

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Kateřina Stodolová

Senior a pečující rodina na Poličsku

**A Senior and Elderly home care in Polička
region**

Bakalářská práce

Praha 2010

Autor práce: **Kateřina Stodolov**

Vedoucí práce: **PhDr. Daniela Vodckov**

Oponent práce: **PhDr. Pavla Kodymov, Ph.D.**

Datum obhajoby: 2010

Hodnocen:

Bibliografický záznam

STODOLOVÁ, K. *Senior a pečující rodina na Poličsku*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2010. 78 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Daniela Vodáčková

Anotace: Bakalářská práce „Senior a pečující rodina na Poličsku“ pojednává o seniorech závislých na pomoci a rodinných pečujících, kteří tuto pomoc poskytují. V teoretické části jsou popsány obecné pojmy související s tématem – senior a společnost, definování stáří, závislý senior, sociální a zdravotní péče o nesoběstačné seniory a rodinné péče jako takové. Závěr teoretické části je věnován popsaní Poličska a služeb, které zde může nesoběstačný senior využívat. Cílem této práce bylo zjistit, jaká je motivace, potřeby a podpora neformálních pečujících ze strany poskytovatelů sociálních a zdravotní služeb, sociálních pracovníků, lékařů či rodiny a vytipování chybějící nebo nedostačující služby pro pečující rodiny na Poličsku pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkum, který vychází z teoretické části, je popsán v druhé části této práce. Je zde uvedena metodologie, realizace a výsledky výzkumu.

Klíčová slova - senior, společnost, stáří, pečující rodina, neformální pečující

Abstract: Bachelor thesis Senior and Elderly home care family in Policka region deals with elderly people depending on a help and family home carers, who provide this help. In the theoretical part are described general terms which relate with the theme - an elderly person and the society, the definition of an old age, a depending elderly person, social and health care of people who are not self-sufficient and a home care as such. The closure of the theoretical part is dedicated to a description of the Policka region and its services which can a not self-sufficinet elderly person use. The aim of this thesis is to find out what are the needs, motivation and and support of the informal carers from the side of the family, social workers or doctors like, and point out any missing or insufficient services for the home care families in the Policka region by means of a quality research. The research, which comes from the theoretical part, is described in the second part of the thesis. Here are introduced methodology, realisation and the results of the research.

Key words: an elderly person, society, and old age, home care family, informal cerer.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 19.června 2010

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli oporou při psaní této práce, tj. její vedoucí PhDr. Daniele Vodáčkové a konzultantce sociální pracovníci Městského úřadu v Poličce Marii Staňkové a všem, kteří se mnou byli ochotni diskutovat o svých názorech na téma pečující rodina. Zvláště bych chtěla poděkovat všem účastníkům mého výzkumu.

Obsah

ÚVOD	9
1. SENIOR A SPOLEČNOST	10
1.1 HISTORIE NEJEN RODINNÉ PÉČE O SENIORY V ČESKÝCH ZEMÍCH.....	10
1.1.1 <i>Výměnek – venkovské zvykové právo</i>	11
1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ STÁRNUTÍ POPULACE ČR.....	12
1.3 ZÁSADNÍ MEZINÁRODNÍ A NÁRODNÍ DOKUMENTY TÝKAJÍCÍ SE SENIORŮ	13
1.3.1 <i>Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí</i>	14
1.3.2 <i>Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012</i>	15
2. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	16
2.1 DEFINOVÁNÍ STÁŘÍ.....	17
2.2 SOBĚSTAČNOST.....	18
2.3 ZÁVISLÉ STÁŘÍ	19
3. SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE V NÁVAZNOSTI NA POTŘEBY NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA A PEČUJÍCÍ RODINY	20
3.1 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	20
3.2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	21
3.2.1 <i>Příspěvek na péči v praxi</i>	22
3.3 SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA	24
3.3.1 <i>Systém sociálních služeb pro doma žijícího nesoběstačného seniora</i>	24
3.3.2 <i>Zdravotnické služby pro doma žijícího nesoběstačného seniora</i>	26
3.3.3 <i>Institucionální péče ve vztahu k pečující rodině</i>	27
4. RODINNÁ PÉČE O STARÉHO NESOBĚSTAČNÉHO PŘÍBUZNÉHO	29
4.1 PODOBY RODINNÉ PÉČE O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA	30
4.2 MOTIVACE K PÉČI	31
4.3 RODINA VE VZTAHU K PÉČI O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA	32
4.4 SOCIÁLNĚ-PATOLOGICKÉ JEVY PŘI POSKYTOVÁNÍ PÉČE RODINOU.....	33
4.5 AKTÉŘI RODINNÉ PÉČE - PEČUJÍCÍ OSOBA.....	33
4.5.1 <i>Pečující osoba z pohledu gender</i>	34
4.6 POMOC PRO PEČUJÍCÍ.....	35
5. POLIČSKO A PEČUJÍCÍ RODINA	37

5.1 POJEM POLIČSKO	37
5.2 SENIOŘI NA POLIČSKU V ČÍSLECH.....	37
5.3 SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY PRO NESOBĚSTAČNÉ SENIORY	38
6. METODOLOGIE VÝZKUMU	40
6.1 CÍL VÝZKUMU A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
6.2 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ STRATEGIE	40
6.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	41
6.4 REALIZACE VÝZKUMU.....	42
7. VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
7.1 MOTIVACE, PODPORA A OBAVY PEČUJÍCÍHO O STARÉHO NESOBĚSTAČNÉHO PŘÍBUZNÉHO.	43
7.1.1 <i>Motivace pečujícího k péči o blízkého příbuzného.</i>	43
7.1.1.1 Pečující a ústavní péče.....	44
7.1.2 <i>Sociální síť pečující osoby</i>	44
7.1.3 <i>Péče a zaměstnání</i>	45
7.1.4 <i>Co pečujícímu péče dává a co bere.</i>	46
7.1.5 <i>Obavy ve vztahu k péči o nesoběstačného příbuzného</i>	47
7.1.6 <i>Důvody k přerušení péče v domácím prostředí.</i>	48
7.1.7 <i>Shrnutí</i>	49
7.2 JAK VNÍMÁ PEČUJÍCÍ PODPORU A KOMUNIKACI ZE STRANY LÉKAŘŮ, STÁTU A ORGANIZACÍ POSKYTUJÍCÍCH SOCIÁLNÍ PÉČI.....	50
7.2.1 <i>Podpora ze strany zdravotníků a komunikace s nimi</i>	50
7.2.2 <i>Podpora a komunikace s organizacemi poskytujícími sociální a zdravotní péči</i>	51
7.2.3 <i>Podpora a komunikace ze strany sociálního pracovníka.</i>	52
7.2.4 <i>Shrnutí</i>	53
7.3 PÉČE PEČUJÍCÍHO SAMA O SEBE A JEHO ZKUŠENOSTI S DOBROVOLNOU POMOCÍ A SVÉPOMOCNÝMI SKUPINAMI.	54
7.3.1 <i>Péče pečujícího sama o sebe, možnosti odreagování se</i>	54
7.3.2 <i>Zkušenosti s dobrovolnou pomocí</i>	55
7.3.3 <i>Svépomocné skupiny</i>	55
7.4.4. <i>Shrnutí</i>	56
7.4 KTERÉ SLUŽBY PEČUJÍCÍM NA POLIČSKU CHYBÍ.....	56
7.4.1 <i>Chybějící služby pro pečující rodiny na Poličsku</i>	56

7.4.2 <i>Shrnutí</i>	58
ZÁVĚR	59
RESUMÉ	61
LITERATURA	63
SEZNAM PŘÍLOH	67
PŘÍLOHY	68

Úvod

Rozhodnutí zvolit si pro tuto práci téma senior a pečující rodina na Poličsku vyplynulo z mé pracovní zkušenosti na poradenské lince České alzheimerovské společnosti (ČALS), jejímž cílem je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny, z praxe v několika domovech pro seniory a denních centrech pro seniory, ale i z potřeby dozvědět se něco víc o pečovateli a službách, které jim jsou nápomocny při péči o nesoběstačné příbuzné v mém rodném městě a ve městě, kde budu pravděpodobně i nadále žít a pracovat.

Svou práci jsem rozdělila do dvou částí – teoretické a výzkumné. V první, teoretické části, představím problematiku seniora ve společnosti jak z historického hlediska, tak i s pojmáním role seniora, chápání stáří a stárnutí v dnešní společnosti. Popíši základní pojmy a definice týkající se stáří, zamyslím se nad službami, které mohou nesoběstační senioři, potažmo jejich rodiny využívat a jejich vymezením v legislativě. Důležitou kapitolou bude rodinná péče a aktéři této péče, ráda bych objasnila podoby péče, motivaci pečujících, ale i problémy, které péče o nesoběstačného příbuzného obnáší, tak i sociálně-patologické jevy, které se v péči mohou objevit. V neposlední řadě vyjasním, co se skrývá pod pojmem Poličsko, a uvedu stručný seznam služeb, které mohou nesoběstační senioři na Poličsku využívat.

V druhé části uvedu metodologii a realizaci výzkumu. Cílem práce je zjistit motivaci, potřeby a podporu ať už ze strany sociálních pracovníků, lékařů či rodiny neformálních pečujících a vytipovat chybějící nebo nedostačující služby pro pečující rodiny na Poličsku. K naplnění tohoto cíle by mi měl být právě tento výzkum nápomocen.

1. Senior a společnost

1.1 Historie nejen rodinné péče o seniory v Českých zemích

V historii byla péče o seniory výhradně péčí rodinnou. V případě, že staří lidé rodinu neměli nebo neměla zájem starat se o ně, žili v nedůstojných podmínkách a byli nuceni žebrať. Byl zde velký výskyt nemocí, museli čelit špatným hygienickým podmínkám, často umírali na podvýživu nebo na podchlazení. Mnozí z nich se propadali na periferii společnosti. Staří lidé byli zjevným břemenem společnosti, budili opovržení, ale také soucit, a právě díky soucitu začaly vnikat charitativní formy péče a pomoci.

Nejstarší organizovanou pomoc potřebným u nás poskytovala církev. Církev zakládala první ústavy při klášterech a kostelech. *„Byly to řádové nemocnice a útulky pro chudé, zmrzačené, staré, sirotky, slepce, ale často i lidi postižené nemocí nebo úmrtím hlavy rodiny, vysokým počtem dětí, či živelní pohromou.“* (Kodymová in Matoušek, 2001, s. 111).

V době renesance částečně přebírá dosud výlučně církevní filantropické iniciativy měšťanstvo. Organizovaná léčba se rozvíjela souběžně se vznikem měšťanské správy měst. Měšťanstvo zakládalo špitály. Často ale poskytovalo svým nemajetným svěřencům výhradně nouzové ubytování a základní ošetření, takže stravu i oblečení si museli vyžebrať. Začíná se objevovat i první „komunitní péče“. Jsou to pomáhající přicházející za postiženými domů, v jejich práci je obsažen i prvek péče o pečující. Inspiraci najdeme v judaismu, a to v jeho Pohřebním bratrstvu.¹ V roce 1564 vzniká v Praze první novodobé pohřební bratrstvo, sloužící potřebám celé obce.

V péči o staré občany byl velmi důležitý Josef II. a jeho vláda s ustanovením tzv. chudinského práva v roce 1863.² Dalším důležitým krokem bylo vyhlášení domovského práva, které platilo až do roku 1948.³ Chudinské i domovské právo bylo mimořádně pokrokové, a to proto, že zajišťovalo v nejnětější míře péči o všechny potřebné a neoponechávalo je nahodilé dobročinnosti.

„V průběhu staletí vznikaly další křesťanské řády, včetně ženských, které se věnovaly péči o nemocné profesionálně. Laická péče o nemocné v rodině jako hlavní role ženy roste zejména od doby osvícenství, kdy muž vzhledem ke své specializaci v profesi postupně stále

¹ Jedná se o skupinu volených dobrovolníků, kteří provádějí poslední obřady u umírajících a dohlížejí na pořádání pohřbů v souladu s židovskou tradicí. Počátky této instituce lze vysledovat již v talmudském období, avšak formace pohřebních bratrstev v dnešním slova smyslu spadá do pozdního středověku Tošnerová (2001, s.10)

² Podle tohoto práva se stala domovská obec povinnou poskytnout péči nemajetným a práce neschopným jedincům, pokud nebyla pomoc poskytnuta prostřednictvím dobročinných ústavů a nadací.

³ Jedinec se mohl v nouzi obrátit na obec, ve které se narodil, a obec byla povinna poskytnout mu pomoc. Domovské právo se stalo ochranou především pro handicapované jedince, vdovy, sirotky a seniory

častěji opouští dům, žena zůstává doma. Tehdy se patrně začíná tvořit mýtus ženy – pečovatelky.“ (Tošnerová, 2001, s.11)

Po vzniku samostatného Československa byla v roce 1919 ustanovena správa pro otázku sociální péče. V roce 1929 byl zřízen Zaopatřovací ústav v Krči s kapacitou 2400 lůžek, čítal 21 budov, z nich 5 starobinců a 5 chudobinců.⁴ Přesto vykazovala péče o staré lidi v předmnichovské republice značné rozdíly. Někteří se dostali do nemocničních zařízení ať už civilního nebo církevního typu, mnozí nadále živořili. O zcela nesoběstačné se a nemajetné se starala obec a město. Na péči o seniory se také podílely dobrovolné organizace a spolky, jako např. Charita, Diakonie, České srdce aj.

Po konci druhé světové války došlo k výraznému rozvoji ústavní péče zaměřené na materiální a sociální zabezpečení seniorů. Po zrušení domovského právo 1948 vzniká kompetence poskytování doplňkové sociální služby národním výborům. Socialistická společnost přebírá úvazek postarat se po strážce materiální, sociální i zdravotní o své občany. Po roce 1954 došlo k transformaci „domů odpočinku“ na domovy důchodců (řízení přebírá od ministerstva zdravotnictví Státní úřad důchodového zabezpečení tyto instituce řídí prostřednictvím národních výborů).⁵ V roce 1962 vzniká Česká gerontologická společnost. V sedmdesátých letech minulého století začaly vznikat léčebny dlouhodobě nemocných a v letech osmdesátých byly zprovozněny geriatrické ordinace a oddělení, kde fungovali lékaři-geriatři a geriatrické sestry.⁶ V roce 1990 dosáhl počet geriatrických sester 1557, jedna sestra měla na starosti 2 zdravotní obvody. Po roce 1989 ve spojení s privatizací zdravotnických zařízení, se rozpadla síť geriatrických sester.

1.1.1 Výměnek – venkovské zvykové právo

Ráda bych se v této kapitole zmínila o venkovském zvykovém právním útvaru, kterým byl **výměnek** (výminek, vejměnek, vejminek). V minulosti býval zvykem hlavně na vesnicích s typickým vícegeneračním soužitím. Nastupující hospodář se zavazoval k tomu, že někdejšímu hospodáři, který mu statek předával do užívání a odcházel na odpočinek (tzv. na vejminek, tj. do obydlí většinou v rámci statku nebo v jeho těsném sousedství za tím účelem

⁴ Při tomto ústavu byla zřízena první Klinika nemocí ve stáří, u jejího vzniku stál profesor Rudolf Eiselt, který je považován za otce naší klinické geriatry. Tato specializovaná instituce měla velký význam pro rozvoj zdravotní péče o jedince vyššího věku. (Haškovcová, 1990, s. 177)

⁵ V roce 1959 je na území ČSR jednotně řízeno všech 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. V roce 1960 jsou pod jednotnou správu převedeny též ústavy, které byly spravovány církví.

⁶ V roce 1983 byla geriatrye ustavena samostatným lékařským oborem.

postaveného), bude doživotně zaručovat ubytování a určité množství nejčastěji naturálních dávek (výjimečně dávek finančních nebo služeb).⁷

„Jedním z nesporných kladů výměnkářské praxe byla skutečnost, že staří lidé bydleli sice odděleně, tj. v separátní místnosti či v chaloupce „naproti“, ale přece spolu, se svými dětmi. Propojení generací tak mělo svůj konkretizovaný obsah. Děti přejímaly do svého kodexu chování i jednání rodičů vůči prarodičům. Bezděčně se učily jak pečovat o staré a to v dobrém i zlém. Z dnešního pohledu bylo poskytování péče jednodušší, protože mez rodiči a dětmi nestála bariéra někdy značných územních vzdáleností.“ (Haškovcová, 1990, s. 216)

Haškovcová (1990) uvádí, že trojgenerační rodinu žijící „v jednom domě“ spojoval a udržoval existenční tlak a výrazná vazba k půdě jako ke zdroji obživy. V rámci takto daného společenství měli k sobě jednotliví členové konkrétní vztah, který byl kultivován a dovršován citově. Jenomže těžké či svízelné ekonomické problémy produktivní generace často zabraňovaly zajistit oběma závislým stranám jak dětem, tak i starcům důstojný život (proto jištění pro případ nemoci a nemohoucnosti dohodou o výměnku). *„Nutno dodat, pokud se nemohl nebo nechtěl produktivní člověk postarat o všechny, preferoval podle „klíče“ možností a ideálů své doby jenom někoho. Postupně vítězily děti a jejich budoucnost.“* (Haškovcová, 1990, s. 215)

1.2 Demografický vývoj stárnutí populace ČR

Stárnutí populace je nejcharakterističtější rysem demografického vývoje České republiky i dalších rozvinutých zemí Evropy. Přispívá k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a v dalším období zejména prodlužující se pravděpodobná doba dožití. Česká populace bude stárnout shora věkové pyramidy. Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby starší 65 let 14,6% obyvatel České republiky.

Co se týče nejstarších osob bude podle této prognózy žít v roce 2050 v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání s 124.937 v roce 2007). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,7 let pro muže a 79,9 let pro ženy v roce 2007)

Říčan (2006) uvádí dvě příčiny přibývání starších lidí, první je trvalá, druhá dočasná. *„První příčinou je prodlužování lidského věku: Větší procento lidí se dožívá šedesátky,*

⁷ Odstupujícím hospodářem býval zpravidla otec, který statek předával do užívání svému synu a sám odcházel na vejmínku. V českých zemích byl výměnek jako institut zrušen roku 1948 uzákoněním národního pojištění, jímž byl (vynuceně) nahrazen“. (Výměnek In Wikipedia, 2009)

sedmdesátky atd. Druhou příčinou je snižování porodnosti: mladých lidí přibývá minimálně, přírůstek gerontů je relativně větší. Tato druhá příčina přestane působit, až bude dětem z nynějších slabých ročníků 60 a více let, tedy až snížená porodnost doběhne – jako vlna – do senia.“ Říčan (2006, s. 332-333). Toměš (2010) jako příčinu uvádí civilizační proces (růst životní úrovně, zdravotní péče, hygienické a zdravotní kultury, rozvoj techniky). Snižuje se kojenecká úmrtnost a přibývá osob vyššího věku, zejména roste počet sedmdesátiletých a osmdesátiletých.

Stárnutí obyvatelstva jako přirozený výsledek sociálně ekonomického a demografického vývoje přináší řadu důsledků. V souvislosti se stárnutím populace se bude společnost potýkat s otázkou financování důchodů, časováním vstupu do důchodu a s vyšší nároky na zajištění zdravotní a sociální péče. Stárnutí populace také přispívá k modifikaci mezigeneračních vztahů v rodině, a to hlavně s ohledem na příbuzenské sítě jako na zdroj sociální pomoci. Na stárnutí populace primárně nahlížíme negativně, v tomto pohledu ale pomíjíme přínos starší generace. Prodlužování naděje dožití či střední délky života je obrovským úspěchem a odrazem zdraví, největší podíl starších lidí mají jenom společnosti rozvinuté a bohaté.

Jednou z věcí, která se také s tématem stárnutí populace dostává více na povrch, je potřeba řešit otázku ageismu. Ageismus je společenský předsudek vůči stáří, představuje diskriminaci vůči staršímu člověku nebo skupině starších⁸, často se projevuje odmítáním seniorů mladšími, ekonomicky produktivními lidmi. Jedním z kroků jak odstraňovat ageismus by mohlo být např. podporování projektů zaměřených na setkávání se a spolupráci žáků základních a středních škol se seniory a jejich společné diskuze. Tento krok podporuje i Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, o kterém se zmíním v další kapitole.

1.3 Zásadní mezinárodní a národní dokumenty týkající se seniorů

V kapitole se budu zabývat dvěma hlavními dokumenty, a to Mezinárodním akčním plánem pro problematiku stárnutí a Národním programem přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dokumenty se snaží řešit otázky demografické, ekonomické a sociální související s fenoménem stáří a stárnutí. V těchto dokumentech se zaměřím na jejich pojetí podpory pečující rodiny.

⁸ „V pojemu ageismus hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmě, některé v podtextu nevyslovené.“(Haškovcová, 2002, s. 6)

1.3.1 Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí

Tento dokument byl přijat na 2. světovém shromáždění o stárnutí v Madridu dne 12. 4. 2002. Navazuje na Mezinárodní akční plán z r. 1982.⁹ Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí se orientuje více na země rozvojové a země s přechodovou ekonomikou. Obsahuje 117 konkrétních doporučení rozdělených do tří směrů:

- Starší lidé a rozvoj
- Zachování zdraví a pohody ve stáří,
- Zajištění napomáhajících a podpůrných prostředí.

Na rozdíl od předchozího dokumentu z roku 1982 si stanovuje mechanismy jeho pravidelného hodnocení a kontroly plnění na národní, regionální i mezinárodní úrovni.

Podrobněji se zaměřím na otázku „**Péče a podpora poskytovatelů péče**“. Dokument zdůrazňuje klíčovou roli rodiny při péči o nesoběstačného seniora. Uvádí, že pomocí veřejných politik je potřeba učinit opatření, která pomáhají pečujícím, a to posílením lidských zdrojů a zdravotní a sociální infrastruktury, které jsou nutné pro účinné poskytování služeb prevence, léčení, péče a podpory.

Zmiňuje doplňkovost neformální péče (nenahrazuje péči profesionální) ovšem s důrazem na její nenahraditelnost a potřebu pečovatele ekonomicky i sociálně podporovat. „*Stárnutí ve vlastní komunitě je ve všech zemích ideální. Avšak v mnohých zemích se rodinná péče bez náhrady pečovateli dostává pod ekonomický a sociální tlak.*“ (Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, 2002, s.27-28, článek 101)

Vyzdvihuje důležitou a náročnou roli ženy pečovatelky. „*Ženy poskytující neformální péči jsou poškozovány nízkými důchody vzhledem ke své absenci na trhu práce, nízkými pracovními příjmy a uniká jim možnost postupu v pracovní kariéře. Jsou též vystaveny fyzickému nasazení a emocionálnímu stresu, když ještě chodí do práce a starají se o domácnost. Situace je zvláště náročná pro ženy, které se musí starat o děti i staré rodiče*“ (Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, 2002, s.28 článek 102)

Madridský akční plán si v této oblasti klade za cíl, poskytování kontinuity péče a služeb pro starší lidi z různých zdrojů a podporu pro pečovatele. Podporovat pečovatelskou roli starších lidí, zejména starších žen.

⁹ Haškovcová (1990, s. 121-122) o Mezinárodní akčního plánu z r. 1982 píše: „Akční plán akceptuje kvalitu lidského života, a tudíž i kvalitu života ve stáří. Stáří je přirozené období lidského života a je nezbytné, aby se toto pravdivé krédo učili již žáci základních škol. Každý člověk je povinen připravit se na stáří a společnost jako celek má pomoci stárnoucímu člověku především vytvořením vhodných podmínek pro důstojný život ve stáří. Součinnost generací je nezbytná. V dokumentu se opětovně razí strategie „stáří svému stáří“. Člověk, tedy i stárnoucí, má být aktivní a programově pečovat o osobní aktivitu.“

1.3.2 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012

Program má pracovní název Kvalita života ve stáří. Tento dokument byl přijatý vládou usnesením z 8. ledna 2008 stanovuje cíle a opatření, která je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. Program zastřešuje Rada vlády pro seniory a stárnutí populace.

Rodině a péči se věnuje článek sedm. Zmiňuje se o úkolu rodinné politiky, kterým je vytvářet podmínky pro mezigenerační soudržnost a solidaritu v rodině a ve společnosti a věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů. Péče neformálních i profesionálních pečovatelů musí být ceněna a uznávána společností. Ekonomická bezpečnost je předpokladem pro zajištění kvality péče. Zdůrazňuje důležitost dostupnosti a flexibilitu zdravotní a sociální podpory. Pečovatelé o starší osoby, stejně jako rodiče pečující o děti, by měli mít možnost setrvat na trhu práce a měli by k tomu dostat potřebnou podporu a ochranu. Zmiňuje problematiku pečovatelek žen. Zvýšení povědomí o stárnutí a potřebách ve stáří by mělo být zahrnuto nejen do vzdělávání zdravotnických a jiných profesionálů, ale také být dostupné jako forma podpory laických (neformálních) pečovatelů.

Mezi opatření, která by měly vést k výše zmíněnému patří např.:

- Podporovat projekty a aktivity zaměřené na mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráci.
- Podporovat výzkum a inovativní projekty a programy, které umožňují a usnadňují život v přirozeném sociálním prostředí, zajišťují mobilitu a bezpečnost v domácím prostředí a okolí a zvyšují soběstačnost starších osob.
- Podporovat rozvoj a dostupnost respitních sociálních a zdravotních služeb poskytujících odbornou podporu, informace a pomoc rodinám a pečovatelům.
- Při finanční podpoře poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb preferovat takové služby, které podporují život ve vlastním sociálním prostředí a usnadňují pečovatelům uplatnění na trhu práce.
- Podporovat vzdělávací programy pro neformální i profesionální pečovatele.
- Podporovat zaměstnavatele vytvářející vstřícné podmínky pro pečovatele.
- Analyzovat možnost zavedení pečovatelské dovolené v podmínkách ČR.

2. Stáří a stárnutí

Tuto kapitolu začnu poněkud netradičně úryvkem z rozhovoru s českou modelkou Danielou Peštovou. Podle mého názoru zde vystihla představu o stáří, kterou sdílí většina lidí „*stáří pro mě znamená závislost a nemohoucnost*“. Pro modelky může být představa stáří ještě děsivější než pro „obyčejné“ lidi. Jsou součástí módního průmyslu, kde je uctíván kult mladosti, štíhlosti, dokonalosti, dětskosti. Průmyslu, který je jedním z největších na světě, utváří obrázek „ideálu“, a tím ovlivňuje obrovskou masu lidí.

Jednou jste řekla, že člověk stárnutím získává na moudrosti. Vážně se nebojíte přibývajících let?

Doteď jsem o tom příliš nepřemýšlela, ale poslední dobou se mi tyhle myšlenky vkrádají. Cítím, že stárnu – a začínám se bát té fyzické stránky stárnutí. Toho, že už nebudu moct být ten flegmatický introvert. Jsem zvyklá být nezávislá a stáří pro mě znamená závislost a nemohoucnost. Naopak smrti se nebojím. Věřím totiž v jakousi recyklaci, že na světě nejsme jen jednou.

Snažíte se stárnutí nějak programově brzdit?

Podle mě stačí zdravý životní styl a cvičení. Ne proto, abych byla štíhlá a vešla se do nějaké velikosti, ale proto, že se chci stáří dožít ve zdraví... Rozčiluje mě, že se lidé v Česku dívají na čtyřicetiletou ženu jako na vyžilou a padesátiletý člověk je tu pomalu jednou nohou v hrobě. Třeba Američané jsou mladí duchem, nic pro ně není překážka. Tam se důchodci v sedmdesáti letech stěhují na druhý konec kontinentu a začínají nový život. Ale i Amerika má mouchy. (Votrubová, 2009)

Jaké je ale stáří ve skutečnosti? Je to opravdu jenom období chátrání a ztrát? Psychologické teorie na stáří nahlíží jako na etapu, kdy by měl člověk svůj život rekapitulovat, měl by se s ním vyrovnat. Podle Eriksona je hlavním úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Člověk by měl přijmout svůj život jako celek a pochopit jeho smysl. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnání se se životem umožňuje i vyrovnání se se smrtí, jako s přirozeným důsledkem. C.G. Jung chápe stáří jako výsledek procesu individuace. V tomto procesu by mělo dojít k harmonizaci všech, vědomých i nevědomých složek osobnosti. Je v něm zachována jedinečnost individuality i spojení se širší zkušeností lidské existence, s archetypem Já. Starý člověk by měl v první řadě usilovat o rozvoj vlastní osobnosti. Cílem je taktéž dosáhnout vyrovnanosti se smrtí.

2.1 Definování stáří

Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu, není samo o sobě chorobným stavem, i když je tak mnoha lidmi chápáno. V průběhu stárnutí však dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Základním znakem nemocnosti ve stáří je multimorbidita. Proces stárnutí vede k různým strukturálním i funkčním změnám mozku, které se projeví i na psychické oblasti. Projevem bývají zpomalené reakce, změny prožívání, myšlení. Psychické změny¹⁰ v období stáří závisí jak na biologických, tak na sociokulturních vlivech. (Vágnerová, 2000)

Tomeš (2010) uvádí, že „*praxe a zkušenosti ukazují, že stárnutí je proces značně individuální, který je podmíněn nejen společenským činitelem, např. vlastnickými vztahy (bohatí žijí déle), úrovní industrializace, stupněm urbanizace, rozvojem sanitárně-hygienických a léčebných zařízení, ale také individuálně přírodními činiteli, jako je osobní fyziologická podstata jednotlivce, individuální zdravotní profil a genetická výbava, a současně obecnými přírodními činiteli, mezi něž patří podnebí (vysoký věk dosahovaný v některých zeměpisných oblastech, např. na Kavkaze), národní zvyklosti ve stravě apod.*“ (Tomeš, 2010, s. 227)

Jedním z často používaných dělení období stáří je podle Světové zdravotnické organizace, ta dělí stáří podle chronologického (kalendářního) věku, 60-75 let rané stáří nebo-li vyšší věk, 75-90 let pokročilý věk, nebo-li vlastní stáří, 90 a více let vysoký věk, dlouhověkost. Naproti tomu Stuart-Hemilton (1999) nepokládá chronologický věk za spolehlivý prediktor životního stavu konkrétního jedince, konstatuje, že přinejmenším může naznačovat stav průměrného člověka. Někteří sedmdesátníci odpovídají stereotypu starého člověka (šedé vlasy, vráscitá kůže atd.), existují však i „zachovalí“ jedinci, kteří tyto znaky postrádají.

Můžeme se taktéž setkat s dělením starší populace na „mladé seniory“ a „staré seniory“. Vágnerová (2000) dělí stáří na období raného stáří a období pravého stáří. Mezi těmito skupinami je rozdíl 20 až 30 let. „*Jsou to lidé s naprosto odlišnými životními zkušenostmi, setkali se s jinými historickými událostmi, jinými životními styly, módou, jsou jinak vzdělaní, měli odlišná zaměstnání apod.*“ (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s.176) E. H. Erikson (1999) považuje "old elderly" za samostatné (poslední) vývojové stadium člověka, pro které je ústředním tématem integrita proti zoufalství. Život v tomto stádiu zahrnuje retrospektivní účtování s dosavadním životem člověka.

¹⁰ Matoušek píše, že je lepší obecně popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek. (Matoušek, 2003, s.226)

V současné západní kultuře období stáří začíná v 60 – 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Podle Janečkové (2005) bývá starý člověk v tomto období považován za neaktivního či neproduktivního, předpokládá se i ztráta funkčních schopností, multimorbidita, postupná ztráta soběstačnosti. Popisuje tento pohled jako stereotypní, který pojímá staré lidi jako homogenní skupinu bez individuálních rozdílů, jež je pro společnost spíše zátěží a to hlavně ekonomickou. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005) Období odchodu do důchodu limituje možnosti starého člověka uplatnit se v širší společnosti, a proto se v tomto životním období zvyšuje význam širší rodiny, zejména dětí a vnuků.

Období po 75. roce bývá označováno jako životní fáze pravého stáří, pokročilého věku. Opět zde narážíme na to, že se v tomto věku mohou lidé z hlediska svých kompetencí významně lišit, diferenciací je i v této věkové skupině veliká. Vágnerová (2000) tuto etapu popisuje jako období, kterého se část starších lidí nedožívá, kdy je starý člověk ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Tyto zátěže mohou být, vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí, někdy subjektivně téměř nezvládnutelné. Běžnými problémy stáří jsou arteriosklerotické změny. Častá je demence, deprese, úzkosti, strach, stoupá četnost dokonaných sebevražd.

Úbytek schopností, který je běžným projevem pokročilého stáří, bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu. Starý člověk začne potřebovat pomoc i v běžné každodenní činnosti.

2.2 Soběstačnost

Soběstačnost je schopnost vykonávat běžné aktivity denního života (tzv. ADL - activities of daily living). Soběstačnost se zkoumá ve chvíli, kdy se senior stává nesoběstačným. Nesoběstačnost chápeme jako synonymum k seniorovi závislému a pomoci jiné osoby (viz příspěvek na péči kapitola 3.2).

Zavázalová (2001) uvádí, že soběstačnost vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí. Stáří je obdobím, kdy klesá funkční potenciál. Tato skutečnost mění potřeby člověka, zvyšuje požadavky na jeho životní prostor, často je nutné tento prostor upravit. Jelikož podmínky, ve kterých člověk žije, neodpovídají zdravotnímu stavu člověka a jeho funkčním možnostem, dochází k porušení sociální rovnováhy a člověk se stává nesoběstačným, vyžaduje pomoc okolí, rodiny nebo společnosti. Soběstačnost má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.

„Faktory, které nejčastěji ovlivňují soběstačnost jsou chronické choroby a vady, choroby se zvýšenými nároky na ošetření, všechny rizikové gerontologické faktory (vysoký věk

a multimorbidita, osamělost, nízký příjem), špatné bytové podmínky, ztížená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb, nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny, časté hospitalizace apod.“ (Zavázalová, 2001, s.31)

2.3 Závislé stáří

Říčan (2006) charakterizuje závislost stáří jako poslední zkoušku vzájemnosti. „*A jestli se nám nakonec zakalí rozum demencí, budeme na svých dětech i psychicky plně závislí – znovu jako děti. Budeme je (nebo jiné pečovatele) milovat tou závislou láskou, která už si zase nemůže vybírat, budeme je obdivovat za všechno, co udělají, ať si to zaslouží, nebo ne, budeme jako děti na houpačce zapírat i trucovat, budeme se jich bát, budeme se s nimi identifikovat. Nejkrásnější hudbou bude pro nás jejich vlídná řeč. Největším štěstím jejich laskavé pohlazení. Rozdíl mezi námi a kojenci nebo batolaty bude ovšem zásadní: na rozdíl od nich nebudeme moci spoléhat na rodičovské instinkty svých dospělých dětí, na neodolatelný šarm a roztomilost malého dítěte. Budeme odkázáni na dobré srdce, svědomí, soucit, kulturní úctu ke stáří, vděčnost za krásné dětství - a na předvídatost svých dětí: Jak ony nám, tak jednou jejich děti jim!“ (Říčan, 2006, s.362)*

Závislé stáří je často stářím nemocným. Haškovcová (1990) uvádí, že v povědomí většiny laické a někdy i zdravotnické veřejnosti převládá názor, že kvalitní život je možné realizovat jen za podmínek zdraví. Někteří dokonce považují zdraví a kvalitu života, popřípadě zdraví a štěstí za synonyma. Zdraví tvoří nepochybně jeden z významných předpokladů kvality života i lidského štěstí, ale samo o sobě je nezakládá. Kvalita života a štěstí nejsou vázány pouze na stav zdraví. Kdybychom připustili takovou tezi, pak bychom také odvozeně přijali stanovisko, že v situaci nemoci není prostor pro kvalitu života.

3. Sociální a zdravotní péče v návaznosti na potřeby nesoběstačného seniora a pečující rodiny

„Sociální péče vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejímž cílem je všestranný rozvoj jedince. [...] Cílovou skupinou sociální péče jsou občané, kteří nejsou dostatečně zabezpečeni vlastním příjmem nebo dávkami pojištění, dále ti, kteří potřebují kvůli vysokému věku nebo zdravotnímu stavu, a ti, kteří nemohou vlastními silami překonat nepříznivou situaci.“ (Matoušek, 2003, s. 210)

3.1 Zákon o sociálních službách

Dnem 1.1.2007 nabyl v České republice účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterým by měl fungovat nový moderní systém sociální práce a sociálních služeb, včetně standardů kvality sociálních služeb. Podle zákona 108/2006Sb. se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Je to činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění (registrace sociální služby) podle uvedeného zákona. Ustanovení zákona se zaměřují na poskytování, co nejvyšší kvality sociálních služeb a důstojnosti života lidí.

Tento zákon přináší novou kategorizaci sociálních služeb,¹¹ do určité míry převzatou z německé právní úpravy. Jednou z vizí zákona o sociálních službách je také tzv. postupná "deinstitucionalizaci" sociálních služeb. Služby by měly být více poskytovány mimo kamenné budovy a v bydlištích klientů, kde ti mají přirozené sociální vazby. Zákon obsahuje výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb, obsah jednotlivých služeb je stanoven v druhé části prováděcí vyhlášky.¹²

Zákon nabízí následující zásadní nástroje (MPSV, 2006):

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.
- Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnutí péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka „**příspěvek na péči**“.

¹¹ Podle Matoušek jsou sociální služby všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. (Matoušek, 2003, s.213)

¹² Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé žijící na pokraji společnosti, kteří jsou zařazeni do cílové skupiny „nepřízřivých“.

- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.
- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.
- Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji.

Zákon vymezuje tři základní oblasti služeb:

- Sociální poradenství jako nedílnou součást všech sociálních služeb.
- Služby sociální péče jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiného člověka.
- Služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde například o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.
- Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy.

3.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči nahradil dřívější sociální dávky zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou. Příspěvek na péči se podle zákona 108/2006Sb. poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v zákoně, nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů

sociálních služeb, a nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

„Příspěvek na péči je jedinou peněžitou dávkou systému sociálních služeb. Je koncipován jako tzv. dotace na hlavu a ideou s ní spojenou je, aby ten, kdo potřebuje péči, byl finančně alespoň do určité míry samostatný a mohl si podle svého výběru „koupit“ potřebnou službu. Příspěvek na péči spravuje úřad obce s rozšířenou působností. Tento orgán je nadán kromě jiného pravomocí komunikovat s úřady práce ohledně posouzení zdravotního stavu osoby, jež o příspěvek požádala, a pravomocí kontrolovat využívání příspěvku“ (Tomeš, 2009, s. 277)

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc (podle novely zákona o sociálních službách, která nabyla účinnosti 1.8. 2009 a má platnost od 1.1.2010):

- **2 000 Kč**, stupeň I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (od 1.1.2011 bude 50% vypláceno peněžně a 50% formou poukázky na péči uplatnitelné pouze u registrovaných poskytovatelů péče – pokud tato služba není v dosahu příjemce, nebo by tím byla omezena péče ze strany osob blízkých bude se částka vyplácet celá peněžně).
- **4 000 Kč**, stupeň II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- **8 000 Kč**, stupeň III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- **12 000 Kč**, stupeň IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

3.2.1 Příspěvek na péči v praxi

Při volbě stupně závislosti se posuzuje péče o vlastní osobu a soběstačnost. Obě kategorie obsahují několik úkonů. Péče o vlastní osobu (příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, ...). Soběstačnost (komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým

osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, ...).

Žadatel o příspěvek musí podat žádost, kde uvede jakým způsobem a kým mu bude nebo již je péče poskytována. Následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiného člověka, který zahajuje sociální pracovník. Sociální pracovník provádí sociální šetření v prostředí, kde žadatel žije. Poté se žádostí o příspěvek zabývá posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnosti žadatele, vychází přitom z výsledku sociálního šetření. Lékař ve většině případů pracuje se zdravotní dokumentací žadatele. Žadatel může být vyzván, aby se podrobil speciálnímu lékařskému vyšetření. O přiznání příspěvku nakonec rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Rozhodnutí o příspěvku na péči je doručeno žadateli a v případě, že je kladné, je žadatel (nyní již příjemce příspěvku) povinen obecnímu úřadu do 15 dnů písemně ohlásit, jakým způsobem mu bude péče zajištěna, pokud tak již neučinil při podání žádosti. Nárok na výplatu příspěvku vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku. (MPSV, 2006)

Záměrem nového zákona o sociálních službách bylo mj. podpořit vznik převážně terénních sociálních služeb, tento záměr ale není zcela naplňován, a to hlavně z důvodu, že je opakovaný měsíční příspěvek na péči poskytován přímo seniorům, kteří ho z velké části chápou jako přílepení k důchodu a nevyužívají ho pro nákup sociálních služeb. Jak se ukazuje, poskytováním příspěvku na péči se znevýhodňují terénní sociální služby, v pobytových sociálních zařízeních náleží tento příspěvek v plné výši sociálnímu zařízení, u terénních sociálních služeb a u poskytování rodinné péče jde zpět do sociální sféry jen nepatrná část tohoto příspěvku.

Kontrola využívání příspěvku a zjišťování potřeby a rozsahu sociálních služeb v domácnostech je úkolem sociálních pracovníků. Podle mnou získaných informací na Městském úřadě v Poličce – jedna sociální pracovnice má kromě jiných pracovních povinností na starosti průměrně 180 příjemců příspěvků na péči. Při tomto počtu nejsou pracovníci schopni efektivně zvládat kontroly, případně podávat návrhy na odejmutí dávky v případě neposkytování odpovídajících sociálních služeb. Novela zákona ale slibuje provádění kontroly efektivnějším způsobem. Zavedla přesný výčet okolností, které musí být podrobeny kontrol, a jednak budou mít pracovníci obecních úřadů přesný soupis činností (z výsledků posouzení lékařskou posudkovou službou), ve kterých příjemce dávky vyžaduje pomoc či podporu. Podle novely se bude kontrola moci zaměřit na to, zda je příspěvek využíván za účelem zajištění péče, a současně na to, zda je péče správně zacílena.

3.3 Sociální a zdravotní služby pro nesoběstačného seniora

V České republice jsou systémy sociální a zdravotní péče rezortně oddělené (rezort zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí). Nesoběstační seniorové ale potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobější péče by měl vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb jak ústavních, tak i ambulantních poskytovaných v domácnosti. Např. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 považuje za vhodný model takového pojetí služby komunitní centra, uvádí, že čím širší je spektrum služeb poskytovaných jedním poskytovatelem, tím větší je jeho flexibilita. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování stěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče.

Dalším trendem v sociálních službách pro seniory je posilování služeb, které umožní seniorovi co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí tzv. deinstucionalizace, tento trend ale může fungovat jen za předpokladu dobře rozvinuté profesionální terénní a respitní péče. V neposlední řadě se začíná klást důraz na přizpůsobování služeb poptávce, do sociální oblasti se zavádí tržní mechanismy. Kvalitní sociální služby vychází podle Matouška (2005) z klientových potřeb.

3.3.1 Systém sociálních služeb pro doma žijícího nesoběstačného seniora

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Systém sociálních služeb pro seniory by se měl dotýkat všech sfér jejich života, měl by respektovat jejich práva a individuální potřeby, a také zajistit pomoc rodinám, které o nesoběstačného seniora pečují. Podle zákona o sociálních službách se do sociálních služeb zahrnuje **sociální poradenství**¹³, služby **sociální prevence** (sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociální rehabilitace¹⁴ a služby sociální péče).

Podrobněji se zaměřím na služby **sociální péče**, které pomáhají seniorům zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Mezi tyto služby řadím osobní asistenci, pečovatelskou službu, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Tyto služby jsou Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách charakterizovány takto:

¹³ základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace, odborné poradenství se zabývá určitou sociální skupinou

¹⁴ „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ (zákon č. 108/2006 Sb.)

Osobní asistence - terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí).

Pečovatelská služba - je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony (pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím).

Průvodcovské a předčitatelské služby - jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhají jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb. (zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí)

Odlehčovací služby - jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování v případě pobytové služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti).

Centra denních služeb - poskytují se zde ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí

podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí).

Denní stacionáře - poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.)

Týdenní stacionáře - poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí).

3.3.2 Zdravotnické služby pro doma žijícího nesoběstačného seniora

Převážná část zdravotní péče je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění. Rozsah a podmínky jsou definovány v zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, podle něhož má zdravotní péče formu ambulantní nebo ústavní (viz kapitola 3.3.3). Do ambulantní péče patří mj. dále zmínění praktičtí lékaři, domácí péče a zdravotní péče v zařízení sociálních služeb.

Praktický lékař zajišťuje primární péči. Poskytuje návštěvní službu v domácnosti, která je u nesoběstačných imobilních seniorů potřebná. Péče je hrazena zdravotními pojišťovnami ze zdravotního pojištění formou kapítace (platbou a pacienta) a platbou za provedený úkon. Bonifikace praktického lékaře zdravotními pojišťovnami trvá do doby, než lékař překročí limit. Praktický lékař pak raději doporučí takového pacienta k hospitalizaci (Jurášková, 2008).

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech a patří k ní zajišťování fyzických, psychických,

paliativních a duchovních potřeb. Hrazena je z fondu zdravotního pojištění a frekvence poskytování je stanovena na 3 x 1 hodinu denně. Způsob a výše úhrady domácí zdravotní péče je řešen v seznamu diagnostických a terapeutických výkonů

Národní centrum domácí péče ČR definuje domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

Moderní koncepce systému zdravotní i sociální péče obsahuje princip subsidiarity. To znamená, že k léčbě, péči a pomoci dochází na nejbližší úrovni. Tento princip předpokládá i vlastní aktivní přístup klienta a jeho blízkých v procesu rozhodování při řešení problému, ale současně počítá i s jejich aktivní spoluprací při poskytování péče. Jednoduše řečeno – jedná se o pomoc k svépomoci. Klient a jeho blízcí nejen spolurozhodují, ale také se spolupodílí na poskytování péče. (Misconiová, domácí péče)

V péče o starého člověka by mělo být prvořadé udržet tohoto člověka v jeho domácím prostředí tak dlouho, jak je to jen možné. Institucionální péče by potom měla mít tolik forem, aby byla umožnila volbu a plynulý přechod od samostatného bydlení až k ošetrovatelské péči na lůžku.

3.3.3 Institucionální péče ve vztahu k pečující rodině

Pro rodinu je předání příbuzného do institucionální péče často velice těžké, zvláště když se pečující o nemocného starají řadu let. Tato situace většinou nastává v případě, že zdravotní potřeby překročí možnosti rodiny, ale i při příliš velkém fyzickém i psychickém vyčerpání pečujícího. Buijssen (2006) píše, že pečujícím je tento krok vnímán jako jedno z nejtěžších rozhodnutí v životě a bývá často provázen velkými pocity viny.

Po předání většinou nastupují pocity viny, výčitky a duševní traumata pečujících, že péči o příbuzného nezvládli. *“Zkušenosti výzkumníků dokumentují z rozhovorů s desítkami rodin, že psychické vyčerpání způsobené dlouhodobou péčí o starého člověka je v zásadě srovnatelné s psychickým stresem způsobeným vyrovnáváním se se situací nezvládnutí péče o blízkého člověka v rodině, vyvolaným rozhodnutím, že babičku nebo dědečka svěříme do neakutní péče sociálně-zdravotní instituce.”* (Jeřábek, 2005 s. 66).¹⁵

¹⁵ „Rozdíl může být v místě, kde je o postiženého pečováno. Většina péče se odehrává doma a většina pečovateli a postižených žije pod stejnou střechou, ale když se zeptáte kohokoliv, jehož rodič je v ústavní péči, záhy zjistíte, že pečovatelsví nekončí tím, že někdo jiný je odpovědný nebo že se pečovatelsví odehrává daleko od domova.“ (Tošnerová, 2001 s. 14)

Jak píše Jeřábek a kol. (2005) v rodině je emocionální péče imanentně přítomna, a tuto formu péče o seniory jistě zvýhodňuje. Ve všech ostatních formách institucionální zdravotní anebo sociální péče se rodina snaží emocionální složku doplnit, být mu oporou, dodat mu duchovních sil, být mu nablízku, což je často velice obtížné.

Domov je pro nemocného tím nejlepším místem, protože mu umožní co nejméně se vzdalovat od reality a udržovat svou soběstačnost tak dlouho, jak je to jen možné. Na druhou stranu se někdy péče o něj stane natolik nezvladatelnou, že jiné řešení než institucionální péče není možné. Důležitá je snaha vytvořit mezi personálem a rodinným pečovatelem partnerský vztah, aby měl rodinný příslušník možnost co nejvíce se zapojit do další péče o svého blízkého.¹⁶

Výčet těchto služeb opět najdeme v Zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Patří sem **Domovy pro seniory** (Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.), **Domovy se zvláštním režimem** (Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.)

Pokud se zhorší stav zdravotní stav seniora a nelze zvládnout péči v domácím prostředí dostává se do nemocničního zařízení. Mezi tato zařízení patří **Geriatrická oddělení** která slouží ke specializované péči o seniora s akutním zhoršením zdravotního stavu. Následná, ošetrovatelská a dlouhodobá péče je poskytována v nemocnicích, **rehabilitačních zařízeních a léčebnách dlouhodobě nemocných** (Jurašková, 2008). Podle zákona č 108/2006 Sb., se mohou ve zdravotních zařízeních ústavní péče poskytovat **pobytové sociální služby** pacientům, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopni se o sebe postarat a nemohou být z tohoto zařízení propuštěni do doby než jim je zabezpečena jiná pomoc (rodinná nebo např. v domově pro seniory). Zvláštním typem ústavní péče jsou **hospice**, poskytuje se zde paliativní a symptomatická lůžková péče o pacienty v terminálním stavu.

¹⁶ „Personál by měl komunikovat s rodinným pečovatelem o způsobech, jak se může za daných podmínek na každodenní péči o klienta podílet a nechávat mu pocítit hodnotu „všech těch malých věcí“, které pro něho může dělat.“ (Jeřábek, 2005,s.67)

4. Rodinná péče o starého nesoběstačného příbuzného

Společnost prožívá mnoho transformačních procesů, které se také projevují v rodinách, mění se ekonomická funkce rodiny nebo role muže a ženy. Bartoňová uvádí, že *„demografické ukazatele naznačují, že dochází k oddalování sňatků, prvních i dalších dětí, ale rovněž i k poklesu počtu narozených dětí, dochází ke stárnutí populace, k úbytku obyvatelstva atd.“* (Jeřábek a kol. 2005, s. 28). Proměňuje se i chápání rodiny jako takové, mezigeneračních vztahů a odpovědnosti vůči rodinným příslušníkům. Je otázkou, jak se bude situace v tomto směru nadále vyvíjet. Podle Přidalové (2007) představují mezigenerační vztahy široký prostor zahrnující emoční blízkost, názorovou shodu, míru kontaktu, společné soužití, ale také konflikt, a to vše má v lidském životě svoje v jistém smyslu nepostradatelné místo.

Podle Šelnera patří *„rodina s dětmi i nadále patří mezi nejvýraznější formu společenství jež prošla různými vývojovými stupni hospodářských a společenských změn, A to z dobrého důvodu: rodiny poskytují dětem jistotu, zabezpečují soudržnost a tím tvoří základ solidární společnosti. I pro dnešní mladou generaci platí vcelku totéž. Skutečnost, že rodiče mají dnes méně dětí nebo v pozdějším věku než v minulosti, nic na tomto faktu nemění.“* (Šelner, 2/2004 s. 13)

Pomoc stárnoucím příbuzným ať už partnerům, rodičům, prarodičům probíhá na základě mezigenerační solidarity, tato solidarita vychází z evropské morálky založené na křesťanské tradici, která zdůrazňuje odpovědnost a povinnost mladých postarat se v případě potřeby o své nesoběstačné příbuzné. Šelner (2004) si myslí, že odpovědnost dětí vůči rodičům v dnešní době postrádá určitou automatickou samozřejmost a je mnohdy považována za určitý „nadstandard“ vztahů, neboť se dnes mnohdy předpokládá, že záležitosti seniorů spadají pouze do kompetence státu (společnosti, obce aj.).

Přidalová (2007) se k hledání mechanismů mezigenerační solidarity vyjadřuje jako k velice obtížné věci, protože systém příbuzenských vztahů a mezigenerační solidarity je příliš komplexní a složitý, než aby byl přístupný jasným odhalením s navazujícími predikcemi. Přesto si myslí, že lze sledovat střípky mozaiky, detaily, které k těmto mechanismům přispívají a vytvářejí je. Píše, že je nutné ptát se: Jakým způsobem reaguje nejbližší rodina, především dospělé děti, na náhle vyvstalou nebo postupně se vyvíjející závislost stárnoucích rodičů a potřebu pomoci? Jak vypadá mezigenerační podpora v praxi? Co je spojeno s rozhodnutím postarat se o stárnoucího rodiče a co jej doprovází?

Sýkorová o mezigenerační solidaritě píše jako o konfliktu mezi reciprocitou a solidaritou: *„Sociální realita odpovídá nejspíše vzorci „solidarita zároveň s konfliktem -*

Příbuzenská odpovědnost vůči nesoběstačným starším lidem představuje typické příklad konfliktu mezi reciprocitou a solidaritou: na jedné straně vyváženost profitu a ztrát, na druhé straně tlak na altruistické poskytování pomoci. Pečovatel zažívá pocity viny z neadekvátního chování při preferenci kteréhokoli z obou norem, příjemce kalkulující s příbuzenskou solidaritou trpí zároveň vlastní bezmocí a neschopností pomoc oplatit. Ambivalenci ve vztazích nejstarší a prostřední rodinné generace často rámuje rozvíjející se dilema mezi loajalitou dospělého dítěte k rodiči a k vlastní prokreační rodině.“ (Sýkorová, 2007 s. 161-162)

4.1 Podoby rodinné péče o nesoběstačného seniora

Péče o starého člověka v rodině je péčí „neformální“¹⁷ a může mít nejrůznější podoby. Nemusí se ale nutně jednat jen o neformální rodinnou péči, teoreticky se může jednat také o profesionální péči zajišťovanou formou placených služeb v domácím prostředí, o zdravotní a zdravotně-sociální péči v domácích podmínkách nebo o občasně formy péče a pomoci jako je například respitní péče.

Klasifikační schémata péče o seniory vycházejí z několika principů. Jednak rozlišují zdravotní, sociální a emocionální péči. Z jiného hlediska pak hodnotí potřebnost péče o seniora s ohledem na stupeň naléhavosti, s níž starý člověk péči potřebuje a zároveň s posouzením nároků, které jednotlivé stupně péče kladou na pečující osoby. Jeřábek z tohoto pohledu rozlišuje mezi podpůrnou péčí, neosobní péčí a osobní péčí o starého člověka. (Jeřábek a kol., 2005)

Podpůrná péče (subsidiary care) - jedná se o finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, obstarání úřadů apod., což je třeba zajišťovat jen občas, nepravidelně a podle potřeby; a nevyžaduje to společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. Tento druh péče však zahrnuje rovněž emocionální složku. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska uvažovali jako ne zcela soběstačného.

Neosobní péče (impersonal care) - jde o péči o domácnost, nejčastěji uvařit, uklidit nebo vyprat, což je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost; je obtížněji postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. Jedná se však stále ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například pečovatelská služba donášku oběda, zjednaná osoba na úklid, praní, žehlení nebo podobné domácí práce.

¹⁷ Do neformální péče nejsou zahrnuti profesionální pečovatelé a prostředím výkonu péče je přímo domov, ať již společný s pečujícím nebo nikoli (Jeřábek a kol., 2005 s.31)

Osobní péče (personal care) - vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Variantami jsou prakticky jen rodinná péče, tedy neformální péče zajišťovaná doma příslušníky rodiny, anebo institucionální péče. Zahrnuje osobní hygienu, včetně toalety, nakrmení, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě. Je prováděna cyklicky, opakovaně, prakticky pořád, a starý člověk je na tuto péči prakticky odkázán, je na ní závislý. Je více než patrné, že její neodmyslitelnou součástí je její emocionální obsah. (Jeřábek a kol., 2005, str.12)

4.2 Motivace k péči

Péče o nesoběstačného seniora jako taková a zvláště dlouhodobá je velmi náročná jak po fyzické stránce, tak především po stránce psychické a sociální. Co tedy motivuje pečující začít pečovat a hlavně v péči vydržet?

Možný (2004) považuje motivace u rodinných příslušníků k péči za často spojenou s mezigenerační solidaritou (viz kapitola 4.). Ta se podle něj v rodině přenáší v rámci socializace z generace na generaci. Dítě přejímá hodnoty, postoje a vzorce chování mezi generacemi a připravenost poskytnutí vzájemné pomoci.

Motivací může být také vědomí, že podobná pomoc bude pečovatelům vrácena v budoucnu jejich dětmi (reciprocita mezi generacemi), ale také z pocitu odpovědnosti, zadostiučinění a uspokojení z péče. Péče může mít také původ ve víře pečujícího nebo v kulturních tradicích.

Svou roli také může sehrát nezaměstnanost pečovatele, nebo touha pobírat sociální dávky. Veselá (2002) ve výzkumu Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům uvádí, že *„pro přibližně čtvrtinu rodinných příslušníků by mohla být impulsem k poskytnutí péče kumulace nesoběstačnosti rodiče s nezaměstnaností potenciálního pečovatele. Pro každého pátého pak možnost získání sociální dávky z titulu této péče. Podle více než poloviny respondentů by tato dávka, aby byla pro pečujícího člena rodiny za celodenní péči přijatelná, však musela dosahovat výše dvojnásobku minimální mzdy.“* (Veselá, 2002, s. 13-14) Možný (2004) naopak píše, že motivace k péči neovlivňují sociální determinanty pečovatele, podle něj se rozhoduje na základě lásky, pocitu samozřejmosti, povinnosti i společenského a kulturního normativu.

Přidalová (2006) se pozastavuje nad malou společenskou prestiží, nedostatečnou podporou v rámci sociálního zabezpečení, náročné řešení konfliktu mezi prací a pečovatelstvím. Tyto skutečnosti činí z rozhodování o péči o svého nesoběstačného

příbuzného náročný moment pro muže tak i pro ženy. Motivačním prvkem pro pečující by mohlo být obecné zlepšení jejich situace.

4.3 Rodina ve vztahu k péči o nesoběstačného seniora

Pomoc starému člověku v rodině vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny. Jeřábek (2005) sociální situaci, do níž se rodina dostává, a v níž se rozhoduje pro pomoc starému členu rodiny, který se o sebe nemůže postarat sám, popisuje jako emocionálně vypjatou a často vyžadující rozhodování a přizpůsobování situace péči. Sociální soudržnost pečující rodiny je zároveň podmínkou péče o starého člověka v rodině i výsledkem takové rodinné péče.

Buijssen (2006) v knize *Demence*, která je průvodcem pro rodinné příslušníky a pečovatele popisuje: „*Kromě pomalé ztráty milovaného člena rodiny je tu také ztráta svobody pečovatele. Pečovatel už nemůže žít svůj vlastní život, protože pacientova nemoc se plně zmocňuje i jeho pečovatele, fyzicky i mentálně.*“ Zmiňuje se o strachu pečovatelů o vlastní zdraví, co budou dělat v případě, že by museli do nemocnice. Trápí je úzkost o budoucnost nemocného člověka, ale také z toho, že je vlastní partner nepozná. (Buijssen, 2006 s.112 - 113)

Pečování, zejména je-li dlouhodobé, vysoce psychicky a fyzicky náročné a celodenní, představuje pro pečovatele vysokou zátěž. Pečovatelé často trpí velkou fyzickou námahou, související s manipulací s pečovaným, a psychickými problémy. Tošnerová (2001) výzkumem zjistila, že „*nejrizikovější objektivní faktory pro vznik nadměrné psychické zátěže pečujících byly: délka vykonávané role pečovatele, soužití ve společné domácnosti, tíže zdravotního stavu osoby závislé, doba, po kterou se pečující denně věnují osobě závislé, a druhu handicapu.*“ Dalším problémem je osamělost pečujících, ohrožení stigmatizací, zhoršením rodinných vztahů, ztrátou přátel atd. Buijssen (2006) uvádí, že pečující často trpí nedoceněním své práce, jejich snaha byla oceňována na začátku, pak už ne. Pociťují ke svému partnerovi nebo příbuznému lásku, zájem, soucit, ale současně také hněv a zlost.

Na druhou stranu mluví autoři zkoumající pocity pečujících a jejich rodin ale i někteří pečující o péči, jako o obrovské životní zkušenosti, která jim dala velkou sílu např. Zacharias zkušenost s péčí o svého otce popisuje: „*Nemoc dokáže rodinu zničit, ale právě tak ji dokáže i stmelit. Naše rodina získala novou pozitivní perspektivu zdůrazněním emocí, útlocitu a něhy. Nemoc neovlivnila pouze náš vztah k pacientovi, ale i vztahy mezi námi navzájem.* (Zacharias, 2000)

„Přes negativa přináší pečování mnoho pozitivních prožitků, je hluboce lidskou zkušeností posilující vzájemné vazby mezi pečovatelem a pečovaným, pocit sounáležitosti, společné sdílení a lásku.“ (Topinková in Tošnerová 2001, s. 5)

4.4 Sociálně-patologické jevy při poskytování péče rodinou

Soužití v rodině nemusí být pro starého člověka vždy nejvhodnější cestou, zejména nejsou-li dobré vztahy mezi rodiči a dětmi. Tošnerová (2002) uvádí výčet podob a forem týrání a zneužívání starých lidí od fyzického násilí, ponižování a vydírání, odmítání pomoci až k zanedbávání.

Veselá (2003) ve svém výzkumu Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti píše, že se pracovníci poskytující pečovatelské služby setkávají s problémy zanedbanosti seniorů někdy způsobené jejich omezenou schopností sebeobsluhy, jindy ze způsobu života. Také se setkávají s příznaky, které by mohly souviset se špatným zacházením, týráním nebo zneužíváním ze strany jiné osoby. Pracovníci pojali podezření z týrání fyzického v 11% a psychického ve 41% partnerem nebo rodinou. Mezi jiné uváděné způsoby pravděpodobného týrání uváděli:

- neochotu příbuzných pečovat (to ale může vyplývat ze zaměstnanosti pečujících, nízké ocenění pečujícího společnosti...)
- dávání najevo, že senior je rodině přítěží a snaha umístit ho do LDN
- vydírání a vyčítání poskytované pomoci
- nezájem a nevšímání
- osamocenosť seniora (rodina projevuje zájem jen v době výplat důchodu)

„S některou formou špatného zacházení se dle odhadů setkává 3-5 % staré populace. Řešení špatného zacházení se starším člověkem často komplikuje skutečnost, že takové jednání zůstává utajeno.“ (Jeřábek, 2005 s.68)

4.5 Aktéři rodinné péče - pečující osoba

„V průběhu staletí je pozornost směřována na postiženou osobu a případnou profesionální ústavní pomoc, laický rodinný pečující není rozhodně v popředí zájmu. Výraz pro pečující osobu se obtížně hledá v českém jazyce a ani další jazyky jako angličtina a němčina na tom nejsou lépe. Národní asociace rodinných pečovatelů USA rovněž uvádí, že termín pečovatelsství ve většině slovníků neexistuje.“ (Tošnerová, 2001, s. 11)

Podle Matouška (2003, s.143) je pečující osoba ta, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez jakékoli formální smlouvy.

Veselá ve výzkumu který provedla v roce 2003 a oslovila v něm pověřené obecní úřady, lékaře, domovy důchodců a poskytovatelé terénních pečovatelských služeb, uvádí, že pečovatelem se rodinný příslušník stává cca ze třech důvodů:

1. na žádost těch, kteří chtějí pečovat (převaha poskytovaných příspěvků),
2. péči o osobu blízkou je řešena osobní situace pečovatele (pověřené obce uvádějí, že z celkového počtu příspěvků jich 4 351, tj. 33,9% vyplácejí proto, že pečující byl nezaměstnaný),
3. péči s ohledem na situaci doporučuje příslušný pověřený obecní úřad.

At' už je důvod jakýkoli pečování o nesoběstačného seniora je náročné a obdivuhodné. *„Pečovatelé mají vnitřní sílu, o které většina nikdy nevěděli, že ji mají. Je to statečnost pokračovat nehledět na bolest. Je to studnice naděje. Je to chytrý způsob, kterým pečovatelé řeší složitý problém. Je to vědomí, že jsou zkoušeni ohněm a přežili. [...] Problém je, že většina pečovatelů svou vnitřní sílu nerozpozná. Většina pečovatelů je tak vtažena pečovatelským, že nečiní krok zpět a nenahlédnou na mimořádnost věcí, které činí. Mnoho pečovatelů se necítí jimi být.“* (Tošnerová 2001, s. 15)

4.5.1 Pečující osoba z pohledu gender

V péči o starého nesoběstačného člověka se vždy nejvíce angažuje jeden člen rodiny, většinou jsou v této roli zastoupeny ženy. Tošnerová (2001) uvádí, že jedním z důvodů, proč jsou v této činnosti více zastoupeny ženy je, že *„tuto práci pojmají jako součást ženské přirozenosti, a to především jako součást její role v manželství a v rodině“*. (Tošnerová, 2001 s. 11)

Přidalová (2007) se zamýšlí nad tím, koho si máme představit když se řekne pečující a dochází ke stanovisku, že nikdo takový, jako „průměrný pečující“ neexistuje, přesto nachází některé dominantní charakteristiky těchto osob. Nejčastěji jde o dcery v pozdně středním či raně důchodovém věku, které péči o rodiče kumulují s povinnostmi vůči prokreační rodině a v polovině případů i s prací. Jeřábek (2005) naopak píše, že nejčastějším modelem péče o starého člověka v rodině je manželka starající se o svého starého nesoběstačného manžela. Až jako druhou nejčastější skupinou uvádí dcery nebo snachy starající se staré rodiče.

Na druhou stranu k překvapivým výsledkům došlo šetření Českého statistického úřadu Dělbá práce v rodině 2001, kdy nejčastějším modelem zvládnání péče o starou osobu v domácnosti je sdílení tohoto závazku mužem i ženou. 50 % rodin, které jsou v této životní situaci, shodně uvedlo, že o závislého seniora pečují oba partneři rovným dílem. (Přidalová, 2006). Tošnerová (2001) uvádí výsledky průzkumu americké Národní asociace rodinných pečovatelů, podle kterých se v současnosti o svého příbuzného stará 56 % žen a 44 % mužů.

Otázkou ale je s jakými pečujícími byl výzkum dělán, a jaký byl stupeň nesoběstačnosti seniora o kterého pečovali a jestli šlo o péči podpůrnou, osobní či neosobní.

Autoři, kteří se zabývají tématem pečujících žen často uvádí, že jsou ženy více náchylné k depresím a syndromu vyhoření. *„Výraznější je zranitelnost starých žen než starých mužů. Přibývají výzkumy se zkušeností s depresí a syndromem vyhoření právě u žen. Zkušenost s depresí a syndromem vyhoření u žen má i naše Ambulance pro poruchy paměti. V popředí problematiky je především osoba pečovatelky, která je okolnostmi přinucena se starat o svého manžela. Ten bývá často s vysokoškolským vzděláním, dříve zastávající prestižní místo a nyní „jen“ selhávající v roli muže. U manželky dochází k depresivním reakcím ústícím až v syndrom vyhoření. Muži - manželé v roli pečujícího o ženu obstáli lépe, deprese u nich nebyla přítomna, ale k označení pečovatel se nehlásili.“* (Tošnerová, 2001, s.12)

Buijssen (2006, s.128) uvádí, že nejpříjemnějším vysvětlením, proč ženy bojují s pocity viny častěji než muži, je to, že ženy odvozují svoji sebeúctu a sebejistotu primárně od své schopnosti pečovat. Pokud péče o potřebného člověka ztroskotá, ženy často viní samy sebe z toho, že zklamaly jako ženy. Muži na druhou stranu neodvozují svoji sebeúctu tolik od poskytování péče, ale častěji od svých profesních rolí mimo domov. Problémy týkající se péče se tak u nich mění v osobní drama mnohem méně často.

Přesto i muži participují na péči o rodiče, ať už jako „skuteční“ pečovatelé, kteří přebírají i tradičně ženské práce (v tomto případě na ně ostatní často pohlížejí jako na výjimečné hrdiny), anebo pomocníci, kteří doplňují aktivity hlavních pečujících, s největší pravděpodobností svých matek, sester nebo manželek. (Přidalová, 2006, s. 6)

4.6 Pomoc pro pečující

Pečující při péči o nesoběstačného příbuzného potřebuje jak pomoc finanční (příspěvek na péči), tak systém fungujících zdravotní a sociálních služeb, které mu jsou při péči nápomocné. Další důležitou součástí jsou poradny na které se pečující mohou v případě problémů obrátit, nebo kurzy, kde se pečující naučí jak efektivně zvládat jednoduché pečovatelské úkony. Tyto služby se začínají pomalu objevovat a to i na menších městech. Co si ale myslím, že je stále hodně podceňováno je psychologická pomoc pečujícím a to jak profesionální, tak i laická.

Jednou z takových pomocí může být podpůrná neboli **svépomocná skupina**. Jeřábek (2005) charakterizuje podpůrné skupiny jako vyhledávanou formou praktické i emocionální podpory. Lide se v nich pravidelně scházejí, vyměňují si informace, zkušenosti, účinné

strategie a hlavně si poskytují vzájemnou oporu. Členové těchto skupin mohou otevřeně hovořit o tom co je trápí a navzájem si poskytují útěchu a posilu.

5. Poličko a pečující rodina

5.1 Pojem Poličko

Nejdříve bych měla zmínit co znamená pojem Poličko. Poličko se nachází v bývalém okrese Svitavy na jižním okraji Pardubického kraje. Sousedí s Litomyšlskem a Svitavskem, což je důležité z pohledu využívání sociálních služeb. Leží na území Českomoravské vysočiny. Zahrnuje 20 obcí viz příloha č. 1 (Borová, Březiny, Bystré, Hartmanice, Jedlová, Kamenec u Poličky, Korouhev, Květná, Nedvězí, Oldříš, Polička, Pomezí, Pustá Kamenice, Pustá Rybná, Sádek, Stašov, Svojanov, Široký důl, Telecí, Trpín). Podle ČSÚ byl k 31.12. 2009 počet obyvatel 19 528.

„Území Poličska se rozkládá na 27 264 hektarech a zaujímá 6 % rozlohy kraje. Ve dvou městech správního území – Poličce a Bystrém – žije 54,6 % obyvatel. Poličko je regionem s vysokým stupněm religiozity. Téměř polovičním zastoupením věřících na populaci podle výsledků posledního sčítání lidu v roce 2001 se správní obvod zařadil na druhé místo v kraji po Hlinecku a o 17 procentních bodů předstihl krajský průměr. Spjatost s náboženskými tradicemi se odráží i v nejnižším podílu neúplných rodin ve struktuře domácností. Desetina ekonomicky činného obyvatelstva byla v roce 2001 zaměstnána v zemědělství (druhý nejvyšší podíl v kraji po Litomyšlsku). Míra nezaměstnanosti v regionu se drží mírně pod krajským průměrem, ke konci roku 2007 činila 5,3 %. Téměř ve čtvrtině domů a pětina bytů nebyla dle výsledků sčítání lidu v roce 2001 sečtena žádná osoba s trvalým pobytem. Nejvyšší podíl neobydlených domů v kraji je především důsledkem vysokého zastoupení rodinných domů využívaných k rekreačním účelům.“ (ČSÚ, 2010)

5.2 Senioři na Poličsku v číslech

V roce 1997 žilo na Poličsku 2700 obyvatel starších 65 let v roce 2009 se tento počet zvýšil na 2 844 obyvatel. Podíl obyvatel ve věku 65 a více let se z 13,7 % v roce 1997 zvýšil na 15,5 % v roce 2009, což znamená nárůst o 1,8 % za 12 let vůči celkové populaci v regionu. Index stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0 - 14 let) byl v roce 2000 78,6 v roce 2009 102,0. (ČSÚ, 2008, 2010)

Co se týče stupně závislosti ke konci roku 2009 bylo 260 seniorů s 1. stupněm závislosti, 260 s 2. stupněm závislosti, 160 s 3. stupněm závislosti a 80 se 4. stupněm závislosti. Podle sociální pracovnice MěÚ v Poličce pečuje rodina asi o dvě třetiny klientů, přičemž tu jednu třetinu tvoří klienti Ústavu sociální péče Bystré u Poličky, Domova pro seniory a Domova s pečovatelskou službou v Poličce.

5.3 Sociální a zdravotní služby pro nesoběstačné seniory

Při vyjmenovávání sociálních a zdravotních služeb na Poličsku pro nesoběstačné seniory a pomocné pečující rodinám se budu řídit výpisem, který jsem uvedla v kapitole 3.3.1 a 3.3.2. Některé z těchto služeb na Poličsku chybí, proto zmapuji i služby sousedního Litomyšlska a Svitavska s ohledem na dostupnost lidem žijícím na Poličsku. Senioři a pečující rodiny na Poličsku mohou tyto služby s určitým hlavně dopravním omezením také využívat.

Osobní asistence

- Středisko sociálních služeb SALVIA Svitavy

Pečovatelská služba

- *Dům s pečovatelskou službou „Penzion“ Polička* – zajišťuje pečovatelskou službu nejen obyvatelům „Penzionu“ (pečovatelské úkony, služba přepravy uživatelů nebo jeho majetku, zapůjčování kompenzačních pomůcek, dovážka obědů)
- *Oblastní charita Polička - Charitní pečovatelská služba (CHPS)* (pečovatelské úkony, zapůjčování kompenzačních pomůcek)
- *Občanské sdružení DOMOV BYSTRÉ* (pečovatelské úkony, zapůjčování kompenzačních pomůcek, dovážka obědů)
- *Svazek obcí AZASS* (Pečovatelské úkony v obcích Borová, Březiny, Oldříš, Pustá Kamenice, Pustá Rybná, Telecí, Lubná)

Odlehčovací služby

- *Středisko sociálních služeb SALVIA Svitavy* – respitní péče v domácím prostředí
- *Charita Svitavy* – odlehčovací služba

Centra denních služeb

- *Charita Svitavy – Centrum denních služeb Světlanka* (domovinka pro seniory, respitní péče, stacionář pro mentálně postižené, klub seniorů)
- *Farní charita Litomyšl – Centrum denních služeb Jindra*

Týdenní stacionáře

- *Farní charita Litomyšl – respitní péče Jindra* (doba pobytu max. 3 měsíce)
- *Charita Svitavy Světlanka - domovinka pro seniory* (doba pobytu max. 3 měsíce)

Domácí péče

- *Oblastní charita Polička - Charitní ošetrovatelská služba (CHOS)* (Agentura domácí péče, domácí hospicová péče, půjčovna zdravotních pomůcek)
- *Domácí péče Pavlína Telecké* – (poskytování zdravotní péče i pečovatelských úkonů)

Sociální rehabilitace a sociální poradenství

- *Středisko sociální integrace AZASS Polička* (pracoviště simulace domácího prostředí, půjčovna kompenzačních, rehabilitačních a rekondičních pomůcek, pracoviště manuálních a pracovních dovedností, síť pracovních bodů v regionu Svazku obcí AZASS poskytujících informace a poradenství v oblasti sociální péče a sociálních služeb, realizace komunitního plánování sociálních služeb pro region Svazku obcí AZASS, čítající 25 obcí a 2 města., vydání příručky „Průvodce občana sociálními službami“)
- *Středisko sociálních služeb SALVIA Svitavy* – sociálně právní poradenství

Sociální služba poskytovaná ve zdravotnictví

- *Poličská nemocnice, s.r.o.* – služba pro klienty přecházejícím ze zdravotnického zařízení do rodiny nebo do zařízení sociální péče.

6. Metodologie výzkumu

V této části se budu zabývat metodologií a realizací výzkumu. Popíši cíl výzkumu, výzkumné otázky, použitou strategii, výzkumný vzorek a rozhodnutí o kritériích jeho výběru a realizaci výzkumu.

6.1 Cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky

Ve výzkumné části se pokusím pomocí kvalitativní analýzy nastínit situaci neformálních pečujících o příbuzného seniora na Poličsku.

Výzkum je malou sondou do dané problematiky. Cílem této sondy je ***zjistit motivaci, potřeby a podporu neformálních pečujících a vytipovat chybějící nebo nedostačující služby pro pečující rodiny na Poličsku***. Výzkumná sonda je zaměřena na časový úsek vlastní péče s vizí do budoucna. K tomuto cíli bych ráda dospěla za pomoci dílčích výzkumných otázek, které jsem zaměřila na čtyř hlavní oblasti.

- Co pečujícího o seniora motivuje, podporuje? Z čeho má pečující při péči o starého nesoběstačného příbuzného obavy?
- Jak vnímá pečující podporu a komunikaci ze strany rodiny, lékařů, státu a organizací poskytujících sociální péči?
- Péče pečujícího sama o sebe a jeho zkušenosti s dobrovolnictvím a svépomocnými skupinami na Poličsku?
- Které služby se pečujícím na Poličsku chybí?

6.2 Použitá výzkumná strategie

S ohledem na typ otázek a s přáním dozvědět co nejvíce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Jak uvádí Disman (2006, s. 287-289) posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích. Slabá standardizace kvalitativního výzkumu, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně proto může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu. Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl 2008, s. 48)

Pro sběr dat jsem použila techniku rozhovoru pomocí návodu. „*Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Tento rozhovor dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interview. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti.*“ (Hendl 2008, s. 174) U každé dílčí otázky uvádím podotázky, ty budou použity pro lepší orientaci v analýze rozhovorů, kterou následně provedu. Návod k rozhovoru uvádím v příloze č. 2.

6.3 Výzkumný vzorek

Rozhodla jsem se pro postupné určení výběrové skupiny. Hendl (2008, s. 149) uvádí, že teoreticky zaměřený výběr je hlavním postupem při sběru dat v kvalitativním výzkumu. „*Teoretický zaměřený výběr označuje proces sběru dat potřebných ke generování teorie, přičemž výzkumník svá data zároveň shromažďuje, kóduje a analyzuje a přitom se rozhoduje, která další data jsou zapotřebí a kde se dají získat. Sběr dat je řízen vznikající teorií*“ (Glaser a Strauss (1967) in Hendl 2008, s.149).

Shromažďování dalších informací je ukončeno po dosažení teoretické saturace, což znamená, že z hlediska výzkumníka se teorie již vyvinuta a nepředpokládá se, že další případy přinesou nové poznatky, které by mohly vést k její změně. (Hendl 2008, s.149)

Při výběru pečujících jsem využila techniku sněhové koule. „Snowball Technique“ spočívá ve výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům naší cílové skupiny (Disman, 2006, str. 304). Mým původním informátorem, jak uvádí Hendl (2008, s. 150) gatekeeper, dveřníkem, byla sociální pracovnice, která se zabývá příspěvkou na péči Odboru sociální péče a zdravotních věcí, Městského úřadu v Poličce.

Dalším kritériem, které jsem zvolila bylo vybrat různé typy rodinné péče na základě pečující osoby (manželka pečující o manžela, dcera pečující o matku, syn o matku, vnučka o babičku, snacha o matku, manželka o babičku manžela) Výzkumná jednotka byla tvořena jak neformálními pečujícími o seniora v domácnosti, tak i rodinnými pečujícími do domácnosti seniora docházejícími. Jeřábek (2005, str. 12) z tohoto pohledu, rozlišuje mezi podpůrnou péčí, neosobní péčí a osobní péčí o starého člověka. Popis těchto péčí jsem uvedla v teoretické části. U pečujících jsem se kromě jiného zaměřila na jejich vizi do budoucna.

6.4 Realizace výzkumu

Soubor tvořilo 10 dotázaných, 9 žen a 1 muž. Průměrný věk pečujícího byl 49,6 v rozpětí 24 – 70, průměrný věk seniora, o kterého bylo pečováno, byl 79,5 v rozmezí 73 – 85. Průměrná doba péče 2,6 roků. 6 pečujících pečovalo celodenně, poskytovali tzv. osobní domácí péči (viz kapitola 4.1), 2 respondenti poskytovali péči cyklickou, tato péče mj. vyplývala ze soužití s nesoběstačným seniorem, kdy se jedná o tzv. neosobní péči, 2 pečující poskytovali péči občasnou, tzv. podpůrnou péči. Respondenty budu označovat čísly 1-10. Podrobnější charakteristiku pečujících uvádím v příloze č. 4.

Rozhovory se uskutečnily v létě a na podzim 2009. Ve 2 případech jsem je uskutečnila v zaměstnání respondentů, v 6 případech v domácnosti respondentů, v 1 případě v restauraci a s 1 respondentem v městském parku. Ve všech případech bez přítomnosti seniora. Rozhovory jsem se souhlasem dotazovaných nahrávala na diktafon. Průměrný čas rozhovoru byl 28 minut. Nejkratší rozhovor trval 15 minut (respondent č.1). Nejdelší rozhovor trval 70 minut (respondent č. 3). Všechny rozhovory jsem doslovně přepsala. Dva doslovně přepsané rozhovory uvádím v příloze č. 4.

V rozhovorech jsem hledala odpověď na dílčí výzkumné otázky, na otázky v návodu k rozhovoru včetně podotázek.

7. Výsledky výzkumu

V této kapitole uvádím výsledky analýzy rozhovorů. Pro sběr dat jsem použila techniku rozhovoru pomocí návodu. Návod k rozhovoru (v příloze č. 2) se skládá z dílčích otázek a podotázek (názvy jednotlivých kapitol a podkapitol), které jsou použity pro lepší orientaci v analýze rozhovorů a na jejich základě interpretuji rozhovory. U témat rozhovoru jsou uvedeny příklady citací a každé téma obsahuje závěrečné shrnutí. Jednotlivá témata však od sebe nejdou ostře oddělit a v některých úsecích se překrývají.

7.1 Motivace, podpora a obavy pečujícího o starého nesoběstačného příbuzného.

7.1.1 Motivace pečujícího k péči o blízkého příbuzného.

Respondenti (4, 8, 10) se pro celodenní péči o nesoběstačného příbuzného rozhodovali v době, kdy se zdravotní stav seniora začal zhoršovat. Pro pečující (1, 2, 3, 5, 9) byla péče samozřejmostí, s péčí počítali ještě před tím, než se začal zhoršovat zdravotní stav nesoběstačného příbuzného.

Většina pečujících uváděla, že jsou motivováni tím, co zažili ve vlastní rodině, v tomto směru pro ně byla důležitá výchova (5, 2, 6, 7). Pečující 10 uvedla, že cítí povinnost postarat se o svého nesoběstačného příbuzného. Pro pečující (5, 7) hrála při volbě zdali pečovat roli víra. Pečující 7 se také zamýšlela nad tím, jak se jí nelíbilo, když její rodiče předali babičku do domova pro seniory.

„Je to hrozně ve výchově, dědečkovi rodiče byli taky doma až do úplného stáří, doma umřeli. Máma viděla, jak se o ně její rodiče starají. Mámu prarodiče vychovávali. Udělali službu svejm vnoučatům a svejm dětem a je tam dá se říct protislužba. Dřív ženský, když jim zestárly rodiče, přestaly pracovat a staraly se o ně. Ted' ty matky pracují a potřebují peníze. Ale stejně je to o výchově. Babička by sice asi ani nepocítila, kdybysme ji dali někam do ústavu, ale máma je vychovaná k tomu, aby se o ni starala.“
(2)

„U nás se babičkám pomáhalo, tak pomáhám.“ (6)

„Já jsem vyrůstala v tom, dát babičku do domova důchodců je to nejhorší co by ji člověk mohl udělat, jsou to věci které patří k životu, že člověk z toho pohodlí dá tomu starému člověku, ona to moc potřebuje, ten zájem.“ (7)

Pro pečujícího 1 byla péče o maminku logickým vyústěním životní situace a v podstatě životní náplní: „Žiju s ní v jedné domácnosti, nemám rodinu.“(1). Pečující (3, 4) uvedli, že by pro sebe chtěli stejnou péči: „Je to můj manžel, já bych to pro sebe chtěla taky, neumím si představit, že bych to nedělala.“ (3).

7.1.1.1 Pečující a ústavní péče

Respondenti se u otázky na motivaci také pozastavovali nad tématem ústavní péče. Tato kapitola částečně souvisí s kapitolou 7.1.6 (důvody k přerušení péče v domácím prostředí). Pečující (1, 4, 5, 7) uvedli, že ústavní péče pro ně přichází v úvahu tehdy, když by byl zdravotní stav nesoběstačného příbuzného, případně jejich, natolik vážný, že by nebyli schopni zvládat péči doma. Pečující 6 by v péči, pokud by se jednalo o péči celodenní, nepokračovala, protože by nechtěla opustit zaměstnání.

Pečující 8 uvedla, že se po zhoršení stavu nesoběstačného příbuzného rozhodovali o umístění do ústavní péče. Nakonec zvolili domácí péči. Respondentka se vyjádřila tom smyslu, že pro ně byl velkou motivací příspěvek na péči. Pečující (9, 10) naopak uvedli jako jeden z důvodů neumístění nesoběstačného příbuzného do ústavní péče nedůvěru nebo neschopnost pomocných služeb.

„Nechtěli jsme, aby byla na LDN, tam se její stav jen zhoršoval.“ (9)

„Neschopnost domova důchodců pomoci. Čekali jsme půl roku, aby nám pak řekli, jestli chcete nastoupit máte na to dva dny, jinak se žádost ruší. Babička se z té rychlosti zhroutila.“(10)

7.1.2 Sociální síť pečující osoby

Pečující (1, 5) žijí sami s nesoběstačným příbuzným, v obou případech se jedná o maminku pečujících, oba vyrůstali jako jedináčci. Spíše než na širší rodinu se obracejí na profesionální služby. Pečující 1 využívá i sousedské výpomoci. Ostatní pečující zvládají péči více či méně za pomoci rodiny. Pečující 10 uvedla, že výpomoc ze strany příbuzných je, ale ve velmi omezené míře: “Rodina trochu pohlídá v době nákupu, občas si s babičkou popovídají“ (10). Poměrně hodně pečujících (2, 4, 3, 8, 9,10) si stěžovalo na ne zcela dobré rodinné vztahy, a tím způsobené komplikace v péči.

„Mamka má dva sourozence. Strejda pomáhá teďka poslední rok, teta nemá zájem, jeden rok nechodil bratr do školy a o babičku se staral.“ (2)

„Nejdříve byla babička jenom u mě, ale to jsem nezvládala, tak si ji vzala vždycky na dva dny sestra. Mám tři ségry. Těm dvouto bylo jedno. Jinak mi pomáhala dcera s manželem, kteří tu bydleli, než si opravili druhou část domu.“ (4)

Pečující 3 si chválila výpomoc svých dětí při starání se o manžela, současně však zmínila, jak trpí tím, že její děti bydlí daleko.

„Když přijedou děcka, ty bydlej daleko od Poličky, ten nejstarší hodně cestuje, tak to vždycky vezme přes Poličku i další děti jezděj. Fungujou perfektně, když nám ho dali na jaře z LDN domů, tak si kluci každě vzal dovolenou, abych s nim nemohla bejt sama, i já když jsem byla na operaci, tak si vzali dovolenou.“ (3)

Rodiny pečujících (2, 6, 8, 9) si s rodinou vytvořili systém jak se o svého nesoběstačného příbuzného pečovat. Buď mají rozdělené jakou práci kdo a kdy vykonává (6, 9), nebo se o příbuzného střídají střídavě (2, 8).

„Dá se říct, že pečujou ženy, jsou to ženské práce, takový ty věci kolem domácnosti děláme my a doprava k lékaři, to dělají synové. Babička je ve stádiu kdy si přiznala, že už to fakt nejde, do teďka se snažila dělat skoro všechno sama, teď si uvědomila, že by si mohla ublížit, kdyby vylezala na židli a tak. Řekne si.“ (6)

„Švagrová pere, nakupuje, já ji vozím k doktorovi, moje dcera ji stříhá a hodně pomáhá, Maminka je svéráz, neměla jsem s ní dobrý vztah už od dětství, něco se tam stalo, bratra poslouchá na slovo, na mě je zlá. Sestra tam jen za ni občas chodí, ale jinak do toho nezasahuje. Když bydlela sama, starala jsem se o ni hodně teď hlavní péče je na bratrovi. Matka má sestry ale nestýká se s nimi.“ (9)

7.1.3 Péče a zaměstnání

Respondenti (1, 3, 4, 8, 9) jsou v důchodu. Pečující 10 na mateřské dovolené. Pečující 1 je v současné době na podpoře, ale plánuje jít do předčasného důchodu, aby se mohl o maminku starat. Ostatní kloubí péči se zaměstnáním, pečující 2 se školou.

„Žijeme tři plus babička, mamka, tatka a já. S tím, že tatka pracuje v místě bydliště, takže když je nejhůř, může to nějak zvládnout on, může případně pracovat doma na počítači. Dva dny v tejdnu mám já, dva dny jsem v práci, jeden den ve škole a mamčin brácha naštěstí, nejdřív neměl zájem, teďka je tři dny dopoledne s babičkou. Domlouváme se, jak se to dá.“ (2)

Pečující 7 je připravena vzdát se práce a v případě zhoršení stavu příbuzného začít celodenně pečovat. Velkou motivací pro tuto pečující je víra. Pečující 6 by se práce pro péči nevzdala, odůvodnila to tím, že je pouze jednou z vnoučat a předpokládá, že by se o babičku starali střídavě. Pro pečující 5 by znamenal odchod z práce velké dilema.

„No to, zatím to zvládám, zatím se to dá, ale vzhledem k tomu, že dělám od rána do večera, celý den je sama a já musím důvěřovat tomu, že se nic nestane, že třeba neupadne, už se to stalo, vzchopila se, ale nemusí to být pokaždé, zatím pokud to budu zvládat jak fyzicky tak i jinak, tak bych si ji chtěla nechat doma, ale pokud se to zhorší, tak si to neumím moc dobře představit.“ (5)

7.1.4 Co pečujícímu péče dává a co bere.

Pečující (1, 5, 6, 7, 10) se o péči vyjadřovali spíše v pozitivěch než negativěch. Zdůrazňovali zaprvé, že je pro ně péče samozřejmostí, a zadruhé její důležitost pro další generace, které ji potom jako samozřejmou vnímají.

„Já jsem se naučil vařit. Takže se koukám jenom na kuchařský šou v televizi. A ta ztráta, nejsem s těma kamarádama v práci a hodně jsem se toulal, takže jsem se přestal toulat.“ (1)

„já jsem o tom vlastně neuvažovala, je to fakt, běh života. Já jsem sama, nemám rodinu, vím, že je snažší, když je rodina a je to rozložený na víc členů, ostatním členům to i dává. Měla jsem se s tím možnost setkat i v mládí, otec měl roztroušenou sklerózu. Děti co se kolem pohybují, získávají větší cit do života.“ (5)

„Nevadí mi to, přijde mi to normální, neberu to jako povinnost, když někdo potřebuje pomoc, tak pomůžu. Někdy je to časově náročnější. Setkávám se ale i s tím, že to není normální, ale já to tak mám, neřeším to.“ (6)

Pečující 2 popisovala soužití s nesoběstačným seniorem s demencí, změny nálad, které jsou pro ni někdy obtížně přijatelné, její bezmoc a vztek na tuto nemoc. Na druhou stranu hodně mluvila o období, kdy je babičce dobře a kdy je pro ni péče naplňující.

„Já to ani neumím vysvětlit ty tři generace v baráku, někdy je to neuvěřitelně na nervy a je to strašná bezmoc, když vidíš, jak tomu člověku nemůžeš pomoci a ta demence je někdy zlá v tom, že i ten člověk je na tebe někdy zlej a musíš si říkat, to je ta nemoc, to není babička, tak někdy du a bouchnu pěstí do zdi, nemám vztek na babičku, ale na tu její nemoc, ale někdy je těžký to rozlišit. Musím odejít a rozdejchat to. To je málokdy. Vrací

se do fáze dítěte, je většinu času bezelstná. Špatný věci zapomene a jde s čistým číslem.(...).“ (2)

Pro pečující (3, 8, 9) je péče často hodně namáhaná, což je u nich způsobeno buď tím, že sami pečující na tom nejsou zdravotně nejlépe 3, a nebo z důvodu vysoké závislosti nesoběstačného seniora (8, 9).

„Je pro mě náročný dojíždění do Svitav, jezdím každý den, kromě soboty. Městská nejezdí o víkendu, ale to já bych už neušla tak nejezdím. Zmáhá mě a oddělová, mám problémy s páteří a jenom se mi to horší. Taký mám strach a nervy, co za nemoc se mu přidá.“ (3)

„Mám velký obavy, jestli to zvládnou. Minulou zimu jsem ji měla celou. Ještě to jakš-takš šlo. To se zvládla ještě najíst, stačilo ji to jídlo nakrájet, ale teď se to hodně zhoršilo, už nezvládá sama skoro nic.“ (8)

7.1.5 Obavy ve vztahu k péči o nesoběstačného příbuzného

Pečující 4 byla nucena z důvodu výrazného zhoršení stavu seniora trpícího Alzheimerovou nemocí předat ho do ústavní péče. Pro pečující to znamenalo velké dilema a výčitky, péči už podle svých slov ale přestávala zvládat.

„Měla jsem největší starost z toho z tý psychický stránky ani né tak z tý fyzický. Po tý psychický to bylo 1000x horší než po tý fyzický. Kdyby byla babička na tom obráceně, určitě bych si ji tu nechala. Ale takhle, to prostě nešlo.“ (4)

Pečující (3, 6, 9, 10) projevili strach ze zhoršení stavu seniora a z toho, že nebudou péči nadále zvládat. Pečující 3 uvedla i obavu, že nebude zvládat péči z hlediska zdravotní náročnosti – léčení dekubitů a zavádění sondy. Někteří dotazovaní (1, 3, 4, 8) také mluvili o obavách ze zhoršení vlastního fyzického stavu potažmo i psychického stavu, např. že by museli jít do nemocnice. Pečující 7 očekává, že by se v případě, kdy by nemohla pečovat, aktivizovali ostatní členové rodiny.

„Teď mám obavy jestli se ho ještě vůbec podaří dostat na nohy, má proleženiny. Já nejsem taky úplně zdravá a on se musí krmit každé dvě hodiny sondou, je přestávka jen od půl noci do šesti do rána, když jsem ho měla toho půl hodiny doma, tak jsem se ani nestihla najíst.“ (3)

„Jedna teta má zdravotní problémy, tam je to horší. Celá rodina říká, že je to takovej ten psychický stres a únava. Babička se dostává do dětských let.“ (8)

Pečující 2 naopak projevila obavu z toho, až péče skončí. S touto situací se již setkala při péči o dědečka. Mluvila o pocitu jak úlevy, tak hlavně prázdnoty, která se u ní po ztrátě příbuzného objevila.

„Co se stane, až ten člověk nebude, protože to je jako samozřejmost, ty o toho člověka pečuješ a co bys jako dělala, kdyby... tam bude hrozný prázdno a tma bude mnohem větší. U dědy jsem o tom nemohla dva roky mluvit. Na jednu stranu je to úleva, na druhou stranu ještě horší než ta péče. Sice volnost, ale přebije to 100x ta prázdnota.“ (2)

7.1.6 Důvody k přerušení péče v domácím prostředí.

Pečující (1, 2) uvedli, že by péči nepřerušili. Pečující 1 nevidí důvody k přerušení a pečující 2 by se při komplikacích snažili najít jiné způsoby, jak v péči o babičku i nadále pokračovat. V úvahu by pro ně připadalo i propojování domácí péče s péčí respitní.

„Kdyby ten strejda nemohl jezdit, asi by se to dalo řešit, ale nechtěla bych, aby se o babičku starala jenom mamka, protože je to hrozně destruktivní, když to má na starost jenom jeden člověk, to se fakt jako nedá. Nevím, jestli bysme to zvládli, možná kdyby byla přes tejdén v nemocnici a o víkendu doma, nebo dva částečný úvazky. Nedovedu si to představit. Strejda má problémy s alkoholem, ale zatím se nic nestalo. Řeší se to operativně.“ (2)

Pro pečující (5, 6) by byla rozhodující práce. Pečující 5 uvedla, že při zhoršení stavu seniora by poskytování péče z její strany záleželo na tom, jak by zvládala kloubit péči s prací, případně na finanční stránce, jelikož žije s maminkou sama a nemá oporu v širší rodině. Pečující 6 taktéž uvedla, že by při zhoršení zdravotního stavu seniora, byli s rodinou nejspíše nuceni předat seniora do ústavní péče, ale také zmínila, že se o tom v rodině zatím nemluví.

„Pokud by už potřebovala nemocniční péči, tak bych ji předala do zařízení, které tomu slouží, právě jako, člověk má představu, že dokud to budou práce který budem schopni zvládat, tak pomůže. Celodenní péči, to už bych ji poskytnou nemohla, třeba jako skončit v zaměstnání, to ne, to už bych právě tu pomoc viděla u jejich dětí, které jsou bohužel také v pracovním poměru takže, no, to jedině nějaké zdravotní zařízení. Až to nastane, tak to budeme řešit, ale takhle dopředu se o tom nemluví.“ (6)

Pro pečující 10 by byl důvodem přerušení péče zhoršený psychický stav seniora (senior trpí Alzheimerovou nemocí). Pečující 8 a 9 uvedli, že by nejspíše byli nuceni přerušit péči ve chvíli, kdyby jeden z pečujících vypadl, o seniora pečuje více členů rodiny.

7.1.7 Shrnutí

Motivací k péči byla pro respondenty nejčastěji mezigenerační solidarita a pocit odpovědnosti vůči seniorovi ale i víra pečujícího. Vzorem pro toto jednání pro ně byla jejich vlastní rodina, a to i v negativním slova smyslu, kdy viděli předání nesoběstačného příbuzného do institucionální péče. U některých pečujících v podtextu zaznívalo přání, aby se o ně příbuzní v jejich nesoběstačnosti také postarali. Jedna pečující jako motivaci péče o seniora pro její rodinu uvedla příspěvek na péči. Pro další pečující bylo motivací vyhnout se ústavní péči, protože jejich služby nepokládá za kvalitní. Někteří péči pojímali jako samozřejmost a vyústění jejich životní situace, někteří k rozhodnutí jestli pečovat docházeli postupně.

Sociální síť pečujících byla u většiny dotazovaných v péči o nesoběstačného seniora funkční, což může být spojeno se životem na malém městem a tím, že si tu jsou lidé blízko, i když na druhou stranu hodně z nich si stěžovalo na ne příliš dobré vztahy v rodině. Pečujících žijících ve vesnici na Poličsku zmiňoval sousedskou výpomoc. Dnešní doba přináší mnoho změn, jedna z nich je i časté stěhování se mladých lidí do větších měst za prací. Na tento fenomén narazila jedna z pečujících, která má sice funkční rodinu, ale žijící ve velké vzdálenosti o ní.

Co se týče kloubení péče o seniora se zaměstnáním, pouze jedna pečující by volila péči před prací. Ostatní, kteří pracují, se vyjádřili ve smyslu, že by se zaměstnání kvůli péči nevzdali, a to hlavně z důvodu finančního, ale i kvůli seberealizaci v práci. Těmto pečujícím by jistě pomohlo zřízení denního centra pro seniory, tato služba na Poličsku chybí a dovážení seniora do Svitav nebo do Litomyšle pro pečující často není možné.

Pečující se vesměs k péči vyjadřovali pozitivně. Jednalo se hlavně o pečující považující péči za samozřejmost a o ty, kteří pečují krátkou dobu a o seniora s nízkým stupněm závislosti. I pečující, kteří pečují celodenně o seniora s vysokou závislostí, se k péči vyjadřovali vesměs pozitivně, jen více zmiňovali negativa péče, obavy ze zhoršování psychického nebo zdravotního stavu jak seniora, tak vlastního, nezvládnutí péče, zákeřnost nemoci (demence) seniora. Jedna pečující byla nucena předat seniora do ústavní péče, důvodem bylo právě zmiňované zhoršení psychického stavu seniora (viz kapitola 3.3.3).

Důvodů k přerušení péče bylo několik, nejvíce zmiňovaný byl zdravotní a psychický stav seniora, potažmo pečujícího, ale také ztráta zaměstnání, a to nejen z důvodu finančního, ale i z důvodu ztráty seberealizace. Někteří pečující uvedli, že důvody k přerušení péče žádné nevidí, jednalo se jak o pečující v počátku péče, tak i o pečující, kteří pečují delší dobu o seniora s vyšším stupněm závislosti.

7. 2 Jak vnímá pečující podporu a komunikaci ze strany lékařů, státu a organizací poskytujících sociální péči

7.2.1 Podpora ze strany zdravotníků a komunikace s nimi

Zkušenosti pečujících se zdravotníky jsou vesměs pozitivní. Respondentka 5 uvedla, že ji při telefonickém rozhovoru překvapila ochota lékařky dostavit se za seniorem domů. Pečující (6, 7) uvedli, že si se zdravotníky komunikuje senior sám, jedná se o seniory s nízkým stupněm závislosti.

„Babička si s doktorkou komunikuje sama, je s ní velice spokojená, zavolá si, domluví si návštěvu i s odbornýma lékařema. Když je víc nemocná dokorka za ní přijde domů, takže dobrý.“ (6)

O negativních zkušenostech mluvili dva pečující (2, 3). Špatnou zkušenost měla pečující 2. Ačkoli lékař návštěvu přislíbil, nepřišel, a byli tedy nuceni zavolat jiného. Také pečující 3 měla špatné zkušenosti, konkrétně se zdravotníky v nemocnici, kde byl její manžel předávkován léky a v další nemocnici s nerespektováním diagnózy.

„Jedna špatná, hodně dobrejch. Jeden doktor slíbil, že přijede, když bylo dědovi špatně a nepřišel. Máma je zdravotní sestra a umí si to zhodnotit. Zavolali jsme jinýmu doktorovi. Je to o lidech a záleží na jejich přístupu. Dělat gerontologii je poslání, je to depresivní.“ (2)

„Ze začátku jsem se s doktorem pohádala, předávkovali ho práškama, byl odvodněnej, měl otok plic. Dneska už jsme snad kamarádi, ten vztah se spravil. Když byl doma, chodila k nám obvodní lékařka. Měla jsem zážitek v nemocnici, kde sestra nakrmila manžela ústně, říkala jsem jim to, v podstatě to ani nezapřeli. Říkala jsem, že příště velkou tabuli nekrmit. Nebylo to ve zlým úmyslu. Odvezli ho na áro, uvedli ho do umělého spánku, vyčistili mu to tam. Primář říkal, že tam měl zbytky potravy.“ (3)

7.2.2 Podpora a komunikace s organizacemi poskytujícími sociální a zdravotní péči

Pečující (6, 7, 8, 9) zatím sociální ani zdravotní služby pro nesoběstačné seniory poskytované v domácnosti nevyužívají. Pečující (8, 9) uvedli, že ačkoli má senior, o kterého pečují, vyšší stupeň závislosti, péči sami zvládají, protože se v péči střídají. Pečující 8 přímo uvedla, že její rodina odmítá dávat peníze z příspěvku na péči někomu „cizímu“. Senioři, o které pečují pečující (6, 7), mají nízký stupeň závislosti a co potřebují, zastanou sami, nebo za podpory rodiny. Pečující 6 uvedla, že pokud bude potřeba, využijí nabízenou pomoc.

„Zatím není potřeba, ale takhle do budoucna s tím počítáme. Babička počítá s tím, že když už bere ten příspěvek objednala by si pečovatelku, je na to připravena, chce ho takhle využít.“ (6)

Pečující (1, 3, 9, 10), se kterými jsem dělala rozhovor, využívají převážně služeb Oblastní charity v Poličce, nejčastěji Charitní ošetrovatelské péče (Domácí péče). Dále využívají půjčovnu pomůcek i Charitní pečovatelskou službu (Pečovatelská služba). Všichni se o poskytovaných službách vyjadřovali pozitivně.

„Charita k nám chodí, není potřeba moc. Pani je velice lidská, odběry krve a tak a nabízí pořád nějakou pomoc, kdyby bylo potřeba víc, tak by to asi šlo. Když přestala chodit, tak hned přivezli tu židli na záchod a ještě nabízí další třeba na mytí nebo já nevím.“ (1)

„Děvčata z charity jsem měla na výpomoc, ty chodily každý den na rehabilitaci, hlavně s ním cvičily, on si doma chodil s chodítkem, došel si na záchod, to vůbec nebyl problém v úterý mi ho oholili a v pátek oholili a osprchovaly, to bych já sama nezvládla. Uvažujeme nad tou antidekubitní madrací, a to se s nima radím. Oni by ji půjčili, ale zase jaká bude. Charitka má katalog a zkušenosti, takže to mu ještě chceme koupit“ „charitka tam může být jen 3x za den, ale to je pro mě málo, ale říkali, že kdybych si to zaplatila, tak by tady mohli být a je znám narozdíl od Salvie, brala bych radši je. Domů já ho chci.“ (3)

Pečující (4) ještě před tím, než byla nucena umístit maminku do domova se zvláštním režimem využívala. Využívala respitní péči Jindra v Litomyšli. Mluvila o tom, že to pro ni byla vždy velká úleva.

„2 x na 14 dní jsme babičku měli v Litomyšli v charitě. Jindra se to tam myslím jmenuje. Dozvěděla se o tom dcera ve škole, že něco takovýho je, začali jsme to obvolávat. To bylo moc fajn.“ (4)

Respondentka 5 uvedla, že zatím využívají jen služeb pečovatelek, protože je ale na péči sama a stále chodí do práce, ocenila by vznik denního stacionáře, aby nebyla její maminka přes den sama.

„Charita mi nabídla pomoc. Řekli mi o existenci denního stacionáře v Litomyšli, ale já nemám auto, takže je to pro mě nemyslitelné.“ (5)

Pečující 3 byla jako jediná rozhodnutá, že když nemůže využívat chybějící asistenční službu na Poličsku, obrátí se na sousední Svitavy a využije celý příspěvek na péči k uhrazení této služby.

„Celodenní asistenční služba je jen ve Svitavách Salvia, jestli znáš, když jsem si tam volala. Jo, oni by byli ochotní, ale já se říkala umíte podávat umělou výživu nebo kyslík „když nás to naučíte“ to je spíš sociální než zdravotní. Tak to výživu to bych je naučila, ale nějak to vyřešit budu muset, sama to nezvládnou. Salvii si celou hradíš. Můžou tady být celý den, ale tím že je manžel v tý trojce tak má 8000, teďka už by měl čtyřku, tak by tady ta salvie snad mohla být.“ (3)

7.2.3 Podpora a komunikace ze strany sociálního pracovníka.

Pouze jeden pečující uvedl negativní zkušenost se sociálním pracovníkem z doby, kdy byl poskytován příspěvek při péči o osobu blízkou. Jednalo se o sociální pracovníci, která se k ní dostavila na kontrolu. Pečující její chování vnímala jako hodně nevhodné. Tento příspěvek se vyplácel přímo pečujícímu na rozdíl od příspěvku na péči, který dostává nesoběstačný senior a může si sám rozhodovat poskytovaných službách.

„Máme velmi špatnou a ponižující zkušenost, hnusný to bylo. Když jsem se starala o dědu. Byla jsem po maturitě s tím, že se o něj budu starat. Přijeli na kontrolu s tím, že se o ně bude takovej 18 letej floutek starat. Bylo to hodně ponižující, i před tím dědou. Obhájila jsem si to před sebou, ale to co řekli dědovi, to bylo fakt neomluvitelný. Teď, co pečujeme o babičku, máme hodně dobrou zkušenost s jinou sociální pracovníci.“ (2)

Pečující (4) uvedla, že žádnou zkušenost se sociální pracovníci v době péče o závislého seniora doma neměla, protože se nechtěla podle jejích slov peněz doprošovat, až nyní, když je její maminka umístěna do ústavní péče, si zažádala o příspěvek na péči. Ostatní pečující měli se sociálními pracovníci pozitivní zkušenosti. Oceňovali, že jim pomáhají zvládat administrativní záležitosti a nabízejí další využitelné služby.

„Určitě dobře, já jsem ani nečekala, že bych nějakou částku finanční mohla dostat. Vzhledem k tomu, že se s nima znám, tak mi to sami nabídli, že by se přišli za maminkou podívat.“ (5)

„Ta sociální služba se teďka přibližuje lidem, že?“ (7)

7.2.4 Shrnutí

Komunikace a podpora ze strany zdravotníků byla pro pečovatele v podstatě bezproblémová a pokud na nějaký problém narazili, měli možnost ošetřujícího lékaře změnit. Častěji ale dochází ke konfrontaci s lékařem v institucionální péči. Jedním z důvodů může být, že kontakt většinou není tolik osobní jako u obvodních lékařů se kterými se člověk zná delší dobu a důvěrněji.

Jak jsem zjistila od pečujících mají s organizacemi na Poličsku poskytující sociální a zdravotní služby dobré zkušenosti. Spíše řeší absenci některých služeb a to, jestli vůbec chtějí z peněz z příspěvku na péči tyto služby hradit. Více je využívána domácí péče, a to nejspíše z důvodu, že je poskytována na základě doporučení registrovaného praktického lékaře a hrazena z fondů zdravotního pojištění. Seniori s 1. stupněm závislosti, jak uvedli pečující, nevyužívají většinou příspěvek na péči k opatření si sociální služby. Podle novela zákona bude ale příspěvek od ledna 2011 vyplácen 50% peněžně a 50% formou poukázky na registrovanou sociální službu (viz kapitola 3.2).

Co se týče komunikace a podpory ze strany sociálních pracovníků vyjadřovali se pečující pozitivně. Hodně zdůrazňovali pomoc s administrativou, poskytování informací a lidský přístup. Naopak sociální pracovníci mluvili o nedostatku času, aby mohly rodinám podat veškeré informace. Tím, že stráví hodně času vysvětlováním pro mnohé pečující těžko pochopitelného systému získání příspěvku na péči nezůstává jim prostor pro podporu pečujících a podání praktických informací k péči.

Jedna z pečujících mluvila o negativní zkušenosti se sociální pracovníci v době, kdy byl poskytován příspěvek při péči o osobu blízkou. Tento příspěvek se vyplácel přímo pečujícímu na rozdíl od příspěvku na péči, který dostává nesoběstačný senior a může si sám rozhodovat poskytovaných službách.

Podle výzkumu který provedla Veselá (2003) a zaměřila v něm na sociální služby poskytované seniorům v domácnostech byl nejčastějším způsobem zneužívání příspěvku považováno podání žádosti rodinným příslušníkem, který není zajištěn příjmem, a skutečnou péči zajišťuje jiný člen domácnosti. Píše, že tímto způsobem bývá příspěvek zneužíván např.

vnučkami na mateřské dovolené a nezaměstnanými členy rodiny nebo příjemci důchodů. Mnozí mladí žadatelé (především vnuci a vnučky) si po absolvování střední školy vylepšují svoji finanční situaci tím, že formálně pečují o prarodiče, ve skutečnosti však potřebnou péči zabezpečují jejich rodiče. Pokud je péče poskytována velmi mladými pečovateli, bývá mnohdy nedostatečná.

Touto vnučkou byla v té době i zmiňovaná pečující a nepříjemné chování sociální pracovnice nejspíše vyplývalo z tohoto předpokladu, přitom mohla být právě tato vnučka dobrým pečujícím. Příspěvek na péči by měl tento problém řešit, rodina se může o péči podělit, příspěvek není vázán na jednoho pečujícího.

7.3 Péče pečujícího sama o sebe a jeho zkušenosti s dobrovolnou pomocí a svépomocnými skupinami.

7.3.1 Péče pečujícího sama o sebe, možnosti odreagování se.

Dvě pečující (5, 8) shodně odpověděly, že je pro ně způsobem odreagování se zpěv. Pečující 8 k tomu ještě přidala dobrou kamarádku. Pro pečující (7, 10) to jsou i jejich malé děti. Pečující (5, 7) uvedly, že jejich způsobem načerpání energie a odpočinek je ve víře.

„Asi to, že věřím, to je moje taková. Znáím mladé lidi, kteří říkají, že je to pro ne taková čerpací stanice, to bych řekla. Jezdím na duchovní cvičení nebo tak, to je můj velký zdroj.“ (5)

„Abych řekla pravdu tak rodina máme menší děti, ty povinnosti jsou. Můj zdroj je Ježíš, je to zdroj radosti, já vím proč jsem na tomto světě, mám vlastně ještě jednu boží rodinu, když mám něco těžkýho příjdu k Ježíši a můžu mu to vydat, v těch mezilidských vztazích, něco myslíš dobře a ono se to obrátí proti tobě. Bůh mi dává sílu neutíkat před těžkýma věcmi. Ráda si zpívám.“ (7)

„Zpívání a že mám kamarádku a ta mě nakopává, když jsem úplně na pokraji.“ (8)

Pečující 3 považovala za odpočinek to, že dá manželovi pleny, aby k němu nemusela v noci vstávat

„Přes noc měl pleny, to jsem říkala, aby mě nebudil, že se aspoň potřebuju vyspat.“ (3)

7.3.2 Zkušenosti s dobrovolnou pomocí.

Skoro všichni mi řekli, že žádnou zkušenost s dobrovolnou pomocí nemají. Pečující (4) uvedla, že by nikoho cizího domů nepustila. Dva pečující (1, 3) uvedli, že jim pomáhají sousedi

„Vono je to vlastně něco jako ti sousedi, co nám pomáhaj. Když jsem pryč, tak je sousek na telefoně, to je taková rázná paní. Maminka si sama dojde na záchod, napije se.“ (1)

„Brala jsem si semka sousek, bývalou geriatrickou sestru, ta mi pohlídala, když jsem já musela jezdit na vyšetření před operací. Chtěla jsem jí dát 60 korun na hodinu, ona si to nevezala. Jen ho hlídala, všechno kolem něj bylo hotovy. Já jsem byla šťastná, že mi ho pohlídala. To by bylo fajn, kdyby tu bylo, takovýhle asistence. Ona pro mě byla taková duševní očista, ona poseděla, když někam nespěchala, což obvykle ne, my jsme všechno probraly. Muž k ní měl důvěra, byla jsem šťastná, že jsem ji sehnala.“ (3)

Pečující (2) se zmínila o kamarádské výpomoci, kterou zhodnotila jako lepší než pomoc samotné rodiny.

„S babičkou nám pomáhá mamčina kamarádka, bývalá zdravotní sestra v důchodě – má babičku moc ráda, baví ji ta práce. Z vlastní zkušenosti kamarádi lepší než rodina. To je v podstatě takovej náš dobrovolník.“ (2)

7.3.3 Svépomocné skupiny

Většina pečujících uvedla, že si o péči nemají s kým popovídat a jsou v tom sami. Pečující (3) uvedla, že by neměla čas někam jít, že je pro ni problém odejít na nákup. Dvě pečující (5,9) by uvítaly vznik takovéto svépomocné skupiny.

„Určitě, protože bych získala informace nebo tak. Vím, že v Litomyšli existuje skupina kolem parkinsonovy nemoci, to bych uvítala.“ (5)

„Něco pro ty, který sou doma a jsou úplně zničený na dno, aby mohly někam odložit ty od který pečujou. Jsem poslouchala rádio a tam byl dotaz na tohle, a říkali,“ to vy byste to potřebovali. Děláte všechno pro něj pro toho starýho a pro sebe nic.“ (9)

Pečující (1, 4) mluvili o tom, že mají přátelé kteří také pečují a s nimi mohou řešit věci kolem péči a být si navzájem nápomocni

„Tak vona pečuje sousedka o dva starý lidi a vedle sousedi o babičku, takže na sebe hulákáme přes plot, to nemá žádněj statut.“ (1)

„Měla jsem kámošky, který se taky staraly.“ (4)

7.4.4. Shrnutí

Zajímavé bylo, že odpovědi byly hodně stručné ve většině jednou větou. Bylo vidět, že někteří pečující si nedopřávají vůbec žádný odpočinek a jsou plně ponořeni do role pečujícího. Hodně mě zarazila odpověď jedné z pečujících, která mi na otázku jak se odraťováváte, jak odpočíváte, odpověděla tím, že dává manželovi přes noc pleny, aby se mohla aspoň vyspat. Dvě z žen přecházejí z jedné pečovatelské role do druhé od seniora k dětem s tím, že jedna z nich má babičku doma v celodenní péči. Několik pečujících uvedlo, že mají koníčky, kterým se věnují. Nejdlejší odpověď měly dvě ženy, které jsou věřící, s vírou se pojí i povinnosti a rituály např., že by měl věřící chodit pravidelně do kostela, kde mohou na chvíli odejít z role pečovatelky a věnovat se sami sobě.

Lidé pečující o seniora v domácnosti zde nemají zkušenost s dobrovolníky jako takovými. Pouze s profesionální péči. Na Poličsku chybí vysílající organizace, která by řešila dobrovolnickou službou pro seniory. Je ale fakt, že zde v celku dobře funguje sousedská a kamarádská výpomoc jako alternativa k dobrovolnictví a to hlavně na vesnicích, kde jsou si lidé přeci jenom blíží.

Tuto otázku jsme koncipovala ve smyslu, jestli by pečující takovou skupinu uvítal, protože na Poličsku „organizovaná“ svépomocná skupina není. Opět jsem obdržela jen stručné odpovědi. Tyto skupiny zde vznikají v podstatě náhodně. Často se jedná o skupinu sousedů nebo kamarádů, kteří jsou také pečujícími, často se znali ještě před péči samotnou. Pro lidi, kteří takovéto přátele nemají, je velmi těžké někoho takového si najít.

7.4 Které služby pečujícím na Poličsku chybí.

7.4.1 Chybějící služby pro pečující rodiny na Poličsku

Pečující (4, 5, 8, 9) zmínili potřebnost **respitní péče**, aby měli kam umístit nesoběstačného seniora v případě vlastní nemoci nebo aby měli možnost odjet na dovolenou a vydechnout.

„Když jsem si letos vzala dovolenou, bylo to jen na tři dny, ptala jsem se na charitě, ale ty jen přijdou zkontrolujou a zase odejdou, což by nemělo význam.“ (5)

Pečující (2, 3) uvedli, že by ocenili pomoc **asistenční služby**. Pečující (2) by využila pomoc asistentky v péči o nesoběstačného seniora v době kdy je v práci. Pečující (3) jako výpomoc při náročné péči.

„Může se stát, když ten strejda nebude moct, tak bysme potřebovali nějakou osobu, která by se o babičku od rána do těch dvou hodin postarala. Ideální by bylo, kdyby přijel k nám. I když by to bylo víc finanční, ale ten člověk má důchod a ještě ten příspěvek. Myslím si, že by to nebylo nereálný.“ (2)

Pečující 5 chybí služba **přepravy** nesoběstačného seniora, ona sama auto nemá tudíž nemůže využívat některých služeb jako je pedikúra, kadeřník atd. Co se týče zdravotní péče musí spoléhat na to, že ji sanitku lékař napíše.

„Třeba pedikúram stříhání vlasů, to ji všechno provádím já, to mi všechno chybí, já ji do penzionu, kde tohle dělají já ji tam nedostanu. Namám auto. Dovoz by byl potřebnej, nevyužívám tyhle služby proto, že ji tam nedostanu.“ (5)

Co se týče **denního stacionáře** pět pečujících (1, 2, 3, 7, 10) se vyjádřilo ve smyslu, že by pro ně tato služba neměla význam. Jako důvod pečující uvedli to, že nepracují, nesoběstačný senior o kterého pečují má vysoký stupeň závislosti, nezvládání převozů a změny místa ze strany seniora, ale i z důvodu velké fixace na rodinu. Naopak pět pečujících (4, 5, 6, 8, 9) by vznik denního stacionáře ocenilo.

„Určitě, domovinka, vždycky bych ji tam na ten den zavezla, než by si ty lidi popovídali o doktorech a zdraví, tak by byl večer a ten čas by jim ubejval. 2x 3x dop tejdne, aby si mohli něco zařídit. Se zavedlo, že si s tím starým člověk zaleze doma. Než umřel tatínek, střídali jsme se o péči, aby si i matka mohla odpočnout, ona přestávala úplně mluvit.“ (9)

„Pokud si třeba vezmu dovolenou, nemůžu se prakticky nikam vzdálit. Chybí mi tu jako domovinka, stacionář, to tady v Poličce neexistuje. Vim, že je to v Litomyšli a ve Svitavách. I ten denní stacionář, vzhledem k tomu, že je pořád sama, i když občas semka nějaká návštěva přijde, ale i tak by bylo dobrý, ale třeba i ten odvoz, já nemám auto, což je problém i k lékaři, musím volat sanitu a já jsem v zaměstnání, takže musím spoléhat na sanitáře. Ptala jsem se na DPSce, ale ty to zajišťují jen pro klienty, charita taky ne, takže musím spoléhat na doktora, že mi to napíše.“ (5)

„Někde jsou takový ty školky pro důchodce, ty který nemůžou být sami. My bysme ji zatím nepotřebovali, ale když už se někdo dostává do stavu, že nemůže nechat člověka samotného, zároveň nemůže zůstat sám. Lidi tu službu potřebují, až když nastane problém.“ (6)

„Já osobně bych ocenila, kdyby mi někdo pomohl v dopoledních hodinách. Večer máš toho člověka doma, ale přes den bych uvítala. To bych využívala, ale tady není pro seniory stacionář. Lidi by to ocenily. Není možnost umístit ho když pečující pracuje.“ (8)

7.4.2 Shrnutí

Často zmiňovaná chybějící služba ze strany pečujících byla respitní péče, tuto službu mohou ale pečující využít ve Svitavách a v Litomyšli, jak jsem zjistila je v celku dobře dostupná, pro pečujícího to znamená zavést nesoběstačného seniora do jednoho z těchto 20 km vzdálených měst.

Další zmiňovanou službou byla asistenční služba, tuto službu vidím jako potřebnou, tato služba je přístupná ve Svitavách, denní dojíždění asistentky je ale velice finančně náročné a dovolit si to pečující může často jen v tom případě, má nesoběstačný senior 4 stupeň závislosti a pobírá nejvyšší příspěvek na péči.

Jedna pečující uvedla, že jí chybí služba přepravy nesoběstačného seniora ať už k lékaři nebo na pedikúru či ke kadeřníkovi. Tuto službu poskytuje DPS penzion v Poličce ovšem pouze pro potřebu vlastních klientů.

Polovina pečujících se vyjádřila kladně ke vzniku denního stacionáře, důvodem pro ně bylo, že by mohli snadněji kombinovat péči a zaměstnání, případně aby si mohli odpočinout a neměli obavy, že je senior sám doma a může se mu něco stát. Stejně tak zmiňovali, že by to bylo prospěšné i pro seniora samotného v tom smyslu, že se může setkávat se svými vrstevníky a popovídat si s nimi. V Poličce už byla snaha denní stacionář otevřít, ale podle dotazníku který byl součástí komunitního plánování neprojevíli pečující o tuto službu zájem, otázku je jestli je tato forma dobrá pro zjišťování potřebnosti této služby.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit motivaci, potřeby a podporu neformálních pečujících a vytipovat chybějící nebo nedostačující služby pro pečující rodiny na Poličsku. K nalezení odpovědí mi přispěl výzkum tvořený polostrukturovaným rozhovorem s 10 pečujícími, kteří pečují o seniora s různým stupněm závislosti. Pro lepší orientaci v rozhovoru mi sloužily dílčí otázky: Co pečujícího o seniora motivuje, podporuje? Z čeho má pečující při péči o starého nesoběstačného příbuzného obavy? Jak vnímá pečující podporu a komunikaci ze strany lékařů, sociálních pracovníků a organizací poskytujících sociální péči? Péče pečujícího sama o sebe a jeho zkušenosti s dobrovolnictvím a svépomocnými skupinami na Poličsku? Které služby pečujícím na Poličsku chybí? Při tvorbě výzkumu jsme vycházela z teoretické části této práce.

Výsledky výzkumu ukázaly, že pro respondenty byla motivací mezigenerační solidarita, pocit odpovědnosti vůči seniorovi, reciprocita nebo víra pečujících. Na druhou stranu uváděli jako důvod motivace k péči příspěvek na péči vyplácený seniorovi. To lze možná považovat za nízký důvod, ale pokud je péče kvalitní a založená i na dalších hodnotách, proč by právě toto hledisko nemohlo být jednou z motivací. Sociální síť pečujících byla u většiny dotazovaných v péči o nesoběstačného seniora funkční. To může být spojeno se životem na malém městě, případně vesnici, kde jsou si lidé relativně blízko. I když současně si mnozí z nich stěžovali na ne příliš dobré vztahy v rodině. Nejčastější obavy pečujících se týkaly možného zhoršení zdravotního a psychického stavu seniora, stejně tak i vlastního.

Komunikace a podpora ze strany lékařů, sociálních pracovníků a organizací poskytujících sociální péči byla pro většinu pečovatelů bezproblémová a pokud se nějaký problém našel, měl často schůdné řešení. Podle mých zjištění se organizace na Poličsku snaží pečujícím i nesoběstačným seniorům vycházet vstříc a plnit jejich potřeby. Více je využívána domácí péče, pravděpodobně z důvodu, že je poskytována na základě doporučení registrovaného praktického lékaře a hrazena z fondů zdravotního pojištění, na rozdíl od poskytování sociální péče. Naopak organizace poskytující sociální nebo zdravotní péči v domácnosti seniora na Poličsku často naráží na problém nedostatečného financování, nedostatku zaměstnanců, nedostatku času. Organizace mluví o problému duplicity služeb na Poličsku, spíše než duplicitou bych tento problém nazvala nepropojeností služeb a někdy možná i odmítání konkurence, přitom uplatňování konkurence je jednou z základních idejí Zákona o sociálních službách.

Pečující na Poličsku se podle výzkumu v otázce týkající se péče o sebe samotného nijak nevymykají standardu, o jakém píše autoři touto problematikou se zabývající. Na otázku, jak pečují sami o sebe, odpovídali velmi stručně ve většině případů jednou větou. Z odpovědí vyplynulo, že někteří pečující si nedopřávají vůbec žádný odpočinek a jsou plně ponořeni do role pečujícího nebo přecházejí z jedné pečovatelské role do druhé, od seniora k dětem. Svépomocné skupiny, kde by mohli pečující sdílet své starosti i radosti, se vytvářejí v podstatě přirozeně, jedná se o skupiny pečujících sousedů nebo kamarádů, kteří se často znají ještě z doby před péčí samotnou. Pro lidi bez takovýchto přátel je velmi těžké někoho s podobnými problémy najít. Co se týče pomoci zvenčí, v celku dobře funguje sousedská a kamarádská výpomoc zvláště na vesnicích, kde jsou si lidé přece jenom blíží.

Jako příklad chybějící nebo nedostačující služby pro pečující rodiny na Poličsku uváděli pečující respitní péči (týdenní stacionáře). Tuto službu mohou ale využít ve Svitavách nebo v Litomyšli a je v celku dobře dostupná. Pro pečujícího to znamená zavést nesoběstačného seniora do jednoho z těchto 20 km vzdálených měst, což je podle mého názoru pro každého pečujícího v podstatě reálné. Další zmiňovanou službou byla asistenční služba a služba přepravy seniora. Osobně vidím jako potřebné vznik denního stacionáře, který umožní snadněji kombinovat péči a zaměstnání, případně zajistí pečujícím odpočinek bez obav a starostí, že je senior doma sám a může se mu něco stát. V Poličce už byla snaha denní stacionář otevřít, ale podle dotazníku, který byl součástí komunitního plánování, neprojevili pečující o tuto službu zájem. Otázkou ale zůstává, jestli je forma dotazníku vhodná pro zjišťování potřebnosti této služby. Dalším možným a zřejmě podstatnějším důvodem pro neotevření stacionáře byl nedostatek financí.

Život na Poličsku není úplně jednoduchý, není tu snadné najít práci, zimy bývají nevlídné a téměř vždy je tu o několik stupňů míň než v okolních městech. Přesto se sem mladí lidé vrací, protože Polička je město kulturní, lidé jsou si tu blízko a je tu snaha dělat věci dobře. Kdybych v této práci měla pokračovat, tak se zaměřím na efektivní komunitní plánování ve městech tohoto typu.

Resumé

Neformální rodinná péče je nejstarší formou péče o nesoběstačné seniory, a nejen proto si zaslouží velkou pozornost. Dnešní doba se potýká s problematikou stárnutí populace, tento fenomén přispívá mj. ke změně mezigeneračních vztahů v rodině a změně pohledu na příbuzenskou síť jako zdroj sociální pomoci. Rodinou péči jako takovou řeší i důležité mezinárodní a národní dokumenty, které zdůrazňují klíčovou roli rodiny při péči o nesoběstačného seniora a důležitost podpory rodinné péče.

Příspěvek na péči, kterým může být rodinná péče hrazena, je upraven v Zákoně o sociálních službách. Výše příspěvku na péči závisí na stupni závislosti, při jehož volbě se posuzuje péče o vlastní osobu a soběstačnost seniora. Rodinná péče je často doplněna péčí formální ať už sociální nebo zdravotní. Tyto formy péče by měly doplňovat, vycházet z potřeb seniora a rodiny a umožňovat seniorovi co nejdéle setrvat v domácím prostředí.

Pomoc stárnoucím příbuzným ať už partnerům, rodičům, prarodičům probíhá na základě mezigenerační solidarity, reciprocity mezi generacemi, pocitu odpovědnosti, povinnosti i společenského a kulturního normativu. V péči o starého nesoběstačného člověka se vždy nejvíce angažuje jeden člen rodiny, většinou jsou v této roli zastoupeny ženy.

Pečování, zejména je-li dlouhodobé, vysoce psychicky a fyzicky náročné a celodenní, představuje pro pečovatele značnou zátěž. Pečující proto při péči o nesoběstačného příbuzného potřebují jak pomoc finanční, tak systém fungujících zdravotních a sociálních služeb, které mu jsou při péči nápomocné, a v neposlední řadě podporu emocionální. Na Poličsku se tento systém pomalu vytváří, významnou roli zde hraje efektivní komunitní plánování, při kterém by měly být dobře zmapovány nedostačující nebo chybějící služby v regionu. Informace k problematice služeb na Poličsku přinesl také výzkum, jenž je součástí této práce.

Resume

Informal family care is the oldest form of care of dependent seniors and as such deserves a great attention. Nowadays we struggle to deal with the population getting older and this phenomenon adds to the change of inter-generation relationships and provides a different view of family relatives as a source of social help. Family care is also a focus of various national and international documents which emphasise the key role of a family as a main carer of a dependent senior and the importance of family care.

A care contribution which is used to pay for the family care is part of the Social Care Law. How high the contribution is depends on the level of dependence of the seniors. In this case both the ability to take care of themselves and the level of dependence are considered. The family care is often complemented by formal care, either social or health care. Both these forms should complement one another, be based on the needs of the senior and the family and help the elderly person to remain in the home environment for as long as possible.

Help given to the elderly people (partners, parents or grand parents) is based on the inter-generation solidarity, reciprocity between generations, feeling of responsibility, obligation and the norm of the society and culture. Very often it is one member of the family in particular who is most involved in taking care of the senior; most often these family members are women.

The care, especially long-term care, highly psychologically and physically demanding, is very difficult for the carer. That is the reason why the carers not only need the financial contributions but also the well-functioning system of health and social services which help the carers and also provide them with the emotional support. This system is slowly being built in the Policka region and the community planning plays one of the most important roles in this system which should map and point out insufficient or missing services in the area. The current situation in the care services in the Policka region was also mapped by the research which is part of this thesis.

Literatura

BUIJSSEN, H. *Demence - průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X

ČSÚ - Krajská správa Pardubice. *Administrativní mapa správního obvodu Polička* [online]. Stav k 1.1.2007 [cit. 2009-12-10] Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/administrativni_mapa_spravni_obvod_policka/\\$File/policka.jpg](http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/administrativni_mapa_spravni_obvod_policka/$File/policka.jpg)>.

ČSÚ - Krajská správa Pardubice. *Sčítání lidu, domů a bytů - okres Svitavy za rok 2001* [online]. Zveřejněno: 22.12. 2003, [cit. 2009-11-02] Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/x/edicniplan.nsf/kapitola/13-5319-03-za_rok_2001-19>.

ČSÚ - Krajská správa Pardubice. *Charakteristika Správního obvodu Polička* [online]. Aktualizováno dne: 14.1. 2010 [cit. 2010-01-21]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/charakteristika_spravniho_obvodu_policka>.

ČSÚ - Krajská správa Pardubice. *Demografická ročenka správních obvodů obcí s rozšířenou působností 1998 až 2007* [online]. Zveřejněno dne: 15.12. 2008 [cit. 2010-05-09]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0C003AA30D/\\$File/403008116.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0C003AA30D/$File/403008116.pdf)>.

ČSÚ - Krajská správa Pardubice. *Vybrané ukazatele za správní obvod Polička v letech 2000 – 2009* [online]. Aktualizováno dne: 13.7. 2010 [cit. 2010-05-09]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/vybrane_ukazatele_za_spravni_obvod_policka_v_letech_2000_2009>.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0139-7

ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*, 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10. Manuálek ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2006. ISBN 80-7013-363-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-485-4

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

JEŘÁBEK, H.a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 1.vyd. Praha: CESES FSV UK 2005. ISSN: 1801-1640

JURAŠKOVÁ, B. Efektivita a návaznost jednotlivých systémů péče o geriatrického pacienta. Zdravotnické noviny, Lékařské listy [online]. 2008, č. 19 [cit. 2010-07-01]. Dostupný

z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/efektivita-a-navaznost-jednotlivych-systemu-pece-o-geriatrickeho-389723>>.

Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 [cit. 2010-03-15] Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*, 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 [online]. Přijat v Madridu dne 12. 4. 2002 [cit. 2009-4-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>>.

MIKROREGION POLIČSKO. *O regionu* [online]. Dostupné z WWW: <<http://mikroregion.policka.org/>>.

MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče – Otázky a odpovědi* [online]. [cit. 2010-01-17] Národní centrum domácí péče Dostupné z WWW: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline-detail.shtml?x=145236>>.

MPSV Důchodové pojištění [online] [cit. 2009-12-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/3#dd>>.

MPSV *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. Aktualizováno 2.2.2010 [cit. 2010-02-13]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf>.

MPSV. *Příprava na stárnutí v České republice* [online]. Aktualizováno dne: 1.8.2008 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.

MOŽNÝ, I. a kol. *Mezigenerační solidarita (výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu "Hodnota dětí a mezigenerační solidarita")*. 1.vyd. Praha: VÚPSV výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4279-4

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) [online]. Poslední aktualizace: 1.8.2008 [cit. 2010-01-02] Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045#rp>>.

PŘIDALOVÁ, M. *Mezigenerační solidarita a gender* (pečující dcery a pečující synové) [online]. Časopis Gender, rovné příležitosti, výzkum. Časopis vydává oddělení Gender & sociologie, Sociologický ústav Akademie věd České republiky. Vydáno: 22. 07. 2006 [cit.2009-11-15] Dostupné z: WWW <<http://www.genderonline.cz/view.php?cisloclanku=2006072201>>.

PŘIDALOVÁ, M. *Pečující dcery a pečující synové (Rozhodnutí se kterým můžu žít)* IVRIS Working papers [online]. 2007 [cit.2009-11-15] Dostupný z: <<http://ivris.fss.muni.cz/workingpapers/index.php?page=cislawp&id=5>>.

Průvodce občana po sociálními službami [online]. vyd.2. Polička: 2007 Středisko sociální integrace AZASS Polička [cit.2009-8-26] Dostupné z WWW: <<http://www.azass.cz/?akce=zobrazit&id=9>>.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*, vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory-realita a prognózy* [online]. Sociální práce/Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou JČU v Českých Budějovicích 2004, č. 2 [cit.2010-04-10] Dostupné z WWW: <<http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>>

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

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

TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa (Úvod do teorie a praxe)*. 2. vyd. (rozšířené a přepracované). Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7347-483-0

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-680-3

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

TOŠNEROVA, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. 2.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti 3. LF UK, 2002. ISBN 80-238-9505-2

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie (Dětství, dospělost, stáří)*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-249-1318-5

VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. VÚPSV 2002 [online]. [cit. 2010-03-24] Dostupné z WWW: <http://aleph.vkol.cz/F?func=find-c&ccl_term=sys=000633942&local_base=svk01>.

VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV 2003 [online]. [cit. 2010-04-05] Dostupné z WWW: <http://www.vupsv.cz/Vesela-sluzby_seniorum.pdf>.

VOTRUBOVÁ, A. *Rozhovor s Danielou Peštovou*. Harper's Bazaar 2009 [online]. [cit. 2009-10-02] Dostupné z WWW: <<http://www.super.cz/svet-celebrit/rozhovory/34132-daniela-pestova-tentokrat-bez-chuvy.html>>.

VÝMĚNEK. In *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Aktualizováno dne: 19. 03. 2009 [cit. 2009-7-12]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C3%BDm%C4%9Bnek>>.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění č.48/1997 Sb. [online]. 1997. [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: <vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html>.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 [online]. 2006. [cit. 2009-11-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>>.

ZAVÁZALOVÁ, M. a kol. *Vybrané kapitoly za sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

Seznam příloh

Příloha č. 1: Mapa správního obvodu Polička

Příloha č. 2: Návod k rozhovoru

Příloha č. 3: Charakteristika respondentů

Příloha č. 4: Dva přepsané rozhovory

Přílohy

Příloha č.1

Mapa správního obvodu Polička

(ČSÚ - Krajská správa Pardubice, 2007)

Administrativní mapa správního obvodu Polička

(stav k 1. 1. 2007)



Návod k rozhovoru

Kdo je nesoběstačný senior, jaká je intenzita péče a zdravotní stav pečovaného?

- Pečovaným seniorem je žena či muž? Kolik je mu let?
- Jaký je rozsah rodinné péče, intenzita, pravidelnost?
- Dlouhodobost péče o seniora?
- Jaký je zdravotní stav seniora?
- Jaký je stupeň závislosti seniora?

Co pečujícího o seniora motivuje, podporuje. Z čeho má pečující při péči o starého nesoběstačného příbuzného obavy?

- Jaká je motivace pečujícího rozhodnout se k péči o blízkého příbuzného?
- Sociální síť pečující osoby. Jak se staví rodina a přátelé k faktu péče?
- V případě, že pečující pracuje. Jak kloubí zaměstnání a péči
- Co pečujícímu dává a bere péče o starého nesoběstačného příbuzného?
- Jaké má pečující obavy ve vztahu k péči o nesoběstačného příbuzného?
- Jaké důvody by pečujícího vedly k přerušení domácí péče?

Jak vnímá pečující podporu a komunikaci ze strany zdravotníků, sociálních pracovníků a organizací poskytujících sociální péči?

- Jaká je podpora ze strany zdravotníků a komunikace s nimi.
- Jaká je podpora a komunikace s organizacemi poskytujícími sociální péči?
- Jaká je podpora a komunikace se sociálním pracovníkem.

Jaké zkušenosti má pečujícího s dobrovolnictvím a svépomocnými skupinami, a které služby se pečujícím nedostávají.?

- Jestli má nějaké zkušenosti s dobrovolnou pomocí? Měl by zájem o pomoc dobrovolníka?
- Je služba o které pečující ví, že funguje někde jinde a uvítal by její vznik na Poličsku?
- Svépomocné skupiny – Měl (a) byste zájem navštěvovat svépomocnou skupinu?

Příloha č. 3

Charakteristika respondentů

Druh péče uvádím podle členění Jeřábka (2005), viz kapitola 4.1. U respondentů šlo v několika případech o péči souběžnou kdy vystřídal péče o jednoho nesoběstačného člena rodiny druhým. Uvádím dobu péče o posledního ze členů rodiny.

Respondent 1: muž, 61 let, Telecí

Pečovaný:	žena, 83 let
Vztah k respondentovi:	matka
Stupeň závislosti pečovaného:	2
Druh péče:	Osobní domácí péče
Jak dlouho respondent pečuje:	1 rok

Respondent 2: žena, 24 let, Bystré

Pečovaný:	žena, 75 let
Vztah k respondentovi:	babička
Stupeň závislosti pečovaného:	4
Druh péče:	Osobní domácí péče
Jak dlouho respondent pečuje:	4 roky

Respondent 3: žena, 70 let, Polička

Pečovaný:	muž, 75 let
Vztah k respondentovi:	manžel
Stupeň závislosti pečovaného:	3
Druh péče:	Střídavě osobní domácí péče a pobyt v nemocnici.
Jak dlouho respondent pečuje:	1 rok (4 měsíce doma)

Respondent 4: žena, 65 let, Jedlová

Pečovaný:	žena, 85 let
Vztah k respondentovi:	matka
Stupeň závislosti pečovaného:	4
Druh péče:	Osobní domácí péče
Jak dlouho respondent pečuje:	4 roky, 1/2 roku umístěna v domově se zvláštním režimem.

Respondent 5: žena, 51 let, Polička

Pečovaný: žena, 78 let
Vztah k respondentovi: matka
Stupeň závislosti pečovaného: 2
Druh péče: Neosobní péče, spolužití v jedné domácnosti.
Jak dlouho respondent pečuje: 1 rok

Respondent 6: žena, 33 let, Polička

Pečovaný: žena, 82 let
Vztah k respondentovi: babička manžela
Stupeň závislosti pečovaného: 1
Druh péče: Podpůrná péče, nežijí v jedné domácnosti
Jak dlouho respondent pečuje: 3 roky

Respondent 7: žena, 43 let, Polička

Pečovaný: žena, 73 let
Vztah k respondentovi: tchýně
Stupeň závislosti pečovaného: 1.
Druh péče: Podpůrná péče, nežijí v jedné domácnosti
Jak dlouho respondent pečuje: 3 roky

Respondent 8: žena, 61 Polička

Pečovaný: žena, 80 let
Vztah k respondentovi: matka
Stupeň závislosti pečovaného: 3.
Druh péče: Osobní domácí péče (tři sourozenci, každý se stará 1/3 r.)
Jak dlouho respondent pečuje: 6 roků

Respondent 9: žena, 61 let, Polička

Pečovaný: žena, 81 let
Vztah k respondentovi: matka
Stupeň závislosti pečovaného: 3
Druh péče: Neosobní péče, matka žije u bratra respondentky

Jak dlouho respondent pečuje: 2 roky

Respondent 10: žena, 27 let, Pomezí

Pečovaný: žena, 83let

Vztah k respondentovi: babička

Stupeň závislosti pečovaného: 4

Druh péče: Osobní domácí péče

Jak dlouho respondent pečuje: 1/2 roku

Dva přepsané rozhovory

I.

1) *Jaká je charakteristika pečované osoby?*

- **Je pečovaným žena či muž? Kolik je mu (jí) let?** *Maminka, 83 let*
- **Jaký je jeho zdravotní stav?** *„Třeba dneska jsem zkoušel, jestli si zaleje kafe, jsem si někam skočil, a to jako ne. Ona se umeje, vona si dojde na záchod, ale už si nepřinese čaj, už si nenamaže chleba. Všechno jako, ustele si postel, oblíkne se, to má jako svoji činnost, ale takovýhle věci, že neodnese, chodí s chodítkem, s tím čtyrnohým. Nejdřív chodila o holi, ale v létě se jí udělalo tak špatně, že přešla na to chodítko a ten barák náš není zrovna bezbariérový.“*
- **Jaký má senior stupeň závislosti?** *2. stupeň*
- **Jaký je druh péče (doma, dochází k pečovanému) celodenní péče**

2) *Co motivuje, podporuje, z čeho má pečující obavy, při péči o starého nesoběstačného příbuzného?*

- **Kolik je let pečujícímu?** *61 let, muž, Telecí*
- **Jak dlouho pečující osoba pečuje?** *„Pečuju takhle od ledna (2009) respektive od loňského roku. V lednu jsem dal výpověď, to mně proběhlo až do března teda ta výpověď, ale v lednu jsem zůstal doma, co zemřel ten otec a vona pokud žil otec, tak otec chodil nakupovat. Já jsem večer přišel z práce, tak jsem něco uvařil, nebo připravili nějaký polotvar a voni si to snědli, ale co otec nebyl, ona není schopna.“*
- **Kolik času věnuje pečovatel starání se o seniora?** *„Celý den.“*
- **V případě, že pečující osoba pracuje. Jak kloubí péči a zaměstnání?** *„Ted' jsem teda na podpoře a vod prosince jdu na předčasnej důchod. Protože bych měl pracovat do září 11 (2011). Důvodem byla péče o maminku. Trochu mně to líto přišlo.“*
- **Sociální síť pečující osoby. Jak se staví rodina a přátelé k faktu péče?** *„Rodinu nemám, my jsme s maminkou víceméně sami. Rodina je tam od matky, ty nám trošku pomáhají. Hlavně nám pomáhají sousedky, susedi. Tam máme strašně ochotnou paní, která nám pomáhala cvičit, když se jí zhoršilo. Rozcvičila ji tak, že až začala chodit, tak během měsíce, za pomoci doktora a tady téhle té.“*
- **Kde pečující získává informace o tom jak pečovat?** *„Charita, pan doktor, ta jedna sousedka je velice, to byla rentgenová laborantka, velice zdatná v těhletěch zdravotnickejch věcech. Není kolem toho nějaká literatura, teda aspoň já jsem se k ní nedostal.“*

- **Co pečujícímu dává a bere péče o starého nesoběstačného příbuzného?** „*Já jsem se naučil vařit. Takže se koukám jenom na kuchařský šou v televizi. A ta ztráta, nejsem s těma kamarádama v práci a hodně jsem se toulal, takže jsem se přestal toulat.*“
- **Jaké pocity a obavy má ve vztahu k péči o příbuzného?** „*No třeba, že já budu muset jít do špitálu, do nemocnice, to by pak musela do nějakýho ústavu, z toho mám jako strach. Nedělej nic, aby se ti něco nestalo.*“
- **Máte možnost odreagování** „*Já nikam nechodím, občas na to pivo.*“
- **Jaké důvody by pečujícího vedly k přerušení domácí péče?** „*Prakticky žádný nevidím. Nějaká ponorková nemoc snad nevznikne.*“

3) **Jak vnímá pečující komunikaci a podporu ze strany rodiny a profesionálů**

- **Pomoc z venčí rodiny a přátel.** „*Tak různě. Maminku nejvíc štve, když všichni říkaj a kolik bereš. Nějaká lidská závist, někdy uteču na pivo a hned kolik za to dostáváš. Říkám, co dostávám, ani korunu, já jsem zaměstnanec, máma dostává. Oni si myslej, ale na tom se nedá.*“
- **Lékařská pomoc (komunikace).** „*Pan doktor velice dobrej, pan doktor velice ochotnej. Velice lidskej a vzdělanej. Vyléčil matku, ona přestala chodit. Dal jí nějaký prášky a sousedka říká, to jsou nějaký steroidy, pozor na to a tohle. A on tam přišel a říká. Néé, to jsou malý dávky, člověk se po tom vzchopí.*“
- **Ošetřovatelská pomoc (komunikace).** „*Charita k nám chodí, není potřeba moc. Paní je velice lidská, odběry krve a tak a nabízí pořád nějakou pomoc, kdyby bylo potřeba víc, tak by to asi šlo. Když přestala chodit, tak hned přivezli tu židli na záchod a ještě nabízí další třeba na mytí nebo já nevím.*“
- **Pomoc sociálního pracovníka (komunikace).** „*Ty sou hodný. Taky jako pomáhaj. Nějakej papír vyplnit a takhle a nedělej kolem toho žádný. Chovaj se slušně, jsou to slušný úřednice.*“

4) **Jaké zkušenosti má pečujícího s dobrovolnictvím a svépomocnými skupinami, a které služby se pečujícím nedostávají?**

- **Máte nějaké zkušenosti s dobrovolnou pomocí? Uvítali byste pomoc dobrovolníka?** „*„Vono je to vlastně něco jako ti sousedi, co nám pomáhaj. Když jsem pryč, tak je sousedka na telefoně, to je taková rázná paní. Maminka si sama dojde na záchod, napije se.*“
- **Je služba, o které pečující ví, že funguje někde jinde, a uvítal by její vznik na Poličsku?** „*Ani snad né. No, nevím ta charita by pomohla. Na to spoléhám, že by pomohla s dopravou, nebo s něčím takovým. Nevím, ani ne snad. Nevím, třeba církev*“

- **Byl by pečujícímu prospěšný vznik denního stacionáře?** *„To už teďka jsem s prací sekl, to jako ne, to není potřeba. Někdo by to ale mohl využít.“*
- **Svépomocné skupiny – Měl (a) byste zájem navštěvovat svépomocnou skupinu?** *„Tak vona pečuje sousekka o dva starý lidi a vedle sousekka o babičku, takže na sebe hulákáme přes plot, to nemá žádný statut.“*

II.

1) *Jaká je charakteristika pečované osoby?*

- **Je pečovaným žena či muž?** *žena*
- **Jaký je jeho zdravotní stav?** *„Babička má parkinsonovu nemoc a teď už nám v podstatě řekli, že už se parkinson nerozvíjí díky demenci. Demence je silnější než ta nemoc. Ztrácí díky demenci hygienický návyky“*
- **Jaký má senior stupeň závislosti?** *4. stupeň*
- **Jaký je druh péče (doma, dochází k pečovanému)** *„Nemůže být sama, musí s ní pořád někdo být.“*

2) *Co motivuje, podporuje, z čeho má pečující obavy, při péči o starého nesoběstačného příbuzného?*

- **Kolik je let pečujícímu?** *Žena, 24 let, Bystré*
- **Jak dlouho pečující osoba pečuje?** *„Čtyři roky, kdy umřel děda. Rok mohla být dopoledne sama s tím, že ji pečovatelka odpoledne ohřála oběd a dala jí prášky. Ve tři přijížděla mamka z práce, nebo já ze školy. Tak ty tři roky zpátky už to nejde.“*
- **V případě, že pečující osoba pracuje. Jak kloubí péči a zaměstnání?** *„Žijeme tři plus babička, mamka, taťka a já. S tím, že taťka pracuje v místě bydliště, takže když je nejhůř, může to nějak zvládnout on, může případně pracovat doma na počítači. Dva dny v tejdnu mám já, dva dny jsem v práci, jeden den ve škole a mamčin brácha naštěstí, nejdřív neměl zájem, teďka je tři dny dopoledne s babičkou. Domlouváme se, jak se to dá.“*
- **Sociální síť pečující osoby. Jak se staví rodina a přátelé k faktu péče?** *„Mamka má dva sourozence. Strejda pomáhá teďka poslední rok, teta nemá zájem, jeden rok nechodil bratr do školy a o babičku se staral.“*
- **Kde pečující získává informace o tom jak pečovat?** *„Mamka je zdravotní sestra.“*
- **Motivace k péči?** *„Je to hrozně ve výchově, dědečkovi rodiče byli taky doma až do úplného stáří, doma umřeli. Máma viděla, jak se o ně její rodiče starají. Mámu prarodiče vychovávali. Udělali službu svejm vnoučatům a svejm dětem a je tam dá se říct protislužba. Dřív ženský, když jim zestárly rodiče, přestaly pracovat a staraly se o ně. Teď ty matky pracují a potřebují peníze. Ale stejně je to o výchově. Babička by sice asi ani nepocítila, kdybysme ji dali někam do ústavu, ale máma je vychovaná k tomu, aby se o ni starala.“*
- **Co pečujícímu dává a bere péče o starého nesoběstačného příbuzného?** *„Já to ani neumím vysvětlit ty tři generace v baráku, někdy je to neuvěřitelně na nervy a je to*

- **Jaké pocity a obavy má ve vztahu k péči o příbuzného?** „Co se stane, až ten člověk nebude, protože to je jako samozřejmost, ty o toho člověka pečuješ a co bys jako dělala, kdyby... tam bude hrozný prázdno a tma bude mnohem větší. U dědy jsem o tom nemohla dva roky mluvit. Na jednu stranu je to úleva, na druhou stranu ještě horší než ta péče. Sice volnost, ale přebije to 100x ta prázdnota.“
- **Jaké důvody by pečujícího vedly k přerušení domácí péče?** „Kdyby ten strejda nemohl jezdit, asi by se to dalo řešit, ale nechtěla bych, aby se o babičku starala jenom mamka, protože je to hrozně destruktivní, když to má na starost jenom jeden člověk, to se fakt jako nedá. Nevím, jestli bysme to zvládli, možná kdyby byla přes tejdén v nemocnici a o víkendu doma, nebo dva částečný úvazky. Nedovedu si to představit. Strejda má problémy s alkoholem, ale zatím se nic nestalo. Řeší se to operativně.“

3) **Jak vnímá pečující komunikaci a podporu ze strany rodiny a profesionálů.**

- **Pomoc z venčí rodiny a přátel.** „Celou tu dobu, i po dobu nemoci dědy, co byl nemocnej děda, tak nám víc pomáhali kamarádi než rodina. Distancovali se s tím – kdo zdědil dům, zdědil rodiče. Rodina vůbec. S dědou mi pomáhali kamarádi mých rodičů, měla jsem je na telefonu. Sřídali jsme se s bráchou a ještě nám pomáhala mamčina kamarádka. Pomohli víc než rodina.“
- **Lékařská pomoc (komunikace).** „Jedna špatná, hodně dobrejch. Jeden doktor slíbil, že přijede, když bylo dědovi špatně a nepřijel. Máma je zdravotní sestra a umí si to zhodnotit. Je to o lidech a záleží na jejich přístupu. Dělat gerontologii je poslání, je to depresivní.“
- **Ošetrovatelská pomoc (komunikace).** „U nás jsou to spíš asistentky, který pomůžou lidem, který jsou ještě schopný o sebe se postarat. Přijít ráno, dát prášky a snídani. Mám zkušenost, že babičce dali najíst, prášky, ale nic jinýho, takový asistentky. Jednou týdně sestra přijede změřit babičce tlak. Neudělají full service, aspoň tak mi to přišlo u babičky.“

- **Pomoc sociálního pracovníka (komunikace).** „Máme velmi špatnou a ponižující zkušenost, hnusný to bylo. Když jsem se starala o dědu. Byla jsem po maturitě s tím, že se o něj budu starat. Přijeli na kontrolu s tím, že se o ně bude takovej 18 letej floutek starat. Bylo to hodně ponižující, i před tím dědou. Obhájila jsem si to před sebou, ale to co řekli dědovi, to bylo fakt neomluvitelný. Teď, co pečujeme o babičku, máme hodně dobrou zkušenost s jinou sociální pracovnící.“

4) **Jaké zkušenosti má pečujícího s dobrovolnictvím a svépomocnými skupinami, a které služby se pečujícím nedostávají?**

- **Máte nějaké zkušenosti s dobrovolnou pomocí? Uvítali byste pomoc dobrovolníka?** „S babičkou nám pomáhá mamčina kamarádka, bývalá zdravotní sestra v důchodě – má babičku moc ráda, baví ji ta práce. Z vlastní zkušenosti kamarádi lepší než rodina. To je v podstatě takovej náš dobrovolník.“
- **Je služba, o které pečující ví, že funguje někde jinde a uvítal by její vznik na Poličsku?** „Může se stát, když ten strejda nebude moct, tak bysme potřebovali nějakou osobu, která by se o babičku od rána do těch dvou hodin postarala. Ideální by bylo, kdyby přijel k nám. I když by to bylo víc finanční, ale ten člověk má důchod a ještě ten příspěvek. Myslím si, že by to nebylo nereálný.“
- **Byl by pečujícímu prospěšný vznik denního stacionáře?** „Stacionář si pro babičku neumím představit, hlavně kvůli přesunům.“