL)</b>	
<b>Druh činnosti</b>	<b>Provedení činnosti</b>
Najedení, napití	samostatně (10) s pomocí (5) neprovede (0)
Oblékání	samostatně (10) s pomocí (5) neprovede (0)
Koupání	samostatně nebo s pomocí (5) neprovede (0)
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí (5) neprovede (0)
Kontinence moči	plně kontinentní (10) občas (5) trvale (0)

Kontinence stolice	plně kontinentní (10) občas (5) trvale (0)
Použití WC	samostatně (10) s pomocí (5) neprovede (0)
Přesun lůžko – židle	samostatně (15) s pomocí (10) vydrží sedět (5) neprovede (0)
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m (15) s pomocí 50 m (10) na vozíku 50 m (5) neprovede (0)
Chůze po schodech	samostatně (10) s pomocí (5) neprovede (0)

**Tabulka č. 4 – Hodnocení ADL**

<b>Hodnocení ADL</b>	
0 – 40 bodů	Vysoce závislý
45 – 60 bodů	Závislost středního stupně
65 – 95 bodů	Lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Protože jsem zmínila i test instrumentálních aktivit (IADL), na následující stránce uvedu další tabulku, která bude mít stejné schéma, jako tabulka předchozí. I pod touto tabulkou vypíši návod k vyhodnocení testu instrumentálních všedních činností.

**Tabulka č. 5 – Test instrumentálních všedních činností**

<b>Test instrumentálních všedních činností (IADL)</b>	
<b>Druh činnosti</b>	<b>Provedení činnosti</b>
Jízda dopravním prostředkem	zcela samostatně (10) s pomocí nebo doprovodem druhé osoby (5) neschopen, schopen pouze převozu sanitou, automobilem (0)
Nákup potravin	zcela samostatně (10) s pomocí druhé osoby (5) neschopen (0)
Uvaření	samostatně celé jídlo (10) sám si jídlo ohřeje (5) neschopen (0)
Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustláni postele atd.)	samostatně bez pomoci (10) s pomocí druhé osoby (5) neschopen (0)
Vyprání osobního prádla	samostatně (10) s pomocí druhé osoby (5) neschopen (0)
Telefonování	samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje (10) potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla (5) neschopen (0)
Užívání léků	samostatně užívá správné léky v určenou dobu (10) s pomocí druhé osoby (5) neschopen (0)
Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	samostatně (10) s pomocí druhé osoby (5) neschopen (0)

**Tabulka č. 6 – Hodnocení IADL**

<b>Hodnocení IADL</b>	
0-40 bodů	Nesoběstačnost
45-75 bodů	Částečná nesoběstačnost
80 bodů	Soběstačnost

Informace v tabulkách (ADL a IADL) a jejich následné vyhodnocení jsem interpretovala podle kurzu *Péče zaměřená na potřeby seniora (2016)*, který jsem absolvovala v Ústřední vojenské nemocnici.

Zajímavě dělí péči rodinných pečovatelů Bowersová (In Nolan, 1996). Jednotlivé části rozdělila přesně podle toho, jak postupuje vývoj změn u starých lidí a co je dobré postupně sledovat a na co se zaměřit. Péči rozdělila na následujících pět částí:

- **Anticipační péče** – V této fázi se potenciální rodinný pečovatel zaměřuje na věci, které budou do budoucna potřeba, tzn., že předjímá budoucí potřeby. Pečovatel s nimi počítá i několik let předem a může se jim tak začít pomalu přizpůsobovat. Do této části lze zahrnout rekonstrukci bytu a vzdělávání se.
  - **Preventivní péče** – Je podobná první fázi. Ani v této fázi nedochází k žádným úkonům potřebným k zajištění běžných denních ani instrumentálních aktivit. Rodinný pečující z povzdálí pozoruje stav blízkého a také, jestli dodržuje předepsaný režim lékařem. Když toho není starý člověk schopný, nastupuje další fáze.
  - **Kontrolní péče** – V této etapě si blízký prvně uvědomuje, že o něj někdo pečuje. Z předchozích dvou fází je zřejmé, že se vše dělo z povzdálí.
  - **Instrumentální péče** – Zde rodinný pečující začíná vykonávat činnosti pro blízkého a je mu podporou při denních aktivitách.
  - **Ochranná péče** – Poslední fáze, ve které je hlavním bodem posilování nezávislosti starého člověka, když jeho míra soběstačnosti poklesla. Jde také o zachování sebeúcty a udržení kvality života.
- Nolan a kol. (1996) rozšířili těchto pět fází podle Bowersové ještě o další dvě.
- **(Re)konstruktivní péče** – V této fázi jde o nahrazování starých sociálních rolí daného blízkého rolemi novými, přičemž dochází k přetváření jeho identity a tím tak vytváření nové a přijatelné budoucnosti.
  - **Reciproční péče** – V této fázi jde o změnu klasického nastavení, ve kterém většinou pečující hraje roli aktivního činitele a opečovávaný zastává pasivně přijímací roli. Jde o transformaci rolí a vztahů, kdy jak pečující, tak blízký dávají a zároveň oba přijímají. Toto je jeden z argumentů, proč se může rodinná péče pyšnit puncem naplnění a uspokojení.



## 2.2 Shrnutí

Z druhé kapitoly týkající se možností péče o seniora vyplynulo, že ačkoliv je péče rozdělena na formální a neformální, ačkoliv ji mohou poskytovat různí poskytovatelé (stát, nestátní neziskové organizace, rodinní pečovatelé, asistenti sociální péče), ve většině případů se prolíná. Neměla by se prolínat jen v oblasti poskytování, ale také v oblasti služeb zdravotních a sociálních. Bohužel, v České republice zatím neexistuje důslednější ani preciznější provázání sociálních a zdravotních služeb.

V kapitole jsem uvedla druhy a typy péče, kterou může rodina, pečující osoba, blízkému nabídnout. Zvláště jsem se věnovala změnám ve vývoji pomoci, kterou starý člověk s postupnými změnami zdravotního stavu potřebuje.

Z textu dále vyplynulo, že  $\frac{3}{4}$  péče o seniory zajišťuje rodina. Trend, zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí, se zvyšuje a potřeba terénních služeb tím pádem přirozeně naroste. Výzvou do budoucna je provázanost terénních sociálních a zdravotnických služeb. Nehledě na to, že systém pobytových služeb by měl být pružnější, aby mohly reagovat na akutní potřebu pečujících umístit opečovávaného, aniž by docházelo k hospitalizaci (př.: v léčebně dlouhodobě nemocných).

## **3 PODPORA NEFORMÁLNÍ PÉČE**

Podpora neformální péče je v současné době na programu hned několika národních akčních plánů. Mimo to, nastavení dlouhodobé péče podle dostupných informací neformální pečovatele také ovlivňuje. V této kapitole přiblížím dění na politické scéně a tím vznikající nová opatření. Věnovat se budu národním akčním plánům, změnovému zákonu týkajícího se dlouhodobé zdravotně-sociální péče a zmíním také snahy o změnu financování paliativní péče poskytované v domácím prostředí.

### **3.1 Národní akční plány a dlouhodobá péče**

Již v roce 2009 byl ministrem práce a sociálních věcí ustanoven expertní tým, který měl na starosti koncepci dlouhodobé péče, která by měla řešit rozvoj komplexních služeb pro osoby s dlouhodobě omezenou soběstačností.

Pro tuto práci postačí jednoduchý a stručný přehled. Spojila jsem dvě oblasti (sociální a zdravotní), protože z logického hlediska na sebe navazují a úzce spolu souvisí. Navíc, při zpracovávání nových opatření v rámci akčních plánů i věcného záměru zákona o dlouhodobé péči, dochází k propojování sociálního resortu se zdravotnickým. Na zpracovávání se podílejí zástupci neziskových organizací i zdravotních pojišťoven.

A ještě než začnu popisovat podrobnosti, chci upozornit na nutnost rozlišovat mezi zdravotní a dlouhodobou péčí. Cílem zdravotní péče je změna nebo zlepšení zdravotního stavu a cílem dlouhodobé péče je kompenzovat dlouhotrvající nesoběstačnost. Tento fakt se týká teorie, v praxi ale není možné je zcela oddělit. Pokud se v praxi tyto dvě složky oddělují, dochází k neefektivnímu stavu, protože starý člověk potřebuje obě složky, aby došlo k pozastavení nebo alespoň utlumení postupu míry nesoběstačnosti, která je výsledkem zhoršujícího se zdravotního stavu.

Co je přesně dlouhodobá péče? Podle Mezinárodní zdravotnické organizace je „dlouhodobá péče systém činností, které umožňují osobám, které nejsou plně schopny si sami zajistit péči o vlastní osobu udržet maximální možnou kvalitu života podle jejich individuálních preferencí, s co nejvyšším možným stupněm nezávislosti, autonomie, účasti na životě společnosti, osobního uspokojení a lidské důstojnosti. Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (prostřednictvím rodiny, přátel nebo sousedů) a/nebo formálně (prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb). Formální podpůrný systém v sobě zahrnuje široké spektrum komunitních služeb (veřejné zdravotnictví, primární péči, domácí péči, rehabilitaci a paliativní péči) i institucionální péči poskytovanou v ošetrovatelských domovech a v hospicích. K formální dlouhodobé péči jsou řazeny i léčebné postupy, které slouží k zastavení nebo zvrácení průběhu onemocnění nebo disability.“ (<http://www.dustojnestarnuti.cz>)

Jakmile bude známé přesné znění chystaného zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči, bude jasné, jak a komu bude přiznán statut klienta dlouhodobé péče. V praxi by se mohlo jednat o známé sociální šetření, které v současné době zná každý žadatel příspěvku na péči. Důležité je dodat, že součástí posouzení bude předpoklad dlouhodobých problémů se soběstačností a zdravotním stavem.

Patrně by šlo o hranici jednoho roku, ale v případě náhlých a akutních změn by se mělo v zvláštních případech od této podmínky ustoupit.

Populace stárne, je zapotřebí změna stavu v poskytování služeb. Počet lidí, kteří potřebují péči a potřebovat ji budou, vzroste. Abych nastínila situaci, z *Diskusních materiálů k východiskům dlouhodobé péče v České republice*, které vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy (2010), jsem vyjmula z tabulky *Scénáře vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči ve vybraných zemích EU (2007 – 2060)* část týkající se České republiky a sousedního Německa.

**Údaje** v tabulce jsou uváděné **v tisících**. Celá tabulka je dostupná na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

**Tabulka č. 7 – Počet lidí potřebujících péči (prognóza)**

Počet lidí potřebujících péči								
Počet nesoběstačných seniorů			Z toho klienti profesionálních služeb					
			v instituci		péče doma		neformální či nulová péče	
Rok	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
ČR	258	687	51	155	73	199	133	333
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359

Podle vyjmuté části z tabulky je patrné, jaká je predikce ohledně nárůstu počtu lidí potřebujících péči. Koncepce dlouhodobé péče existuje, existuje i meziresortní skupina pro dlouhodobou péči, kde jsou zástupci za Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví (MZ). Ve skupině nechybí ani zástupci zdravotních pojišťoven, krajů, neziskových organizací a další expertní odborníci. Podle posledních informací proběhla dne 1. 3. 2016 schůzka této meziresortní skupiny. Z dostupných zpráv na webových stránkách je zřejmé, že změnový zákon o dlouhodobé péči by měl vyjít v platnost nejpozději v červnu roku 2017. Jeho podoba by měla být zveřejněna koncem dubna roku 2016, nejpozději však v polovině května. Pokud návrh změnového zákona schválí jak ministryně za sociální oblast a ministr za zdravotnictví, podobu zjistíme. Pokud se ovšem situace bude podobat sledu událostí za posledních 20 let a ministři změnový zákon neschválí nebo vrátí zpět k přepracování, budeme muset doufat, že se pracovní skupina nenechá odradit. Ale postup je nyní takový: návrh změnového zákona by měl v červnu 2016 postoupit do vnějšího připomínkového řízení, v září by návrh měla obdržet vláda a účinný by mohl být v roce 2017.

Podle informací uvedených na webových stránkách Health and Social Insider Monitor ([www.hasim.cz](http://www.hasim.cz)), končí činnost meziresortní pracovní skupiny, která rok a půl na změnovém zákonu pracovala. Poslankyně Hnyková prozradila, že meziresortní pracovní skupina ukončila svou činnost,

nadále se však pracuje na nových personálních standardech, které svědčí o tom, že by mělo dojít k navýšení kapacity pracovníků v sociální oblasti. Ze strany zdravotnictví se projednává financování ošetrovatelského dnu.

V České republice dále probíhá *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*, který navazuje na Národní program přípravy na stárnutí v období 2008 až 2012. Kromě jiných důležitých oblastí, je jednou z priorit národního akčního plánu péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností. **Strategický plán č. 1** akčního plánu se zabývá zajištěním nabídky služeb včetně specializované geriatrické péče. Tento strategický plán obsahuje i specifický cíl č. 1 s programem na zajištění dlouhodobé a paliativní péče s ohledem na zajištění dostupnosti. Tento cíl měl termín pro předložení vládě v roce 2013.

Podle znění specifického cíle č. 2, strategického plánu č. 1 mělo dojít k nastavení specializované geriatrické péče v celém průběhu nemoci. Zpočátku měla vzniknout pracovní skupina, která měla do roku 2014 předložit konkrétní kroky k zajištění zmiňované péče vládě, aby v letech 2014 až 2017 mohla tato skupina realizovat navržený postup k rozvoji specializované geriatrické péče v ČR.

V roce 2016 došlo k zásadní změně ve vzdělávání budoucích lékařů – geriatrů. Již v roce 2015 se veřejnost dozvěděla o záměru Ministerstva zdravotnictví (novela zákona o postgraduálním vzdělávání lékařů) vyřadit (nejen) geriatrii ze základních oborů. V roce 2016 je již jisté, že obor geriatrie je pouze nástavbovým oborem, takže specializace lékařů v geriatrii se ještě o další 2-3 roky prodlouží. Doba dosažení plné kvalifikace se tak ze 4-5 let prodlouží až na 7 let a více.

Informace o tom, že se lékaři musí vzdělat nejprve v oblasti interního lékařství, je neuspokojivá hlavně s ohledem na fakt, že se víceméně o problematice seniorského věku (hlavně co se týče stonání) moc nedozví. Poté se stává, že si internista se starými lidmi neví rady a dochází k tzv. turismu, kdy pacienti putují po mnohých speciálních odděleních, kde jsou podrobena řadě vyšetření, která zdaleka nevedou k vyřešení jejich situace, když přihlídneme k problematice onemocnění, kdy se ve většině případů seniorova nemoc nevyvíjí obvykle a často dochází k nejrůznějším komplikacím (volba kombinace léků, delší doba než lék začne působit, k tomu změny v trávicím systému).

Pro příklad současného stavu zde uvedu názorné porovnání. Potřeby lidí se liší. Když se budu soustředit na velmi povrchní dělení s ohledem na choroby, starší pacient se od mladého liší základní věcí: starý člověk, jak jsem zmínila výše, stoná jinak a má sklony ke komplikacím. Ale když porovnáme staršího pacienta (60 - 70 let) s geriatrickým pacientem, zjistíme, že geriatrický pacient se specificky vyznačuje tím, že se jeho stav může změnit z hodiny na hodinu díky jakékoliv psychické nebo fyzické zátěži a může regulérně dojít k boji o život. Geriatrický pacient je často polymorbidním, tzn., že dochází k souběhu více onemocnění najednou. Ruku v ruce v souvislosti s náchylností k rychlé změně zdravotního stavu dochází ke ztrátě soběstačnosti. Přičemž základem k udržení starých lidí v domácím prostředí po co nejdelší dobu je udržení jejich soběstačnosti.

Ke změnám ve vzdělávání bych ráda dodala ještě jednu informaci, a to, že v minulosti při reformě vzdělávání v nelékařských oborech došlo ke zrušení sesterské geriatrické specializace. Původně bylo navrženo, že tato specializace bude nahrazena specializací komunitní sestry. K tomuto kroku ale nedošlo.

Pokud se vrátím k národnímu akčnímu plánu, specifický cíl č. 3 se zabývá nastavením systému péče o osoby trpící demencí. Cíl je zaměřen na výcvikové programy a vzdělávání v oblasti demencí. Jak daleko je Ministerstvo zdravotnictví, které je za tento cíl zodpovědné? Do října roku 2013 měl být vládě předložen národní akční plán vztahující se k opatřením Alzheimerovy choroby. Jak to ale bývá zlatým pravidlem, po volbách vznikla nová vláda a původní pracovní skupina přestala pracovat a byla nahrazena novou pracovní skupinou. Termín předložení akčního plánu byl posunut na konec roku 2015. Kvůli těmto změnám byl zmíněný národní akční plán posunut a jeho realizace má být uskutečněna v letech 2016 – 2019. Dostupná verze navrhovaného plánu je na webových stránkách ministerstva zdravotnictví.

Strategický cíl č. 1 obsahuje ještě další tři specifické cíle, které vzhledem k zaměření diplomové práce nepovažuji za důležité. Ovšem, uvedu zde obsah **strategického cíle č. 2**, který se zaměřuje na zvýšení informovanosti neformálních pečujících, kteří současně s péčí dochází do zaměstnání. Specifickým cílem č. 1 se MPSV ve spolupráci s neziskovými organizacemi snaží vytvořit podmínky pro pečující osoby a zároveň je motivovat k péči o své rodiče. Specifický cíl má být naplněn realizací informačních kampaní a osvěty o možnostech péče v domácím prostředí, rozšířením terénních a odlehčovacích služeb a také usnadnění k získání vzdělávání prostřednictvím e learningu.

Za zmínku jistě stojí *Rada vlády pro seniory a stárnutí populace*. Jedná se o stálý poradní orgán vlády, který je zaměřen na celkový obraz stárnoucí populace. Rada byla založena v roce 2006. Důvod vzniku Rady jako poradního orgánu byl čistě z praktického hlediska, a to pro spolupráci na přípravě opatření národních akčních plánů zaměřené na seniorskou populaci.

K výše zmíněným záležitostem bych ráda doplnila nové informace. V roce 2015 vznikla skupina, která se schází u kulatého stolu s názvem *Neformální péče v ČR: východiska a návrhy řešení*. Skupinu zaštiťuje MPSV. V prosinci roku 2015 vyšla první tisková zpráva, která obsahovala informaci, že hlavním cílem je zajištění zákonného nároku na volno pro pečující osobu a také její zabezpečení příjmem v situacích, kdy dojde v okruhu blízkých osob k náhlému zhoršení zdravotního stavu, který vyžaduje přítomnost pečující osoby za předpokladu, že nelze pomoc zajistit jiným způsobem. V návrhu se počítá s 3 – 6 měsíční pečovatelskou dovolenou, kdy by po tuto dobu byla pečující osoba ze zákona uvolněna ze zaměstnání. Návrh dále předpokládá i zavedení nároku na peněžitou pomoc při péči (ošetřovné), která by měla částečně kompenzovat ušlý zisk (až 60 % ze zisku).

### **3.1.1 Další podpora neformální péče**

Podle zveřejněného průzkumu hospicového hnutí Cesta domů z roku 2013 vyplynulo, že 78 % lidí si přeje zemřít v domácím prostředí ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)). Jen 7 % by nechtělo umírat doma. Martina Dvořáková z Cesty domů uvedla, že v České republice ročně zemře 105 000 lidí. Celých 60 % zemře v nemocnici a dalších 9 % zemře v nemocnici dlouhodobé péče. I přesto, že by celkem 78 % lidí chtělo umírat doma, děje se pravý opak. V současné době schází dostupná paliativní péče a také jakákoliv podpora neformálních pečujících osob. Služby mobilních domácích hospiců stále nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

K poplatkům za poskytovanou péči mobilním domácím hospicem bych ráda uvedla informaci, že hospicové hnutí Cesta domů (a dalších šest mobilních hospiců) společně se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou odstartovala pilotní projekt úhrad mobilní paliativní péče. Tento projekt má za cíl zjištění nákladnosti péče o umírajícího člověka v domácím prostředí za pomoci mobilního hospice a nákladnosti péče o umírajícího člověka v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Projekt měl skončit v únoru roku 2016, ale Pojišťovna prodloužila lhůtu až do konce roku 2016. Předpokladem je, že by se v roce 2017 měly zveřejnit výsledky.

## **3.2 Shrnutí**

Vývoj v budoucnosti patrně přinese propojení sociálních a zdravotních služeb, už v současné době můžeme sledovat jejich rozvoj, jako např.: integrace paliativní péče do domovů pro seniory. Nicméně, podle dostupných informací na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví se lze dočíst, že k propojení výše zmíněných oblastí dojde, ale nebudou vznikat nové služby, pouze se propojí a v rámci standardů kvality služeb bude docházet ke kontrolám (př.: zastoupení personálu podle jednotlivých odborností, dostupné vybavení služby, zvládnutí managementu bolesti, dušnosti apod.). Kde pravděpodobně nedojde ke spojení, je oblast financování. Předpokládá se, že zdravotní (lékařská) péče, ošetřovatelská péče a fyzioterapie bude hrazena ze zdravotního fondu. Sociální péče by se měla hradit doposud známým způsobem, a to z příspěvku na péči a z veřejných zdrojů.

## 4 CESTY K RODINNÉMU PEČOVÁNÍ

Cílem této kapitoly je představení cest k rodinnému pečování. V následující podkapitole popíšeš, jaká je motivace pro péči v domácím prostředí. Na závěr uvedu, co pozitivního přináší péče seniorovi. I když se to na první pohled nemusí tak jevit, není toho málo. Pro pozitivní přínosy jsem si vybrala představení péče o starého člověka, který má deficit v oblasti kognitivních funkcí.

### 4.1 Důvody a motivace k rodinnému pečování

Z celého pečování o blízkou osobu vyplývá hlavní otázka, a to, proč se jí pečovatel i přes různá omezení a rizika věnuje? Respondentka K. podala jasnou odpověď: *„Já jsem o tom moc nepřemýšlela, spíš jsem se bezmyšlenkovitě rozhodla že budu o maminku pečovat. Samozřejmě jsem to taky probírala s manželem a ten nebyl proti, bral to celkem jako samozřejmost. Ne že bych měla vyloženě nedůvěru k těm ústavům, ale já osobně bych taky takhle nikde skončit nechtěla. A u maminky vím, že to taky ráda nemá a že jí ta představa i stresuje. Už jen to jak jsme využili odlehčovací službu se jí nelíbilo...“*

Z předchozích kapitol je patrné, že omezení se týká pracovního a volného času. Pečování zasahuje i do rodinného života. Péče rodinného pečovatele je ve většině případů neplacená. Proto se chci v této kapitole zaměřit na motivaci a důvody, které laické pečovatele vedou k často dlouhodobé a náročné péči.

Levine (1999) ve své publikaci uvádí, že členové rodiny sdílí hluboké a osobní spojení. Hlavním znakem je, že jsou oprávněni přijímat nebo naopak povinni poskytovat podporu největšího rozsahu v dobách, kdy je to nejvíce potřeba. Jako v případě respondentky B: *„Manželova maminka se náhle zhoršila. Bylo potřeba, abychom se o ni postarali.“* Respondentka Č. začala pečovat o manžela po jeho pádu, kdy si zlomil ruku a nohu v krčku. Do té doby byla péče méně náročná *„i když manžel trpí už 8 let Parkinsonovou nemocí, teď se ale stav zhoršuje.“*

Podle sociologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2010) je rodina jako společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy. Dále je připisovaná odpovědnost a vzájemná pomoc. To se slučuje i s popisem rodiny a hlavních znaků u Jandourka (2007), který uvádí, že kromě všech ostatních znaků, jde o dlouhodobou formu solidárního soužití výše zmíněných osob.

Z těchto definic je zřejmé, že základem je příbuzenství a v nemenší míře i určitá forma závazku, která se vztahuje na její členy. Určitý závazek v tom spatřoval i respondent Š.: *„Přestěhoval jsem se k babičce, a když teta, která do té doby žila s ní, umřela, babička zůstala sama. Proto jsem u ní zůstal.“*

Hlavní funkcí je reprodukce a výchova dětí. S tím je spjata péče o děti. Ale péče o vlastní rodiče, staré osoby, je často opomíjená nebo alespoň není tolik upřednostňovaná jako péče o děti. To tvrdí Silversteinová (2002), která v návaznosti na některé sociální teorie předkládá tři modely důvodů péče

o seniory. V těchto modelech vysvětluje reciprocitu mezi rodiči a dětmi, která se odvíjí od podpory, kterou rodiče věnovali svým dětem v průběhu jejich dospívání.

První model se týká **potřeby vrátit rodiči investici**, kterou do výchovy o něj – v tuto chvíli pečovatele – dříve vložil. Pečovatel tak vrací investici v plné míře. Druhý model je zaměřen z pohledu opečovávané osoby, a to tak, že dřívější péče je **způsobem k pojištění** pomoci ve stáří. Tento model ale slouží jen v případě potřeby péče a pomoci. Třetí model je modelem **altruistickým**, tudíž v něm reciprocita (reciproční motivace) nehraje roli. Třeba jako v případě respondentky Š: *„Prostě jsem si ji přivezla k sobě. Cítila jsem to jako dobré rozhodnutí. I teď si to myslím. O důchod'áku nebo tak bych uvažovala jako o poslední možnosti.“*

Když se podíváme do publikací vzniklých v České republice, tak na příklad Osuský (In Jeřábek a kol., 2005) vnímá rodinné pečování jako formu transakce. Nicméně, Jeřábek (2009) vnímá péči rodinným příslušníkem jako projev mezigenerační solidarity a také na ni pohlíží jako na péči, která je projevem práce z lásky.

Toto všechno jsou zajímavé modely a teorie, Možný (2004) uvádí, že do teorie vstupuje také praktická stránka, a to v podobě směsi lásky, pocitu samozřejmosti a povinnosti. To znamená, že motivace pečovatelů jsou různé, prolínají se a doplňují.

#### 4.1.1 Solidarita

Jeřábek (In Musil a kol., 2004) vnímá hlavní motivy k rodinné péči v solidaritě, sociální soudržnosti a pokrevních vazbách. Přičemž solidarita v sobě nese dobrovolnou kooperaci naplňující společný zájem, jejímž prvkem je emotivní náboj. Tak můžeme hovořit o mezilidské solidaritě. Jeřábek také zmiňuje jakousi **mechanickou solidaritu**, která zahrnuje kombinaci sdílení hodnot, norem a vzorců chování dané rodiny. Znamená to tak, že mechanická solidarita je nutnou podmínkou pro rodinnou péči. Oproti mechanické solidaritě, stojí **solidarita organická**. Ta v sobě ukrývá přizpůsobení životního stylu spojeného s nutností péče a dále přijetí nových sociálních rolí.

Z těchto dvou druhů solidarity vyplývá dvojnásobně soudržná rodina, jestliže jsou splněny podmínky obou druhů. Taková soudržnost je vázána na jakékoliv vztahy v rodině, ať se týká vztahů dětí a rodičů, ale i vztahů mezi manžely.

Pro současnou dobu se ale k budoucnosti možné rodinné péče staví skepticky ne jeden autor. Rodina se v dnešní době mění a stává se nestálým útvarem, což mnohdy vede k rozpadu solidarity. Podle Možného (2004) se sociální kapitál v dosud žijících generacích vyčerpá v následujících deseti, možná dvaceti letech, a uložená rodinná solidarita vymizí.

V současné době jde o hledání alternativy konzumního a individualistického životního stylu, který je tolik přítomný a v moderní době pomalu vyžadovaný. Sociální solidarita by se měla na mladší generace přenášet pomocí vzorců chování a norem a vyzdvihováním hodnoty rodiny.



### 4.1.2 Péče jako směna

V této kapitole jsem již popisovala modely popisující péči o staré rodiče od Silvesteinové a kol. Ti také uvádějí, že se jedná o reciprocitu opožděnou, tedy o splácení dluhu vlastním rodičům. Tyto modely vycházejí jak z teorie sociální směny, tak z teorie ekonomické směny. Podle Silversteinové (In Možný a kol., 2004) se může jednat i o to, že rodiče v té době chtěly být vzorem pro své děti a z toho očekávaly, že se jim péče, kterou dětem nyní věnují, ve stáří vrátí.

Kdybychom se zaměřili na teorii ekonomické směny, bylo by podle Cox (1987; Henretta et al., 1997 In Silverstein a kol., 2002) hlavním motivem rodinného pečování, očekávání dědictví. Nejde pak jen o splácení dluhu prostřednictvím péče, ale i o zajišťování nároku na dědictví. Jde o tzv. zajištění výhody. I Haškovcová (2010) mluví o dědictví. Zmiňuje ho v souvislosti s hrozbami vydědění jako jakousi formu motivace. Zároveň ale předkládá, že se nejedná o hlavní motivační prvek, jak se mohlo v prvních chvílích zdát. Tradiční reciprocitu vnímá jako mravní normu, do které zahrnuje jako standard finanční zajištění služeb pro vlastního starého rodiče.

S teorií sociální směny je to podobné. Jde o zisk, ale ne finanční. Jedná se o zisk dobrého citového vztahu mezi rodinným pečovatelem a opečovávaným, což má jinou hodnotu, někdy i mnohonásobně vyšší než finanční odměna. Respondentka Z. je toho jasným příkladem: „...*je to moje máma tak jasně že se o ní postarám. Mám jí ráda a cejtím že je ten vztah teď takovej lepší než dřív. Myslim si, že máma vidí, že se o ní umim postarat a když je zle tak tady jsem s ní. Je to dobrej pocit, moc příjemnej ☺*“

Citové vazby nebo celkové citění mezi dvěma osobami se může najednou změnit i druhým směrem či se dostat do jisté stagnace nebo určitého znečitlivění či zlhostejnění jak uvádí respondentka L. „*vztah matky a dcery (jediné), které jsou v denním kontaktu celý život... Nikdy žádná větší roztržka, ale s postupem času a okolností se – je to pro mě samotnou až nepochopitelné – ta (po)citová láska z mé strany hledá těžko...*“

I Osuský (In Jeřábek, 2005, str. 20) se tomuto tématu věnuje. Princip péče jako směny dělí na dva typy:

- **Intergenerační směna** - Zakládá se na návratnosti rodičovské péče, jde o směnu, kdy se nejprve starají rodiče o děti a následně děti o rodiče.
- **Transakce** - Zakládá se na získávání pocitů uspokojení z pečování. Tyto pocity vychází z pečování, kdy pečující za svou péči získá od opečovávané osoby pocit zadostiučinění nebo i hmotnou odměnu.

V podstatě spolu oba dva typy směny souvisí. Intergenerační směna vychází z transakce. Jsou rozdělené pouze proto, že intergenerační směna trvá po mnoho let, ale transakce je okamžitou reakcí na poskytování péče. Transakce je plná emocí a výrazně ovlivňuje vztah mezi příjemcem péče a pečovatelem.

### 4.1.3 Péče z lásky

Péče z lásky, aneb altruistický model péče, vychází ze skutečné potřeby starých lidí a je považován za skutečnou motivaci k rodinné péči, oproti modelům založených na teoriích směny.

Kromě péče o blízkého a samotných úkonů péče, které se jinak považují za přirozenou součást rodinného života, je tento koncept péče založen na starosti o druhého a lásce k němu. Teorie péče z lásky jako jedna z mála vyzdvihuje schopnost rodiny přizpůsobit se rostoucím potřebám seniora. Tzn., že rodina pečuje přesně tak, jak příjemce péče potřebuje. Jde o naprosto flexibilní a přizpůsobující se péči, zaměřenou velmi individuálně. Taková péče je péčí nenahraditelnou, hlavně pokud můžeme tento model porovnat s institucionální péčí.

Tato péče, jak je již z krátké charakteristiky patrné, vychází z citové motivace péče. Očekávání jakéhokoliv zisku nebo potřeby se rodičům odvděčit za tehdejší poskytování péče, jdou stranou.

### 4.1.4 Péče jako laskavý přístup

Z pojmu „laskavý přístup“ vyplývá, že se v jeho základu slova nachází pojem „láska“. V komunikaci a celkovém přístupu tento postup znamená být srdečný, vstřícný, milý, pozorný, vřelý, přátelský, ochotný, příjemný apod. Věřím, že bych mohla pokračovat dále a vyjmenovávat nesčetné množství synonym.

S laskavým postojem nadále souvisí i další postoje. Podle Vybírala (2000, str. 215) patří mezi charakteristiky zdravé komunikace i „zájem o druhého“, což v praxi znamená „signalizovat zájem nejen o sdělení (informace), ale také o komunikačního partnera ve vztahové rovině. Svůj zájem dáváme najevo, když:

- pozorně nasloucháme,
- jsme trpěliví,
- náš pohled je přátelský,
- náš hlas je přátelský,
- signalizujeme uznání drobný pokrok v komunikaci (event. za učiněné pokusy), povzbuzujeme
- a jsme zaangażovaní („zanícení“ pro sdílení).“

Mezi další postoje můžeme zahrnout i empatii, autenticitu, oceňování a také akceptaci. Jedná se, v tomto případě, o typické rogersovské vlastnosti. Vymětal (2001, str. 70) akceptaci chápe jako „základní postoj, kdy je terapeut vůči pacientovi zcela otevřen, vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt.“ I když není pečující osoba terapeutem odborníkem, někdy může suplovat. Empatie je velice důležitá.

## 4.2 Přínosy rodinné péče pro seniora jako příjemce péče

V této podkapitole se budu věnovat pozitivním aspektům péče, tedy pozitivním přínosům z pečování pro starého člověka se zhoršenými kognitivními funkcemi. Senior může trpět různými

druhy onemocnění, nejruznějšími poruchami, způsobenými postižením oběhové, nervové, pohybové, vylučovací soustavy. Uvedu zde pár příkladů, aby bylo zjevné, co dobrého péče rodinného pečujícího přináší. Respondent Š. reagoval, že mu: „*péče ukázala, že trénování hlavy, mozku, kognicí, ale především ducha a sebereflexe je důležitou součástí nejen pro člověka, o kterého se pečuje, ale i pro toho, kdo pečuje a jednou možná sám tu péči bude potřebovat či vyžadovat.*“

#### **4.2.1 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše paměti**

Porucha paměti je velmi závažným jevem, který ovlivňuje další schopnosti. Rodinný pečující, už jen tím, že je v seniorově blízkosti a mluví na něj, nevědomky zajišťuje celodenní trénink paměti. Navíc, jemu pomáhá, že je ve známém prostředí a s člověkem, kterého zná.

Porucha paměti se postupem času prohlubuje a je zachována spíše implicitní paměť, která zachovává informace spojené s emocemi. Jestli historicky pečující s blízkým vychází dobře a mají spolu hluboký vztah, zůstává pečující osoba pro starého člověka jakýmsi pevným bodem v nesrozumitelné realitě. Je tomu tak i přesto, že si nemůže vzpomenout na jméno pečujícího.

V této péči mají rodinní pečující náskok, co se týče budování vztahu a udržení partnerství. Zgola (2003) uvádí, že starý člověk si musí být jistý, že si ho pečující váží a že mu bude oporou. Cizí osoby si vztah teprve vybudovat musí, kdežto mezi seniorem a rodinným pečujícím je vztah fungující na lásce a tak je rodinná péče nejlepší pro zajištění potřeby bezpečí. I tím pocitem se může u blízkého zmírnit dezorientace.

#### **4.2.2 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruchách jazyka a řeči**

Jako velká výhoda se počítá žít v domácím prostředí, jestliže u seniora dochází ke snížení jeho orientace v okolí. To samé se týká i poruch jazyka a řeči. Pečující zná dobře historii svého blízkého, zná jeho styl uvažování, jeho povahu a v komunikaci s ním tak může navázat, jak říká Klevetová (2008). Jestliže si opečovávaný myslí, že žije v současnosti v některé z dřívějších fází jeho života, může tomu přizpůsobit i styl řeči. Klevetová (tamtéž) upozorňuje, že blízký může využívat tzv. emoční jazyk. Rodina, která seniora zná a sdílí s ním společný styl jazyka a dorozumívání, je pro něj to nejlepší. Těžko uchopitelné to může být pro osoby, které se starým člověkem nežijí, ani se na péči nijak nepodílí.

Vodítkem k zachycení stádia, ve kterém se blízký právě nachází, je vypracovaná biografie. Jak jsem již uvedla v první kapitole, v mnohých pobytových službách se se seniory vypracovává tzv. biografie. Zaznamenávají se důležité momenty z jejich životů, jako jsou: nástup do školy a vzpomínky se školou související, první lásky, první zaměstnání, svatba, narození dětí, ale i drobnosti jako je oblíbený hrníček, druh indulony. V praxi se jedná o maximální možnou míru individuálního plánování s klientem.

Podle Erwina Böhma, který je zakladatelem psychobiografického modelu péče, existuje sedm fází regrese (ústup, návrat zpět, opak progresu), které jsou rozděleny do čtyř pásem demence. Pro přehlednost uvádím stručnou tabulku.

**Tabulka č. 8 – Fáze regrese**

<b>Fáze regrese</b>		
<b>Stupně regrese podle věku</b>	<b>Pásmo demence</b>	<b>Formy péče</b>
25 let a více	0	Aktivizace
18 – 25 let		
12 – 18 let	1	Re-aktivizace
6 – 12 let		
3 – 6 let		
1 – 3 roky	2	Stimulace
0 – 1 rok	3	

- 1. stupeň regrese odpovídá zhruba věku okolo 25. roku. Aby byla komunikace snazší, musí pečující zjistit, co se okolo toho věku v seniorově životě dělo. Je dobré se nesoustředit pouze na jeho biografii, ale také na biografii regionální a historickou, vědět, kde kdysi bývala „sámoška“, ve které prodávala paní Vopičková, ta s těmi černými vlasy a křivým nosem a také znát pozadí tehdejší doby. Předpokládá se, že blízký bude schopný porozumět všem sděleným informacím, bude reagovat a schopný vykonat činnost, která po něm bude vyžadovaná.
- 2. stupeň regrese nastupuje v momentu, kdy pečující zjistí, že opečovávaný už není schopný komunikovat na úrovni věku 25 let a více. V tomto stupni se nachází ve věku od 18 do 25 let. Böhm je toho názoru, že v této fázi je důležité se zaměřit na regionální dialekt („klevety“) a rčení. Dobré je využívat humor, větná spojení s podtextem, pořekadla, staré slogany. V této fázi blízký ještě reaguje a komunikuje celkem bez obtíží.
- 3. stupeň regrese se týká věku od 12 do 18 let, ještě před obdobím se zvyky pro dospělé. Nyní jsou v paměti uloženy rituály, naučené mechanismy. V této fázi je opravdu důležité vědět, jaké potřeby byly v životě starého člověka důležité. Když se dlouhodobě nebudou naplňovat jeho potřeby, hrozí riziko zhoršení stavu. Bude zmatený, někdy může být až agresivní. Komunikaci je dobré kombinovat opět s pořekadly a s ustálenými slovními spojeními (Bez práce nejsou koláče...). Opečovávaný už přestává rozumět sdělovanému obsahu.
- 4. stupeň regrese se zaměřuje na období, kdy byl ve věku od 6 do 12 let. Jedná se zde o naplňování pocitu bezpečí, blízký uplatňuje rituály, které tento pocit zajišťují. Objevují se

mechanismy pro překonání zátěžových situací z dětství. V této fázi bude senior chtít pravděpodobně všechno vlastnit a schovávat si do zásoby. Pečující se také může setkat s projevem agrese při hygieně, i když doposud mohla probíhat bez problémů. Přestává rozumět obsahu i formě sdělovaných informací. Není schopen informace třídít, zvláště když jich je hodně. Doporučuje se mluvit na něj v klidném prostředí (bez zvuků televize, rádia, mluvit vždy jen jeden člověk).

- 5. stupněm se dostaneme do seniorova života ve věku 3-6 let. Pro tuto fázi je charakteristický neklid. Staří lidé někdy jedí rukama, protože často dochází k neschopnosti jíst lžící. Důležité je zmínit, že se mohou objevit i první známky orální a anální fáze. Doporučení ke komunikaci se dá odvodit od věku, ve kterém se blízký v této fázi nachází. Komunikovat lze prostřednictvím pohádek a dětských básní a písní. Böhm radí, že komunikaci lze také navázat typickými větnými spojeními jako: „Maminka vždycky říkala...“
- 6. stupeň regrese se vyznačuje ztrátou racionálního myšlení. V předešlém stupni se mohly objevit známky orální a anální fáze, v tomto stupni je fáze plně rozvinutá (hra se stolicí). Ve věku 1-3 let kde se opečovávaný právě nachází, hraje velkou roli intuice. Blízký komunikuje kopírováním a zrcadlením svého okolí. Komunikace je závislá na opakování slov a zvuků. Kromě verbální komunikace, lze využít i nonverbální komunikaci v podobě doteků, na které senior reaguje vědomě.
- 7. stupeň nahlíží na seniora jako na kojence od 0 do 1 roku. V této fázi probíhá komunikace prostřednictvím konceptu bazální stimulace. Typický je pocit slasti a orální stimulace, která jde do popředí jeho zájmu.

Všechny výše zmíněné stupně zasahují do oblasti psychiky a fyzické výkonnosti, kdy jsou obě oblasti výkonnostně omezené právě podle jednotlivých stupňů regrese. Z tabulky vyplývá, jakému věku podle stupně regrese odpovídá které pásmo demence. 1. a 2. stupeň regrese odpovídá hraničnímu nálezu (v tabulce uvedeno jako 0), kdy za předpokladu, že byl se seniorem proveden test *Mini Mental State Examination* (MMSE = nejrozšířenější základní test kognitivních funkcí pro zjišťování přítomnosti demence), by se jednalo o 25-26 bodů (z celkových 30). Lehká demence (MMSE 18-24 bodů; v tabulce uvedené jako pásmo demence 1) koresponduje s 3. a 4. stupněm regrese. Středně těžká demence (MMSE 6-17 bodů; v tabulce jako 2. pásmo demence) odpovídá 5. a 6. stupni regrese. Poslední 7. stupeň regrese odpovídá pásmu těžké demence (MMSE <6 bodů; v tabulce označeno jako 3. pásmo demence).

Poslední sloupec označuje formy péče. Aktivizační forma (určena pro seniory vyhodnocené v 1. a 2. stupni regrese) spočívá v podpoře stávající soběstačnosti, schopnosti sebeurčení a udržení jejich vlastní zodpovědnosti. Pečující zde zastává roli „průvodce“ – dává pozor, ale nepřejímá úkony za blízkého, pouze ho provází běžnými činnostmi. Re-aktivizační forma péče (3. – 5. stupeň regrese) spočívá v povzbuzení psychiky a tím i schopnosti sebepéče. Pečující se může řídit heslem: „Nejdříve rozhýbej duši, poté tělo.“ Stimulační forma péče (6. a 7. stupeň regrese) v sobě nese základy konceptu

bazální stimulace (pedagogicko-ošetrovatelský koncept vzniklý na podporu vnímání, komunikace a pohybových schopností člověka). Aktivizace a re-aktivizace v posledních 2 stupních již nepřinášejí odpovídající míru efektivity.

### **4.2.3 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše pozornosti**

Místa a situace, ve kterých senior musí zapojit více smyslových vjemů, jsou pro něj náročná. Rodinný pečovatel v těchto situacích funguje jako pružná reagující osoba, která opečovávaného při činnostech, kde je třeba více pozornosti, doprovází a usměrňuje jeho pozornost. V institucích by se blízký většinou nacházel ve skupince více seniorů, takže udržet pozornost v těchto situacích bez jakékoliv pomoci, by bylo prakticky nemožné.

### **4.2.4 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše myšlení, úsudku a abstrakce**

Při těchto poruchách, není starý člověk schopný dělat ústupky, přizpůsobovat se situacím nebo situace správně vyhodnocovat a chápat souvislosti. Zgola (2003) je toho názoru, že za srozumitelnost vzájemné komunikace je v těchto případech zodpovědný rodinný pečující. On má prostředky, aby vytvořil a udržoval vzájemnou důvěru a partnerství mezi blízkým a jím. Přesně proto je důležité, aby byl pečující v jeho blízkosti. Pečující ho zná a rozumí mu. Opečovávaný si tak připadá opět v bezpečí a ví, že se na pečujícího může spolehnout a že nebude soudit.

### **4.2.5 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše vnímání a prostorové orientace**

Z předchozích podkapitol je patrné, jaký (pozitivní) vliv má na seniora setrvání v domácím prostředí. Odpadá mu nutnost si zvykat na nové prostředí, jelikož by mu tato situace s jeho poruchou způsobila nepředstavitelnou zátěž. Nejen pro orientaci je tu vhodná osoba rodinného pečujícího, ale také proto, aby blízkému pomáhala poznávat prostor bytu/domu a kde se co nachází. Z poruchy vnímání mohou vyplývat i neexistující překážky, kterých se neopodstatněně bojí. V bytovém zařízení sociálních nebo zdravotních služeb, by takový luxus nepoznal a patrně by, ze strachu a úzkosti, zůstal upoutaný na lůžku. Pečující, v tomto případě snadno rozpozná vzniklý stres či vztek na straně starého člověka, který byl zvyklý na věci určitých tvarů a povrchů a najednou došlo ke změně, kterou pečující neudělal záměrně.

### **4.2.6 Pozitivní aspekty rodinné péče při poruše motoriky**

V této oblasti je role rodinného pečujícího velmi významná. Pečující zná dobře jeho rituály, postupy a zvyky. Ví, v jakém pořadí byl zvyklý provádět běžné denní aktivity. Zná také činnosti, které pro seniora mají velký význam a kterým se věnoval třeba celý život. Tímto je schopen relativně

dlouho přizpůsobovat blízkému jeho okolí. Pomocí tohoto pak aktivuje automatické vzorce a umožní mu dělat věci, které jsou pro něj důležité a také činnosti, které má rád a které mu přinášejí radost.

### 4.3 Shrnutí

Nejčastějším rodinným pečujícím je žena, ať už dcera, manželka, snacha nebo vnučka. Je to dáno předpokladem, že ženy jsou empatičtější, na druhou stranu nemají tolik fyzické síly, jako muži. Navíc, pečování ze strany ženy je dáno i historickými fakty a předpokladem z genderových rolí. Milan Urbánek (pečující osoba) pro noviny *Pečuj doma* uvedl jednu výbornou větu, která popisuje rozdíl v péči mužů oproti ženám: „...méně intuice, ale více systematickosti a racionality.“ (In *Pečuj doma*, 01/2016, str. 1 – 2)

Z kapitoly je zřejmé, že k péči nejsou důležité jen znalosti daného onemocnění seniora, ale také laskavý přístup a solidarita. Pokud starý člověk tyto aspekty v péči postrádá, může se stát, že po psychické stránce bude docházet k deprivaci. Psychická deprivace v jeho případě není dobrým signálem a jeho zdravotní stav by se mohl začít rapidně zhoršovat. Už to, že má sníženou soběstačnost nebo je závislý, s sebou nese negativní dopady na psychiku.

Kapitola představila motivaci k péči a přes uvedené důvody, které směřují k pečování, vysvětlila, kde se v lidech bere síla k převzetí tak zodpovědného úkolu.

Na závěr jsem uvedla pozitivní aspekty, které jsou přinášeny prostřednictvím rodinné péče. Tímto bych ráda připomněla pečujícím, co vše pro blízkého kromě péče dělají, i když to není třeba vidět. Co nejdelší možné setrvání opečovávaného v domácím prostředí (pokud to zdravotní stav a jiné okolnosti dovolí) je tou nejlepší, nejintenzivnější a nejindividuálnější péčí jaká se mu může dostávat.

Jedná se ale o velmi náročnou péči, která může trvat i několik let. Je velmi důležité, aby pečující nebyla jen jedna osoba. Dříve či později by se tento jednostranný typ péče na pečující osobě odrazil v podobě zhoršeného zdravotního stavu až neschopnosti poskytovat péči a co více, pečující se může stát potřebnou osobou, která již není sto postarat se o svého blízkého. Je více než jasné, že každý musí myslet i sám na sebe a uvědomit si, že i péče o svého blízkého má limity, hranice.

## 5 DOMÁCÍ RODINNÁ PÉČE

Pokud pečující nemá dostatek času na rozmyšlenou a do pečování se vrhne narychlo, nemusí si uvědomit, co všechno péče o seniora obnáší. Respondentka J. uvádí následující: *„Moc jsme o tom nepřemýšleli. Ani na chvílku nás nenapadlo, že bychom matku dali do nějakého zařízení (...) alespoň ne na počátku pečování, to jsem si to ještě neuměla představit. Nemocné srdce má kde kdo...Ze začátku jsem byla hodně rozpačitá, řekla bych, že i vzteklá a nervózní. Ale pak se to nějak samo ustálilo. Ale kdybych na to byla sama, tak budu mít další dilema, protože bych nevěděla co dál.“*

Ale i přesto, že má pečující dostatek času v průběhu zhoršování zdravotního stavu svého blízkého přemýšlet o všech možnostech, ihned ho nemusí napadnout veškerá úskalí péče ani její dopady. *„Ale jak dostanu mámu do vany to jsem si nepředstavila. Tak jsem ji myla v posteli ale to je na houby, to je jen takový šolichání a nic z toho. A ona ze začátku brečela jak je to strašný že se na ní musím koukat, jak je hnusná. A děti mi pomoci nemohly protože to ona nechtěla ani slyšet o tom. (...) A pak jsme zrekonstruovali koupelnu, najedu tam s vozejkem a už to lítá. Je to úplně o něčem jiným a na mámě je vidět že jí to je i příjemnější. Sama si vezme mejdlo, namydlí se. Jinak jsem to dělala já protože by to trvalo věčnost v té posteli.“* uvádí respondentka Z. a dodává, že dostali *„příspěvek na zvláštní pomůcku.“*

V této kapitole chci poskytnout náhled na dopady, které může rodinný pečující pociťovat při poskytování péče blízkému, zvláště pak, pokud o něj pečuje sám, bez pomoci. Postupně přejdu na vztah mezi všemi jeho rolemi, které musí zastávat. Pro tuto práci jsem vytyčila pouze roli zaměstnance a roli, kterou sehrává ve své rodině. Zhodnotila jsem to jako dostačující pro účely této diplomové práce.

Po vztazích mezi rolemi se krátce zaměřím na souvislosti s přebíráním zodpovědnosti za seniory a s tím související rizika a úskalí, které domácí pečování může přinést.

Nechci touto kapitolou nikoho od pečování odradit, ba naopak. Jde o to, aby si potenciální pečující uvědomili, jaká mohou být rizika. Do své práce jsem zahrнула jen ty nejčastější. Rizika a úskalí péče se odvíjejí od druhu a progresu onemocnění seniora a také od osobnosti pečujícího. Je to velice individuální. A přesto jsou okamžiky, kdy je poskytování péče podobné jiným případům. A protože péče probíhá v rodině, krátce se zmíním o rodině jako místu pro setkávání generací, což je shledáváno jako pozitivní faktor pečování. Po vypsání zmiňovaných úskalí a dopadů se budu věnovat také nové roli, a to roli pečující osoby a také tomu, jak s touto rolí pracovat ve vztahu k ostatním rolím.

### 5.1 Péče poskytovaná rodinnými pečovateli

V počátku tuto péči můžeme rozdělit na péči podpůrnou a péči neosobní. **Péče podpůrná** je taková, která je nejméně náročná ze všech hledisek (psychicky, fyzicky a časově). Podpůrná péče je zaměřena na finanční podporu blízkého, zajištění různých oprav, dopravy k lékaři atp. Jde o



nepravidelnou péči, která se zdánlivě týká jen vnějších potřeb, avšak i přes tyto faktory obsahuje emocionální složku (Jeřábek, 2005, str. 12). Pokud se zpětně podíváme na odstavec, je zcela patrné, že takovouhle péči potřebuje jakýkoliv starý člověk, který nemusí mít sníženou soběstačnost.

**Neosobní péče** zahrnuje činnosti, které jsou spojené s chodem domácnosti, takže se péče týká vaření, praní, žehlení, úklidu a přípravy jídla. Mimo jiné, obsahuje složku jak materiální, tak emocionální a proto je pro starého člověka méně postradatelná, než péče podpůrná. Znamená to, že je tato péče více časově náročná a pro pečujícího to tak znamená větší podíl času strávený péčí o blízkého. V neosobní péči není až tak složitá zastupitelnost některým ze členů rodiny.

V neposlední řadě dělení poukazuje také na **péči osobní**. Ta je, od předchozích dvou, nejvíce náročná. Starý člověk zde bývá často zcela závislým. Pro pečujícího je to náročné ze všech hledisek a senior tak vyžaduje nepřetržitou pomoc a přítomnost druhé osoby. Jinak můžeme tuto péči definovat také jako čtyřiaadvacetihodinovou péči po celých 365 dní v roce. V případě této péče je zastupitelnost jinou osobou již složitější, jedná se zde spíše o výpomoc. Ze všech druhů péče je tato nejvíce zaměřená na emocionální složku.

Nároky na péči zahrnují celé spektrum konkrétních oblastí. Z předchozích testů vyplývá, že převážnou část úkonů, může dělat sám rodinný pečující, jedná se o laickou péči (helping). Pečující má velké kompetence v oblasti péče o seniora a nepotřebují žádné specifické znalosti či dovednosti, jak uvádí Knápková (2004). Respondentka Č. ale poukázala na drobný nedostatek kdy má „*problém s pedikúrou pro manžela – v nemocnici následné péče chodila paní 1x měsíčně, co je doma, nikoho se mi nepodařilo najít, kdo by přijel domů. Ptala jsem se pečovatelek, ty říkaly, že se jich ptalo už víc lidí, ale o nikom také nevěděly. Manžel má nehtovou plíseň, chtělo by to odborníka.*“

Někdy se mohou vyskytnout úkony, se kterými bude pečující potřebovat pomoc, tak může využít pečovatelskou nebo zdravotnickou pomoc. Typologie možností a dovedností laického pečovatele a profesionální pomoci může podle následující tabulky vypadat následně:

**Tabulka č. 9 – Bartoňová (In Jeřábek a kol., 2005)**

Činnost	Laická péče	Profesionální péče
Dozorování, hlídání	✓	?
Sociální podpora	✓	?
Zabezpečování chodu domácnosti	✓	?
Vedení domácnosti	✓	?
Osobní péče	✓	?
Zdravotnická péče	---	✓
Lékařská péče	---	✓

Z tabulky je patrné, jak velké kompetence pečující má. Pokud tomu nic nebrání, může pečující využívat v případě nutnosti službu specialisty.

### 5.1.1 Rodina jako místo pro podporu setkávání generací

*„Myslím si, že jsme si bližší. Navíc mám dobrý pocit z toho, že jsou u péče i děti a že si tím tak budují dobrý vztah ke starým a nemocným lidem.“* dodává respondentka J.

Podle Kovaříka a Šmolky (1996) je rodina místem, kde se setkávají generace. Zmiňují, že se generace setkávají v péči a výchově dětí, ve stabilizaci dospělých osobností a také v péči o staré rodiče. Když jsou tyto body v rovnováze a splňované na patřičné úrovni, členové rodiny cítí pocit štěstí a naplnění. Podle nich rodinu utváří čtyři základní faktory:

- Vztahy s rodiči a výchova dětí
- Komunikace, adaptabilita a otevřenost
- Rodinná tradice a tradiční dělba práce
- Autorita muže

Rozložení péče v jednotlivých zemích je s menšími či většími odchylkami podobné jako v České republice. Bartoňová (In Jeřábek a kol., 2005) rozdělila rámeček rodiny na čtyři části, které se navzájem prolínají:

- Struktura rodiny (schéma č. 1)

Kdybych popisovala strukturu aktérů péče rozšířenou i na poskytovatele sociálních a zdravotnických služeb, struktura by se měnila podle toho, kdo a jakou měrou do péče zasahuje a byla by rozšířená o jeden další okruh (zminění poskytovatelé). Uvedená struktura je zobecněná, každý pečující si do schématu může zakreslit aktéry péče podle aktuální situace. Schéma může ale využít jako praktickou pomůcku pro plánování péče.

- Charakter pečující rodiny (schéma č. 3)
  - Materiální stránka rodiny (finanční situace, zaměstnání, spolu/bydlení)
  - Duševní stránka rodiny (rodinná dynamika, kulturní tradice, ...)
  - Sociální síť a oblast péče (intenzita péče, dělení úkolů při péči)

Charakter pečující rodiny vyplývá z toho, co který z rodičů do péče přinesl a z jakých tradic vycházejí, jak se např.: pečovalo u nich doma. S péčí souvisí mnoho faktorů. Záleží na rozdělení úkolů a rolí (rovnoměrné), na hustotě sociální sítě i na ekonomické aktivitě rodiny.

- Charakter příjemce péče (schéma č. 3)
  - Lékařská diagnóza (choroba mentální/fyzického rázu, nemoc/nemohoucí)
  - Psychika ovlivněná péčí (míra poznávání, výkyvy/změny nálady)
  - Přijímání péče (vztah k pečujícímu)

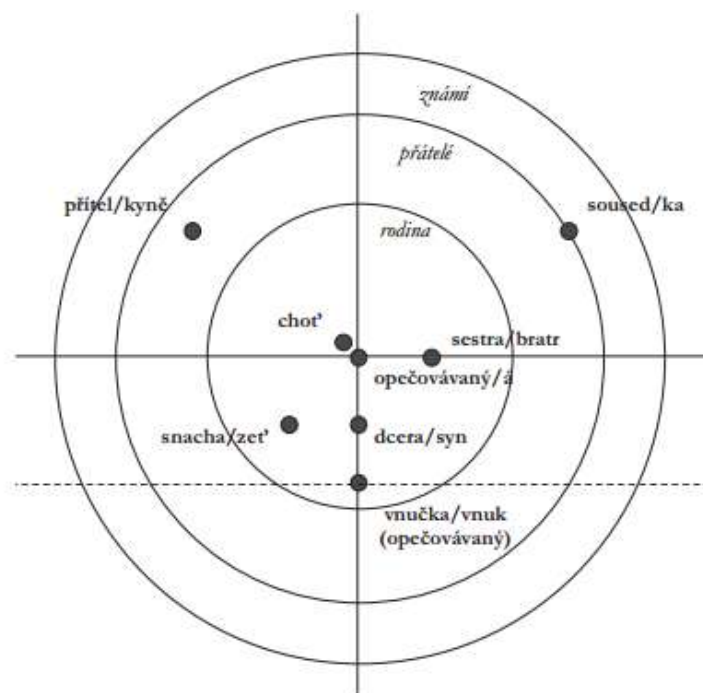
Charakter příjemce péče se odvíjí od osobnosti seniora. Pokud byl opečovávaný celý život protivný, ve stáří se tento stav může ještě prohloubit. A zvláště, pokud je diagnóza onemocnění

závažná. Tento jeden z charakterů příjemce péče může ovlivnit jak intenzitu péče poskytovanou pečujícími, tak i vztah jednotlivých členů v rodině.

- Psychika rodinného pečujícího (schéma č. 3)
  - Rozhodování (podle vnitřních a vnějších záležitostí)
  - Dovednosti (týkající se komunikace, také situace, jak řeší problémy)
  - Převzetí péče (posouzení vztahu k příjemci péče)
  - Psychologické problémy

Psychiku pečujícího ovlivňuje jak charakter pečující rodiny, tak charakter příjemce péče. Vše je spolu navzájem propojeno a často může být péče ovlivněna jen jedním malým segmentem z celé škály charakteristik rámce rodiny.

**Schéma č. 2 – Struktura rodiny podle Bartoňové (In Jeřábek a kol., 2005)**



Na schématu je zřetelně vidět, že okruh osob kolem opečovávaného je rozdělen do třech skupin. Do 1. skupiny patří vlastní rodina (manžel/ka, dcera/syn, sestra/bratr, snacha/zet'). Do 1. skupiny lze zařadit i vnuka/vnučku jestliže se také podílí na péči. V tomto bodě ale mnohdy dochází k třecím plochám, zvláště když péče probíhá v tzv. sendvičové rodině a veškerá tíha péče o starého člověka připadá na matku nezletilého dítěte, kdy muž chodí do zaměstnání, aby rodině zajistil finanční jistoty. Senior i dítě zároveň potřebují jistou intenzitu péče.

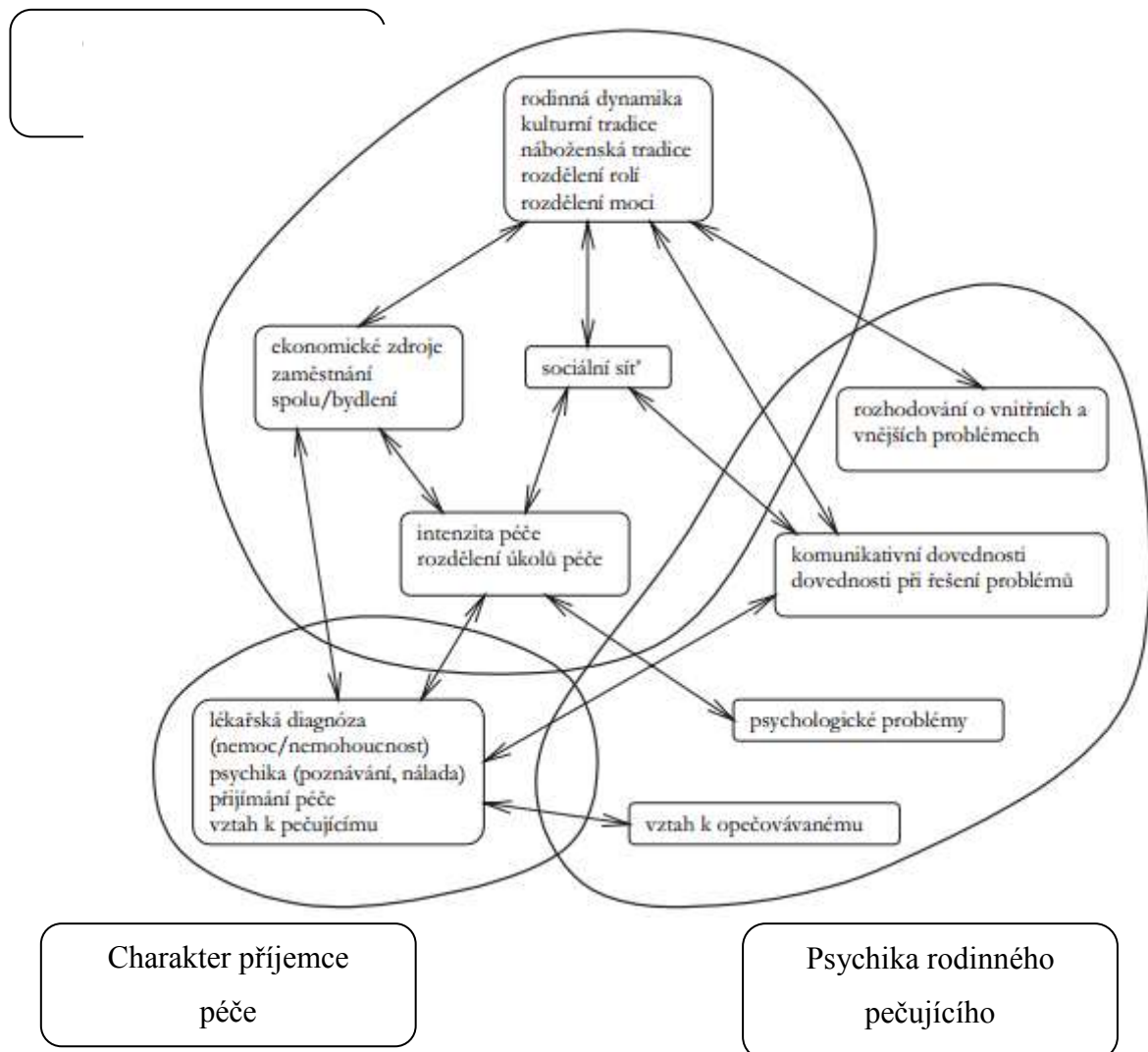
Do 2. skupiny se řadí přátelé, kteří se na péči mohou podílet společně s rodinou a ulehčit jí tak. Zpravidla se jedná o mnoholeté přátele, kteří jistým způsobem do rodiny tak nějak patří. Může se jednat i o přátele, kteří se s opečovávaným znají již od školních let či ze zaměstnání.

Do poslední skupiny, skupiny známých, můžeme zařadit např.: sousedku, se kterou se pečující a celá rodina znají dlouho a jistým způsobem si věří. Záleží na pečujícím, do jakého okruhu sousedku zařadí, jelikož i na schématu je vidět, že sousedka je na pomezí hranic přátel/známí.

Čím více lidí je do péče zahrnuto, tím více člověk musí využívat organizačního ducha, aby mohl rozvrhnout úkoly, které je potřeba zajistit. V případě, že se má větší počet lidí setkávat přímo u seniora, musí si dát pečující pozor, jak takovou zátěž blízký zvládá, jestli je mu vůbec množství lidí v jeho bezprostřední blízkosti příjemné.

Následující schéma (schéma č. 2) představuje zbývající části rámce rodiny, které jsou vzájemně v interakci a tudíž se i ovlivňují.

**Schéma č. 3 – Ostatní části rámce podle Bartoňové (In Jeřábek a kol., 2005)**



## 5.2 Rodinný příslušník v roli pečovatele

Pečující osoba je definována jako taková osoba, která „vykonává pro druhého činnosti, které příjemce péče není schopen vykonávat, byť by toho vzhledem ke svému věku a vývojové fázi měl být schopen“ (Winder, Bray In Goodhead, McDonald, 2007, str. 16). Jedná se také o osobu, která za svou péči nedostává žádnou sjednanou odměnu.

Podle Tošnerové (2001) neexistuje jednotně uznávaná definice pro pečující osobu. Motivem pro péči bývá rodinné pouto a přátelské vazby. Péče může být komplexní, pravidelná nebo občasná.

Velké procento pečujících osob tvoří ženy. Autoři často hledají spojitosti ve vnímání genderových rolí v dané společnosti s volbou pečující osoby. V Japonsku, kde jsou striktně stanovené společenské a generové role, připadá 85 % podíl péče na ženy. Opakovaně bylo prokázáno, že ženy jsou více zapojeny do procesu pečování v porovnání s mužskou populací. Je pak patrné, že počet hodin strávených péčí je u žen mnohonásobně vyšší než u mužů.

Nejčastějším modelem poskytování péče je manželka pečující o svého manžela. To dokládá Abel (In Jeřábek, 2005). Podle něj, až 64 % pečujících osob vztahujících se k manželství a partnerství, tvoří ženy. S opačným modelem, kdy se stará manžel o svou ženu, se setkáváme v menší míře. Je ale dokázáno, dojde-li k takovému stavu, manžel získává vyšší míru opory od ostatních členů rodiny, než je tomu v případě, kdy pečuje manželka o manžela. Manželovi, který pečuje o svou ženu, podle výzkumů nejvíce pomáhají dcery nebo snachy.

Změny v rodinách se podepisují na pečování u starých manželů. Se vzrůstajícím modelem atomické rodiny a s faktem vyšší rozvodovosti, dále klasické zaměstnanosti žen, se stává, že senioři někdy bývají odkázáni jen na pomoc, kterou si musí být schopni zajistit sami a pečují o svého nemocného partnera bez větší pomoci rodiny.

Druhou, nejpočetnější skupinou rodinných pečovatelů, jsou děti seniora, potřebujícího pomoc druhých. I v tomto případě se setkáváme s větším podílem žen v roli pečujících osob. Tento fakt může být zapříčiněn tím, že příjemkyně péče vyžadují péči pečovatelek, nikoliv pečovatelů, dodává Bartoňová (In Jeřábek, 2005).

Rozdíl v zastoupení mužů a žen se také projevuje v jednotlivých činnostech, které pro opečovávanou osobu zastávají. Podle Jeřábka, který čerpal z General Social Survey v Kanadě, kde byl v roce 1996 zkoumaný podíl pohlaví v jednotlivých typech péče. Osobní péči zastávalo 34 % žen, oproti tomu 18 % mužů, emoční stránku podpory se věnovalo 33 % žen a 23 % mužů. Příprava jídla byla vyhodnocena na 40 % podíl žen a 19 % podíl mužů. Celých 36 % žen vykonávalo domácí péči, 15 % podíl byl zjištěn u mužů. Výčet těchto úkolů se řadil do kolony činností, které byly vykonávány každý den.

Úlohy týkající se údržby domova, se muži chopili z celých 43 %, ženy pak 19 % podílem. V činnostech jako přeprava za službami, pomoc v oblasti bankovníctví a osobních účtů, byl mezi ženami a muži rozdíl necelých 8 %. Přičemž i v těchto oblastech mají ženy navrch.

Podle různých studií a výzkumů, poskytují ženy blízkým více osobní péči a emoční podporu. Tato forma péče je ale charakteristická vyšší mírou zátěže už proto, že je tolik osobní. Připočítává se k ní i vyšší míra zodpovědnosti a větší časová náročnost.

Neméně jde o podstatný faktor, kterým je věk samotného pečujícího. Do jisté míry také souvisí i se zdravotním stavem pečujícího, s jeho flexibilitou a energií. Případně může souviset i s dalšími jeho rolemi, které zastává. Nejčastěji poskytují péči ženy středního věku. Nejpravděpodobnější model pečující osoby je následující: dcera pečující o svého rodiče, která je ve věku 34 – 60 let.

Věk rodinných pečujících je samozřejmě ovlivněn i demografickými změnami ve společnosti, kdy se lidé dožívají vyššího věku. Na příklad ve Finsku je až třetina rodinných pečujících ve věku 65 let a v Japonsku tvoří 22 % rodinnou péči pečovatelé ve věku 70 let a více. Co je ale zajímavé, tak pro seniory trpící demencí je vyšší věk rodinného pečující výhodou. Jedná se o fakt, že čím je nižší věk pečujícího, tím se zvyšuje šance na umístění opečovávaného do instituce. Doty a Jackson (1998, In Jeřábek 2004) uvádějí, podle studie realizované v USA, že 1/2 pečujících osob je starší 65 let a celkem 19 % jich je ve věku 55 až 64 let (In Jeřábek, 2004).

### 5.3 Vztah role pečujícího s dalšími rolemi

Do konfliktu s dalšími rolemi se může pečující dostat snadno. Jde o fakt, že role pečujícího není tolik očekávaná a proto se na ni tolik nepřipravují. Je pak složité se na ni adaptovat, protože tato nová role je specifická v tom, že je velmi náročná.

Pearlin (In Choi, 2006) zmiňuje tři role:

- Role *strain approach* – Předpoklad nesouladu více rolí najednou, což vede k nekompatibilitě rolí a dochází mezi nimi ke konfliktům a tím vzniká stres.
- Role *enhancement approach* – Předpoklad odměn a nejrůznějších výhod ve spojení s více rolemi. To má za následek klesání míry negativních dopadů na kombinace rolí a tím se zákonitě snižuje stres. Vnímání subjektivní životní pohody (well-being) se zvyšuje. K tomu dochází k uvědomění si jisté prestiže a uspokojení z poskytované péče.
- Role *expansion hypothesis* – Předpokladem je vyspělost v uvědomění si vlastních schopností. Schopnost jedince zvládat více rolí najednou bez výrazného zvýšení míry stresu závisí na stavu vnímání, nakolik se cítí být oddaný té které roli. Sieber (In Rozario, 2004) v této souvislosti upozorňuje, že s vyšším počtem rolí se jedinci nabízejí čtyři pozitivní důsledky:
  - Rolová privilegia
  - Celková bezpečnost a jistota statusu
  - Zdroje pro posílení statusu
  - Obohacení osobnosti a uspokojení ega

### 5.3.1 Rodinný pečující a zaměstnání

V publikaci z roku 2002 uvádí Veselá zajímavý fakt, že potenciální pečující uvádějí ztrátu zaměstnání jako důvod, proč by odmítli roli rodinného pečujícího. Dautzenberg (2000) je stejného názoru. Konflikt mezi rolí zaměstnané ženy a pečující ženy, vnímaly ženy, které ještě nikomu péči neposkytují. U žen jako rodinných pečujících se tento konflikt projevoval jen málo.

Ale tento názor se různí od autora k autorovi. Někteří uvádějí, že role opravdu vyvolávají konflikt a následně i stres, jiní uvádějí, že doba strávená v zaměstnání neovlivňuje jedincovo vnímání životní pohody. Poslední skupina udává, že pečující zvládají obě role bez závažných kolizí. Dautzenberg (2000) popisuje, že míra stresu závisí na faktu, zda jsou pečující v zaměstnání spokojení, jaká je intenzita požadavků v zaměstnání a jaký vztah má senior s pečujícím. Podle něj na stres až tolik nepůsobí množství času věnovaného péči nebo zaměstnání.

### 5.3.2 Rodinný pečující a rodina

I zde se rodinní pečující mohou dostat do konfliktu mezi svými rolími. Největší zátěž po této stránce zjišťujeme u střední generace, protože podle Brodyho (In Rozario, 2004) je v ohledu na tuto generaci vyvíjeno více požadavků ve spojitosti s množstvím rolí. Často jde o ženu, která pečuje o svého rodiče a k tomu ještě vychovává vlastní děti. Brody (tamtéž) uvedl dva možné konflikty, které se mohou u pečujících projevit:

- Interrolový konflikt – Znamená hlavně konflikt mezi rolími pečující osoby s rolí manžele či rodiče vlastních dětí.
- Intrarolový konflikt – V případě, že pečující poskytuje péči svému rodiči, může dojít ke konfliktu role pečujícího a role dítěte, které se stará o svého rodiče.

V tomto případě má velký vliv podpora manžela. Jak uvádí Choi (2006), on má pozitivní vliv na duševní a tělesné zdraví. Manžel může poskytovat sociální oporu a pomoc od stresu. To znamená, že konfliktní manželství může všechny rolové konflikty ještě zhoršovat, pokud už tam nějaké jsou.

### 5.3.3 Převzetí odpovědnosti za příjemce péče

Už jen samotná představa nahání některým rodinným pečujícím hrůzu. Přirozeně s touto nutností přichází stres. Převzít za někoho zodpovědnost a ještě za něj rozhodovat, není jednoduché.

Zvlášť v případě, když víme, že tento člověk kdysi rozhodoval za nás. Rozhodnutí jsou často nevratná. Při rozhodování musí brát pečující na zřetel přání blízkého. Tento úkon není jednoduchý hlavně proto, že opečovávaný má sníženou nebo omezenou schopnost vyjadřovat své potřeby.

Protože má nemoc seniora určitý postup, musí se rozhodnutí opakovaně kontrolovat. Může být jiné na počátku onemocnění a jiné po pár měsících péče. Popis Wackerbarthových (1999) specifických znaků rozhodování podhalí, jaká je souvislost s postupem onemocnění a míry rozhodování na samotném rodinném pečujícím:

- Změna autonomie - Váže se na nemoc, která omezuje jeho plnou autonomii. Zde se musí hledat způsob zajištění respektování jeho potřeb a přání. To znamená, že je schopen se ještě sám rozhodovat, ale už potřebuje pomoc a dohled druhé osoby.
- Prospěšnost – Stává se, že na základě míry postižení, není mnohdy jisté, jaká alternativa je pro blízkého nejprospěšnější. V tomto stádiu převažuje míra rozhodování na pečující osobě.
- Náhradovost – V případech ztráty autonomie nahrazují rozhodnutí pečujícího rozhodnutí opečovávaného. Zde již pečující převezme zodpovědnost za přání a potřeby seniora do svých rukou s velkou odpovědností, která se váže na nezneužití moci.

## 5.4 Shrnutí

Z kapitoly vyplývá, že u pečujícího nedochází ke změně pouze vznikem nové role, ale že musí novou roli postavit do konfrontace s dalšími rolemi, které zastává. Nejčastěji dochází ke konfliktům rolí pečující x zaměstnanec a pečující x postavení v rodině.

Převzetí role pečujícího najednou přináší změny v oblasti organizování, komunikace, zvládnutí více věcí najednou. Organizování spočívá v rozvržení času, kdo bude kdy pomáhat, jestliže jsou do péče zapojeni další rodinní příslušníci. Další organizační složkou je organizování formální pomoci. Pečující nesmí opomenout plánování do budoucna, pozorovat zdravotní stav opečovávaného, zjistit prognózu jeho stavu. Komunikace je o to náročnější, pakliže se u starého člověka objevují kognitivní poruchy.

S převzetím role pečujícího přichází spousta změn. Je důležité zvážit své možnosti a uvědomovat si hranice péče. Pečující musí pečovat hlavně o sebe, aby mohl péči poskytovat na potřebné úrovni a zároveň nepřišel o své zdraví.



## 6 NEGATIVNÍ ASPEKTY PÉČE

Starat se o blízkého je minimálně úctyhodná věc. Ale i tato záležitost se netýká vždy jen příjemných chvil strávených se starým člověkem. Na vnímání zátěže plynoucí z péče se podílí ne jeden faktor. Cílem této kapitoly je umožnění realisticky se podívat na to, co pečující může při poskytování péče pociťovat, s čím se může potýkat. Jednotlivé podkapitoly mohou potenciálním pečujícím pomoci při rozhodování, jak péči v domácím prostředí nastavit, koho do péče zahrnout, na co si dát pozor.

### 6.1 Úskalí péče rodinných pečovateli

Mühlpachr v Gerontopedagogice z roku 2004 uvedl vcelku zajímavá fakta, a to, že by senioři běžně dávali přednost samostatnému bydlení, ale s vědomím, že jejich rodina bydlí poblíž. Může pak ale docházet k tomu, že je tímto způsobem pečujícím péče znesnadněna, a to kvůli častému dojíždění. Častý model péče je takový, že se o rodiče stará jejich nejstarší dítě – nejčastěji dcera, která s nimi sdílí jednu domácnost nebo bydlí nedaleko. Ostatní děti pečují jen nahodile.

Často je původcem výchova v rodině. Podle ní lze předem zcela s jistotou určit, kdo bude o rodiče pečovat. Mnohdy jde také o věc morálky nebo povinnosti, kterou děti chápou jako návratnost péče v dětství jejich rodiči.

V průběhu celého pečování je upřena pozornost na seniora, na osobu přijímající péči. V malém měřítku se někdo zajímá o pečující osoby. Je to dané historicky, jako fakt, takže v tom nikdo neshledává problematičnost. Jen ženy bývají už z principu stavěny do role pečujících osob, protože to je tak po staletí dáno. Ženská identita je ve společnosti udávána představou ženy v domácnosti, vykonávající z převážné části neplacenou práci. Toto je zobrazeno jako součást ženské přirozenosti. Je očekávané, že ženy budou pečovat s větší láskou a samozřejmostí, podle Tošnerové (2001) bez speciálních znalostí a dovedností.

S Michalíkem (2011) si dovoluji sdílet názor, že ženy musí své cíle podřídit a přizpůsobit a tím tak mění své postavení na trhu práce. Je pravdou, že v současné době může být pečování bráno jako možnost mít zaměstnání na plný úvazek.

Pečující nemá neomezené zdroje energie, dává podstatnou část energie příjemci péče. Jedním z úskalí péče může být vyčerpání a stres, zvláště v případech, kde se jedná o dlouhodobou a soustavnou péči.

Pečující může z důvodu velké zátěže z péče o své rodiče, pociťovat negativní dopady na uspokojování svých potřeb. Vágnerová (2007, str. 291 - 292) uvedla několik oblastí a s nimi spojené potřeby pečujících, které by měly být naplňované:

- **Potřeba stimulace** – Jako rušivé prvky můžeme pozorovat typické projevy chování starých lidí. Může docházet k nepříjemným situacím.

- **Potřeba orientace a učení** – Jde o uvědomění si změn spojených se stářím a jejich akceptací. Současně si pečující musí uvědomit, že i on zestárne a obdobné změny může pozorovat i na sobě.
- **Potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí** – Často se stává, že pečující dojde do fáze, kdy mu začne být starého člověka líto. To znamená, že se citový vztah proměnil spíš v soucit.
- **Potřeba seberealizace** – Osoba v roli domácího pečovatele nemá moc možností k seberealizaci. Péče je velice náročná už jen z toho důvodu, že péče nemá žádný jasně viditelný výsledek. Starý člověk se nemůže výrazně zlepšit, jeho stav se většinou zhoršuje nebo zůstává po nějakou dobu v jedné fázi. Pečující by si ale měl uvědomit, že pro seniora dělá maximum a plní vůči němu povinnosti svědomitě.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – S péčí si jedinci mohou uvědomit spoustu věcí. Často dochází k přehodnocení životních priorit a pocitu, že by život měl být naplněn věcmi, které opravdu mají význam.

Péče o závislého starého člověka je velmi náročná a je spojená s rozdílnými pocity. Na jedné straně stojí jisté uspokojení (např.: splacení dluhu), na druhé straně se dostává na povrch frustrace a únava. S pečováním jsou spojené přetřhané vazby, narušené mezilidské vztahy, přidává se únava a stres a uzavírají se vyhlídky na budoucnost. Pečující osoba navíc přichází o soukromí. Velmi často pečující zapomíná na sebe a tak neuspokojuje vlastní potřeby na takové úrovni, jak by měl, uvádí Vágnerová (tamtéž).

Zátěž závazku a s tím spojená úskalí pečování, závisí na délce péče, na časové náročnosti, na pečování s více lidmi, s možností vystřídaní a alespoň krátkého odpočinku. Záleží také, z čeho je zátěž způsobená. Někdy může souviset s dojížděním, někdy také s tím, že je pečující osoba s osobou přijímající péči nepřetržitě.

Dlouhodobá zátěž, nemožnost odpočinku, mohou vést k zdravotním obtížím, ovšem v případě rodinného pečujícího. S mírou závislosti příjemce péče je spojena časová náročnost pečování, které se pak podepisuje na odpočinku, který se tou měrou zkracuje.

V případech tzv. sendvičové rodiny, je péče o to náročnější. V takové rodině, většinou žena, pečuje o své staré rodiče a zároveň o své děti. I zde je velkým pomocným faktorem sociální opora.

## 6.2 Dopady dlouhodobé rodinné péče na pečujícího

Poskytování péče, a to zejména péče zcela závislé osobě, má negativní vliv na psychiku a emocionální složku rodinného pečovatele. Stejně tak zasahuje i do sociální složky života. Tyto dopady jsou způsobeny psychickými, kognitivními, behaviorální a emocionálními příznaky, které se vyskytují u blízkého, jemuž je péče věnována. Ten příznaky velmi často vysílá směrem k pečující osobě, aniž by to dělal úmyslně.

Mezi psychické dopady dlouhodobého pečování patří strach, zátěž, úzkost, deprese často doprovázené pocity viny a obavami. Mezi somatické potíže, které se odrážejí od psychického stavu,

patří minimálně zhoršení imunitního systému, kardiovaskulární onemocnění, pocit celkového vyčerpání a poruchy spánku. Velmi časté jsou změny po sociální stránce, a to omezení sociálních aktivit, změny ve vztazích v rodině a celkově. Rodinný pečující může mít pocit izolovanosti a také pocit nedostatečné sociální opory. Dá se říci, že po změnách v psychice, změnách po fyzické stránce a sociální složce, klesá kvalita života a mnohdy přicházejí finanční potíže.

Péče je spojena se stresem. V porovnání s péčí o malé dítě je to tak, že dítě se osamostatňuje (za předpokladu, že je zdravé). Senior stárne a potřebuje pomoc, péči, postupně se stává méně soběstačným. Křivohlavý (1994) uvádí, že stres sebou přináší mnoho příznaků, ale lidé si jich na sobě nevnímají, a když ano, je to po delším časovém úseku. Jednat se může o nespavost, která je spojená s celodenní únavou a pocitem přetížení. Dále často dochází ke změně nálad, ztráty chuti k jídlu nebo naopak přejídání. I rychlé bušení srdce, znatelný tlak na hrudi, časté močení nebo (u žen) změna menstruačního cyklu může poukazovat na stres.

Pokud si to pečující uvědomí, měl by to začít řešit svou vlastní aktivitou a bojem proti stresu. Stres často vyplývá z toho, že spolu lidé neumí hovořit. Někdy stačí si k opečovávané osobě sednout a říct: „*Hele, mami, já už to takhle dělat nemůžu, je to pro mě náročný.*“ To jsem jí řekla, bylo to těžký. Ale najednou se to ve mně jakoby zlomilo nebo co, prostě to šlo ven. *Nemůžu Ti každou chvíli vařit nověj čaj, udělám ti ho do termosky a až ho vypiješ, tak ti udělám další.* A ona prostě pořád vylejzá z postele, protože jí to tam nebaví, jenže mi tím přidělavá starosti. Musím odbíhat, děsit se co se děje, nemám chvíli pro sebe. *Stejně jako s tím chozením.. Chápu, že tě to v posteli nebaví, ale když se spolu domluvíme, že v určitou hodinu půjdeme třeba na procházku okolo baráku nebo kam to půjde, bude to lepší, než když každou chvíli musím odbíhat do pokoje s hrůzou, že jsi spadla, když tě slyším, jak vylejzáš z postele a porážíš tady, co se dá. Pochop to, mám o tebe strach. Chci ti pomáhat, chci tě mít tady doma, ale musíš mi to taky trochu ulehčit.*“ (Respondentka U.)

„*Já jsem měla hroznej problém říct svojí mámě, že to bude tak jak to řeknu já. To byly horký chvílky. Úplně se mi dělalo slabo. Ale nebylo to tak hrozný nakonec. Vzala to celkem v pohodě. Já jsem byla zvyklá jí celej život poslouchat a najednou jsem se jakoby stala já její mámou. Ze začátku jsem pořád kmítala okolo i manžel mi říkal, že to takhle dělat nemůžu, že v důchodáku by se o ní nikdo takhle nestaral.*“ (Respondentka K.) Děti svých starých rodičů občas zůstávají v pozici dítěte, které musí slepě poslouchat svého rodiče. Přitom tato domněnka již není dávno na místě. Rodiče si nemohou diktovat, co se jak bude dělat. V tomto případě si dospělý člověk (dítě svého rodiče) musí udělat pořádek v rolích a vzít péči zodpovědně. Po určitém časovém úseku by se uhnal, odrovnal a sám by potřeboval péči.

Takže prvním doporučením pro snížení či odstranění stresu je vyřešit danou situaci. Druhým postupem je to, že se pečující s jistou dávkou stresu sžije. Pokud si ale neosvojí jeden ze způsobů řešení, hrozí mu syndrom vyhoření. Ten se definuje jako „druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkajících se vztahu, poslání nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky“ (Rush, 2003, s. 7). Nejčastěji se

objevuje u lidí, kteří byli ze své práci zpočátku nadšeni, ale časem toto nadšení vymizelo. Bývá to způsobeno nedostatečnou odezvou, zpětnou vazbou, ale také tím, když se z péče stane stereotyp, když je péče jednotvárná.

Podle Kallwasse (2007) se syndrom vyhoření u pečujících projevuje ve třech po sobě následujících fázích:

- 1. fáze - objevuje se vyčerpanost
- 2. fáze – objevuje se znečitlivění či zlostejnění. Osoba v této fázi nepocítuje radost, ale ani starost. Nemají ani kvalitní spánek, neodpočívají, protože se neustále budí.
- 3. fáze – objevují se tendence přetrhávat přátelské vazby, pečující se vyhýbají kontaktu s přáteli. Mají pocit, že jsou pro vztahy až příliš obtížné. Nemají již kapacitu, a proto přicházejí o přátele. S tím se pojí také izolace.

Pokud se pečující cítí vyčerpaně, měl by si odpočinout. Zmiňovala jsem, že lze využívat odlehčovacích služeb. V případě, že pečuje více osob, vystřídat se. Ale určitě je potřeba tento stav řešit.

*„To je syndrom vyhoření? Tak to jsem asi i prožívala. Ty dny, no spíš měsíce, jsem vůbec nechtěla vylézt z postele. Byla jsem úplně alergická na to, když jsem slyšela jak něco mumlá a nebo jak zakašle. Mě to bylo líto, ale já jsem si nemohla pomoc a musím říct, že jsem se styděla kolikrát, protože co se mi honilo hlavou za nadávky. Já vim, je to hrozný, je to moje máma, ale to každé pozná až začne pečovat a je na to sám. Občas se někdo zastavil, ale každé má dost svoji práce no.“*

Pečující ale mají občas neoprávněné pocity viny, když chtějí opečovávaného třeba na týden předat do péče stacionáře. Mají pocit, že se na ně blízcí vyčítavě dívají. Někteří pečující si také vyslechnou nepříjemná slova. Je důležité, jak jsem psala výše, o všem si se seniorem promluvit, vysvětlit mu, že si také pečující musí odpočinout, nabrat síly. Respondentka Č. využila jednou odlehčovací službu v domově pro seniory. *„Bylo to na 14 dnů, dozvěděla jsem se o tom od příbuzné, která se taky starala o manžela s Parkinsonem. Ráda bych to využila znova, ale manžel nechce o tom ani slyšet. Snad ho přemluvíme...“*

Výše jsem uvedla, že se syndrom rozvíjí ve třech fázích. Pokud pečující zaznamená, že se jedná o první stupeň, je dobré, aby si pro sebe našel malý kus svého místa, kde by si mohl např. zmeditovat. Najít si místo, kde za sebou na chvíli pečující zavře dveře a věnuje se sobě. Určitě by pečující neměl zapomínat na správnou životosprávu.

Péče častokrát vyžaduje 24 hodinovou péči. Je tak velmi těžké najít si čas pro sebe. Pečujícím se velmi často nepodaří udělat si jeden volný večer v týdnu čistě pro sebe, často ani jednou měsíčně. Tošnerová (2002) upozorňuje, že kromě toho, že tento stav vede k izolaci od okolního světa, může vést také ke vzteku až odporu k blízkému, kterého začne obviňovat ze ztráty kontaktů s okolním světem.

Shrnula jsem nejčastější úskalí při probíhající péči. Před zahájením péče se může dostavit stres z toho, že si pečující nedovede přesně představit, jak bude péči zvládat a co vše se bude muset změnit.

Pečující musí vzít v úvahu, jestli senior zůstane ve svém bytě a pečující se k němu nastěhuje nebo bude dojíždět. V případě, že je mezi nimi velká vzdálenost musí se sestěhovat dohromady. Respondentka L. dodává, že *„jiná je myslím péče v domku s víceméně oddělenými bytovými jednotkami (pochopitelně pokud to stav opečovávaného dovoluje), jiná v přeplněném dvoupokojovém bytě, což je náš případ...“* Když je prostoru málo, je péče o to náročnější.

Pokud se pečující rozhodne pečovat v domácím prostředí, mezi základní prvky patří bezpečnost bydlení. Ve stáří mají lidé horší pohyblivost a tak je důležité, pokud se senior ještě samostatně pohybuje, odstranit všechny koberečky (zvláště ty sešlapané a s ohnutými rohy) nebo je opatřit protiskluzovou podložkou. Určitě by pečující neměli zapomenout na odstranění prahů, ostré rohy nábytku opatřit plastovými krytkami. Pokud má pečující doma zvíře (psa, kočku) dávat pozor, aby se nemotalo blízce pod nohama.

V koupelně a na toaletě by neměla chybět madla a také další protiskluzové podložky. Pokud se pečující pustí do rekonstrukce koupelny, je dobré pořídit sprchový kout bez vaničky (se samospádem). Pokud je byt rozlehlý, pořídit po bytě sedadla, aby si mohl senior odpočinout, kdyby mu nestačily síly. Pokud je prostor malý a lze to zařídit, vybourat nenosné přičky. V pokoji kde bude ležet, je dobré mít postel volnou minimálně ze tří stran. Velice se tím usnadní přístup k opečovávanému a péče na lůžku bude jednodušší.

Záleží na možnostech a finančních zdrojích pečujících. I tato stránka sebou přináší stresové situace. Pokud má blízký přiznaný příspěvek na péči, může ho pečující získávat jako odměnu za péči. Pokud do domácnosti dochází nějaká služba, musí počítat s tím, že se z příspěvku musí uhradit i tyto služby.

To byl krátký výčet stresových situací, které se mohou vyskytovat před uskutečněním samotné péče. Co ale když je pečování natolik náročné, že ho v domácím prostředí nelze svépomocí ani s pomocí terénních služeb zvládnout? Tuto část bych nazvala jako trauma pečujících.

V momentu, kdy je péče již neúnosná, musí se pečující a rodina rozhodnout pro institucionální péči. Ať jde o domov pro seniory, léčebnu dlouhodobě nemocných, dochází často k pocitu viny, že selhali v péči o své staré rodiče. Rozhodnutí je velmi těžké a zvláště po psychické stránce. Nejvíce těžká rozhodnutí bývají ta, která musí udělat sám pečující, aniž by si radu někde přečetl, nebo mu radu poskytla jiná osoba.

### **6.2.1 Zátěž a psychický stav**

Zátěž je jedním z významných aspektů vyplývajících z poskytování péče. Podle Lasprilly (2009) pociťovalo zhruba 70 % rodinných pečujících nějaký druh zátěže, který byl spojený s jejich rolí. Uvádí ale také, že rozptyl pečujících se v jednotlivých studiích liší. Rozmezí je od 10 % do 70 %. Velké rozdíly si vysvětluje tím, že jsou způsobeny rozdílnými nástroji měření a způsobem výběru respondentů.

Lasprilla (2009) zátěž vnímá jako jeden z dopadů péče na psychiku rodinného pečujícího. Ale Georgie a Gwyther (2008, str. 198) definují zátěž jako komplexnější jev. Jedná se o tělesné, psychické, emocionální, sociální a finanční problémy. Stejně tak, jak jsem uváděla již v průběhu kapitoly. I tak se může jevit zátěž u rodinných pečujících poskytující péči starým lidem.

Podle Racchini (2009) se zátěž rozlišuje na pět podtypů:

- Objektivní zátěž – vnímání omezení času rodinných pečujících
- Vývojová zátěž – vnímání péče způsobem, že jsou z jejího důvodu mimo běžný život a nemají takové možnosti jako jejich vrstevníci
- Fyzická zátěž – souvisí s únavou a somatickými poruchami
- Sociální zátěž – souvisí s konflikty rolí
- Emoční zátěž – spočívá např. v pocitech viny vůči nemocnému

Významným dopadem na pocit zátěže a psychického vyčerpání, jsou emocionální, kognitivní a behaviorální změny u příjemce péče (v případě diagnostikované demence či psychiatrického onemocnění) jako v případě Parkinsonovy choroby: (...) *Není mi zatěžko zvládat pomoc fyzickou, ale to, že člověku s touto nemocí se mění povaha, že trpí bludy, na kterých trvá, často je se vším nespokojený. Takový dřív nebyl, a to mě pokaždé znovu rozhodí, přestože vím, že si to nemám brát osobně. Je to cvičení trpělivosti, připadá mi to těžké.* Tak to vnímá respondentka Č., která se stará o manžela.

Zátěž může vznikat hned v počátcích pečování, může zůstat po celou dobu pečování v relativně stejné míře. Ke zvyšování pocíťování míry zátěže dochází v okamžiku, kdy pečující začne chování nemocného vnímat jako problematické. Ke snížení zátěže vede vyšší míra sociální opory, pomoc ostatních členů rodiny či blízkého okolí.

Leah (2000) uvádí, že zátěž je mimo jiné spojena se spolubydlením s příjemcem péče. Podle jeho/jejích slov se stres a fyzická i psychická zátěž projevuje u pečujících partnerů. Ještě, než se jeden z partnerů stal rodinným pečujícím, byl zvyklý u partnera na jiné chování. Silně zatěžující pak může být zvyšující se závislost partnera na péči a zhoršení komunikace, která vede ke zhoršení partnerského vztahu. Funk (2014, s 50) dokládá, že jen „*my neumíme k nové situaci zaujmout jiný pohled, přizpůsobit se jí a hodnotíme ji často jen konvenčně, navykle.*“

Podle odborníků jsou psychické potíže zmiňovány častěji než somatické poruchy. A jsou oproti nim výraznější. Pečující jsou podle všeho ohroženi depresí více než osoby, které nepečují. Baumgarten (In Leah, 2000) dokonce udává, že rodinný pečovatel trpí depresí až dvakrát více než osoba, která neposkytuje žádnou péči.

Dále Dura (In Leah, 2000) uvádí výskyt projevů deprese až u čtvrtiny pečujících, kteří ale před započítáním péče neměli žádné příznaky poukazující na depresi. Podle něj se nejedná jen o depresivní projevy, pečujícím hrozí i klinická deprese. Při výzkumech realizovaných klinickými psychology, dokládá Leah (2000), že psychický stav odpovídal klinickým měřítkům deprese. Tento stav byl vypovídající až u poloviny rodinných pečovatelů. A protože bylo na začátku odstavce

doloženo, že pečující před pečováním neměli žádné příznaky deprese, je jisté, že deprese je v přímém vztahu s rolí rodinného pečujícího. Deprese se dále dává do souvislosti s poruchami chování, které se vyskytují u osoby přijímající péči. Depresivní syndromy se mohou během nenadálých nebo razantních změn ještě zhoršovat. Je doložen i fakt, že deprese může přetrvávat i po ukončení péče.

Se zátěží a depresemi souvisí i úzkost, která je podle Nicolaou (2010) zkoumána nejméně ze všech aspektů péče. Bývá zahrnuta do symptomů deprese. Přičemž úzkost je podle Mahoney (In Nicolaou, 2010) ovlivňována somatickým zdravím u rodinného pečujícího a kvalitou vztahu s opečovávanou osobou. Větší míra úzkosti je vysledovaná u žen a u osob, které pečují o osobu s rozsáhlým funkčním postižením.

### **6.2.2 Somatický stav**

Fyzické problémy se dají podchytit o poznání hůře, než psychické. Na psychiku je zaměřeno mnohem více odborníků, než na samotnou tělesnou stránku. Z výzkumů vyplývá, že od snížení některých psychických problémů se bohužel neprokázalo zlepšení somatického stavu. Horší situace bývá v případě pečujících partnerů, kde je mnohdy pečující starší než příjemce péče. Postižení somatických funkcí je v mnoha případech podmíněné věkem, se zátěží spojenou s péčí je tento stav ještě horší.

Špatný zdravotní stav již na počátku pečování, náročnost poskytované péče a zhoršení stavu psychiky, jsou předpokladem pro zhoršení somatického stavu pečujícího. Donaldson (1999) doložil, že rodinní pečovatelé navštěvují lékaře o 50 % více, než nepečující osoby. Také zjistil, že rodinní pečovatelé užívají o 86 % více předepsaných léků než je tomu u jejich vrstevníků. Přidalová v článku z roku 2006 uvádí, že negativní dopad na zdraví uvedlo 20 % rodinných pečujících (zaměření na stav v České republice).

Nejčastějším jevem, který se vyskytuje u pečujících, je fakt, že zanedbávají péči sami o sebe a ani se nevěnují činnostem, které by měly pozitivní vliv na jejich zdraví. Nejčastěji je pak trápí zhoršení imunitního systému, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění a celková vyčerpanost s poruchami spánku. I respondentka Č. vnímá únavu: „*Samozřejmě jsem unavenější, zvláště tyto dny, manžel dostal virózu, rázem z něho byl ležící pacient s inkontinencí, bylo to hodně náročné. Únava před pečováním a nyní se nedá srovnat, to bylo všechno jinak.*“

Nejvíce se psychické potíže projevují u žen. Stejně tak to je i s fyzickou námahou. Pečování je, po fyzické stránce, náročnější (přemisťování, polohování, hygiena...) pro ženy, jelikož nedisponují zpravidla takovou silou jako muži. Zvláště pak se námaha a zhoršení fyzického stavu projevují v případě dlouhodobé a soustavné péče o seniora.

### **6.2.3 Význam sociální opory**

Nároky péče zvyšují potřebu sociální opory rodinného pečujícího, paradoxně péče pečujícího izoluje od různých aktivit a omezuje ho v kontaktech, které by právě mohly být zdrojem podpory.

Nejhorší situace nastává, když je pečující na péči sám. Izolace zasahuje do volného času pečujícího, může způsobovat konflikty mezi ním a osobou přijímající péči. Další konflikty můžeme zpozorovat i mezi rolí pečujícího a jeho ostatními rolemi. Sociální omezení prožívají více ženy než muži, protože se mužům dostává větší sociální opory, což jim v tomto případě pomáhá zátěž lépe zvládat.

Co má kromě jiného vliv na sociální oporu je samotné chování osoby přijímající péči. Jestliže jsou jeho behaviorální symptomy záporné a sociálně nežádoucí, ostatní osoby, které by mohly pečujícímu s péčí dopomáhat, se starému člověku vyhýbají. Poruchy chování seniorů jsou jedním z nejsilnějších faktorů, které se podílejí na psychických stavech pečujícího.

Sociální opora má velký význam, protože podle různých výzkumných šetření, snižuje negativní dopady na vnímání zátěže u pečujících. Svě o tom ví respondentka Č: *„Žijeme v bytě sami dva, s dcerou a její rodinou máme výborné vztahy, před tím i nyní. Jsem šťastná, že u nás v domě bydlí, bez ní bych to těžko zvládala, hlavně psychicky.“*

## 6.2.4 Finanční situace

Stejně tak jako je péče zátěží psychickou i fyzickou, vzniká zátěž i na straně financí. Přičemž péče neovlivňuje pouze výdaje, ale také příjmy. Výdaje bývají vynaloženy na případnou úpravu bydlení, nákup nejrůznějších pomůcek, aby byl opečovávanému usnadněn pohyb a orientace po bytě. Jde o snížení rizik, která sebou domácí péče přirozeně přináší. Dále pak pečující musí hradit léky a potravinové doplňky, nakupovat profesionální služby, jeli třeba.

V souvislosti s náročnější péčí a snížením úvazku (případně opuštění) zaměstnání dojde ke snížení příjmů. Pokud pečující poskytuje péči dlouhodobě, má to vliv na jeho budoucí postavení na trhu práce a zaměstnanost. Dále pak ovlivňuje i výši starobního důchodu. Poskytování péče se započítává do důchodu jako náhradní doba pojištění. Podmínky jsou podrobně rozepsané v první kapitole, v části týkající se příspěvku na péči.

## 6.3 Shrnutí

Kapitola představila negativní stránku péče v domácím prostředí. Jako nejvýznamnější se jeví vymyslet péči od počátku do konce, soustředit se na své síly, možnosti a schopnosti. Zapojit do péče rodinu a poskytovatele sociálních i zdravotních služeb.

Sociální opora je jednou z nejdůležitějších částí péče, na kterou by se měl pečující nejvíce soustředit. Pečující poskytující péči s pomocí více lidí, péči zvládá lépe, je méně vyčerpaný, po psychické stránce klidnější. Jeho zdravotní stav se nijak výrazně nezhoršuje.



## 7 POZITIVNÍ ASPEKTY PÉČE

Tuto kapitolu jsem do své práce zahrnula záměrně. Hlavně kvůli osobám, které jsou potenciálními pečujícími a kvůli pečujícím osobám, které se nachází na pokraji sil a přemýšlí, proč vlastně začali pečovat. Předěšlé kapitoly se týkají úskalí a negativních dopadů na rodinného pečujícího. Celé texty obsahují výrazy jako stres, vyčerpání, únava, ztráta sociálních kontaktů, ztráta soukromí a mnoho dalších. Příjemce péče je zde popisovaný jako zdroj stresu.

Kapitolu o přínosech pečování považuji za nutnost. Podle mého názoru by opominutí pozitivních aspektů péče vedlo ke zkreslení situace pečujících osob. Tím nechci říci, že je pečování o seniora jednoduchá věc, ale že i přes náročnost péče se najdou okamžiky, za které pečování stojí. „(...) *Tak i když je to náročný ta péče, jsem za to ráda. Začala jsem líp poznávat potřeby u maminky, jakože se dovedu i líp vcítit. Určitě jsem trpělivější.*“ To popisuje respondentka Š.

I ve světě je v současné době kladen důraz na holistické vnímání pečování. Mnoho autorů (Kramer, 1997; Cohen, 2002; Netto 2009; Nicolaou, 2010; Crespo, 2010) zmiňuje pozitivní přínosy péče a obrací se k dvousměrnému vnímání poskytování péče. Jednosměrné vnímání pečování má za následek zveřejňování hlavně negativních dopadů péče na rodinného pečujícího.

J. B. Kramer (1997) uvádí, že pozitivní pojetí péče patří stále mezi roztržštěné koncepce, proto také neexistuje jednotná terminologie přesně vystihující pozitivum péče. Ty jsou totiž zkoumané z mnoha úhlů, a proto dochází k mnoha závěrům.

Přesto, že se pojetí fenoménu pozitivních aspektů péče různí, mnozí autoři se shodují na jednom: aby aspekty mohly být považované za pozitivní, pečující musí v pečování nalézt pozitivní přínosy, které vnímá jako uspokojující a smysluplné. Mezi nimi by pečující měl být radostný z poskytování péče, nacházet zisky a přínosy a také potěšení z poskytované péče.

Přínosy, jak uvádí Kramer (1997), mohou zahrnovat jakýkoliv pozitivní zisk – emocionální i praktický, který je vnímán, jako důsledek přijetí role pečujícího.

Farran (In Kramer) uvádí, že 90 % všech dotázaných respondentů uvedlo nějaké kladné přínosy péče. Vzhledem k tomu, že ve výzkumech je tato otázka otevřená a respondenti mohou do kolonky vpisovat cokoli, co je napadne k pozitivním přínosům péče, vznikají mnohdy různorodé závěry na to, jaké je vlastně pojetí péče.

Klady péče vnímané rodinnými pečujícími se mohou dělit na oblasti týkající se vztahů ve třech rozměrech, jak uvádí Hinrichsen (In Carbonneau, 2010):

- **Vztah s příjemcem péče** – Bylo vyzorované, že díky pečování mnohdy došlo ke zlepšení vztahu mezi příjemcem péče a pečujícím (starý rodič vs. dospělé dítě).
- **Vztah k sobě samému** – Pečující si uvědomovali vlastní růst a prohloubení znalostí. Pečování jim pomohlo v objevení pro ně dosud neznámých schopností.
- **Vztah k ostatním lidem** – Pečující byli chápavější ke svému okolí a skrze pečování objevili dobré přátele a upevnili s nimi vztahy.

Oproti tomu Tarlow (2004) udává dvě oblasti přínosů, kde shledává za základní sebepotvrzení a životní postoj. Využívá devíti různých projevů pozitivních aspektů pro jejich měření:

- Cítit se užitečný
- Mít dobrý pocit ze sebe samého
- Cítit se potřebný
- Cítit se ceněný
- Cítit se důležitý
- Cítit se silný a sebevědomý
- Být si vědom, že poskytování péče mi umožnilo cenit si více života
- Být si vědom, že poskytování péče mi umožnilo rozvinout pozitivnější přístup k životu
- Být si vědom, že posílilo moje vztahy s ostatními

Mezi další přínosy pečování můžeme zahrnout např. rozvoj altruistického chování, osobní růst, změna životní filozofie (v pozitivním smyslu). Respondentka B. vnímá „*změnu v tom, že chci více dbát na výchovu dcery v tomto duchu – pečování, pokoře ke starším a vůbec. Jsem ráda, že je u toho, že vidí babičku a to, jak se o ní staráme.*“

Pečující se díky pečování může naučit i nové schopnosti ke zvládnání nečekaných životních situací jako respondentka R., která říká, že „*pozitiva jsem našla hlavně v tom, že si myslím, že jsem fakt odolnější a že už mě toho teď moc nerozháze, protože jde hlavně o zdraví.*“

## **7.1 Pozitivní aspekty péče u rodinných pečujících**

Větší pozornosti se pozitivní aspekty dočkaly po spontánních reakcích v rámci výzkumů, kdy sami pečující udávali, co pozitivního jim péče přinesla. Podle přesnějšího poznání – kdyby se zjistil jasný význam, faktory a vznik přínosů péče – by mohlo dojít k lepší specifikaci a identifikaci pečujících osob, které by nejvíce potřebovaly pomoc a podporu.

Podle některých autorů nejde zcela jednoznačně oddělit negativní dopady od pozitivních. Někdy není možné optimalizovat pozitivní, aniž bychom se do hloubky nezajímali o negativní stránky života a nepoznali způsoby řešení různých situací.

Vnímání pozitivních stránek pečování vede ke snížení míry dopadů negativních důsledků. Z různých výzkumů vyplývá (např.: In Searson, 2008; Přidalová, 2006; Tošnerová, 2001), že stavy depresí, vnímání zvýšené zátěže a zhoršení zdravotního stavu, se snižují v souvislosti s vlastním vnímáním péče a se smířením se s rolí pečujícího.

Abych se v práci posunula dále, vybrala jsem si popis pozitivních aspektů podle Netta (2009), který díky širšímu pojetí zahrne i poznatky ostatních autorů. Netto je logicky rozdělil a podle něj existují tři hlavní a směrodatné oblasti:

- Osobní růst

- Přínosy v oblasti vztahů
- Přínosy vyšší úrovně

Podle Netta o **osobním růstu** hovořili všichni respondenti, kteří se účastnili jeho výzkumu. Respondenti uváděli, že pečování jim přineslo pozitivně vnímané osobnostní změny, změny charakteru a jejich postojů. U pečujících se tak rozvinula větší trpělivost a chápavost. Pečování jim také pomohlo být vstřícnějšími a trpělivějšími (nejen k nemocným). Respondent Š. našel „*pozitiv celou řadu, především pokoru ke stáří, starším, k umírání, k lidskému tělu, ke svému zdraví.*“

Hovořili o tom, že v počátcích pečování nebyli v takové míře trpěliví, a to jim způsobovalo stres. Jakmile obrátili svůj postoj, pocítili úlevu. Jiní pečující se díky poskytované péči cítili být silnější a odolnější vůči těžším situacím. Tento fakt pozorovalo i okolí pečujících. Netto ale uvádí, že až takové vnímání pozitivních aspektů přichází po již absolvovaném náročnějším období péče, které pečující překonali.

Pečování pečujícím také pomohlo v uvědomění si vlastních pozitivních i negativních vlastností. Díky tomu si uvědomili, jak jim některé jejich neduhy způsobují zbytečné problematické situace v jejich roli a tak změnilo své jednání.

Před pečováním neměli pečující tolik poznatků o nemoci seniora a poskytování péče je vlastně v této oblasti vzdělalo. Z toho se také odvíjelo snazší rozhodování týkající se péče o nemocného. Netto také uvedl, že rodinní pečující poskytující péči osobám s demencí se stali kreativnějšími v hledání řešení problémů. Je to z toho důvodu, že díky charakteru demence musí neustále vyhledávat nová řešení nejrůznějších problémů.

Jako druhou oblast Netto (2009) uvedl **zlepšení vztahů** mezi příjemcem péče a pečujícím. Ke zlepšení vztahů došlo i v rodině, ale také se dostavila celková změna ve vztahu k starým lidem obecně. Pokud byla nutná celodenní péče, pečující tak získali možnost více blízkého poznat a naučit se ho lépe chápat. Vztah hodně záleží na přijmutí pečující role a celkovém naplňování potřeb opečovávané osoby.

Změna ve vztazích v rodině je popisovaná jako uvědomění si, jak jsou pro sebe jednotliví členové důležití. V případech nutnosti zajistit rozsáhlejší a náročnější péči o seniora se více semkli. Hodnotí tak, že podle slov rodinných pečujících se každý člen před tím, než došlo k pečování, zajímal o své vlastní záležitosti. Výsledkem je nemoc jako pojítka. A když se rodina na péči spolupodílí, pečující si tak uvědomuje pozitivní změny ve vztazích, a i to se podílí na snížení negativních dopadů pečování.

Poslední oblastí jsou tzv. **přínosy vyšší úrovně**, do kterých Netto zahrnuje změnu životních postojů, a to ve směru k pozitivní životní filozofii. Pečující si v průběhu péče uvědomili důležitost vztahů, a tak si jich váží více než materiálních věcí. Díky zkušenosti, že je život nepředvídatelný, dokážou odpustit i někdejší křivdy. Pečující také pozitivně vnímají tvrzení, že darováním (pečováním) sami získávají.

V průběhu poskytování péče si pečující uvědomili fakt, že v počátcích péči vnímali jako určitou povinnost či závazek vůči seniorovi, ale v pozdějším čase záměr přehodnotili a pečovali s prostým zájmem pomoci.

Jako přínos vyšší úrovně chápe Netto i altruismus. Nepovažuje ho za část spirituality, ale jestli si lidé skrze něj uvědomují potřeby ostatních a dokážou je postavit před ty své, má tato skutečnost blízko ke spiritualitě.

Pozitivní pojetí péče jsou závislé na postoji pečujícího k samotnému poskytování péče. Možná příčina v odlišnostech vnímání nové role pečujícího souvisí s cíly, motivací a hodnotami, míní J. B. Kramer (1997). Pokud se cíle shodují nebo jsou blízké cílům pečujícího, pravděpodobně vynaloží více námahy a starému člověku se více věnuje. Jiný případ je, když se cíle pečujícího neslučují s nároky péče a dosažení cílů pečující osoby je omezeno. V prvním případě bude pečující poskytovanou péči vnímat pozitivněji.

### **7.1.1 Pozitivní aspekty a vliv na zátěž a psychiku pečujícího**

Úzkost u pečujícího je ovlivněna postojem k jeho péči a tím, jak sám vnímá zátěž, jaké cítí sebevědomí a jaké zvolil obranné mechanismy a způsoby zvládání úzkosti (coping). Zdá se, že nejvyšší vliv na vznik úzkosti mají u pečujícího právě nevhodně zvolené copingové metody.

S pozitivními aspekty souvisí i pozitivní afekt/afektivita. Pozitivní afekt zahrnuje příjemné a pozitivní emoce a prožívání pocitu štěstí. Pozitivní emoce jsou krátkodobou záležitostí, oproti prožívání pocitu štěstí, který je z hlediska psychologie dlouhodobou záležitostí.

Stejně tak, jako nemůžeme hodnotit pozitivní a negativní pojetí péče jako protipól, u afektů je to stejné. Vždy se musí hodnotit míra pozitivních/negativních aspektů/afektů. Podle Echtelda (1999, In Křivohlavý, 2002) se úroveň kvality života zjišťuje podle třech hodnot:

- Míra uspokojování z dosahování životních cílů
- Míra pozitivního afektu
- Míra negativního afektu

### **7.1.2 Pozitivní aspekty péče a somatický stav pečujícího**

Pozitivní aspekty péče nemají výrazný vliv na zdravotní stav, ani nesnižují fyzickou námahu. Spojitost ale mohou mít s pozitivnějším vnímáním vlastního života. To se poté může odrazit v subjektivním vnímání vlastního těla.

Protože máme propojenou psychiku se somatickým zdravím (psychosomatika), můžeme předpokládat, že pozitivní postoje mohou mít vliv na celkový psychosomatický stav rodinného pečujícího. Jde o ovlivňování psychického vnímání pozitivním náhledem na vlastní situaci a pocitem uspokojení.

### **7.1.3 Pozitivní aspekty péče a sociální opora**

Jedním z pozitivních aspektů péče je samotný vztah mezi pečujícím a příjemcem péče. Poskytováním péče pečující seniora pozná blíže a mohou spolu tak navázat na hlubší a hodnotnější vztah, než který zaznamenali před zahájením pečování.

Dalším přínosem týkajícího se vztahů a opory, je schopnost odpuštění a naučení se vnímání minulých křivd v jiném světle (např. je vnímat jako nedorozumění). Díky celkovému pozitivnějšímu přístupu tak pečující snižují i hrozbu sociální izolace.

Z celé práce vyplývá, že pečující tráví stále více času s blízkým a tak i zlepšování vztahu (nebo udržení současného stavu, když je vyhovující) může být pozitivním přínosem. Jedním ze způsobů jak prožívat pozitivní přínosy péče, je podle Searsona (2008) spolupráce na společných aktivitách, které obě strany vnímají smysluplně a činnost jim přináší radost. Může jít o prohlížení fotografií, vzpomínání na minulost, trávení času venku, čas s rodinou nebo jen sledování televize. Nejvíce jde o aktivity, které vyvolávají pocit sounáležitosti, sdílení pocitů s blízkou osobou a projevy lásky.

Podpora smysluplných aktivit může působit terapeuticky, díky zachování pocitu sounáležitosti. Společné aktivity také vedou ke zlepšení subjektivního vnímání životní pohody či kvality života.

### **7.1.4 Pozitivní aspekty péče a vztah role pečujícího s dalšími rolemi**

Vztah rolí jako pečující a zaměstnaný se shledává přínosným. V mnoha případech byly negativní dopady péče na zaměstnání převáženy pozitivními dopady, kdy se rodinní pečující cítili být úspěšní a měli dobrý pocit z dosažených výsledků. Podle Přidalové (2006) odchází ze zaměstnání kvůli péči jen malé procento pečujících osob. Možná to souvisí i s faktem, že mnoho žen pečuje v důchodovém věku.

Potřeba setrvání v zaměstnání neznamenaá ihned odmítnutí péče o rodinného příslušníka. Často se stává, že dospělé dcery pečují jak o své rodiče, tak o své děti. Péči ale zvládají zároveň, a proto jsou často mezi povinnostmi vztahujících se k seniorovi, povinnostmi pracovními a povinnostmi vůči vlastní rodině.

Vztah mezi těmito rolemi může mít i další pozitiva. Veselá (2002) je toho názoru, že případná ztráta zaměstnání může mít velký vliv na případné přijetí role pečujícího u potenciálního pečujícího. Topinková dodává (In Tošnerová, 2001), že při skutečné nezaměstnanosti může být pro ženu pečování přínosem. Protože nejčastěji pečují ženy ve věku 50 – 65 let, Topinková uvádí, že jde o ženy, které jsou ohrožené v případě ztráty zaměstnání dlouhodobou nezaměstnaností.

Co se týče role manžela/partnera, pakliže se jedná o harmonický vztah, nemají pečující pocit snížené kvality života ani životní pohody. Hodnotí ho na podobné úrovni, která je u lidí, kteří neposkytují péči, tvrdí Choi (2006).

### **7.1.5 Pozitivní aspekty péče a převzetí odpovědnosti za příjemce péče**

Na začátku, když přijde na řadu rozhodování a přebírání odpovědnosti za seniora, jsou mnozí pečující nervózní a i tato oblast může vyvolávat stres. Ale postupem času může tato oblast být pečujícími vnímána jako přínos. Tarlow (2004) uvádí, že pečující se díky tomu cítí být silnější a sebevědomější. Sanders (In Netto, 2009) popisuje, že pečující mají záhy vědomí o vlastní schopnosti zvládnání životních situací.

Podle Netta (2009) se pečující cítí být erudovaní právě v oblasti péče. Celkově péče a nutnost převzít rozhodování, přispěla k rozvoji vnímání vlastní síly a kompetencí. Tohle vše působí na pečujícího pozitivně, který se pak jeví jako posilující zdroj schopný zvládat životní situace, což je pro blízkého také příjemné, protože cítí pocit jistoty a bezpečí.

### **7.1.6 Pozitivní aspekty péče a finanční situace**

Přínos je v této oblasti vnímáný spíše u lidí, kteří jsou dlouhodobě nezaměstnaní nebo jsou na rodičovské dovolené. Poskytování péče může zvýšit jejich příjem v podobě odměny za péči, která se vyplácí ze seniorova příspěvku na péči.

Ještě lépe vnímáný je tato přidaná hodnota v regionech, kde je dlouhodobá vyšší nezaměstnanost, uvádějí se nižší mzdy, ale nižší výdaje za nájemné a levnější služby. Příspěvek na péči má zde vyšší reálnou hodnotu.

Může ale docházet k jinému jevu. V případech, kdy pečující vnímá pomoc a poskytování péče blízkému pouze jako východisko z nezaměstnanosti, nemusí být péče vykonávaná v takové míře, kdy by přinášela přínos pro oba. V této situaci by přínosem hlavně pečující osobě, nikoliv blízkému.

### **7.1.7 Pozitivní aspekty péče z hlediska fází poskytování**

Poskytování péče můžeme z hlediska pečujících osob rozdělit na mnoho fází. Pro tuto práci postačí, když se zaměříme na tři, podle mého názoru, základní fáze, kterými projde každý pečující. První fáze je rozhodování o přijetí role pečujícího, druhá fáze obnáší proces poskytování péče a třetí fáze je ukončením poskytování péče.

- **Pozitivní aspekty péče a faktory ovlivňující přijetí role pečujícího:**

Je jisté, že v této fázi dochází ke zvažování o přijetí nebo nepřijetí role pečujícího. Ráda bych upozornila na fakt, že jsou onemocnění, která svou progresí vyžadují další přehodnocování a uvažování, zda v poskytování péče lze ještě pokračovat. I toto období, dalšího zvažování zda pečovat či přenechat péči profesionálním pracovníkům, je neméně náročné, jako počáteční rozhodování o přijetí role pečujícího.

Pečující v počátku musí zhodnotit své možnosti, a to možnosti týkající se jeho rodiny, jeho zaměstnání a financí, kompetencí a jeho zdravotního stavu. Tato fáze je ale různá, a to z hlediska toho, kdy má být případná péče zahájena. Záleží, zda se potenciální pečující musel rozhodnout rychle nebo

na to měl čas. Když se musí rozmyslet rychle, protože zdravotní stav seniora se náhle změnil k horšímu, mnohdy si ani nepředstaví, co vlastně péče všechno obnáší. Nikdy by se neměl opomíjet fakt, že se pečující nerozhoduje pouze sám za sebe, ale do rozhodovacího procesu by měli být zahrnuti také ostatní členové rodiny a další příbuzní. Měli by společně hledat to nejpříjemnější řešení, které by vyhovovalo jak jejich blízkému, tak pečujícímu.

Na výběr rodinných pečovatelů mají podle Hesse a Marksona (1985, In Jeřábek, 2005, str. 38 - 39) vliv tři druhy faktorů, mezi které patří demografické imperativy, předchozí události a situační faktory.

- **Demografické faktory** – Nejsilněji se projevují v případech, kdy je potenciální pečující jedináček, ženského pohlaví, který bydlí v blízkosti seniora nebo když je rodinný pečující svobodný.
- **Předchozí události** – Takové události, které předcházely péči. Hlavním znakem byla dominance postupné, ale naléhavé péče a závazek vzájemnosti.
- **Situační faktory** – Tzn., že vliv na pečujícího měl faktor vázající se k pocitu nejmenší zátěže a největší motivace. Tyto faktory vycházely z pocitů potenciálního pečujícího.

V zásadě, pokud se pozitivní aspekty dostanou do povědomí laické i odborné veřejnosti, může to pečujícím péči usnadnit, domnívá se Jeřábek (2005). Pečující po celou dobu poskytování péče komunikuje jak s laickým okolím, tak s odborníky (lékaři, úředníci, poskytovatelé sociálních služeb). Když budou mít na péči pozitivní náhled, pečujícího to povzbudí.

Fakt, že vnímání a závazek vzájemnosti není v pozadí, předkládá Jeřábek (2005) jako pocit závazku pomoci milované osobě, která během svého života pečujícímu tolik dala. Podle Murray (1999), může být tento faktor velice významným pro rodinné pečující, kteří žádné jiné přínosy nevnímají.

- **Faktory, které ovlivňují poskytování péče rodinným pečujícím:**

Druhé fáze se týkají všechny již zmíněné pozitivní aspekty. Zde proto popíši jen některé poznatky, které se netýkají již popisovaných oblastí.

Intenzita poskytované péče se s progresí nemoci zvyšuje. V posledním stádiu, závěru života, je poskytovaná prakticky neustále. I přesto, že by se zdálo, že péče v téhle fázi je velice zátěžová a nepřináší nic pozitivního, pečující si dokázali přínosy najít. Pečující během dne zažije drobná povzbuzení a další zážitky, které v nich dokážou vyvolat pocit radosti, uvádí Tarlow (2004). Z toho vyplývá, že pečující jsou schopni prožívat radost i z událostí, které by mnozí hodnotili negativně nebo neutrálně. I to je přínos péče. Intenzivnější a dlouhodobější péče nemusí být nutně jen zdrojem vyčerpání a stresu.

Liew dokládá (2010), že pečující prokazovali vyšší vnímání pozitiv z péče v případech, kdy šlo o pečující, kteří neměli žádné jiné zaměstnání, jejichž péče byla poskytovaná tři roky a déle a pečovali o nemocného v pokročilém stádiu, anebo když trávili s blízkým 60 % část svého času. Je

pravděpodobné, že vnímání pozitivních dopadů, není příliš závislé na vlivu délky a intenzity péče. Naopak se ukazuje, že díky dlouhodobější a intenzivnější péči se pečující vnímali jako silnější.

Péči, která nevede ke zlepšování zdravotního stavu opečovávaného, může některý rodinný pečující vnímat negativně malou míru viditelných výsledků své péče. Pozitivum ale může shledávat v plnění povinností v pečování. Stejně tak může pozitivně vnímat snahu, kterou vynaložil.

Jak uvádí Collings (In Goodhead, 2007), při využívání profesionálních/formálních služeb, může docházet ke konfliktu s postoji pečujícího. Pečujícímu se nemusí líbit postup pracovníka a může také vycházet z pozice experta, protože se tak díky pečování vnímá. Tento fakt, že se vnímá jako expert, není špatný, ale nemělo by kvůli tomu docházet ke konfliktům. Spíše by mělo docházet k nastavení pozitivního vztahu mezi ním a pracovníkem, kdy mohou oba do péče rovnocenně zasahovat. Jde o nastavení kooperace.

Když pracovník respektuje pečujícího a souhlasí se vzájemnou spoluprací, pro pečujícího je to doložením pozitivních přínosů péče. Pak si pečující uvědomí i svou vlastní důležitost, sílu a užitečnost.

- **Faktory, které ovlivňují ukončení poskytování péče rodinným pečujícím:**

Ukončení péče ze strany pečujícího může být způsobeno předáním blízkého do péče jiného rodinného příslušníka, který ho vystřídá v hlavní péči. Dále jím může být předání starého člověka do institucionální péče. K ukončení péče dochází také při smrti opečovávaného nebo úmrtí rodinného pečujícího.

Úmrtí blízké osoby je vnímané z negativní i pozitivní stránky. Negativním se jeví prožívání emocionální ztráty blízké osoby a případně nový stres z nenadálé nezaměstnanosti. Pečující, kteří si více uvědomovali pozitivní aspekty péče, podle Boernerera (2004) prožívají smrt seniora intenzivněji a projevuje se u nich hlubší zármutek. Dále pokud poskytování péče vnímali jako uspokojující a nacházeli v tom smysluplnou životní náplň, smrtí blízkého ztratili životní náplň a také roli. Mezi pozitivní se řadí snížení stresu z nároků na péči, pečující se může věnovat svým záležitostem a potřebám, může se věnovat zaměstnání nebo se vrátit do svých původních rolí. Smrt blízkého sebou přináší zlepšení sociálního fungování pozůstalého pečujícího, zlepšení zdravotního stavu, který byl zhoršen vysokou zátěží a stresovými situacemi z pečování.

Obdobný dopad může mít i v případě, kdy pečující blízkou osobu svěří do pobytové péče některé ze sociálních či zdravotních institucí. Někdy to pečující může chápat jako své selhání. Pokud ale i přesto pečující pocítí pozitivní dopady plynoucí z dobře odvedené práce, může to zmírnit pocity viny nebo selhání. Nechá-li formální poskytovatel rodinného pečujícího dále na péči spolupracovat, pozitivní přínosy péče mohou zůstat prozatím zachované.

Pokud si pečující i po ukončení péče uvědomuje své schopnosti a posun k altruismu, může směřovat k pomoci lidem, kteří jsou v obdobné situaci, jako byl on sám. Proto pro něj péče může být zdrojem smyslu i po jejím ukončení. Stejně tak je to i s pozitivními aspekty péče, které mohou přetrvávat i po ukončení péče.



## 7.2 Shrnutí

Pozitivní aspekty péče měly za úkol osvětlit pozitivní stránky pečování, které si mohou rodinní pečující odnášet a které i v náročnosti péče mohou hledat. Protože ne jen tak samo od sebe se začne objevovat něco pozitivního. Pečující o tom musí začít přemýšlet. Myslím si, že tato kapitola byla krátkým návodem, co má pečující hledat. Potenciální pečující si už dopředu může představit, na co se má soustředit. Někomu se může zdát, že vidět něco pozitivního ve chvíli, kdy by za sebou nejraději zabouchl dveře a měl chvíli klid, je nemožné.

Podle mého názoru je tento stav právě žádoucí. Vnímáním pozitivních aspektů péče pečující napomáhají i k lepšímu vztahu mezi nimi a blízkými. Navíc, když pečující jednají pozitivně, přitahují k sobě ostatní lidi – členy rodiny a příbuzné – kteří se pak spíše nabídnou k pomoci. Díky pozitivnímu přístupu k péči ze strany rodinného pečujícího mohou v péči ostatní členové rodiny spatřit smysluplnost a důležitost.

Tato kapitola naskytla náhled na provázanost psychiky a somatické stránky zdraví. Psychická pohoda souvisí s aktuálním zdravotním stavem pečujícího. Ten, kdo kolem sebe cítí (a vnímá) oporu, snadněji si dovede z péče vybírat pozitivní aspekty. Čím více je pozitivní, tím menší na něj doléhá stres a tím lepší je i jeho zdravotní stav. A tím více může být nápomocný seniorovi, který jeho péči potřebuje a vyžaduje. S přibývajícimi lety a progresí nemoci bývá péče intenzivnější a náročnější, proto je tak důležité subjektivní vnímání životní pohody a kvality života u samotného rodinného pečujícího.

## 8 MOŽNOSTI POMOCI RODINNÝM PEČUJÍCÍM V ČR

Pečující osoby neboli rodinní pečující, nebo také laičtí pečovatelé, nejsou podle zákona o sociálních službách (108/2006 Sb., vzpp) žádnou cílovou skupinou. Pečující osoby jsou vnímané jako zatím nová skupina osob, která potřebuje podporu a pomoc.

Kohoutek (1998) několikrát zmiňuje cílovou skupinu a utváří pro ni definici. Podle něj je cílová skupina taková skupina, kterou někdo zkoumá nebo ji má něčím ovlivnit, vzdělávat nebo léčit. Znakem skupiny je vždy něco, co mají lidé v ní společné. U cílové skupiny se předpokládá, že mají společný problém, který se bude řešit. V rámci sociální služeb se jedná o problematiku rozmanitou. V této práci zmiňuji jednu cílovou skupinu, která je zákonem uznaná, a to jsou senioři. Druhá skupina, která je také početná, jsou pečující osoby, které nejsou zařazeny do uzákoněných cílových skupin podle zákona o sociálních službách. Jedna z metod sociální práce je práce s rodinou a do této „kolonky“ lze zahrnout celou rodinu, která pečuje o svého blízkého.

Nejčastější pomoc, kterou mohou pečující osoby nalézt, jsou svépomocné skupiny, poradenství nebo vzdělávání. **Svépomocné skupiny** jsou jakýmsi druhem podpůrných skupin. V rámci setkávání se na určeném místě (většinou zastřešuje nestátní nezisková organizace), mají možnost se v určitých intervalech scházet lidé, kteří pečují o osoby blízké. Z mé vlastní zkušenosti a ze zkušeností kolegů z oboru nejsou svépomocné skupiny tolik využívány. Nejde o to, že by pečující neměli zájem. Jak je již z předchozích kapitol patrné, pečující nemají tolik času.

Pro představu: pečující je stále zaměstnan a po pracovní době jede domů a stará se o nesoběstačného seniora, nemá čas si jít někde sednout. Někdy je blízký zcela závislý na pomoci rodinného pečujícího, že i když pečující nemá žádné oficiální zaměstnání, tato péče je velice náročná a vyčerpávající. Pečující může využít na pár hodin službu (nebo se vyměnil s jiným členem rodiny), která by nad opečovávaným zařídila dohled.

Další možností je **poradenství**. Poradit se ohledně péče a postupů, mohou pečující jak v rámci prohlídek u praktického lékaře blízkého nebo u poskytovatele sociálních služeb. Další poradenství může využít přes Úřad práce, kde s úřednicemi může vyřešit záležitosti ohledně příspěvku na péči či dalších možností. Poradenství jako duchovní podporu mohou pečující také využívat. Stejně tak poradenství psychologické. Pokud je senior v poslední fázi života, umírá, lze využít poradenství ohledně posledních věcí přes hospice a hospicová hnutí. Tam se zabývají poradenstvím v paliativní péči, kdy mohou poradit s dalšími postupy péče, ale také pečující psychicky podrží. Existují také organizace, které se přímo zaměřují na podporu pečujících osob. V následující podkapitole představím několik vybraných organizací, takže je zde nyní vypisovat nebudu.

Pokud by se chtěl pečující dozvědět více o možnostech poskytování péče, aby vycházel starému člověku nejvíce vstříc, může využívat různorodých **vzdělávacích kurzů** od neziskových organizací. Vzdělávat se může také prostřednictvím webových portálů některých organizací, které vzdělávací materiály poskytují zdarma a online, nebo může využít tréninková videa.

Pečující mohou využít službu **respiti (odlehčovací) péče**, kterou jsem již zmiňovala v podkapitole 2.1.1 (Formální péče).

Pečující osoby mohou využívat **finanční podpory** od státu. Do konce roku 2006 bylo možné od státu využívat příspěvku při péči o osobu blízkou nebo mohl senior požádat o možnost zvýšení důchodu pro bezmocnost a tím se tak zvýšil jeho příjem. Ale od 1. 1. 2007 tyto příspěvky nahradila jedna vyšší dávka, a to **příspěvek na péči**.

Senior také může zažádat o **příspěvek na mobilitu** (z. č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením), a to v případě, že se několikrát v měsíci za úplatu dopravuje (např.: k lékaři, na vyšetření). Nárok na tento příspěvek mají žadatelů, kteří jsou zároveň držiteli průkazů osob se zdravotním postižením (OZP). Tento nový průkaz od 1. 1. 2016 nahradil průkazy TP, ZTP a ZTP/P. Pokud si držitelé předešlých průkazů nezažádali do 31. 12. 2015 o výměnu průkazu, museli si v roce 2016 zažádat o nový, a tudíž se u nich muselo znovu provést šetření s následným posudkem posudkového lékaře. Formulář k této žádosti lze nalézt opět na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí.

Další příspěvek, o který si mohou senioři zažádat, je **příspěvek na zvláštní pomůcku** (znění ve stejném zákoně jako u předešlého příspěvku). Tento příspěvek je určen na pořízení vybavení, který mohou využít osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí a také ty osoby, které trpí těžkým sluchovým či zrakovým postižením, které se charakterizuje jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. V příloze zákona 329/2011 Sb. může pečující najít seznam diagnóz, pro které se příspěvek přiznává.

## **8.1 Projekty a organizace podporující pečující osoby na území ČR**

V následující podkapitole napíši stručné informace o organizacích, které podporují pečující osoby v ČR. Nebudu vypisovat všechny organizace, které se zabývají touto problematikou. Zmíním zde tři organizace a popíši, jakým způsobem se podílejí na pomoci pečujícím.

### **8.1.1 Pečuj doma**

Unikátní projekt *Pečuj doma* (<http://www.pecujdoma.cz/>) vznikl v roce 2009. Tento projekt při svém prvním běhu spadal pod Moravskoslezský kruh o. s. Pod jeho správu patřil do roku 2012 a byl podporován z Evropského sociálního fondu. Tento projekt byl realizován na území jihomoravského kraje. Pod novým názvem *Pomáháme pečovat* patří projekt od roku 2013 až doposud (2016) pod křídla Diakonie Církve československé evangelické. Projekt má již celorepublikovou působnost. A co vše tento rozsáhlý projekt pečujícím přinesl? Níže vypíšu seznam služeb, které v projektu vznikly:

- Provoz webových stránek [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz)
- Čtvrtletní tištěný zpravodaj *Pečuj doma*
- Příručky pro pečující laiky

- Instruktažní videa přímé obslužné péče
- Kurzy pro pečující osoby
- Provoz bezplatné poradenské linky 800 915 915
- Kontaktní poradenská místa (poslední v Praze v areálu Ústřední vojenské nemocnice)
- Centrum pro podporu laické péče

Ráda bych doplnila, že webové stránky projektu obsahují velké množství materiálů pro pečující osoby (instruktaže, videa, příručky), on-line poradnu, doporučení na literaturu a informace z oblasti legislativy. Pečující osoba najde mnoho informací. Kdyby ani ty nebyly dostačující, pečující může kontaktovat pracovníky prostřednictvím bezplatné poradenské linka nebo on-line linky.

Navíc, v roce 2015 se Diakonie CČE s Institutem důstojného stárnutí CČE zapojili do mezinárodního projektu pro pečující osoby *Eurocarers*. Projekt je zaměřen na shromažďování informací pro pečující osoby, pečující profesionály, ale také pro zaměstnavatele. Pro tento projekt vznikly webové stránky <http://eurocarers.org/>, které jsou dostupné i v českém jazyce.

### **8.1.2 Pomáháme pečujícím pečovat**

Dalším z podpůrných projektů pro pečující osoby byl projekt organizace Totum (<http://www.ostotum.cz/>). Projekt byl určen pro osoby žijící v Nymburce a okolí. Projekt byl realizován v roce 2012. O rok později tato organizace uskutečnila projekt pro pečující z odlehlých regionů ČR. Jednalo se o informování pečujících prostřednictvím sociální sítě Facebook, vyhledávače Google.

Ke spolupráci bylo přizváno i 100 praktických lékařů, což považuji za velmi dobrý krok. Nechci napsat, že všichni praktičtí lékaři neposkytují informace pečujícím osobám, nesdělují jim jejich možnosti, mívají problém s předepsáním kompenzačních pomůcek nebo nechtějí docházet do domácího prostředí. Ale jsou mezi nimi i tací, kteří zjišťování informací nechávají na pečujících a mnohdy oni sami nemají o možnostech pomoci více informací než sám pečující.

Organizace Totum se jako jedna z mála organizací poskytujících pomoc pečujícím osobám zapojila i do projektu Fondu dalšího vzdělávání (2014 – 2015). Fond dalšího vzdělávání je příspěvkovou organizací Ministerstva práce a sociálních věcí a projekt *Podpora neformálních pečovatelů* měl za cíl zanalyzovat situaci českých laických pečovatelů. Díky tomuto projektu vznikly hned 2 příručky, a to jak pro pečující laiky, tak pro pečující profesionály.

Do dalšího projektu se Totum zapojilo v období 2014 – 2016, kdy Evropská rozvojová agentura zahájila projekt *ELMI (Integrace pečujících osob na trh práce skrze rozvoj klíčových kompetencí)*. Cílem projektu je vytvoření vzdělávacího kurzu. Myšlenka není nová, inspirovala se běžícím projektem v jiných evropských zemích (př.: Itálie). Deset pečujících osob testovalo dvě lekce (z celkem 18) a nyní zhodnocuje jejich přínos. Totum se tak podílelo na pilotním testování.

Abych nezůstala jen u projektů, organizace pořádá kurzy a semináře i odpolední posezení pro pečující osoby. Dále vede poradnu pro pečující, která je buď ve formě ambulantní, nebo on-line. Pro pečující je zde možnost psychologického nebo pastoračního poradenství.

### 8.1.3 Doma bez obav

Projekt *Doma bez obav* je projektem obecně prospěšné společnosti Krása pomoci (<http://www.info.krasapomoci.cz/>). Je zaměřen na pomoc seniorům a rodinám pečujícím o seniory. Cílem projektu je udržet staré lidi co nejdéle v domácím prostředí.

Projekt je realizován pomocí kontaktních míst, na kterých se senioři či rodiny mohou dozvědět informace o systému sociálních služeb, poskytovaných dávkách a o všem co je s pobytem seniorů v domácím prostředí spojené. V projektu také figuruje koordinátor péče a podpůrných služeb, který starého člověka a rodinu navštíví v jejich domácím prostředí (v místě, kde žije senior). Koordinátor pomůže sestavit vhodnou formu péče, zajistí dávky, kompenzační pomůcky a další služby. Rodina se na něj může kdykoliv obrátit.

Organizace poskytuje také psychologické poradenství, které může pečující využít během celé péče a hlavně v momentu, kdy blízká opečovávaná osoba zemře. Psychologické poradenství by mělo pečujícího stabilizovat. Pokud je potřeba další péče, psycholog doporučí další odborníky.

### 8.1.4 Online podpora pečujících osob

Pokud pečující nemají síly kamkoliv docházet, v jejich bezprostředním okolí se žádná služba či poradna nenachází, může využít on-line poradny či webové stránky pro pečující, kde může nalézt spoustu zajímavých a důležitých informací.

Příklad webových stránek\*:

- [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz) - Tyto webové stránky spravuje MUDr. Tamara Tošnerová (Ambulance pro poruchy paměti) ve spolupráci s Ústavem ošetřovatelství 3. LF UK.
- [www.hojeniran.cz](http://www.hojeniran.cz) – Webové stránky poskytují informace k léčení ran. Pečující může využít on-line poradnu, kožní problém (ránu, proleženinu) vyfotografovat a zaslat odborníkům, aby mu poradili, jak má postupovat.
- [www.dustojnestarnuti.cz](http://www.dustojnestarnuti.cz) – Na těchto stránkách se může pečující dočíst aktuální informace týkající se stáří a stárnutí. Nalezne i příručky a rady k péči.
- [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) – Webové stránky poskytující informace pro pečující i pozůstalé. Lze využít i internetovou poradnu.
- [www.dekubity.eu](http://www.dekubity.eu) – Komplexní informace o proleženinách

*\*Pozn.: Informace o jednotlivých webových stránkách jsou převzaty z jednotlivých stránek, které jsem uvedla.*

Na internetu může pečující najít široký výběr potřebných informací. Hodně webů se také specializuje na jednu problematiku (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, nemoci

pohybového aparátu apod.), které se věnuje ve všech směrech. Možností je mnoho, záleží na tom, kdo co hledá.

K nasměrování mohou vést stránky jednotlivých domovů pro seniory či webové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí a také Ministerstva zdravotnictví. Dobré je sledovat stránky České správy sociálního zabezpečení.

## **8.2 Podpora neformální péče v jiných zemích EU**

Můžeme se inspirovat situací v Dánsku. Samozřejmě, máme jiný systém, který není totožný s dánským, ale víme, jakým směrem jít. V Dánsku se rodinný pečující může stát dokonce zaměstnancem veřejné správy, který na péči o svého blízkého podepisuje smlouvu s obcí. To znamená, že získá stejná práva jako běžný zaměstnanec a může čerpat výhody jako: pracovně-právní ochranu, má nárok na dovolenou a stanovenou hodinovou mzdu, která je v normální výši. Většinou je smlouva uzavíraná jako zaměstnání na částečný úvazek. V Dánsku mají navíc dobře rozšířenou síť služeb pro seniory, takže je každému dostupná a nejsou tak dlouhé čekací lhůty.

Situace v Německu je následující. V roce 1995 bylo zřízené sociální pojištění pro případ dlouhodobé péče. I podle různých možností podpory jsou němečtí rodinní pečující ohroženi příjmovou nejistotou. Odměny, které získají za péči, jsou příliš nízké – pokud by se jednalo o celodenní péči, jeho hodinová finanční odměna by se pohybovala okolo hranice chudoby. Pečující mohou čerpat dovolenou, ale neplacenou. Zdravotní a nemocenské pojištění si mohou dobrovolně platit, ale je to pro ně příliš drahé. Mají od státu garantovanou ochrannou péči, aby je zaměstnavatel nepropustil, když jim poskytl dovolenou kvůli pečování. Jenže ochranná doba není dostatečně dlouhá, a tak je od případné ztráty zaměstnání ve všech případech neochráná.

Hubíková (2015) dále porovnává Nizozemsko, kde rodiny v podstatě nemají možnost se rozhodnout jinak, než pečovat doma. Nachází se tam malý počet zařízení pro staré lidi, a tak jsou dlouhé čekací lhůty. Rodinní pečující jsou vnímáni spíše jako dobrovolníci. Souvisí to se zakotvenou morálkou ohledně povinnosti péče o své rodinné příslušníky. Pečující může získat nějakou část peněz z příspěvků pro blízkého, ale možnosti jsou velmi omezené. Když pečující žije v domácnosti s opečovávaným seniorem, nemá nárok na žádné sociální zabezpečení, ani na žádné jiné platby. Většinou se jedná o ženy, které se pak stávají zcela finančně závislé na ostatních členech rodiny. Převzetí dlouhodobé péče v Nizozemsku znamená poměrně vysoké sociální riziko.

## **8.3 Shrnutí**

Cílem této kapitoly bylo představení rodinné péče, a jaké dopady může mít péče na pečujícího, pakliže nemá dostatečnou sociální oporu, jistotu ve financích a projevují se u něj rozpory mezi rolemi, které v životě zastává. Zvolila jsem role zaměstnance, rodiče a také pečujícího, které se nejčastěji dostávají do konfliktů.

V kapitole jsem dále uvedla, že i samotné převzetí zodpovědnosti za opečovávaného může v pečujícím vyvolávat stres, jelikož jde o velice zodpovědný krok. Stejně tak, jako je celá péče. Pečující na sebe bere velké břemeno, které může přinášet i různá úskalí.

V závěru kapitoly jsem se zaměřila na možnosti podpory, které může osoba jako rodinný poskytovatel péče v České republice využívat. V současné době se věc mění k lepšímu. Alespoň z pohledu častějšího skloňování „pečující laik“ a „neformální péče“ v médiích.

Na úplný konec kapitoly jsem zařadila podkapitolu, která stručně shrnuje podporu neformální péče v Dánsku, Německu a Nizozemí.

## 9 VÝSLEDKY PRÁCE

V této závěrečné části se budu věnovat rozboru jednotlivých cílů, které jsem si pro svou práci zvolila. Má práce se převážně skládala ze shrnutí a analýzy teoretických poznatků, jejich interpretace a doplnění o praktické zkušenosti zjištěné z výzkumného šetření s neformálními pečujícími osobami. V literatuře i prostřednictvím internetových stránek jsem se dozvěděla spoustu zajímavých informací týkající se neformální péče, ze kterých jsem vybrala ty části, které korespondovaly s mou diplomovou prací.

Pro rekapitulaci uvádím stanovené cíle:

1. Popsat úskalí péče o seniora v domácím prostředí podle dostupných zdrojů
2. Vystihnout nutnost podpory pečujících osob v České republice
3. Prací motivovat potenciální pečující nebo povzbudit ty, kteří již pečují
4. Realizovat výzkumné šetření mezi pečujícími osobami, a tak doplnit teoretické poznatky sděleními z praxe

### 9.1 Metodologie sběru dat a strategie výzkumné metody

Pro cíl č. 1, 2 a 3 jsem zvolila analýzu dokumentů. Prakticky se jednalo o sekundární analýzu dat, protože jsem vybírala informace z již vzniklých dokumentů, a to z literatury, internetových zdrojů a použila jsem poznatky z přednášek, které jsem absolvovala na Husitské teologické fakultě a také jsem využila informace z kurzů, kterých jsem se v posledních letech (2013 – 2016) zúčastnila.

Pro výzkumné šetření jsem zvolila polostrukturovaný dotazník. Na základě zjištěných dat z vyplněných dotazníků jsem vypracovala tabulky. Tento dotazník byl distribuován prostřednictvím e-mailové korespondence. Dotazník byl distribuován rodinným pečujícím osobám, se kterými jsem byla ve styku ve svém předešlém zaměstnání ve Farní charitě Praha 14. Další kontakt na pečující osoby (celkem tři) jsem získala ve zmíněné organizaci Totum. Dotazníky jsem distribuovala v lednu až únoru v roce 2015. Získaná data jsem zpracovala v dubnu roku 2015.

Výběr respondentů byl záměrný, aby odpovídal tématu předkládané diplomové práce. Základním předpokladem bylo, aby pečující poskytoval péči seniorovi.

Protože byl dotazník polostrukturovaný, některé otázky byly uzavřené, další otázky byly s možností výběru (a-d) a poslední byla volná část. Tento způsob byl zvolen pro nasměrování respondentů kvůli zaměření této práce. V otevřených otázkách získali respondenti prostor pro svůj příběh týkající se péče. Na konci dotazníku byl vymezen prostor, do kterého respondenti měli možnost vpisovat jejich další názory, které vyhodnotili jako potřebné, pro upřesnění jejich předchozího sdělení. Většina respondentů byla velice ochotná a získala jsem od nich cenné informace, které byly dostačující, a nebylo třeba dalšího dotazování. U tří respondentů jsem využila ještě dodatečných otázek ke zpřesnění jejich situace.



V předešlých kapitolách jsem do textu několikrát připojila citace jednotlivých respondentů. Důvodem této kombinace bylo prolínání teorie s praxí a se zjištěnými informacemi přímo od pečujících osob.

V následující tabulce jsou uvedeny základní sociodemografické údaje o respondentech.

**Tabulka č. 10 – Sociodemografické údaje o respondentech**

<b>Respondent/ka</b>	<b>Věk</b>	<b>Bydliště (kraj)</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Rodinný stav</b>	<b>Zaměstnání / Brigády / Péče doma</b>
Respondentka B.	37	Středočeský	VŠ	Vdaná	Péče doma
Respondentka Č.	67	Hl. m. Praha	SŠ	Vdaná	Péče doma
Respondentka J.	60	Hl. m. Praha	SŠ	Vdaná	Péče doma
Respondentka K.	59	Hl. m. Praha	SŠ	Vdaná	Péče doma
Respondentka L.	39	Hl. m. Praha	VŠ	Vdaná	Péče doma
Respondentka R.	55	Středočeský	Vyučená	Vdaná	Péče doma
Respondent Š.	34	Ústecký	SŠ	Svobodný	Zaměstnání / Péče doma
Respondentka Š.	64	Hl. m. Praha	Vyučená	Vdova	Brigády / Péče doma
Respondentka U.	57	Karlovarský	Vyučená	Rozvedená	Brigády / Péče doma
Respondentka Z.	61	Liberecký	Vyučená	Rozvedená	Zaměstnání / Péče doma

Z tabulky č. 10 je zřejmé, že devět z deseti respondentů jsou ženy, jeden respondent je muž. Věkové zastoupení bylo pravidelně rozložené s absencí pečujících ve věku od 40 do 50 let. Nejmladšímu pečujícímu je 34 let, oproti tomu je nejstarší pečující je 67 let.

Polovina respondentů žije v Praze, další respondenti žijí ve středočeském kraji, další žijí v ústeckém, karlovarském a libereckém kraji. Při poskytování péče záleží na tom, kde pečující s blízkou osobou žije. Záleží na rozvinuté síti nabízených služeb.

Celkem dva respondenti jsou vysokoškoláci, další čtyři dosáhli středoškolského vzdělání s maturitou, čtyři respondenti se vyučili. Z vyplývajících výzkumů je patrné, že dosažené vzdělání nemá na poskytování péče významný vliv. Pouze co se týká zjišťování informací, tam jsou lidé s vyšším vzděláním o krok dále.

Rodinný stav poukazuje na to, že pokud se potenciální pečující rozhodne, že bude pečovat a žije v manželství, tak ví, že je vedle něj minimálně jedna další osoba, která se na péči může podílet, a to buď přímo fyzicky, psychicky, ale i finančně. Z deseti respondentů je celkem šest v manželství, jeden respondent je svobodný, jedna respondentka je ovdovělá a dvě respondentky jsou rozvedené.

Poslední sloupec je zaměřen na informace, jestli pečující poskytuje péči a je v domácnosti nebo při poskytování péče dochází do zaměstnání nebo dochází na brigády. Celkem šest respondentů odpovědělo, že se věnuje pouze péči o blízkého. Dva respondenti uvedli, že dochází do zaměstnání, další dva respondenti uvedli existenci brigády. Z tabulky je zřejmé, že respondenti (v tom případě ženy) věnující se pouze péči o blízkého, jsou v manželství.

V následující tabulce jsou uvedeny základní informace o opečovávané osobě.

**Tabulka č. 11 – Základní informace o opečovávané osobě**

<b>Respondent/ka</b>	<b>Příjemce péče</b>	<b>Věk příjemce</b>	<b>Důvod péče</b>	<b>Délka péče (roky)</b>	<b>Společná domácnost</b>
Respondentka B.	Tchýně	85	Diabetes mellitus II.	5	Ano
Respondentka Č.	Manžel	83	Parkinsonova choroba	2	Ano
Respondentka J.	Matka	79	Onemocnění srdce + Hypertenze	5	Ano
Respondentka K.	Matka	83	Onemocnění pohybového aparátu	8	Ano

Respondentka L.	Matka	74	Syndrom kaudy	2	Ano
Respondentka R.	Matka	74	Alzheimerova demence	9	Ano
Respondent Š.	Babička	81	Psychiatrické onemocnění	12	Ano
Respondentka Š.	Matka	86	Onemocnění pohybového aparátu	11	Ano
Respondentka U.	Matka	81	Ztráta zraku	6	Ano
Respondentka Z.	Matka	85	Onemocnění pohybového aparátu	10	Ano

Z tabulky vyplývá, že celkem sedm pečujících pečuje o svou matku. Další tři respondenti pečují o svou babičku, tchýni a manžela. Rozložení věku opečovávaných blízkých je užší než u jednotlivých pečujících. Celkem sedm z blízkých je ve věku od 81 do 86 let, tři jsou ve věku od 74 do 79 let.

Dalším údajem je onemocnění a s ním spojené komplikace, kvůli kterým došlo ke snížení soběstačnosti u starých lidí. Tři respondenti uvedli blíže neurčené onemocnění pohybového aparátu. Jedna z respondentek uvedla bližší informaci, a to v podobě syndromu kaudy, který vzniká při kompresi kořenů míšních nervů. Další onemocnění jsou rozdílná. Dvě z respondentek pečují o blízké, kteří se potýkají s neurodegenerativním onemocněním. V jednom případě se jedná o Parkinsonovu chorobu, v druhém případě se jedná o Alzheimerovu chorobu. Jedna respondentka se potýká u svého blízkého s onemocněním srdce a s hypertenzí. Jediný muž v zastoupení respondentek pečuje o blízkou s ne blíže specifikovaným psychiatrickým onemocněním. Další respondentka pečuje o matku se ztrátou zraku. Poslední respondentka pečuje o blízkou s diabetem 2. typu s kardiovaskulárním postižením.

Dále se dostávám k délce poskytování péče. Délku jsem porovnávala podle celých let. Rozptyl této hodnoty je veliký, od dvou až do dvanácti let. Z tabulky vyplývá, že všichni respondenti mají s blízkým společnou domácnost.

V dotazníku byly také otázky týkající se vztahu s opečovávanou osobou a toho, zda pečující pozorují od doby pečování změny ve vztazích v rodině. Osm respondentů uvedlo, že má s opečovávanou osobou dobré vztahy, i když jsou občas komplikované (většinou se jednalo o situace, které způsobovalo psychické onemocnění nebo neurodegenerativní onemocnění mozku či nervové soustavy). Toto zjištění považují za velice pozitivní. Na výzkumném šetření se podílelo deset respondentů, tento výsledek tedy neříká, že by tato situace nastala v 80 % všech domácností pečujících osob o seniory v České republice. Je tu minimálně náznak toho, že péče poskytovaná laickými pečovateli nezhoršuje vztahy mezi nimi a příjemci péče, naopak.

Co se týká vypořádaných změn v rodině, tak sedm z deseti respondentů uvedlo, že pozorují sblížení, semknutí rodiny. Tři respondenti se vyjádřili neutrálně. Stejně jako u předchozího odstavce, vnímám toto zjištění jako neuvěřitelně pozitivní. Sblížení rodiny při změně situace v jejich životech je velice důležitý faktor, který je rozhodujícím, jakým směrem se bude péče ubírat a jak bude pečování působit na hlavní pečující osobu. Podpora rodiny a její sblížení může snižovat negativní dopady péče.

## **9.2 Rozbor cíle č. 1**

Popis úskalí péče o seniora v domácím prostředí podle dostupných zdrojů byl podroben sekundární analýze dostupných dokumentů, a to jak z výběru české literatury a českých webových stránek, tak ze zahraničních dokumentů.

Zjištěno bylo následující:

- Odvíjejí se od osobnosti pečující osoby
- Dále se odvíjejí od intenzity podpory dalších osob, vytvořené sociální sítě
- Velkou roli hraje charakter rodiny
- Souvisí úzce s psychickým stavem pečujícího
- S možností odpočinku
- Je zaznamenáno i po finanční stránce (při nedostatku financí)
- Objevuje se i v podobě sociální izolace, která je návazná na intenzitu péče
- Odvíjí se od využívání podpory (využívání služeb, jejich vhodná kombinace)
- Souvisí také se závažností onemocnění blízkého (demence a psychiatrická onemocnění jsou jedním z nejtěžších úkolů pro pečující)
- Negativní postoj k péči na základě syndromu vyhoření

Následující tabulkou chci vystihnout, kolik hodin týdně si pro sebe najdou pečující osoby. Co se regenerace týká, v dotazníku jsem se ptala, jestli se pečující stýkají s jinými lidmi, dále jestli využívají služby pro sebe a jaké. Respondenti byli dotázáni, jestli pociťují únavu a jsou schopni nalézt něco pozitivního na jejich pečování.

**Tabulka č. 12 – Potenciální rizika**

<b>Respondenti</b>	<b>Čas pro sebe (týdně)</b>	<b>Styk s jinými osobami</b>	<b>Služby pro pečující (pravidelně)*</b>	<b>Únava z péče</b>	<b>Pozitivní aspekty</b>
Respondentka B.	Od 5 do 10 hodin	Ne	Ne	Ano	Ano
Respondentka Č.	Od 5 do 10 hodin	Ano	Ne	Ano	Spíše ano
Respondentka J.	Od 5 do 10 hodin	Ne	Ne	Spíše ano	Ano
Respondentka K.	Od 5 do 10 hodin	Ne	Ne	Ano	Ano
Respondentka L.	Od 5 do 10 hodin	Ano	Ne	Spíše ano	Spíše ne
Respondentka R.	Od 5 do 10 hodin	Ne	Ne	Ano	Ano
Respondent Š.	Od 5 do 10 hodin	Ano	Vzdělávání, svépomocné skupiny	Spíše ano	Ano
Respondentka Š.	Od 5 do 10 hodin	Ne	Ne	Ano	Ano
Respondentka U.	Od 5 do 10 hodin	Jen na brigádě	Ne	Ano	Ano
Respondentka Z.	Od 5 do 10 hodin	Jen v zaměstnání	Ne	Ano	Ano

\*Pozn.: V dotazníku vysvětleno: odlehčovací služby, stacionáře, kurzy pro pečující, svépomocné skupiny, odborné poradenství, psycholog.

Všichni respondenti odpověděli, že týdně si pro sebe najde čas v rozmezí od 5 do 10 hodin. Záleží hodně na tom, jaký je stav blízkého. Z práce vyplynulo, že pečující musí dbát na svůj

odpočinek, jinak hrozí riziko vyčerpání a nástup psychosomatických obtíží. Nejčastějším koníčkem pečujících osob bylo čtení a dopisování e-mailů. Respondentky, které uvedly, že pečují ještě o nezletilé děti, do koníčku zařadily společné akce s dětmi. Respondent Š. uvedl, že také cestuje

Polovina respondentů uvedla, že se stýká i s jinými osobami. Jedna z respondentek uvedla, že 2 x týdně jezdí na návštěvy a jedna návštěva zabere i s cestou 5 hodin. Kromě jiného se také věnuje e-mailové korespondenci s přáteli, což je druhá varianta, kterou pečující využívají, když nikam nedojezdí a s nikým se osobně nestýkají. Dva respondenti uvedli, že se s jinými lidmi stýkají pouze na brigádě či v zaměstnání. Oproti tomu se druhá polovina nestýká s nikým, pouze s opečovávanou osobou, anebo s jiným členem rodiny, pokud je doma. V kapitole věnující se úskalím z pečování je uvedeno, že lidé, kteří intenzivně pečují, se potýkají se sociální izolací.

Devět respondentek uvedlo, že pro sebe nevyužívají žádných služeb. Pouze respondent uvedl, že se vzdělává v oblasti neformální domácí péče a dochází do svépomocné skupiny. Nebylo zjištěno, z jakého zdroje se respondent o vzdělávání a svépomocných skupinách dozvěděl.

Sedm respondentů uvedlo, že si připadají z péče o svého blízkého, unavení. Celkem tři respondenti uvedli, že si přijdou spíše unavení. A co se týká pozitivních aspektů péče, osm respondentů si je uvědomuje, jedna respondentka uvedla, že spíše ano a poslední respondentka uvedla možnost spíše ne. Vnímání pozitivních aspektů z péče nejde nastavit, přikázat. Každý si na ně musí přijít sám. Ale pokud si potenciální nebo i současně pečující přečte o tom, že může na pečování nalézt něco pozitivního, pozná jiný směr.

Další tabulka udává, jaká je situace v rodině. Jestli pečující pečuje jen o starého člověka nebo má v péči ještě nezletilé děti. Třetí sloupec uvádí, jaká je běžná denní intenzita péče pečujícího. Dále je v tabulce uvedeno, kdo a jak často pomáhá pečujícím s péčí.

**Tabulka č. 13 – Situace v rodině**

Respondent/ka	Zletilé / nezletilé děti	Péče o seniora (denně)	Pomoc další osoby	
			Kdo	Intenzita
Respondentka B.	Nezletilé (1)	2- 4 hodiny	Manžel	7 hodin týdně
Respondentka Č.	Zletilé (2)	Průběžně přes den, až 2 x za noc	Dcera	Nezjištěno
Respondentka J.	Zletilé (2)	4 – 5 hodin	Manžel, sestra, děti	28 hodin týdně

Respondentka K.	Zletilé (2)	Průběžně přes den, občas v noci	Manžel	3 hodiny týdně
Respondentka L.	Nezletilé (1) + těhotenství	2 – 3 hodiny	Manžel	5 hodin týdně
Respondentka R.	Zletilé (1)	Průběžně přes den, podle stavu i v noci	Manžel, dcera	21 hodin týdně
Respondent Š.	0	2 – 3 hodiny	0	0
Respondentka Š.	Zletilé (3)	Průběžně přes den	Děti	14 hodin týdně
Respondentka U.	Zletilé (2)	6 – 7 hodin	Děti	14 hodin týdně
Respondentka Z.	Zletilé (2)	Průběžně přes den	Děti	30 hodin týdně

Dvě respondentky uvedly, že se starají o nezletilé děti. Jedna z těchto respondentek uvedla, že má t. č. rizikové těhotenství. Sedm respondentek uvedlo, že mají již zletilé děti. Z tabulky tak vyplývá, že u šesti z těchto respondentek se alespoň jedno ze zletilých dětí účastní péče o blízkého.

Intenzita péče s ohledem na jeden den (v hodinách) je u pěti respondentů deklarována jako péče probíhající průběžně přes den, z toho ještě tři respondenti doložili, že pečují i v noci. Dalších pět respondentů pečuje v rozmezí od dvou do sedmi hodin za den. Samozřejmě, někdy je péče náročnější, jindy jsou klidnější dny.

Dalším účastníkem péče je manžel, a to v pěti případech. V jednom případě pomáhá s péčí také sestra pečující. Jeden respondent (nejmladší) uvedl, že nemá děti a zároveň s tím, že mu v péči nikdo z blízkých nepomáhá. Uvedl pouze informaci, že mu s péčí 4 x do roka pomůže otec, který bydlí 650 km daleko.

Intenzita pomoci dalších osob je v tabulce zapsána v ohledu na jeden týden. V rozptylu hodin je pomoc dalšího člena/členů rodiny uvedena od 0 do 30 hodin týdně.

### 9.3 Rozbor cíle č. 2

Vystihnout nutnost podpory pečujících osob v České republice jsem si stanovila jako druhý cíl této práce. Dosáhnout tohoto cíle jsem chtěla konkrétně podkapitolami: *Úskali péče rodinných pečovateliů, Dopady péče na pečujícího, Rodinný příslušník v roli pečovatele, Vztah role pečujícího s dalšími rolemi.*

Proč je nutné vybudovat podporu neformálním pečujícím osobám?

- Populace stárne
- Trend udržet seniory co nejdéle v domácím prostředí
- Nejvíce pečujících je starších 50 let
- Až polovina všech pečujících poskytuje každodenní přímou péči
- 32 % pečujících pečuje déle jak pět let
- Praktičtí a ošetřující lékaři nespolupracují s neformálními pečovateli
- Nejsou provázané zdravotní a sociální služby
- Neexistuje systém ochrany neformálních pečujících (ochranná doba v zaměstnání, dovolená, finance)
- Neexistuje jednotné místo pro sdílení informací týkajících se neformální péče
- Systém schválení příspěvku na péči nereaguje pružně na potřeby potřebných

Ve výsledku je jasné, že péče je náročná po stránce psychické i fyzické. Systém příspěvku na péči je dobře vymyšlený, akorát v praxi pokulhává. Vyřízení příspěvku na péči trvá i déle jak pět měsíců (v nejlepším případě). Dále praktičtí lékaři častokrát ani nevědí, že mohou vypsát poukaz na kompenzační pomůcku. „*Myslela jsem si, že si za ten stůl sednu já, vezmu si formulář, vypíšu si to sama a pak si to orazítuju. Nakonec poděkuju doktorovi a odejdu. Spíš mi přijde, že oni s tím maj moc práce a tak proč by to dělali.*“ (Respondentka K.)

**Tabulka č. 14 – Využívání systému podpory**

<b>Využívání systému podpory</b>			
<b>Respondent/ka</b>	<b>Příspěvek na péči</b>	<b>Kompenzační pomůcky</b>	<b>Služby</b>
Respondentka B.	ANO	NE	Pečovatelská služba + Home care



Respondentka Č.	ANO	ANO	NE
Respondentka J.	ANO	NE	Pečovatelská služba
Respondentka K.	ANO	ANO	Pečovatelská služba
Respondentka L.	ANO	NE	Pečovatelská služba
Respondentka R.	ANO	NE	NE
Respondent Š.	ANO	NE	Pečovatelská služba
Respondentka Š.	ANO	ANO	Pečovatelská služba + Home care
Respondentka U.	ANO	ANO	Pečovatelská služba
Respondentka Z.	ANO	ANO	Pečovatelská služba + Home care

Tabulka ukazuje, že všechny opečovávané osoby jsou příjemci příspěvku na péči. Polovina z respondentů využívá při péči kompenzační pomůcku. Pečovatelskou službu využívá osm dotázaných respondentů, nejčastěji se jedná o pomoc při hygieně, dále o rozvoz obědů. Navíc tři respondenti využívají služeb domácí zdravotní péče (home care). Z celkového počtu deseti respondentů dvě respondentky nevyužívají žádných služeb. Respondentka Č. k této odpovědi dopsala, že *„když manžel přišel z nemocnice, využívali jsme pečovatelskou službu na pomoc se sprchováním 2 x týdně a rehabilitaci. Časem se zlepšil a odmítal cizí lidi, já se to mezitím naučila, takže jsme službu odvolali.“*

Pečující shání informace, kde se dá. Jsou dostupné webové stránky, ale v odlehlých lokalitách nejsou takové možnosti. Pečující se pak často obrací na úřady nebo právě na ošetřující lékaře. *„Ona si snad myslela, že to jde z její kapsy. Mluvit s doktorkou, která se na vás tváří povýšeně jako kdyby*

*věděla všechno..nepříjemný. a přitom nevěděla nic.. A jste v té situaci, potřebujete pomoc, jste zoufalý a pak tohle. Máma k tý doktorce skoro nikdy nechodila, nic po ní nikdy nechtěla.“ (Respondentka Z. – zajištění domácí zdravotní péče).*

Z dotazníků vyplynulo, že nejčastěji si informace pečující zjišťovali od známých, jeden respondent se informace dozvěděl na sociálním odboru tamějšího úřadu.

#### **9.4 Rozbor cíle č. 3**

Mým dalším cílem bylo diplomovou prací motivovat potenciální pečující nebo povzbudit ty, kteří již pečují a neshledávají nic přínosného, protože již pro náročnost péče nevidí pozitivní stránky péče.

Krok, který jsem zvolila pro naplnění tohoto cíle, bylo sepsání přínosů péče, kterou rodinný pečující poskytuje. Uvedla jsem jak pozitivní přínos pro příjemce péče, tak jsem jednu celou kapitolu věnovala pozitivním aspektům péče, které mohou pečující vnímat.

Pozitivní aspekt znamená opak negativních částí péče. Ale aby byli pečující schopni vyvodit pozitivní aspekty, museli se již setkat s jistým negativem péče, s něčím, co jim přineslo jisté překážky.

Celkem devět z deseti respondentů uvedlo, že pozitivní aspekty péče vnímá. Od pocitu kontroly, co se s opečovávaným děje (*„...žádné zanedbávání péče, vím co se s ní děje, tady je doma.“*), po pozitivní příklad, jak by to v rodině mělo chodit s pojistkou do budoucnosti (*„...jsem ráda, že u toho jsou i děti. Nejenže mě překvapili jak jsou šikovný a ochotný, ale vnímám tu do budoucna lepší vztah k starým lidem jako třeba jednou ke mě.“*).

Respondentka L. uvedla, že zatím přiznává, že *„se ta pozitiva – kromě toho, že si nemusím vyčítat „odložení“ matky do ústavu a jezdit za ní na návštěvy a že mi je schopná na kratší dobu pohlídat dcerku – moc nenacházím, ale vím, že se o to asi málo snažím, že se asi moc nechávám pohlídit, ovládnout vším tím, co je na péči těžké, co mě a celou rodinu omezuje...“*

# ZÁVĚR

Zpracovávání této diplomové práce jsem pojala jako jeden z mých možných profesionálních začátků podpory pečujících osob. Tato cílová skupina mě velice zaujala, když jsem působila v roli sociální pracovníce v projektu *Podpory pečujících osob* jedné z pražských farních charit. Do té doby jsem o neformálních pečujících nepřemýšlela. Jen jsem si občas přečetla, že někdo pečuje o své rodiče. Nepřišlo mi na tom nic zvláštního, ani nic, proč bych se nad tím měla zvláště pozastavit. Ale když jsem se pustila do tohoto projektu, najednou se mi otevřel naprosto jiný pohled. Hnala mě motivace zjistit co nejvíce, a účinně pomoci, kde to půjde. Proto vznikla tato diplomová práce.

Dostupných materiálů o péči, jak v České republice, tak v zahraničí není málo. Analýza všech dokumentů byla zdlouhavá, ale přesto musím zhodnotit, že přínosná. I když některé dokumenty byly staršího data, určité informace byly využitelné i pro současnost.

Stanovila jsem si tři cíle, které jsem systematicky rozpracovávala v celé práci. O míře naplnění se může přesvědčit každý čtenář sám.

První kapitola byla věnovaná stáří a stárnutí. Cílem bylo poskytnout krátký náhled na to, co se s člověkem při procesu stárnutí děje a také to, co nevyhnutelně čeká každého z nás.

Druhou kapitolou jsem chtěla ukázat na možnosti, které může pečující využívat, když se stará o svého blízkého. Zmínila jsem ale i přehled pobytových služeb. Kapitola poukazuje na to, že pečující nemusí být na péči sám, pokud okolo sebe nemá příbuzné, kteří by mu mohli s péčí pomoci. Navíc, využívání služeb je jistou prevencí před jistým úskalím z pečování. **Důležité je neupečovat se**, každý pečující by měl myslet na to, že nemusí, ani nemůže, všechno zvládnout sám a pokud si zvolí jisté služby k pomoci, neznamená to, že selhal. Pouze myslel zodpovědně na své zdraví a stav svého blízkého. A pokud mu zdravotní stav blízkého bránil v dalším pokračování péče a on jej svěřil do péče formálních služeb, ani tehdy neselhal. Ukázal všem, že je zodpovědný a rozhodný.

Třetí kapitolou jsem nastínila současný stav podpory neformální péče. Zaměřila jsem se na národní akční plány, za jejichž realizaci mají zodpovědnost MPSV a MZ. MPSV má ve svých cílech stanovenou položku neformální péče, takže se již mluví o jisté podobě této péče. Hlavním cílem je ochrana práv neformálních pečujících. Na poli MZ se jedná hlavně o plánech týkajících se zvyšujícího se výskytu demencí, nejvíce však na Alzheimerovu chorobu. Dále jsem poukázala na to, že po 20 letech plánování dlouhodobé péče, se zatím udělal největší kus práce, a to v podobě návrhu změnového zákona, který by snad měl platit již od roku 2017.

Čtvrtá kapitola vystihuje důvody a motivaci k rodinnému pečování. Zpracováním této kapitoly se ukázalo, že péče vychází hlavně z vnitřní motivace, potřeby oplatit péči za roky péče o nás, jako o děti. Nicméně, nemenší motivací je láska. Podkapitolou pozitivních aspektů z pečování pro staré lidi je tak jisté, že péče je pro ně opravdu přínosem, ač to tak vypadat nemusí. Věřte, jsou tam.

Pátá kapitola se věnuje čistě péči, a co vše v životě pečujícího změní. Zaměřila jsem se hlavně na role, které přibudou a role, které budou v konfliktu. Vše záleží na osobnosti pečujícího a

na charakteru rodiny, a tom, jak jsou sami členové zvyklí si pomáhat a vycházet s jinými členy rodiny. Péče je hodně o obětech.

Když mluvím o obětech, šestá kapitola je toho důkazem. Zaměřila jsem se na negativní stránku péče, na úskalí a také dopady. Je důležité přiznat si a uvědomit si, že mohou přijít okamžiky, kdy nebude péče jednoduchá. Nebo že tento okamžik může přijít hned, v začátku, když se pečující rozhodne, že se bude starat o blízkého doma.

Abych negativa vyvážila, navázala jsem sedmou kapitolou o pozitivních aspektech péče. Je to jako v životě, jako se vším. Ve většině případů, ať se děje cokoli, musíme poznat tu negativní část děje, abychom byli schopni poznat světlo pozitivních okolností, pokud ho jinak nejsme schopni vnímat. Stejně je to i s péčí o starého člověka. Pokud nebudeme bazírovat na drobnostech, pokud se nebudeme chtít hádat, seniorovi dokazovat, že máme pravdu a že on zase schoval léky pod polštář, jen proto, aby všechny rozčílil, bude péče snazší. I blízký pocítí snahu a bude pozitivnější.

Celá práce je koncipovaná jako příručka pro laické pečující a potenciální pečující. Proto jsem do poslední teoretické části práce zařadila kapitolu o možnostech pomoci, která je nabízena neformálním pečujícím. Také jsem uvedla příklady třech organizací, které se této pomoci věnují. Pro srovnání jsem uvedla, jaká je situace s ohledem na neformální péči ve třech zemích Evropské unie, a to v Dánsku, Německu a Nizozemí.

Poslední kapitola se věnuje rozborům jednotlivých cílů a výsledkům výzkumného šetření. I když jsem pro svou práci využila ochoty jen deseti pečujících osob, zjištěná data příjemně odlehčila teoretickou část práce.