

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

PhDr. Jana Huňová

Podpora neformálních pečovatelů v oblasti péče o seniory

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ingrid Štegmánová, Ph.D.

Praha 2013

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. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. června 2013

Jana Huňová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ingrid Štegmannové, Ph.D. za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé diplomové práce. Zároveň bych chtěla poděkovat pracovníkům a pracovnícím Domova Sue Ryder v Praze za účinnou pomoc při získávání kontaktů na neformální pečovatele, se kterými jsem realizovala výzkum.

Obsah

Abstrakt.....	4
1. Úvod.....	6
2. Teoretická část	9
2.1 Stáří jako sociální fenomén	9
2.1.1 Stáří, senioři a jejich potřeby	9
2.1.2 Péče o seniory – současná situace a vývojové trendy	15
2.2 Podpora neformálních pečovatелů o seniory	23
2.2.1 Neformální pečovatелé a jejich potřeby.....	23
2.2.2 Podpora neformálních pečovatелů o seniory	31
2.2.3 Podpora neformálních pečovatелů v evropském kontextu.....	34
2.2.4 Respitní péče jako forma podpory neformálních pečovatелů o staré lidi	37
3. Empirická část.....	42
3.1 Cíl práce a výzkumné otázky	43
3.2 Metodika	45
3.3 Výsledky	47
3.3.1 Motivace neformálních pečovatелů k poskytování péče nesoběstačným seniorům v domácím prostředí	47
3.3.2 Neformální pečovatелé a informační podpora	52
3.3.3 Neformální pečovatелé a finanční podpora.....	60
3.3.4 Neformální pečovatелé a využívání sociálních služeb pro podporu péče o seniory	64
3.3.5 Neformální pečovatелé a možnost využití služeb zařízení poskytujících dlouhodobé pobytové služby pro seniory	69
3.3.6 Nejvíce oceňovaná forma podpory neformálních pečovatелů	75
3.3.7 Sociální kontext péče o nesoběstačné seniory v domácím prostředí.....	77
3.4 Diskuze.....	81
4. Závěr	87
Bibliografie	90
Přílohy.....	95
Projekt diplomové práce	96
Scénář rozhovoru	100

Abstrakt

Neformální péče je jedním z významných zdrojů pomoci a podpory, poskytované v domácím prostředí seniorům odkázaným na pomoc jiných osob. Relevantnost tématu neformální péče souvisí s růstem potřeby dlouhodobé péče o seniory vyvolané demografickým stárnutím populace v ekonomicky vyspělých zemích. Péče poskytovaná neformálními pečovateli získává na významu rovněž v souvislosti se změnami v oblasti sociálních služeb, charakterizovanými odklonem od institucionální péče o závislé osoby včetně seniorů a preferováním služeb poskytovaných v přirozeném sociálním prostředí klientů, které podporují jejich autonomii. Diplomová práce se zabývá problematikou podpory neformálních pečovatelů v oblasti péče o nesoběstačné seniory, která je zkoumána z hlediska potřeb pečujících osob ve vztahu k informační podpoře, finanční podpoře, podpoře ze strany sociálních služeb a podpoře očekávané od služeb dlouhodobé pobytové péče. Pozornost je věnována rovněž tématu motivace pečovatelů a jejich vnímání sociálního kontextu poskytované péče. Výzkum, který je součástí empirické části práce, byl realizován formou kvalitativních metod, a to s využitím polostandardizovaného rozhovoru. V rámci výzkumu byly provedeny rozhovory s deseti neformálními pečovateli pečujícími o rodinné příslušníky v seniorském věku v domácím prostředí, kteří využívají služeb vybraných zařízení sociální péče v Praze. K nejvíce požadovaným formám podpory, které byly identifikovány na základě rozhovorů, patří informační podpora, podpora z hlediska možnosti využívat denního stacionáře jako ambulantní formy odlehčovacích služeb, podpora ve vztahu k možnosti využívat terénní formy sociálních služeb a služeb osobního charakteru. Podpora ze strany služeb dlouhodobé pobytové péče o seniory by měla být primárně zaměřena na co nejdelší udržení funkčního potenciálu seniorů.

Klíčová slova:

neformální pečovatelé, senioři, potřeby, podpora, sociální péče, sociální služby

Abstract

Informal care is one of the important sources of the help and support provided at home to the seniors requiring the assistance from other people. This topic is highly relevant since it is linked to the growing need of long-term care of seniors reflecting the ageing of population in developed countries. The care provided by informal carers is important also because of the changes in the social services. The changes are related to the shift from institutional care of depending persons including seniors to the social services provided in the natural social environment. Such approach supports the autonomy of clients. This master degree thesis addresses the support of informal carers in the area of the care of non self-sufficient elderly people. The investigation is focused on the needs of informal family caregivers as for the information support, financial support, the support from the social services and the support expected from the services of long-term residential care. The thesis also deals with the motivation of the carers and their understanding of the social context of provided care. The research which is included in the empirical section of the thesis was implemented through qualitative methods, namely using semi-standardized interviews. The interviews with ten informal carers were carried out. They assist their elderly family members at home and use the social care services in Prague. The most needed forms of the support which were identified in the interviews were better information support, the support related to the access to field social services and services of personal type, day care centres accessibility and long-term residential care of seniors. The last should be targeted to the longest possible maintenance of the seniors' functional potential.

Key words:

informal carers, seniors, needs, support, social care, social services

1. Úvod

Péče a pečování patří k neodmyslitelným atributům lidského života. S péčí jako projevem zájmu o druhého, psychickou a sociální podporou či praktickými úkony péče se většina lidí setkává po celý svůj život. Většina osob má zkušenosti jak s rolí pečující osoby, tak s rolí příjemce péče. Péčí se otevírá životní cyklus člověka, jenž se rodí zcela závislým na svých rodičích či jiných dospělých osobách. Péče je rovněž přirozenou součástí celoživotního procesu socializace. Potřebou péče je obvykle poznamenán i proces uzavírání životního cyklu.

Na základě zkoumání demografického vývoje vyspělých zemí v několika posledních desetiletích lze přitom zaznamenat jistou korelaci mezi potřebou péče o děti a potřebou péče o seniorskou populaci. Pokud potřeba zařízení péče o děti v důsledku snižující se porodnosti v celospolečenském měřítku klesá, stoupá naopak potřeba služeb a zařízení poskytujících péči seniorům, a to zejména v důsledku prodlužující se střední délky života¹. Samotný institut péče o seniory má přitom mnoho podob. Zahrnuje jak institucionální formu poskytování péče, tak i péči poskytovanou neformálními pečovateli, nejčastěji rodinnými příslušníky, případně jinými pečujícími osobami.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou potřeb a podpory pečujících osob zkoumaných v návaznosti na využívání služeb sociální péče o seniory, které umožňují neformálním pečovatelům nezbytný odpočinek od péče, a rovněž na jiné vybrané formy podpory. Jejím cílem je analýza potřeb pečujících osob jako neformálních pečovatelů jak v širším kontextu problematiky podpory neformálním pečovatelům, tak ve vztahu k pobytovým službám pro seniory.

Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné naplňování cílů v teoretické a empirické části diplomové práce. Cílem teoretické části je přiblížit prostřednictvím zpracování literární rešerše českých a zahraničních odborných zdrojů problematiku potřeb a podpory pečujících osob o seniory. Teoretická část diplomové práce pojednává o stáří jako o sociálním fenoménu. V tomto kontextu se věnuje problematice potřeb seniorů a rovněž současné situaci a vývojovým trendům v oblasti péče o ně. Dále se zabývá pojetím neformálních pečovatelů, jejich potřebami a formami jejich podpory. Pozornost je rovněž věnována podpoře neformálních pečovatelů v evropském kontextu a respitní péči jako

¹ Hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala neměnná.

jedné ze specifických forem podpory využívané neformálními pečujícími v oblasti péče o seniory.

Cílem empirické části diplomové práce je představení a analýza potřeb neformálních pečovatelů vzhledem k vybraným oblastem podpory péče o seniory v domácím prostředí. Empirická část diplomové práce se zabývá analýzou výsledků výzkumu zaměřeného na zjišťování potřeb a na situaci v oblasti využívání různých forem podpory neformálními pečovateli o seniory. Výsledky provedeného výzkumu pak byly zobecněny se záměrem poskytnout náměty pro rozvoj stávajících i nových forem podpory neformálních pečovatelů o seniory.

Výzkum byl realizován za použití kvalitativních metod. Byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru. Hlavní výzkumná otázka byla zacílena na potřeby neformálních pečovatelů v oblasti podpory péče o seniory v domácím prostředí.

Relevantnost tématu vyplývá z očekávaných trendů demografického vývoje, který je ve většině evropských zemí spojen s negativním indexem stárí, což se ve věkové struktuře obyvatel projevuje převahou počtu osob starších 60 let nad počtem osob ve věkové kategorii do 15 let. Vzhledem k trendu deinstitucionalizace služeb sociální péče a zároveň podpory terénních a ambulantních forem sociální péče, které umožňují, aby senioři, ale i jiné osoby závislé na péči, mohli co nejdéle setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí, lze v péči o seniory očekávat růst role neformálních pečovatelů.

Jelikož většinu pečujících tvoří rodinní příslušníci, má péče o staré lidi obvykle rodinný charakter (Jeřábek a kol., 2005). Vztah péče vznikající v podmínkách rodinné péče o seniory lze charakterizovat i jako „práci z lásky“ (Graham in Jeřábek a kol., 2005:10). V tomto vztahu jsou obsaženy jak emoce, tak pevná vazba a závislost mezi opečovávanou osobou a pečujícím (ibid). Z tohoto důvodu lze usuzovat, že vztah péče mezi rodinným pečovatelem a seniorem příjemcem této péče nemá podobu jednosměrného vztahu od pečovatele k příjemci, byť v rámci tohoto vztahu příjemce zaujímá postavení toho, kdo je závislejší na poskytované pomoci a péči. Vzhledem k tomu, že závislost mezi příjemcem péče a pečující osobou je vzájemná, lze se domnívat, že pocit spokojenosti a životní pohody recipienta péče, jeho „wellbeing“, má vliv na životní pohodu rodinného pečovatele a na jeho vnímání smysluplnosti své role.

Neformální péče o seniora je obvykle dlouhodobým procesem, přičemž většina neformálních rodinných pečovatelů přijímá tuto roli, aniž by se předem mohla na ni připravit. Vzájemná láska a příbuzenský vztah přitom nemusí nutně působit jako faktor prevence vzniku pečovatelské zátěže, případně syndromu vyhoření u pečovatele. Navíc,

mnoho pečovatелů, zejména pak pečovatelek, z řad rodinných příslušníků je konfrontováno s nutností sladění, ne-li přímo volby, mezi zaměstnáním a péčí o seniora (Jeřábek a kol., 2005). V tomto kontextu se tudíž stává významnou otázkou zkoumání potřeb neformálních pečovatелů a forem jejich podpory ze strany orgánů veřejné správy a dalších subjektů působících v oblasti služeb sociální péče. Pro zajištění účinné podpory klientů - seniorů a jejich neformálních pečovatелů je nezbytné z hlediska společnosti vytvořit takové podmínky pro péči, které reagují na specifika potřeb obou cílových skupin.

2. Teoretická část

2.1 Stáří jako sociální fenomén

Stáří je obdobím v lidském životě, jehož skutečný počátek nelze definovat jednoznačně. Odpovědět na otázku, od kdy lze člověka považovat za starého je poměrně obtížné. Důvody k tomu mohou být dány na úrovni jednotlivce, kdy tentýž člověk může vykazovat různou míru funkčního potenciálu v té či oné vykonávané činnosti. Mohou být dány i na úrovni společenské, kdy zlepšující se zdravotní péče a celkové životní podmínky přispívají k udržování dobrého zdravotního stavu lidí a tím i života bez omezení funkčních schopností až do vysokého věku (Langmeier, Krejčířová, 2006). Obecně lze říct, že za dolní hranici stáří se v ekonomicky vyspělých zemích považuje 65 let věku (ibid), přičemž tento věk je považován rovněž za začátek důchodového věku. Podobu stáří spoluurčuje celá řada faktorů od biologických, přes psychologické, sociální či spirituální. Stáří je v současném vědeckém diskurzu považováno za sociální konstrukt (Haškovcová, 2010). Sociálně konstruován je nejenom začátek této životní fáze, ale také názory společnosti na stáří a seniory včetně názorů samotných seniorů na sebe sama. Tuto skutečnost lze odvodit ze sociální zakotvenosti lidského jedince. Významné životní události, které člověka potkávají, jsou obvykle důsledkem minulých či probíhajících společenských procesů. Naopak, člověk sám jako společenská bytost je schopen společenské procesy ovlivňovat. Na stáří podobně jako na jiné životní fáze nelze tudíž nahlížet mimo celkový sociální kontext, v jehož rámci každý z nás prožívá svůj život.

2.1.1 Stáří, senioři a jejich potřeby

Význam služeb sociální péče o seniory ve vyspělých zemích roste od druhé poloviny 20. století a souvisí zejména s demografickým stárnutím populace, s kterým se tyto země ve stále větší míře potýkají. Věková struktura obyvatelstva se v těchto zemích postupně mění ve prospěch seniorů, přičemž klesá podíl dětí mladších 15 let. Tomuto trendu odpovídá i vývoj věkové struktury obyvatelstva České republiky, kdy od roku 1997 začíná postupně převažovat postproduktivní složka obyvatelstva nad populací do 15 let věku (Svobodová, 2008). Z výše uvedeného vývoje lze usuzovat, že poroste i počet lidí, kteří budou z důvodu věku a snížené soběstačnosti odkázáni na pomoc dalších osob. Na tuto

skutečnost poukazují i Průša a kol. (2010), kteří hlavní důvody růstu poptávky po službách dlouhodobé péče v zemích OECD spatřují právě ve vyšší průměrné délce života, výskytu invalidity a závislosti na vnější asistenci. O tom, že se počet osob, které budou v České republice v následujících padesáti letech odkázány na pomoc druhé osoby, bude zvyšovat, svědčí i predikce vývoje věkové struktury obyvatel České republiky za období 2009 – 2065. Ve věkové struktuře obyvatel České republiky do roku 2065 by se měl podíl osob do 14 let postupně snižovat ze 14,1 % v roce 2009 na 13,2 % ke konci stanoveného období, podíl osob v produktivním věku (15 – 65 let) by měl klesnout ze 71,0 % v roce 2009 až na 54,9 % v roce 2065, přičemž podíl osob v postproduktivním věku, tj. starších 65 let, by se měl po celé období 2009 – 2065 výrazně zvyšovat, a to ze 14,9 % v roce 2009 na 33,0 % v roce 2065 (ibid).

Uvedená data a s nimi spojené procesy jsou sice jedním z podstatných faktorů, které budou v příštích letech ovlivňovat rozsah a strukturu služeb sociální péče, avšak nevypovídají nic o tom, kdo jsou senioři, jaká je seniorská populace z hlediska jejího věkového členění, sociální a ekonomické situace nebo životního stylu. Odpovědi na tyto otázky mohou přitom sloužit jako zdroj představ o potřebách seniorů, které by se následně měly promítnout do návrhu sociálních služeb pro seniory na obecní úrovni, konkrétně pak do podoby optimální sítě zařízení sociální péče o seniory. Budoucí podoba sociálních služeb pro seniory souvisí nejen se znalostí potřeb samotných seniorů. Je nepochybně přímo spjata i se znalostí potřeb a s návrhem adekvátních forem podpory pro neformální pečovatele. Potřeby seniorů a potřeby pečujících osob vzhledem k osobnímu charakteru, kterým se vyznačuje jakékoli pečování, nelze vnímat odděleně a mimo celkový kontext sociálních služeb pro seniory, které by navíc měly být vzájemně propojeny.

Kdo jsou tedy senioři a jak vlastně vypadá stáří? Stáří bývá označováno jako věkové období, které ve vyspělých zemích začíná obvykle v 65 letech života, kdy lidé odcházejí do důchodu (Matoušek, 2008). Proces stárnutí je postupný a lze v něm vyčlenit několik období (Haškovcová, 2010: 20):

- 45 – 59 let, střední nebo zralý věk;
- 60 – 74 let, vyšší věk nebo rané stáří;
- 75 – 89 let, stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří;
- 90 let a výše, dlouhověkost;

Kromě výše uvedeného členění stáří jako období života používá odborná literatura (Haškovcová, 2010; Kubalčíková, 2000) ve vztahu k rozlišení jednotlivých skupin seniorů i pojmy jako mladý senior (young elderly, případně young old), tj. osoba ve věku 60 - 75 let a starý senior (old elderly, případně old old), jímž se rozumí osoba starší 75 let. Pro osoby, které dosáhly věku 85 let a vyššího, se používá označení velmi staří staří (very old old).

Se stářím bývá obvykle spojována větší potřeba zdravotní a sociální péče. Mladších věkových kategorií seniorů se však její růst týká jen ve velmi omezené míře. Zdravotní obtíže a ztráta soběstačnosti je charakteristickým jevem pro období vlastního stáří a dlouhověkosti, tj. seniorů starších 75 let (Haškovcová, 2010). Až dosažením této věkové hranice obvykle dochází u člověka k výraznému snižování soběstačnosti a při zajišťování nezbytných potřeb se tak stává závislým na pomoci jiné osoby (Kubalčíková, 2000). Z výše uvedeného vyplývá, že seniory nelze považovat za homogenní skupinu ani z hlediska věkového období jako celku, ani z hlediska zdravotních a sociálních charakteristik, které se liší v závislosti na dosažených letech. Jak již bylo zmíněno v předchozí části textu, stáří v ekonomicky vyspělých zemích je spojováno se sociální událostí, kterou je odchod do důchodu. Stáří jako období života lze tudíž vnímat spíše jako sociální konstrukt než fenomén determinovaný pouze kalendářním věkem. Jak vyplývá z některých sociologických výzkumů zaměřených na generaci seniorů z hlediska jejich sociálních proměn (Sak, Kolesárová, 2012), ani odchodem do důchodu nekončí sociální život seniorů. Například životní styl seniorů, podle zjištění těchto výzkumů, se z hlediska svých prvků vyznačuje podobnou různorodostí jako životní styl mladší populace, i když, nepochybně, s odchodem do důchodu doznává životní styl seniorů jistých proměn. Největší změna v životním stylu seniora se odvíjí od daleko větší disponibility volného času, než je tomu u populace zapojené do pracovního procesu. Větší svoboda seniorů v rozhodování se o tom, jak naložit se svým volným časem, se pak promítá i do rozsahu činností, kterým se věnují. Podle zmíněných sociologických výzkumů patří k nejvýznamnějším aktivitám současné generace seniorů sledování televize, poslech rádia, četba, procházky a práce na zahradě. Výzkumy pak potvrdily, že v životním stylu seniorů mají své pevné místo i počítačové aktivity, přičemž nové informační technologie vstoupily do života většiny z nich až v postproduktivním věku. Naopak, k aktivitám, které ze života seniorů ustupují, patří četba knih, ruční práce či pobyt v přírodě (ibid).

Populaci seniorů lze, vzhledem k výše uvedenému, charakterizovat jako poměrně heterogenní sociální skupinu. Mezi jednotlivými skupinami seniorů jsou rozdíly nejen

v životním stylu, ale i v ekonomické a sociální situaci, osobních cílech či zdraví a v charakteru rodinných vazeb (Sak, Kolesárová, 2012). Konkrétně ve vztahu k životnímu stylu seniorů lze za základní diferencující faktory považovat zdravotní stav, úroveň vzdělání a ekonomickou situaci (ibid). Z hlediska ekonomické situace můžeme v populaci seniorů rovněž zaznamenat určité rozdíly. Za hlavní kritéria těchto rozdílů lze označit (ibid: 140):

- Zaměstnanost a příjem ze zaměstnání, případně souběh s důchodem.
- Počet osob v domácnosti, tj. zda senior žije sám, případně zda žije v domácnosti více osob.
- Bydlení ve vlastním bytě či domě, nájemném bytě a to, v jaké lokalitě senior bydlí.
- Zdravotní stav, který ovlivňuje náklady na léky.

Jak vyplynulo z uvedených výzkumů, v oblasti zdrojů příjmu ze skupiny seniorů ve věku 61 let a více pobíralo důchod 94 % a 12 % z nich mělo příjem ze zaměstnání. Pouze 4 % respondentů pobíraly sociální dávky. Z provedených výzkumů dále vyplynulo, že se svými příjmy vychází přibližně dvě třetiny seniorů a zhruba jedna třetina z nich má své úspory. Mezi položkami, které nejvíce zatěžují jejich rozpočet, senioři uváděli výdaje na bydlení, potraviny a léky.

Zmiňované rozdíly ovlivňují i rozdíly v potřebách seniorů. V této souvislosti se hovoří o výrazné heterogenitě potřeb seniorů (Haškovcová, 2010). Jedním z faktorů, který může posílit vnímání heterogenity potřeb seniorů, je nepoměr mezi počtem mužů a počtem žen v seniorské populaci, jenž se ve vyšších věkových skupinách seniorů ještě více zvyrazňuje. Tento jev bývá označován jako feminizace života ve stáří (Svobodová, 2008). Pokud ve věkové kategorii 60 let připadá na 100 mužů přibližně 145 žen, ve věkové kategorii 85 a více let je tento poměr již 1 : 3 (Haškovcová, 2010). Z toho vyplývá, že na fenomén stáří je nutno nahlížet i z genderového hlediska. Přitom lze očekávat, že určité genderové aspekty stáří (např. rozdílné typy nemocí, kterými trpí muži a ženy v seniorském věku, rozdíly ve výši starobního důchodu mezi seniory a seniorkami vyplývající z rozdílné výše příjmů dosahovaných muži a ženami v produktivním věku) mohou mít pravděpodobně významný dopad zejména na zdravotní a sociální systém společnosti.

Potřeby člověka lze obecně vymezit jako určitý nedostatek v biologické či sociální dimenzi bytí (Nakonečný, 1995). V odborné literatuře existuje celá řada klasifikací potřeb. Jednou z nejpoužívanějších bývá Maslowova klasifikace spojená s hierarchizací potřeb. Maslow uvádí následující kategorie potřeb (Maslow in Hyhlík, Nakonečný, 1973: 127-128):

1. Fyziologické potřeby – základní, nejnižší souvisí s porušenou homeostázou (jídlo, teplo, zdraví, sexuální potřeby apod.).
2. Potřeby bezpečí – vystupují v situacích ztráty životní jistoty, ekonomického selhání apod.
3. Potřeby sounáležitosti a lásky – potřeba náležet k nějaké skupině, být někým milován a přijímán.
4. Potřeby uznání – potřeba být uznáván, mít kompetenci a respekt, potřeba nezávislosti, svobody.
5. Potřeba sebeaktualizace – potřeba realizovat svou individualitu, své schopnosti a záměry.

Potřeby podle Maslowa nelze chápat jako vzájemně izolované. Vyskytují se ve vztahu k ostatním – uspokojeným či neuspokojeným – potřebám. Výskyt jedné potřeby je obvykle podmíněn uspokojením jiné, která v hierarchii zaujímá nižší pozici.

V této souvislosti se ve vztahu ke stáří a seniorům nabízí otázka, zda a nakolik jsou potřeby seniorů odlišné od potřeb mladších věkových skupin populace. Tato otázka je relevantní zejména ve vztahu k tomu, že senioři bývají ostatní populací často vnímáni jen na základě obrazu, v němž dominuje proměnná, kterou je obvykle zdravotní stav. Obraz stáří je spojován a nemocemi a strádáním (Haškovcová, 2010), což je v rozporu s výše uvedenými zjištěními reflektovanými v odborné literatuře. Důsledkem podobného pohledu na seniory je, že jsou nečistě vnímáni jako osoby s převládajícími fyziologickými potřebami a potřebami materiálního zajištění (Vidovičová, 2008). Lze usuzovat, že takto redukovaný pohled pak působí jako jeden z faktorů, které vyvolávají odmítavé až nepřátelské postoje k seniorům jako k sociální skupině, na kterou lidé v produktivním věku ekonomicky a sociálně doplácí. Ve vztahu k potřebám lidí v seniorském věku uvádí Vidovičová (2008) na základě závěrů několika výzkumů, že z hlediska své struktury a vzájemné propojenosti jsou potřeby starých lidí stejné jako u ostatní populace. Pokud však u seniorů dojde k omezení funkčního potenciálu – fyzického, psychického či sociálního,

pak se obvykle jejich potřeby mění co do zaměření i subjektivního významu. Může rovněž dojít ke změně forem uspokojování potřeb, což je nejčastěji spojeno se změnami zdravotního stavu a následným snižováním funkčních schopností. Senioři se tak stávají závislejšími na pomoci druhých lidí, kteří se postupně stávají hlavním zdrojem a prostředkem pro uspokojování jejich potřeb. Změna forem uspokojování potřeb souvisí velmi často i se změnami v sociálním prostředí seniorů – v rodinných a partnerských vztazích (v důsledku smrti životního partnera/partnerky), v bydlení či dostupnosti služeb.

Faktorem, který v podstatné míře ovlivňuje charakter potřeb seniorů a způsob jejich uspokojování je nepochybně zdravotní stav. Jak už bylo uvedeno v předchozí části textu, zhoršování zdravotního stavu a s tím spojená ztráta soběstačnosti jsou charakteristické obzvláště pro skupinu starších seniorů. Tyto skutečnosti potvrzují i údaje získané z již zmiňovaných výzkumů seniorské populace v období 2001 – 2010 (Sak, Kolesárová, 2012). Z těchto výzkumů vyplynulo, že k dramatickému zhoršení zdravotního stavu seniorů dochází až ve věku nad 70 let. Ze sledované skupiny respondentů seniorů 11 % osob ve věku do 70 let uvedlo, že nemá žádnou zdravotní diagnózu a cítí se dobře. Situace seniorů nad 70 let věku však byla zcela odlišná. Polovina z nich uvedla, že potřebuje v různé míře pravidelnou lékařskou péči, a 23 % uvedlo, že potřebují dílčí případně trvalou pomoc při zabezpečení svých životních potřeb. O pomoci a péči poskytované různými subjekty v rámci systému sociálních služeb (tj. na formální úrovni) a v neposlední míře i neformálními pečovateli z řad rodinných příslušníků či jiných pečujících osob, lze hovořit právě ve vztahu k cílové skupině starších seniorů a velmi starých lidí, tj. osob 75letých a starších, a to s ohledem na jejich snížené funkční schopnosti a s nimi spojený vznik závislosti na pomoci jiných osob.

2.1.2 Péče o seniory – současná situace a vývojové trendy

Z očekávaného demografického vývoje v příštích padesáti letech v ekonomicky vyspělých zemích (zejména s ohledem na prodlužující se střední délku života) vyplývá, že se stále větší počet osob dožije seniorského věku. Tento trend se nevyhne ani České republice. Podíl osob v postproduktivním věku na celkovém počtu obyvatel by měl v roce 2065 tvořit více než jednu třetinu (Průša a kol., 2010), přičemž nejvyšší nárůst by měl být u kategorie starších seniorů a dlouhověkých. Jiní autoři v návaznosti na demografické prognózy uvádějí, že v České republice v roce 2050 by podíl seniorů ve věku nad 85 let na celkovém počtu obyvatel měl být 9,5 %, což je přibližně půl milionu občanů (Malíková, 2011).

Vzhledem k tomu, že s dosažením věku 70 – 75 let a vyššího je spojován růst zdravotních problémů a významné zhoršování funkčních schopností, což má za následek postupnou ztrátu soběstačnosti seniorů, roste odkázanost starých lidí ve vyšším věku na pomoc jiných osob poskytovanou v zařízeních sociální péče nebo v domácím prostředí. Podle některých prognóz (Průša a kol., 2010) vzroste počet seniorů s potřebou péče v roce 2025 oproti roku 2008 přibližně o 80 %. Největší nárůst z hlediska potřeby péče lze očekávat u osob s těžkou mírou závislosti, jejichž počet by se měl v roce 2025 zvýšit více než 2,3krát². Nárůst počtu osob v ostatních skupinách podle míry závislosti, ve výzkumu specifikovaných jako minimální, lehká a střední³, se pohybuje mezi hodnotami 1,7 – 1,8krát.

Současná situace v uspokojování potřeb seniorů v oblasti sociální péče v České republice souvisí s normativním rámcem daným zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách). Zákon o sociálních službách znamenal podstatnou změnu v poskytování sociálních služeb oproti předchozímu modelu platnému do začátku 90. let minulého století, který byl poznamenán centralizací sociálních služeb. Předchozí model sociálních služeb reagoval na potřeby seniorské populace v případě snížené soběstačnosti či její ztráty převážně nabízením institucionální péče v domovech důchodců, financovaných výhradně státem (Malíková, 2011). Jiné formy a jiní poskytovatelé péče nebyli příliš podporováni. Neformální pečovatelé – rodinní příslušníci – se museli vypořádat se zátěží péče o závislého seniora vlastními silami a z větší části i na

² Odhad se týká pouze osob v seniorském věku, prognóza nezahrnovala osoby se zdravotním postižením.

³ Podle autorů této studie uvedená struktura měř závislosti odpovídá struktuře stupňů závislosti podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

vlastní náklady. Zákon o sociálních službách v tomto smyslu nepřinesl jen decentralizaci sociálních služeb, ale vzhledem k tomu, že mezi poskytovateli sociálních služeb uvádí vedle právnických osob, zřízených orgány státní správy a územní samosprávy, i fyzické osoby, ustanovil tento zákon též institut neformálního pečovatele. Jako formu podpory neformálních pečovatelů lze na základě § 7 zákona o sociálních službách vnímat i příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zabezpečení potřebné pomoci. Nárok na úhradu z příspěvku na péči za poskytovanou pomoc má osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která neposkytuje tuto pomoc jako podnikatelskou činnost. V kontextu zákona o sociálních službách lze tedy za neformálního pečovatele považovat rodinného příslušníka, případně jakoukoli jinou fyzickou osobu, která není podnikatelem (Kubalčíková, 2012). V této souvislosti se nabízí otázka, nakolik lze institucionalizovaný způsob neformální péče chápat i nadále jako neformální, a to přesto, že zákon o sociálních službách nevyžaduje registraci neformálních pečovatelů, jak je tomu u jiných subjektů poskytujících sociální služby včetně služeb sociální péče.

Základem současného modelu poskytování sociálních služeb obecně a rovněž služeb sociální péče o seniory je proces transformace sociálních služeb (Malíková, 2011). V jeho důsledku přechází odpovědnost za zajišťování sociálních služeb z převažující kompetence státu na jiné subjekty – kraje, obce, komunity, občanské společnosti, rodiny, jednotlivce. Stát zůstává především garantem právního zakotvení a dostupnosti sociálních služeb. Ve vztahu k potřebám seniorů se sníženou soběstačností vymezuje zákon o sociálních službách jednotlivé typy služeb sociální péče. Jedná se zejména o služby vymezené v §§ 39 – 42, 44 – 47, 49 – 50, 52 tohoto zákona:

- **Osobní asistence** – terénní služba určená seniorům a osobám se zdravotním postižením. Asistenti pomáhají jedincům zvládat péči o sebe a integrovat se do společnosti.
- **Pečovatelská služba** – terénní služba určená seniorům, osobám se zdravotním postižením případně rodinám s dětmi. Pečovatelé poskytují potřebným lidem pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo při zajištění podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

- **Tísňová péče** – služba spočívá v nepřetržité telefonické a elektronické dostupnosti informací osobám, kterým hrozí riziko ohrožení zdraví a života. Při náhlém zhoršení zdravotního stavu mohou pracovníci tísňové péče zajistit osobám neodkladnou pomoc.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** – služby určené pro osoby se sníženou schopností komunikovat a orientovat se v prostoru. Pracovníci pomáhají odkázaným osobám při obstarávání osobních záležitostí.
- **Odlehčovací služby** (jsou nazývány též respitními službami) – jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a o které jinak pečuje osoba blízká v domácím prostředí. Je to kombinace různých činností, jejichž cílem je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání 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, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.
- **Centra denních služeb** – jedná se o ambulantní typ služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která by mohla vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje 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, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.
- **Denní a týdenní stacionáře** – poskytují ambulantní služby denní resp. pobytové ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením případně osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání 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 nebo pomoc při zajištění bydlení a

výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

- **Domovy pro seniory** – poskytují pobytové služby s celoročním provozem seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.
- **Domovy se zvláštním režimem** – poskytují pobytové služby s celoročním provozem. Služba je podobná domovům pro seniory, je však zaměřena na vytváření specifických podmínek zohledňujících potřeby osob s duševními nemocemi a demencí.
- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče** – jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstačné, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních.

V situaci v oblasti poskytování služeb sociální péče o seniory v České republice se odrážejí jak trendy v demografickém vývoji, i když jejich vliv se projeví v plné síle až v horizontu 10 – 15 let (Průša a kol., 2010), tak i vývojové trendy v samotných sociálních službách, a to především proces deinstitucionalizace sociálních služeb, který znamená přechod k poskytování sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí jedinců při zohledňování jejich individuálních potřeb (Malíková, 2011). Proces deinstitucionalizace otevřel prostor pro vstup dalších subjektů poskytovatelů služeb sociální péče zaměřených na poskytování terénních a ambulantních forem péče do sféry sociálních služeb. Jejich postavení v novém systému sociálních služeb bylo dále posíleno v souvislosti s možností seniorů závislých na péči jiných osob získat příspěvek na péči, který mohou využít na zajištění svých potřeb prostřednictvím služeb poskytovaných jinými subjekty.

Nové trendy ve vývoji sociálních služeb v českém prostředí v posledních letech navazují na vývoj v oblasti sociálních služeb, který probíhal ve vyspělých zemích v 70. a 80. letech minulého století, kdy docházelo k ústupu od biomedicínského pojetí stáří, v jehož rámci je stáří charakterizováno úbytkem až úpadkem funkčních schopností. Pozornost byla z tohoto důvodu věnována především sledování organických poruch, které lze do jisté míry ovlivnit vhodně zvolenou lékařskou intervencí (Kubalčíková, 2006). Nové trendy přinášejí chápání stáří jako sociálního konstrukt, který existuje v určitém kulturním a sociálním kontextu a který ovlivňuje přístupy společnosti ke stáří a starým lidem (ibid). Vznik závislosti seniorů na pomoci tudíž nemusí být nutně spojen pouze s omezením funkčních schopností, jakkoli je tato kauzální souvislost velmi silná. Obraz závislého starého člověka může být i důsledkem jednostranných, často negativistických představ označovaných i jako ageismus (Malíková, 2011), a z nich plynoucích nesprávných postupů.

Jako reakce na tato ideová východiska vznikal v zemích EU model politiky služeb pro seniory závislé na pomoci, který by měl plnit tři základní funkce (Klerk in Kubalčíková, 2006):

1. **Sociální reaktivace** – podpora při formulaci vlastních zájmů, hledání řešení problémů na místní úrovni, podpora sdružování a sebeorganizování skupin s podobnými potřebami.
2. **Prevence sociálního vyloučení** – pomoc má být organizována tak, aby umožňovala seniorům setrvat co nejdéle v přirozeném prostředí a nezávisle rozhodovat o svém životě.
3. **Individualizovaná pomoc a podpora** – pomáhá udržet, případně obnovit rovnováhu mezi jedincem a prostředím, v kterém žije.

Do konkrétní praxe služeb sociální péče o seniory se tyto funkce promítají v opatřeních na podporu služeb poskytovaných v domácnosti, které mají reagovat na individuální potřeby klientů, mají být časově flexibilní a vzájemně propojené (Evers in Kubalčíková, 2006). V tomto smyslu lze říct, že realizací těchto opatření se naplňuje princip deinstitucionalizace. Klient senior tak může setrvat v prostředí strukturovaném sociálními sítěmi, v kterých se dobře orientuje z důvodu, že k jejich kontinuálnímu rozvoji dochází v závislosti na změnách prostředí, s kterým je dobře obeznámen, a tudíž může tyto změny reflektovat. Vzhledem k tomu, že jeho přirozené sociální prostředí je na rozdíl od

prostředí ústavů otevřené, lze očekávat, že zná subjekty patřící do formální a neformální sociální sítě, které může využít k podpoře své soběstačnosti. Navíc lze předpokládat, že získání informací o nich není pro něj natolik časově ani finančně nákladné. Přirozené sociální prostředí vytvářejí různé subjekty poskytující péči. Nemusí to být jen profesionálové sdružení v organizacích. Zdrojem pomoci pro seniora mohou být i neformální pečovatelé, zejména pak rodina, příbuzní, dobrovolníci, svépomocné skupiny případně komunita. V kontextu takto organizované sítě mají významnou pozici právě neformální pečovatelé, kteří mohou pružněji reagovat na potřeby seniorů. Navíc, pokud se jedná například o rodinu či příbuzné, významnou roli hraje i silná provázanost z hlediska vztahů, kterou lze očekávat mezi závislým seniorem a rodinnými příslušníky o něj pečujícími.

Tuto vzájemnou provázanost mezi seniory a neformálními rodinnými pečovateli nelze redukovat pouze na „pečovatelský“ aspekt. Lze na ni nahlížet i z hlediska širšího společenského významu, a to pro obě strany vztahu, tj. pro seniory i pro neformální pečovatele. Tento aspekt je vyjádřen v jednom z principů Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 v České republice (Ministerstvo, 2008), který vychází z myšlenky, že stáří přináší řadu pozitivních hodnot a seniorská generace hraje významnou roli v rodinách, komunitách a celé společnosti. Vzhledem k tomu, že větší mezigenerační soudržnost a odstranění věkových bariér může být prospěšné pro celou společnost, měla by být tato role seniorů ve společnosti podporována. Toto je zároveň jedním z důvodů, proč podpora rodiny a neformálních pečovatelů patří ke strategickým prioritám vyjádřeným v Národním programu přípravy na stárnutí 2008 – 2012 (ibid). Zmíněný program vychází z pojetí poskytování péče na neformálním základě jako sociální události, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince pečovatele a jeho rodiny. Jedinec či rodina poskytující péči potřebují sociální ochranu, aby v důsledku poskytování péče nebyla ohrožena jejich ekonomická bezpečnost. Poskytování péče by podle tohoto programu nemělo být vnímáno odděleně od péče o pečovatele, která může mít formu profesionální a odborné podpory, sociální a emoční podpory nebo respitních sociálních služeb.

V kontextu role neformálních pečovatelů v poskytování péče seniorům lze zmínit ještě jeden aspekt, který souvisí s očekávaným nedostatkem pracovních sil v zemích EU v oblasti dlouhodobé péče o seniory. Nedostatek profesionálních pečovatelů a pečovatelek o klienty seniory je rovněž jedním z důvodů, proč se evropské země začínají zaměřovat na oblast neformální péče o seniory a na hledání vhodných forem podpory neformálních pečovatelů (Průša a kol., 2010).

Vzhledem k výše uvedeným úvahám vycházejícím z odborné literatury lze ve vztahu k problematice stáří a péče o seniory dovodit, že stáří je obdobím v životě lidského jedince, jehož podobu nelze jednoznačně definovat pouze na základě biologických faktorů. Současná sociální gerontologie, ale i jiné sociální vědy, vychází z pojetí stáří jako sociálního konstruktů. Přitom sociálně konstruován není jen jeho počátek, jenž je v ekonomicky vyspělých zemích spojován se sociální událostí, kterou je odchod do důchodu. Sociální konstrukcí je i pohled společnosti na stáří a seniory, jež jsou převážně vnímáni optikou nízké fyzické a psychické výkonnosti a zhoršujícího se zdravotního stavu. Generace seniorů přitom není homogenní a vyznačuje se značnou heterogenitou potřeb. Výzkumy zaměřené na seniory prokázaly, že mezi seniory existují rozdíly nejen v oblasti životního stylu, ale i v sociálně ekonomické situaci. Životní styl většiny seniorů nepostrádá prvky shodné se životním stylem populace v produktivním věku, i když některé jeho prvky mohou být v životě seniorů ve srovnání s neseniorskou populací zastoupeny ve větší míře, což je obvykle dáno větší disponibilitou volného času seniorů. Rovněž potřeby seniorů nejsou významně odlišné od potřeb neseniorů.

K významnějšímu snižování funkčních schopností, a tím i k redefinování významu jednotlivých potřeb a ke změně způsobu jejich uspokojování, dochází u seniorů až v období pravého stáří, tj. ve věku kolem 70 – 75 let. Následkem snižování funkčních schopností se staří lidé stávají závislími na pomoci jiných lidí. Na formální úrovni poskytují pomoc seniorům mimo jiné organizace poskytující sociální služby se zaměřením na služby sociální péče. Vývojové trendy v oblasti poskytování služeb sociální péče jsou spojeny s deinstitucionalizací péče, tj. odklonem od ústavní péče. Ve vyspělých zemích započal tento trend v 70. – 80. letech minulého století. V České republice je patrný od 90. let minulého století, zejména pak jako důsledek přijetí zákona o sociálních službách. Proces deinstitucionalizace péče znamená hledání takových forem pomoci závislým lidem (včetně seniorů), které jsou zaměřeny na podporu jejich života v přirozeném sociálním prostředí, v rámci kterého mohou využívat formální i neformální sociální sítě pomoci. Do sociálních sítí klientů - seniorů mohou být zahrnuti nejen profesionální pečovatelé a pečovatelky, ale i lidé poskytující neformální péči, tj. rodina, příbuzní, dobrovolníci a komunita obecně. V kontextu očekávaného zvyšujícího se podílu seniorů odkázaných na péči druhých lidí, což je ve vyspělých zemích včetně České republiky spojeno s demografickým stárnutím populace, lze očekávat i růst role neformálních pečovatelů o seniory. Význam neformální péče však vyplývá i ze změn v sociálních službách akcentujících služby poskytované v domácnosti seniorů, které mohou lépe uspokojovat

individuální potřeby klientů při větší časové flexibilitě a vzájemné propojenosti. V rámci dlouhodobé péče o seniory se stává naléhavou nejen péče o seniory, ale i péče o samotné pečující – rodinné příslušníky a další příbuzné i nepříbuzné osoby, do jejichž životů poskytování péče staršímu člověku zasahuje.

2.2 Podpora neformálních pečovatелů o seniory

Neformální pečovatелé patří a patří k podstatným zdrojům podpory a péče poskytované nesoběstačným starým lidem v jejich přirozeném sociálním prostředí. Vzhledem k prodlužující se střední délce života a pozornosti, která je ze strany sociálních systémů ekonomicky vyspělých zemí věnována formám péče o seniory mimo ústavní zařízení, lze očekávat rostoucí počet starých lidí, o které bude pečováno v jejich domácnostech. Tato situace bude s nejvyšší pravděpodobností klást nároky na komplexní zajištění služeb sociální péče, na jejichž poskytování se budou stále více podílet komunita prostřednictvím terénních a ambulantních služeb sociální péče, spolu s neformálními pečovateli z řad příbuzných a jiných osob.

2.2.1 Neformální pečovatелé a jejich potřeby

Mezi subjekty poskytující sociální péči seniorům patří jak organizace poskytující terénní, ambulantní či pobytové služby sociální péče, tak i neformální pečovatелé. Jejich pečovatelská role získává na důležitosti v souvislosti se změnami v pojetí a organizaci sociálních služeb ve vyspělých zemích, které znamenaly ústup od institucionální péče o závislé osoby včetně seniorů a preferování služeb poskytovaných v domácnosti klientů podporujících jejich autonomii. I samotní čeští senioři, jak dokládají některé výzkumy, výrazně upřednostňují pobyt v domácím prostředí v rámci odděleného bydlení od svých dětí, které jim umožňují uchovat si určitou míru nezávislosti. Zároveň si však přejí udržovat úzké vztahy se svými dětmi, aby tyto mohly za nimi docházet a pomáhat jim (Rabušic, Vohralíková, 2004). Růst významu neformální péče je spojen i s nedostatkem pečovatелů a pečovatelek o seniory na trhu práce, což je způsobeno prodlužováním střední délky života a současně demografickým stárnutím populace. Dalším důvodem, proč se fenomén neformální péče o seniory stává v ekonomicky vyspělých zemích aktuálním, je nákladnost ústavní péče jak v zařízeních zdravotní péče, tak i péče sociální (Přidalová, 2006).

V souvislosti s problematikou zvyšování relevance neformální péče v systému péče o seniory se nabízejí otázky, kdo jsou neformální pečovatелé o seniory, jaké nároky na ně klade péče o nesoběstačného starého člověka a jak se poskytování péče promítá do jejich potřeb.

Někteří odborníci s jistou nadsázkou zdůrazňují, že na světě existují jen čtyři typy lidí – „ti, kteří byli pečovateli; ti, jež jsou pečovateli; ti, jež budou pečovateli, a ti, kteří potřebují či budou potřebovat pečovatele“ (Carter in Health, 2011: 32-33)⁴. Neformální pečovatelé bývají označováni i jako pečující osoby, tj. osoby, které pečují o příbuzného, přítele nebo souseda, aniž by za tuto péči dostávali odměnu a měli ji smluvně zakotvenou. Motivem péče mohou být rodinné, případně přátelské vazby (Matoušek, 2008). Někteří autoři zmiňují právě absenci úhrady jako typický rozdíl mezi formální a neformální péčí, přičemž zdůrazňují i další rozdíl spočívající v tom, že formální pečovatelé jsou odborně vyškoleni v poskytování péče. Mezi neformální pečovatele kromě příbuzných, přátel či sousedů přitom zahrnují i dobrovolníky. Mezi hlavními motivačními faktory pak zmiňují nejen příbuzenství a přátelství, ale i faktor altruizmu (Health, 2011).

V návaznosti na výše uvedená pojetí neformálních pečovatelů vyskytující se v odborné literatuře zákon o sociálních službách, který v podmínkách ČR institucionalizoval neformální péči, nepožaduje existenci smluvního ujednání mezi příjemcem příspěvku na péči - seniorem a neformálním pečujícím. Na druhé straně, poskytování péče neformálním pečovatelem pokud se stará o seniora, jenž je příjemcem příspěvku na péči, je v ČR přiznán statut placené činnosti, která je v daném případě hrazena z veřejných zdrojů (Blome, Keck a Albert in Kubalčíková, 2012).

Neformální pečovatelé, podobně jako senioři, tvoří homogenní skupinu. Z obecného hlediska je pro ně charakteristická značná heterogenita. Mohou se odlišovat na základě vztahu k příjemci péče, podle věku, charakteru péče (péče s převažujícími zdravotnickými úkony, péče podporující soběstačnost seniora, aj.), délky a intenzity poskytované péče (Health, 2011).

V oblasti péče o seniory jsou typickými neformálními pečovatelkami ženy v roli manželek nebo dcer. Neformálními pečovateli bývají velmi často i partneři a dospělé děti seniorů (Health, 2011). Přidalová (2006) s odvoláním na řadu zahraničních a domácích autorů uvádí, že až 70 % – 80 % dlouhodobé péče o nesoběstačné seniory je poskytováno v rámci rodiny. Autorka na základě studia odborné literatury dále uvádí, že pořadí pečujících v českém prostředí je tvořeno dospělými dětmi, za kterými následují životní partneři a v menší míře pak ostatní příbuzní.

Ve vztahu k péči o seniory nelze nezmínit, že tato péče má významný genderový aspekt, vyplývající především z výrazné dominance žen v roli neformálních pečovatelek.

⁴ Všechny přímé a nepřímé citace z použitých cizojazyčných zdrojů jsou vlastním překladem autorky diplomové práce.

Rovněž výzkumy zaměřené na české prostředí dokládají, že v péči o seniory dominují ženy, jejichž podíl na péči tvoří až 81 %. To, že se jedná o genderové téma, dokládá i vnímání péče, která je obecně považována především za práci ženy, což odkazuje na převládající genderový stereotyp v názorech populace (Tošnerová, 2001).

Podle zjištění Tošnerové (2001) jsou dalšími typickými atributy neformálních pečovatелů (kromě toho, že se jedná o ženy) v českých podmínkách mj. tyto:

- věk 46 – 60 let;
- středoškolské vzdělání s maturitou;
- bydliště v obci nad 100 000 obyvatel;
- bydlení ve společné domácnosti;
- pomoc s péčí ze strany jiného rodinného příslušníka;

V celospolečenském kontextu je neformální péče často diskutovaným tématem zejména v rámci diskurzu o mezigenerační solidaritě. Mezigenerační solidarita, chápaná jako vztah mezi rodiči a dětmi, je založena na hodnotě rodiny, která je trvalá a nemění se, a to i přesto, že rodina jako instituce prošla vývojem od tradiční formy, kdy udržovala velmi úzké vztahy se svým příbuzenstvem a komunitou, až k současné formě, tj. rodině tvořené rodiči a jejich dětmi se vztahy založenými na úzkých citových vazbách a soukromí, která se soustřeďuje na výchovu dětí (Giddens, 1999). V rámci rodiny se realizuje vztah mezi rodiči a dětmi, který je předpokladem individuální socializace dítěte. Reciprocita vztahu mezi rodičem a dítětem je jednou z podmínek správné internalizace rodinných hodnot. Osvojování si hodnot ale neprobíhá mimo sociokulturní kontext, v kterém se rodina nachází (Možný a kol., 2004). Ve vztahu k fenoménu péče, který má nejen dimenzi rodič – dítě, ale i dimenzi dítě – rodič, je zásadní právě to, jakou kvalitu má vzájemnost ve vztahu mezi členy rodiny. Z kvality této vzájemnosti lze usuzovat nejen na připravenost rodičů pečovat o děti, ale i na připravenost dětí pečovat v případě potřeby o své přestárlé rodiče.

Výzkumy zaměřené na ochotu rodiny pečovat o své nesoběstačné seniory realizované v českém prostředí svědčí o velké deklarované ochotě dětí starat se o své rodiče. Až 80 % dětí by v případě nesoběstačnosti rodičů volilo možnost poskytnout jim potřebnou péči v domácím prostředí. V domácnosti, za eventuální pomoci ostatních sourozenců, by péči chtěla poskytovat přibližně polovina dětí (dcery 57 %, synové 42 %). Téměř třetina dětí by zabezpečila svým rodičům péči v domácím prostředí prostřednictvím

pečovatelské služby či podobné instituce. Umístění rodiče do zařízení s možností poskytnutí celodenní péče by v případě zhoršeného zdravotního stavu volilo v případě matek 14 % respondentů, v případě otců 18 % (Veselá, 2002).

Problematika mezigenerační solidarity se odráží i v motivaci dětí pečovat o své staré rodiče. Z výzkumu provedeného v České republice Přidalovou (2007) vyplývá několik motivů uváděných dětmi vykonávajícími roli pečujících osob o seniory. Tyto motivy mohou být, jak uvádí Přidalová (ibid), jak manifestní, tak i latentní – podprahové, o kterých pečující děti nemluvily jako o důvodech k péči, ale popisovaly jimi situaci před tím, než potřeba pomoci rodičům vznikla. Na základě zjištění z uvedeného výzkumu lze identifikovat pět okruhů motivů péče o staré rodiče v jejich domácím prostředí:

1. **Praktické faktory**, na jejichž základě se konkrétní dítě jeví jako nejvhodnější kandidát na pečovatele. Nejčastěji uváděnými byly příznivá geografická vzdálenost, pečující dítě bylo jediným dítětem svých rodičů či ženské pohlaví dítěte. Ženy - respondentky v daném výzkumu vnímaly tento faktor jako okolnost, která je předurčovala k roli pečovatelek o rodiče.
2. **Faktory spojené se vztahem rodič – dítě**. V některých rodinách existovala mezi dospělými dětmi a rodiči silná partnerství a pociťovaná láska byla jedním z motivů, proč stárnoucí rodič zůstal v domácí péči. Dalším z faktorů byla reciprocita, kdy pečující děti mluvily o pocitech vděku za předchozí pomoc a o potřebě oplatit rodiči to, co pro ně dříve udělal.
3. **Socializační faktory**. Do důvodů péče dětí o přestárlé rodiče se promítaly vlivy rodinného prostředí, ve kterém vyrůstaly, zejména pak výchova, ale i vlivy celkového kulturního kontextu formovaného křesťanskými morálními hodnotami, v jejichž rámci je pomoc stárnoucím rodičům vnímána jako povinnost a žádoucí chování.
4. **Faktory vázané na osobu rodiče**. Rozhodování o tom, jakým způsobem bude rodina řešit situaci spojenou se zhoršující se soběstačností rodičů v seniorském věku, může významně ovlivnit přání a představa samotného stárnoucího rodiče. Pokud stárnoucí rodič neměl snížené kognitivní funkce a pokud nesoúhlasil s jiným typem pomoci, nebylo pro pečující dítě často přijatelné hledat jiné alternativy péče.
5. **Faktory spojené s externími tlaky**. Jako jeden z relevantních důvodů, proč se o své rodiče starají doma, respondenti uváděli nedůvěru k formálním institucím

existujícím mimo rodinu nebo přímo špatnou zkušenost s institucionální péčí. Na motiv obav z péče ve formálních institucích navazoval u některých respondentů další důvod k neformální péči, za který považovali neadekvátnost stávající nabídky sociálních služeb nebo přímo absenci profesionální služby, která by zapadala do jejich představ a potřeb. K nejméně dostupným patřila možnost pobytové respitní péče pro zcela imobilní pacienty nebo pro pacienty s demencí. K externím motivačním faktorům patřil též tlak finanční situace (vlastní důchod spolu s důchodem rodiče byly jedinými zdroji ke zvládnutí životních nákladů, případně institucionální péče byla pro rodinu příliš nákladnou).

Na základě realizovaného výzkumu upozorňuje Přidalová (ibid) na skutečnost, že respondenti za největší pomoc nepovažovali možnost umístit rodiče do kvalitního ústavu s dlouhodobou péčí, ale spíše možnost být vystřídáni, odpočinout si a mít jistotu, že kdyby se s nimi něco náhle stalo, po určitou dobu se o jejich rodiče někdo postará. Nejvíce oceňovali krátkodobý pobyt v ústavu nabízejícím možnost respitní péče nebo pravidelný několikahodinový pobyt v denním stacionáři, případně možnost angažovat profesionálního pečovatele, který by o rodiče pečoval v domácím prostředí po dobu výkonu jejich zaměstnání nebo v době, kdy si udělají volno. Respitní péče by tak dala pečovatelům prostor pro výkon dalších sociálních rolí.

Mezigenerační solidarita je problematikou, která úzce souvisí i s některými teoretickými koncepty neformální péče, na které upozorňuje Jeřábek (2009). Jedním z teoreticko-metodologických východisek při zkoumání neformální péče o seniory je i koncept rodinné péče jako péče z lásky. Tento koncept se opírá o představu, že péče o staré a nesoběstačné členy rodiny má svou praktickou stránku, která se projevuje na úrovni praktické péče. Péče má však i úroveň spojenou s láskou a starostí, která odkazuje na motivaci k péči a je konstitutivním rysem této péče. Péče o seniory je v rámci tohoto konceptu vnímána jako přirozená součást života rodiny, která samozřejmým způsobem vyrůstá z lásky ke starému členu rodiny (Graham in Jeřábek, 2009).

Jiný koncept (Fine in Jeřábek, 2009) vychází ze širší představy týkající se péče o seniory a uvádí, že je nutno řešit ji prostřednictvím hybridních forem péče, v rámci kterých je péče sdílena rodinou a formálními službami. Rodina při tom může využívat příspěvky na péči, slevy na daních případně přímé platby za služby poskytované v domácnosti klientů.

Tento koncept reaguje na problém zvyšujících se nároků na péči o seniory, kterému čelí ekonomicky vyspělé země v současnosti.

Podle Jeřábka (ibid) s konceptem hybridní péče lze do jisté míry souhlasit v tom smyslu, že rodiny, pokud samy na péči nestačí, potřebují pomoc ze strany subjektů poskytujících pečovatelské služby. Hybridní formy péče jsou proto slučitelné s modelem rodinné péče o seniora za předpokladu, že si rodina ponechá odpovědnost za péči a rozhodovací pravomoci. Jeřábek (ibid) naopak odmítá jiné existující koncepty péče o seniory počítající s právem na dosažitelnost péče mimo rodinu vždy, když je požadována (Glenn in Jeřábek, 2009), a tudíž, podle jeho názoru, s přenesením odpovědnosti za poskytování péče na širší struktury – komunitu či stát. Takto organizovaná péče by, podle něj, měla za následek osvobození rodiny od povinnosti péče a přenesení práva rozhodování o péči na jiné (profesionální) instituce. Společenské instituce by pak měly také výhradní právo rozhodovat o rozsahu a kvalitě péče.

S názorem Jeřábka, jenž preferuje rodinný model péče, lze polemizovat. V situaci, kdy v ekonomicky vyspělých zemích dochází k tomu, že se prodlužuje střední délka života, klesá porodnost a u ekonomicky aktivních obyvatel se prodlužuje věk odchodu do důchodu naopak nelze komunitu, obec či stát zbavit odpovědnosti za péči o seniory. Každý ze zmíněných subjektů plní v oblasti péče o seniory své vlastní úkoly. Obce zjišťují potřeby jednotlivců a komunity a s ohledem na ně pak vytvářejí komunitní plány. Stát spolupracuje se samosprávou a organizacemi poskytujícími sociální služby a je odpovědný za vytváření vhodných ekonomických a legislativních podmínek pro to, aby pečovatelské subjekty – formální instituce i neformální pečovatelé, mohly seniorům péči poskytovat (Ministerstvo, 2003). Navíc, neformální pečovatelé by měli mít možnost využívat různých podpůrných služeb. Přesto, že péči z lásky lze považovat za velmi silný motivační faktor, nemusí se pečovateli, případně rodině při péči o nesoběstačného seniora dařit překonávat pečovatelskou zátěž pouze svépomocí. Samotná péče o seniora v domácím prostředí může mít totiž různé dimenze: od příležitostné výpomoci v domácnosti (úklid, velký nákup), přes drobnou pomoc při osobní hygieně, až po kompletní péči při ztrátě funkčních schopností a vzniku těžké závislosti na pomoci jiných osob. Situace poskytování péče při ztrátě funkčních schopností a úplné odkázanosti seniora na pomoc je pro rodinného pečujícího neskutná a představuje pro něj velkou zátěž. Odborná literatura reflektuje tuto situaci v rámci **konceptu pečovatelské zátěže**, která bývá definována jako fyzické, psychické, emoční, sociální či finanční problémy rodinných pečujících spojené s péčí o závislého starého člena (George, Gwyther in Přidalová, 2006). Jiní autoři (Matoušek, 2008)

poukazují na to, že pečovatelská zátěž je pro pečujícího stresující. Je-li tento stres vysoký, u pečujících se dostávají silné emoční reakce, které zpětně negativně ovlivňují příjemce péče.

Mezi nejčastější negativní důsledky pečovatelské zátěže patří (Jeřábek a kol., 2005; Přidalová, 2006):

- Zdravotní problémy – v důsledku neúměrné fyzické námahy, zhoršení a chronicita nemocí.
- Emoční vyčerpání – zvýšený sklon k depresi a úzkosti.
- Společenská izolovanost pečujících – chybí společenský kontakt s příbuznými, sousedy, komunitou.
- Rozvrat rodiny v důsledku absence pozornosti k ostatním členům rodiny.
- Zásah do výkonu zaměstnání.
- Omezení volnočasových aktivit.
- Zásah do osobního života pečujícího – ztráta soukromí.
- Zvýšené finanční náklady spojené se zabezpečením péče v kombinaci s nutností omezit či opustit zaměstnání.

Literatura uvádí i faktory, které významně korelují s pečovatelskou zátěží (Tošnerová, 2001: 19):

- Bydlení ve společné domácnosti – větší je zátěž u osob, které bydlí ve společné domácnosti s recipientem péče než u dojíždějících.
- Potřeba pravidelnosti péče – pravidelná péče je spojena s větší zátěží.
- Počet hodin strávených se závislou osobou – větší zátěž při větším počtu strávených hodin.
- Stav osoby, o kterou je pečováno – větší zátěž, pokud je stav horší.
- Postrádání podpory:
 - od nejbližší rodiny;
 - od širšího příbuzenstva;
 - informací;
 - pochopení ze strany ošetřujícího lékaře;
- Schopnost a ochota ke spolupráci a dobrá komunikace s recipientem péče.

Problémy spojené s pečovatelskou zátěží se pak významně promítají do potřeb pečujících osob. Specifičnost potřeb pečujících osob přitom není dána tím, že by pečující měli jiné potřeby než nepečující lidé. Na klasifikaci potřeb pečujících lze plně aplikovat hierarchický model potřeb Maslowa – jsou mezi nimi jak potřeby nižší (fyziologické), tak i potřeby vyšší, související s potřebou sounáležitosti, podpory či seberealizace. Specifikum potřeb neformálních pečovatelů lze hledat spíše ve způsobu a možnostech jejich saturace. Jen stěží lze totiž předpokládat, že pečovatel bude mít vzhledem ke své osobní zakotvenosti v péči o nesoběstačného seniora tolik alternativ k uspokojování svých potřeb jako osoba podobnou péči neposkytující. I když většina pečujících osob se při uspokojování svých potřeb pravděpodobně opírá o podporu rodiny a přátel a případně i komunity, z dlouhodobého hlediska je nutná i podpora institucionální – zejména ze strany státu a obce.

2.2.2 Podpora neformálních pečovatелů o seniory

Otázka podpory neformálních pečovatелů o seniory se ve vyspělých zemích v posledních letech dostává do popředí zájmu politiků, odborníků, ale i samotných neformálních pečovatелů. Tato skutečnost má řadu důvodů. Na úrovni společenského systému souvisí s již zmiňovaným demografickým stárnutím populace. Zvyšující se počet lidí ve věku nad 75 let je faktorem, který staví vyspělé země před nutnost řešit zvyšující se potřebu a tím i nákladnost poskytování zdravotní a sociální péče. V tomto kontextu se neformální pečovatелé stávají daleko viditelnější společenskou skupinou, protože péče, kterou poskytují seniorům, snižuje náklady spojené s poskytováním služeb sociální a zdravotní péče ze strany státu (Jegermalm, 2002).

Dalším faktorem, který poukázal na relevantnost problematiky podpory neformálních pečovatелů ze strany státu a jeho institucí, jsou vývojové trendy v sociálních službách vyspělých zemí, které v posledních dvaceti letech patrně způsobily tlak na změnu způsobu poskytování pomoci seniorům. Vývojové trendy byly spojeny jednak s deinstitucionalizací péče, jednak s větší angažovaností žen na trhu práce. Rodinná péče o seniory se do té doby opírala převážně o práci žen v domácnosti. Od 70. let minulého století však tato péče doznává změn, což souviselo s již zmíněnou větší participací žen na trhu práce. Další příčinou změn jsou proměny v chápání rodinné péče o seniory, ke kterým došlo pod vlivem feministického hnutí. V neformální péči se začal rozlišovat prvek lásky a prvek péče, v daném kontextu chápaný jako prvek práce, s čímž souvisel požadavek, aby byla péče uznána za plnohodnotnou činnost na úrovni zaměstnání (Walker in Kubalčíková, 2012). Výše uvedené vývojové trendy pak měly za následek potřebu větší provázanosti a spolupráce formálních a neformálních poskytovatелů péče. Zároveň byl vytvořen prostor pro to, aby se neformální sektor stal součástí komplexní nabídky péče o seniory (Evers in Kubalčíková, 2012).

Na individuální úrovni je význam podpory neformálních pečovatелů vyvolán zejména negativními důsledky, které má pečovatelská zátěž na pečovatele a jejich rodiny.

Odborná literatura obecně uvádí několik forem podpory neformálních pečovatелů (Jeřábek a kol., 2005: 15-16):

- **Finanční podpora státu pečujícími osobám:** podpora je poskytována buď přímo příjemci péče a je zpravidla vázána na prokázaný stupeň závislosti, nebo

je finančně podporována pečující osoba, a to formou daňových odpisů, případně přímými platbami.

- **Podpůrné služby pečujícím rodinám:** obvykle se jedná o služby zajišťující vnější infrastrukturu a servis pečující rodině, kam patří i respitní péče, pomoc dobrovolníků apod.
- **Kurzy pro pečovatele, poradenské služby, podpůrné skupiny:** jedná se o jednoduché kurzy základních praktických pečovatelských úkonů, které zvyšují nezávislost neformálních pečovatelů na profesionálních pracovnících. Jiným zdrojem praktických informací o pečování bývají poradenské služby. Role podpůrných skupin pak spočívá nejen v praktické, ale zejména emocionální podpoře pečujících osob.

Jiní autoři (Jegermalm, 2002) akcentují přímé a nepřímé formy podpory neformálních pečovatelů. K nejčastěji zmiňované podpoře neformálních pečovatelů v rámci přímých forem podpory přitom řadí podpůrné skupiny, praktická školení pro pečovatele, individuální konzultace, pečování se statusem zaměstnání či poskytování informačních materiálů. Mezi nepřímými formami podpory jsou uváděny respitní služby, denní centra, finanční podpora a služby zajišťované dobrovolníky – doprovod (k lékaři, na nákup apod.), návštěva v bytě seniora za účelem podpory společenského kontaktu, drobné výpomoci v domácnosti nebo zajišťování telefonického kontaktu (tísňová linka).

V zahraniční odborné literatuře je na rozdíl od českých publikací věnována problematice podpory neformálních pečovatelů poměrně velká pozornost. Jak ve své přehledové studii upozorňují Stoltz, Udén a Willman (2004), téma neformální péče je v odborných článcích analyzováno z mnoha hledisek. Autoři na základě zobecnění výsledků řady výzkumných studií docházejí k závěru, že mnoho potřeb neformálních pečovatelů o staré lidi se váže k pocitům strachu ze sociální izolace. Pečovatelé si přejí mít možnost vytvářet kontakty s jinými pečujícími osobami za účelem vzdělávání a společenského setkávání se. Přejí si rovněž mít k dispozici respitní služby. Výsledky studií dále poukazují na to, že neformální pečovatelé o seniory prožívají negativní emoce spojené s pečovatelskou zátěží, zažívají stres a obavy při poskytování péče, což by patrně měl být jeden z hlavních důvodů pro poskytování podpory neformálním pečovatelům. Na základě analýzy výsledků publikovaných studií pak Stoltz, Udén a Willman (ibid) docházejí k zajímavému zjištění toho, že strach ze sociální izolace a přání pečovatelů být součástí

„pečovatelských“ sítí poukazuje spíše na aktuálnost sociální dimenze podpory než na aktuálnost instrumentálního přístupu spojeného s poskytováním podpůrných služeb. Současná situace v oblasti podpory neformálních pečovatелů přitom podle zmiňovaných autorů vypadá tak, že „péče a služby jsou jim spíše předkládány (v podobě hotového produktu – pozn. autorky diplomové práce), než aby byly s nimi projednány a byly tak šité na míru podle jejich individuálních potřeb“ (ibid: 117). Pečovatелům jsou nabízeny instrumentální služby typu úpravy bydlení, tísňové linky, úklidu a dovozu jídla či respitních služeb. Tyto však nemusí zcela odpovídat potřebám pečovatелů ani příjemců péče.

Uvedená zjištění by přitom měla mít zásadní význam pro přijímání podpůrných opatření ve prospěch neformálních pečovatелů o seniory ze strany státu a obcí. Rovněž tak by mohla vést k větší diferenciaci podpůrných služeb poskytovaných různými subjekty v oblasti sociálních služeb.

2.2.3 Podpora neformálních pečovatелů v evropském kontextu

Podpora neformálních pečovatелů je součástí aktuálně řešených témat v rámci sociální politiky v mnoha evropských zemích bez ohledu na model sociálního státu, který na ně lze aplikovat.

Evropské země se obecně snaží poskytovat podporu neformálním pečovatелům (Průša a kol., 2010: 21) zejména v oblastech, které se týkají:

- **finanční pomoci** (Rakousko, Česká republika, Německo, Estonsko, Dánsko, Maďarsko, Francie, Slovensko, Španělsko, Finsko, Itálie, Irsko, Švédsko);
- **daňových kreditů a výjimek** (Španělsko, Řecko, Francie, Německo, Lucembursko);
- **poskytování pracovního volna za účelem péče o příbuzné** (Rakousko, Španělsko, Finsko, Německo, Nizozemsko);
- **ustanovení pečovatelského statusu a jeho zakomponování do sociálních systémů jednotlivých zemí;**

Dostupná odborná literatura se podrobněji zabývá problematikou podpory neformálních pečovatелů zejména ve Švédsku a Velké Británii.

Švédsko jako země s velmi rozvinutým sociálním systémem věnuje od začátku 90. let minulého století velkou pozornost dlouhodobé péči o seniory. Základem švédského systému péče o seniory je přitom péče v domácím prostředí.

Jak konstatuje již zmiňovaný Jegermalm (2002), hlavní odpovědnost za péči o seniory, která zahrnuje jak služby poskytované v domácnostech, tak i institucionální péči, mají orgány místní samosprávy. Na základě novelizace zákona o sociálních službách z roku 1998 jsou orgány na místní úrovni odpovědny rovněž za poskytování podpory neformálních pečovatелů. V souvislosti s novelizací zákona se švédská vláda rozhodla podpořit v letech 1999 – 2001 rozvoj služeb pro neformální pečovatele investicemi ve výši 300 milionů švédských korun. Podpora byla zacílena na dobrovolnické organizace (mezi nimi ve velké míře na Červený kříž), organizace pečovatелů a důchodců a na náboženské organizace.

Z hlediska forem podpory neformálních pečovatелů lze uvést formy zaměřené přímo na pečovatele a nepřímé formy primárně zaměřené na pomoc seniorům. Podpora

pečovatele je u nepřímých forem podpory jakýmsi vedlejším produktem služby poskytnuté seniorovi. K přímým formám podpory ve Švédsku patří podpůrné skupiny, školení v získávání praktických dovedností v pečování, individuální konzultace, pečovatelský status, informační podpora pečujících osob. K nepřímým formám podpory patří zejména respitní služby, denní centra, finanční příspěvky seniorům, doprovázení seniorů a návštěvy v jejich domácnostech, tísňové telefonické linky. Jegermalm (ibid) upozorňuje rovněž na odlišné typy služeb poskytovaných v rámci veřejného sektoru a v rámci soukromého sektoru. Orgány místní samosprávy poskytují nejvíce respitní služby, služby denních center, finanční příspěvky seniorům, služby podpůrných skupin, možnost pečující osoby získat pečovatelský status (tj. získat status zaměstnance - pečovatele u místního orgánu) a informační podporu. Oproti tomu neziskové a dobrovolnické organizace jsou nejvíce aktivní ve školení praktických pečovatelských dovedností, v individuálních konzultacích a službách typu doprovod a návštěvy a v provozování speciálních tísňových telefonických linek. Ve vztahu k výše uvedeným zjištěním lze konstatovat, že role obou sektorů jsou spíše komplementární než konkurenční.

Velká Británie se vyznačuje rovněž poměrně rozvinutým systémem podpory neformálních pečovatelů o seniory (Simon, 2011). Program podpory neformálních pečovatelů byl zakotven v dokumentu nazvaném „National Strategy for Carers“ přijatém labouristickou vládou v roce 1999. Návrhy na podpůrná opatření pro pečující byly rovněž uvedeny ve zprávě Royal Commission on Long Term Care publikované v roce 1999 (Pickard, 2001). Neformální pečovatelé mají možnost zúčastňovat se kurzů v rámci programu „Expert Patient Scheme“ realizovaného v rámci Národní zdravotní služby. Kurzy jsou zaměřeny na získání sebedůvěry při poskytování péče a na péči pečujících osob o sebe samé. V kurzech lze získat i učební materiály určené pro sebevzdělávání pečovatelů.

Informační podpora a podpůrné skupiny bývají často realizovány zejména charitativními organizacemi.

Neformální pečovatelé, kteří pečují o nemocného či invalidního seniora v rozsahu více než 35 hodin týdně mají možnost získat finanční příspěvek (Carer's Allowance). Jejich příjem za týden však musí být nižší než státem stanovená částka.

Respitní služby ve Velké Británii poskytují nemocnice, hospice, charitativní organizace a orgány místní samosprávy. Lze využít respitních služeb ve formě denní, týdenní případně i delší přestávky v péči.

Poměrně zajímavou službou jak pro seniory, tak i pro pečující osoby, jsou tzv. Rapid response teams. Jedná se o multidisciplinární týmy složené ze zdravotní sestry, fyzioterapeuta, pracovního terapeuta a pečovatele profesionála. Jejich cílem je poskytnout rychlou péči a rehabilitaci v případě zhoršení zdravotního stavu seniora přímo v domácím prostředí jako prevenci hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

2.2.4 Respítní péče jako forma podpory neformálních pečovateli o staré lidi

Za jednu ze specifických forem podpory neformálních pečovateli lze v celkovém kontextu služeb pro pečující osoby považovat respítní péči. Její specifický charakter vyplývá z toho, že je zaměřena primárně na pečující osobu, zároveň však nepřestává zohledňovat potřeby péče příjemce. Jejím účelem je umožnit pečující osobě čerpat přestávku v péči, přičemž člověk odkázaný na péči zůstává i nadále jejím příjemcem. Může však dojít ke změně osoby poskytující péči, kterou se dočasně stává profesionální pečovatel, případně další neformální pečovatel. Může také dojít i k dočasné změně prostředí, ve kterém je péče příjemci poskytována, a to z domácího na ústavní. K formám odlehčovacích služeb patří dočasné umístění osoby, o kterou je pečováno, do denního stacionáře či pobytového zařízení nebo poskytnutí přímé pomoci pečujícím v domácnosti (Matoušek, 2008).

V zákoně o sociálních službách v § 44 je pro respítní péči použit český výraz „odlehčovací“⁵. Odlehčovací služby jsou vymezeny jako služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je běžně pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečujícím osobám odpočinek a snížit tak pečovatelskou zátěž, s jejímiž dopady se musí pečovatelé při péči vyrovnávat. Jiní autoři (Jardim, Pakenham, 2010) uvádějí, že „respítní“ je generický termín pro formální i neformální metody umožňující odpočinek od pečování, který je užíván jak pro popis poskytovaných služeb, tak i pro vyjádření žádoucího výsledku služby. Respítní péče zahrnuje odlehčení pečovateli od pečovatelských povinností zaangažováním na určité období profesionálů nebo dobrovolníků. Respítní péče může též zahrnovat supervizi⁶, aktivity zacílené na příjemce péče, případně pomoc v domácnosti. V dalších odborných zdrojích (Jardim, Pakenham, 2009) se též uvádí, že respítní péče je obzvláště důležitá pro pečující o mentálně nemocné osoby v důsledku stigmatizace a izolace, které bývají spojené s péčí o takto postižené. Jak však vyplývá z předchozí části textu, sociální izolaci lze považovat za jeden z obecně se vyskytujících důsledků pečovatelské zátěže pro neformální pečovatele. Naopak ve vztahu k seniorům - příjemcům péče, je významným důsledkem respítní péče skutečnost, že zde nedochází k předčasnému zprerhání sociálních vazeb s nejbližší

⁵ Častěji používaný termín respítní pochází pravděpodobně z latinského „respice“, což znamená odpočívat.

⁶ Autoři v článku nespécifikovali obsah pojmu „supervize“. Z tohoto důvodu nelze říct, zda se jedná o pojetí supervize shodné s pojetím, které ve svých odborných publikacích rozvíjejí někteří čeští autoři zabývající se tématem supervize, a to zejména v sociální a zdravotní oblasti (Havrdová, Zuzana, Martin Hajný et al., 2008).

rodinou, a to nejen u ambulantních a terénních služeb, ale ani při využití rezidenčního typu služby, protože pobyt recipienta péče mimo vlastní domácnost je pouze dočasný.

Pojem respitní péče vznikl v 60. letech 20. století v USA. Vychází z předpokladu, že člověk pečující o osobu blízkou odkázanou z důvodu postižení či věku na pomoc jiné osoby potřebuje odpočinek a volný čas. Pečující osoba má, stejně jako kdokoli jiný, právo na regeneraci sil a na čas vyhrazený pouze pro své potřeby. Obecně lze odlišit čtyři modely respitní péče (Novosad, 2000: 48-49). Jen některé z nich však lze využít v neformální péči o seniory:

1. **Respitní péče poskytovaná doma** – nabízí rodinám odbornou i laickou pomoc. Výhodou tohoto modelu je, že příjemce péče zůstává ve svém přirozeném prostředí. Negativním důsledkem bývá nedostatek společenských kontaktů a sociální izolace pečujícího a někdy i příjemce péče.
2. **Respitní péče poskytovaná mimo domov** v zařízeních typu denní stacionář, jehož součástí může být i dovoz a odvoz příjemce péče, v daném případě seniora, do a ze stacionáře.
3. **Respitní péče dlouhodobě poskytovaná mimo domov** obvykle v zařízeních zdravotní a sociální péče.
4. **Respitní péče poskytovaná formou náhradní rodiny** – uplatňuje se zejména v péči o postižené děti.

Jiní autoři (Šafránková, 2002: 256) rozlišují formy respitní péče podle délky trvání:

- **Krátkodobá respitní péče** – vystřídání pečujícího profesionálem, případně dobrovolníkem na několik hodin během dne.
- **Střednědobá respitní péče** – celodenní péče v denním stacionáři či denním centru.
- **Dlouhodobá respitní péče** – několikátýdenní až několikaměsíční pobyt v zařízení sociální péče z důvodu dovolené nebo léčení samotného pečovatele.

V zahraničních odborných zdrojích je respitní péče často diskutovaným tématem. Jak vyplývá z dostupných odborných článků, většina výzkumů realizovaných v oblasti respitní

péče je zaměřena na péči o seniory, lidi s demencí a děti s postižením. Co se týče zkoumaných témat, výzkumy jsou velmi často zaměřeny na účinnost respitní péče pro snižování pečovatelské zátěže u pečujících osob (Jardim, Pakenham, 2009; Salin, Kaunonem, Åstedt-Kurki, 2009; O'Connell et al., 2012).

Navzdory poměrně velké rozmanitosti forem respitní péče ve vyspělých zemích, patří, jak uvádějí některé zahraniční výzkumy (O'Connell et al., 2012), k nejčastěji využívaným formám respitní péče denní centra, respitní péče poskytovaná v domácnosti klientů a rezidenční forma respitní péče. Z výsledků jiných výzkumů (Jardim, Pakenham, 2009), které sledovaly účinnost respitní péče pro osoby pečující o rodinné příslušníky s demencí, vyplývá, že účinnost respitní péče je pravděpodobně větší při konzistentním využívání této formy podpory v průběhu delší doby. Zjištění navíc svědčí o tom, že pravidelné a častější využívání respitní péče může napomoci zlepšit vztahy mezi pečující osobou a příjemcem péče za předpokladu, že příjemce nemá negativní pocity ve vztahu k respitní péči. Z analýz je též zřejmé, že rozdílná míra pečovatelské zátěže souvisí s dostupností, úrovní a kvalitou profesionální podpory pečujících osob. O zjištěních vyplývajících z uvedených výzkumů lze s jistou mírou pravděpodobnosti uvažovat i ve vztahu k péči o staré lidi, a to z důvodu, že stáří zejména od období vlastního stáří (75 let věku a více) bývá poměrně často spojeno se snížením nejen fyzických, ale i kognitivních a psychických funkčních schopností.

Vybrané výzkumy zaměřené na péči o seniory (Salin, Kaunonem, Åstedt-Kurki, 2009) částečně potvrdily výše uvedená zjištění o důležitosti profesionální podpory neformálních pečovatелů. Pečovatelé například vyjadřovali očekávání podpory ve formě pozitivního přijetí při využití pobytové respitní péče od ošetřujících osob - profesionálů. Pečující osoby též pociťovaly nedostatek informací od profesionálů ohledně toho, jak mají pokračovat v péči o seniory v domácím prostředí. Ve vztahu k účinnosti respitní péče se většina neformálních pečovatелů, jež využívala pravidelně tuto službu, vyjadřovala, že se cítí být vitálnější, což svědčí o tom, že respitní péče má vliv na kvalitu života pečujících. Z výzkumů vplynuly důležité závěry týkající se nutnosti větší integrace neformálních pečovatелů do ošetřovatelských týmů v zařízeních respitní péče. V tomto smyslu by respitní péče měla být rozvíjena jako integrální součást domácí péče o staré lidi tak, aby mezi jednotlivými obdobími využívání institucionální respitní péče a obdobími, kdy je péče zajišťována neformálními pečujícími v domácím prostředí, existovala souvislá propojenost.

Na základě výše uvedených zjištění, publikovaných zejména zahraničními, ale i některými českými autory, lze provést určité shrnutí týkající se problematiky neformální péče o seniory. Institut neformální péče o seniory se v ekonomicky vyspělých zemích stává důležitou součástí systému péče o seniory. Jeho význam je spojen s několika faktory, zejména pak s růstem počtu seniorů ve věkových skupinách nad 75 let, kteří začínají být odkázáni na pomoc jiných osob a v této souvislosti s nákladností institucionálních forem péče. Ke změnám dochází i v samotných sociálních službách, kde se dominantním přístupem stává péče v přirozeném sociálním prostředí klientů.

Obecně jsou neformální pečovatelé charakterizováni jako osoby pečující o své příbuzné, přátele nebo sousedy, nemající obvykle tuto činnost smluvně zakotvenou a často ani nedostávající za péči nějakou odměnu. Neformální péče o seniory je široce diskutovaným tématem v rámci konceptu mezigenerační solidarity, který vychází z reciprocity vztahů mezi rodiči a dětmi v rodině jako předpokladu správné internalizace rodinných hodnot. Z kvality vzájemných vztahů mezi rodiči a dětmi pak lze odvodit jak připravenost rodičů pečovat o své děti, tak i ochotu dětí pečovat o své na pomoc odkázané rodiče. V této souvislosti je na rodinnou péči o staré lidi často nahlíženo prizmatem péče z lásky. I když je péče z lásky nepochybně silným motivačním faktorem, který determinuje ochotu rodinných pečujících pečovat o své přestárlé členy, neznamená to, že takto motivovaní neformální pečovatelé jsou imunní vůči syndromu pečovatelské zátěže a nepotřebují podporu ze strany státu, obce, případně jiných subjektů zajišťujících péči o seniory prostřednictvím profesionálně poskytovaných služeb. Podpora neformálních pečujících je tudíž zásadní jak vzhledem k růstu významu neformální péče o seniory na úrovni celé společnosti, tak i na úrovni individuální podpory využívané za účelem prevence či zmírnění důsledků pečovatelské zátěže. Zmíněná podpora je rovněž vhodná z důvodu saturace dalších důležitých potřeb neformálních pečovatelů. Neformální péče je totiž spojena nejen s pečovatelskou zátěží, ale představuje vážný zásah do života pečujících i z hlediska jejich zaměstnání a finanční situace.

Zahraniční výzkumy v této souvislosti poukazují na relevantnost sociální dimenze potřeb pečujících. Na základě jejich zjištění mnoho potřeb neformálních pečovatelů o staré lidi je vyvoláno pocity strachu ze sociální izolace. Pečovatelé z tohoto důvodu chtějí mít možnost vytvářet kontakty s jinými pečujícími osobami, přejí si také mít k dispozici respitní služby, které by jim pomohly překonávat sociální izolaci. Tato zjištění podporují i výsledky výzkumu provedeného mezi rodinnými pečovateli v českém prostředí.

Respitní péče jako jedna ze specifických forem podpory neformálních pečovatелů je zaměřena primárně na pečující osobu. Zároveň však reaguje na potřeby příjemce péče. Jejím hlavním účelem je umožnit pečující osobě mít přestávku v péči. Relevantnost respitní péče je tak spojena jednak s možností neformálních pečovatелů odpočinout si od péče o seniora, jednak jim poskytuje prostor pro naplnění sociální dimenze jejich života tím, že jim umožňuje plnit vedle pečovatelské role i další sociální role. V jistém smyslu lze konstatovat, že zajišťuje zachování „přirozenosti“ života pečujících ve všech jeho sociálních dimenzích. Tento závěr potvrzují i zjištění vybraných zahraničních výzkumů, podle kterých pravidelné využívání respitní péče má vliv na kvalitu života neformálních pečovatелů. Výsledky zahraničních výzkumů rovněž potvrzují, že z hlediska své účinnosti by respitní péče měla být rozvíjena jako integrální součást domácí péče o staré lidi tak, aby existovala vzájemná propojenost mezi obdobími péče v domácnosti s obdobími, kdy je využívána institucionální forma respitní péče.

3. Empirická část

V rámci výzkumné části diplomové práce byly realizovány rozhovory s deseti neformálními pečovateli o osoby v seniorském věku. Pečujícími osobami byly ženy v roli dcer, snachy a manželky a muž v roli syna. Osoby, kterým byla péče v domácím prostředí věnována, byly matky a tchýně pečujících a manžel jedné z pečujících osob. Věk pečujících osob se pohyboval v rozpětí 52 – 80 let, věk seniorek a seniora - recipientů péče od 80 do 90 let. Šest dotazovaných pečovatelů mělo vysokoškolské vzdělání, ostatní měli vzdělání středoškolské. Sedm pečujících osob pracovalo na plný úvazek. Tři pečující osoby nebyly zaměstnané, jedna z nich pobírala starobní důchod. Až na jednu osobu, všichni senioři pobírali příspěvek na péči v I. – IV. stupni. Kontakty na neformální pečovatele získala autorka diplomové práce zejména v Domově Sue Ryder v Praze, Sociálně odlehčovacím centru v Praze 7 a na základě individuálního doporučení jedné z pečujících osob.

Všechny dotazované pečující osoby byly před provedením rozhovoru požádány o souhlas s nahráváním rozhovoru. Zároveň byly ujištěny o tom, že jejich sdělení budou anonymizována a budou použita pouze pro účely této diplomové práce. Devět respondentů vyjádřilo souhlas s nahráváním rozhovoru. Jedna z dotazovaných respondentek s nahráváním rozhovoru nesouhlasila. Vyjádřila však souhlas se zaznamenáním rozhovoru písemnou formou.

Nahrané rozhovory byly přepsány, zakódovány pomocí axiálního kódování a následně analyzovány. Rozhovory, jejichž časový rozsah se pohyboval od 60 do 120 minut, byly provedeny v měsících duben a květen 2013⁷.

⁷ Přepis zvukových záznamů jednotlivých rozhovorů se nachází u autorky diplomové práce.

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Tato diplomová práce se zabývá problematikou potřeb a podpory pečujících osob, jež pečují o seniory v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Hlavním cílem diplomové práce je analýza potřeb pečujících osob jako neformálních pečovatelů ve vztahu k různým formám podpory. Jak už bylo zmíněno v úvodu cílem teoretické části diplomové práce je přiblížit prostřednictvím zpracování literární rešerše českých a zahraničních odborných zdrojů problematiku potřeb a podpory osob pečujících o seniory v návaznosti na problematiku stáří jako sociálního fenoménu a rovněž potřeb té skupiny seniorů, jež má v různých oblastech snížené funkční schopnosti a je tudíž odkázána na pomoc jiných osob.

Cílem empirické části diplomové práce je představení a analýza potřeb podpory neformálních pečovatelů o seniory ve vybraných oblastech, které se ukázaly být relevantní na základě literární rešerše. Hlavní cíl byl tedy dále rozpracován v níže uvedených dílčích cílech zaměřených na:

1. potřeby a podporu v informační oblasti (cíl 1);
2. potřeby a podporu ve finanční oblasti (cíl 2);
3. potřeby a podporu ze strany sociálních služeb (cíl 3);
4. potřeby a podporu ze strany pobytových služeb pro seniory (cíl 4);

V realizovaném výzkumu byla použita kvalitativní výzkumná technika polostandardizovaného rozhovoru.

Původním záměrem uvedeným v projektu diplomové práce bylo orientovat výzkum mimo jiné na zkoumání respitních služeb, včetně pobytových, jako formy podpory neformálních pečovatelů. V průběhu realizace výzkumu se však autorka diplomové práce částečně odklonila od tohoto záměru, což bylo ovlivněno skutečností, že pečující osoby, na něž získala autorka práce kontakty, až na výjimky (dvě pečující osoby) aktuálně nevyužívaly a ani nikdy v minulosti nevyužily pobytovou respitní péči. Většina oslovených pečujících osob nebyla s ohledem na zdravotní stav seniorů, o které pečovaly, a s ohledem na organizaci péče, která byla sdílena v rámci širší rodiny, nakloněna myšlenkou umístit svého rodinného příslušníka - seniora na přechodnou dobu do zařízení poskytujícího pobytovou respitní péči a tudíž s ní neměly žádné zkušenosti. Už z prvních provedených rozhovorů však vyplynulo zjištění, že dotazovaní pečovatelé vesměs připouštěli myšlenku

umístění svého rodinného příslušníka v seniorském věku do zařízení dlouhodobé pobytové péče v případě, že se jeho zdravotní stav natolik zhorší, že nebudou schopni ani prostřednictvím účasti profesionálů pečovat o seniora v domácím prostředí. V důsledku zmíněné skutečnosti nemohly být pečující osoby dotazovány na to, jak si představují podporu ze strany pobytových respitních služeb. Otázka na tuto oblast podpory, která se ukázala během výzkumu jako nevalidní, byla nahrazena dotazem na představy neformálních pečovatелů o podmínkách a charakteru péče v zařízeních poskytujících dlouhodobé pobytové služby pro seniory tak, aby tyto naplňovaly jejich potřeby vzhledem k zajištění kvalitní péče o seniory, o něž se starali.

V souvislosti se stanovenými výzkumnými cíli byla formulována hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou potřeby neformálních pečovatелů v oblasti podpory péče o seniory v domácím prostředí?

Hlavní výzkumná otázka byla dále rozpracována do následujících rozvíjejících výzkumných otázek:

1. Jaké potřeby mají neformální pečovatелé v oblasti informační podpory?
2. Jaké jsou potřeby neformálních pečovatелů v oblasti finanční podpory?
3. Jaké jsou potřeby neformálních pečovatелů z hlediska podpory ze strany sociálních služeb?
4. Jak si neformální pečovatелé představují podporu z hlediska dlouhodobé pobytové péče o seniory?

S ohledem na snahu získat náhled na problematiku potřeb a podpory pečujících osob v širším sociálním kontextu byl součástí rozhovorů vedených s neformálními pečovateli též dotaz na motivaci jejich rozhodnutí pečovat o svého rodinného příslušníka - seniora v domácím prostředí a dotaz na to, zda a v jakém smyslu vnímají sociální dimenzi péče o seniory v prostředí České republiky.

3.2 Metodika

Výzkum byl realizován formou kvalitativních metod, a to technikou rozhovoru. Téma podpory a potřeb neformálních pečovatелů není v českých odborných zdrojích v současnosti podrobněji pojednáno. Z tohoto důvodu se jevílo jako vhodné provést výzkum kvalitativními metodami. Hlavním smyslem kvalitativního výzkumu je totiž zachycení toho, jak jednotlivci a skupiny sami interpretují situace, ve kterých se ocitají (Hendl, 1997), a jaké aspekty své situace vnímají jako relevantní, což při nedostatku informací poskytne určitý náhled na danou problematiku, který pak může být dále zkoumán prostřednictvím kvantitativních metod.

Obecně význam kvalitativních metod výzkumu spočívá zejména v tom, že poskytují bohatší informace o sociálním životě skupiny či jednotlivců, což je spojeno s tím, že nabízejí pohled na životní situace sledované skupiny a jednotlivců zevnitř, a umožňují tím lepší porozumění jejich chování (Giddens, 1999).

Ve vztahu k problematice, kterou se zabývá tato diplomové práce, se využití kvalitativních metod ve výzkumu jevílo, jak bylo právě naznačeno, jako obzvláště vhodné. Prostřednictvím pohledů pečujících osob na jimi žitou realitu získaných v rámci rozhovorů, bylo možné blíže nahlédnout na specifika jejich potřeb a pokusit se tak identifikovat nejdůležitější oblasti podpory, které by pro ně byly prospěšné.

Rozhovory byly zaměřeny na zjišťování názorů neformálních pečovatелů reflektujících jejich potřeby a představy o podpoře v oblastech informační a finanční podpory, využívání sociálních služeb pro podporu péče v domácím prostředí a z hlediska nároků na dlouhodobou pobytovou péči o seniory. Východiskem úvah ve vztahu k určením uvedených oblastí byly výzkumy zaměřené na zjišťování potřeb pečujících rodin o seniory, osoby trpící demencí či zdravotně postižené osoby popsané zejména v zahraničních odborných zdrojích. Ve zdrojích, o které se opírá tato diplomová práce, byly identifikovány potřeby pečujících rodin vyžadujících podpůrná opatření, a to zejména v oblasti informačních potřeb, finančních potřeb, oblasti sociálních služeb obecně a služeb respite péče, viz například Burton – Smith et al. (2009), kteří se odvolávají i na statě dalších autorů, případně články autorů Baileyho a Simeonssona (1988), a rovněž články autorů zmíněných v předchozí části textu pojednávající o respite péči jako o formě podpory neformálních pečovatелů, například Jardim, Pakenham (2009), Salin, Kaunonem, Åstedt-Kurki (2009) či O'Connell et al. (2012). Potřeba určité strukturovanosti rozhovorů vyplynula z nedostatku informací vzhledem k již uvedené skutečnosti, že v české odborné

literatuře není zatím problematice podpory neformálních pečovatелů o seniory věnována větší pozornost. Navíc, autorka diplomové práce vycházela z předpokladu existence rozdílů ve vzdělání a ekonomické a sociální situaci rodin pečujících osob, které se mohly promítnout do jejich názorů a zkušeností. Tyto rozdíly byly v rozhovorech následně potvrzeny. Z tohoto důvodu bylo vhodné vymezit alespoň základní oblasti potřeb a podpory, v rámci kterých již dotazovaní mohli volně hovořit o těch aspektech tématu, které považovali vzhledem ke své pečovatelské situaci za relevantní.

3.3 Výsledky

3.3.1 Motivace neformálních pečovatелů k poskytování péče nesoběstačným seniorům v domácím prostředí

Motivaci péče neformálních pečovatелů o nesoběstačné seniory v domácím prostředí lze považovat za jeden z důležitých aspektů problematiky neformální péče o staré lidi zajišťované jejich rodinou. Důvody, které ovlivnily rozhodnutí pečujících osob umožnit svým starým členům rodiny žít co nejdéle doma, mohou osvětlit strategii jednání těchto osob ve vztahu k využití stanovených forem podpory. Z tohoto důvodu byla otázka na motivaci péče součástí rozhovorů s pečovateli, i když hlavní důraz byl v rámci výzkumu kladen na témata potřeb a s nimi související podpory.

Jako jeden ze stěžejních důvodů péče v domácím prostředí, který vyplynul z rozhovorů s neformálními pečovateli, byl určitý soucit či vcítění se do pocitů rodiče - seniora. Tento pocit byl ovlivněn předchozí negativní zkušeností pečovatele se sociálními následky pobytu jiných starých členů rodiny v pobytovém zařízení sociální péče. Snaha poskytovat péči co nejdéle v domácím prostředí vyplývala též z pochopení osobnostních charakteristik starého rodiče, v důsledku kterých by rodič, podle názoru dotazovaných, nesl svůj pobyt mimo domov velice těžce.

PO 1⁸ (dcera ve věku 60 let pečující o matku ve věku 88 let):

V rozhovoru uvedla, že zažila, jak rodina jejího manžela umístila dva své členy - seniory do domova pro seniory. Pokaždé, když je rodina byla navštívit, říkali, že chtějí umřít. Velmi tam po psychické stránce trpěli.⁹

PO 10 (dcera ve věku 58 let pečující o matku ve věku 81 let):

„Já jsem s tím, že by babička (matka pečující – JH) někam šla (do pobytového zařízení sociální péče – JH)... Ale vím, že má takovou povahu... a neustále se toho bála nebo bojí, že ji někam dám a hlavně

⁸ Z důvodu zachování anonymity bylo pro označení neformálních pečovatелů zvoleno označení PO s pořadovým číslem, např. PO 1 – pečující osoba č. 1.

⁹ Pečující osoba č. 1 nepovolila nahrávání rozhovoru. Z tohoto důvodu je citována většinou nepřímou. Vybrané přímé citace jsou vyznačeny uvozovkami.

pořád apeluje na mě, že nechce nikam do ústavu. Ona není takový ten kolektivní typ a není na tom ještě tak, aby o tom nevěděla, jako že někam... na mou psychiku je to strašně náročný, protože nechce být ani na chvíli sama...jenomže vím, že když bych jí někam přihlásila do nějakýho toho domova, tak ona se šprajcne, přestane chodit, vedejde...“

Motivem péče v domácím prostředí byla pro pečující osoby i nedůvěra v možnosti ústavních zařízení zachovat soběstačnost seniorů a tím i vládu nad sebou samými.

PO 1:

Podle názoru dotazované „důchodce v důchodáku degeneruje“. Vyjádřila se, že když člověk zůstane sám, nezvládá péči o sebe. Nicméně, „v důchodáku je obsluhován, je to jako ve školce, nemusí o sebe sám pečovat“. V pobytových zařízeních sice jsou pro seniory organizovány sociální aktivity, ale „senioři nemají moc nad sebou. A nemít moc nad sebou znamená mít „ne-moc“, lidé v důchodáku ztrácejí moc nad sebou.“

Pevné citové pouto mezi rodičem a dospělým dítětem - pečovatelem byl další z uváděných důvodů, které ovlivnily volbu péče v domácím prostředí.

PO 2 (dcera ve věku 58 let pečující o matku ve věku 85 let):

„... zaznamenávám někdy takové názory, že to vlastně není nutný, abych tam každý den byla (navštěvovala svou matku doma – JH), ale já to tak, samozřejmě, nevnímám...“

„... spíše je udivuje, že já ten život takhle chci trávit. A já chci... nestěžuji si... já mám mamku doopravdy strašně ráda a dokad' to půjde, tak se jí chci věnovat a pečovat o ni jak to půjde, i víc.“

Z hlediska rozhodování se pro péči doma zohledňovaly pečující osoby též zdravotní, zejména pak psychický stav svých matek, o kterém předpokládaly, že by se v neznámém prostředí zhoršil, a péče mimo domova by jim tudíž neprospívala.

PO 4 (dcera ve věku 58 let pečující o matku ve věku 80 let):

„... když vidím jak je fixovaná na domov (matka dotazované – JH) a jak se všude jinde ztrácí, tak já si to ani neumím zatím představit, že by byla jinde. Ona je všude jinde nejistá hrozně, úzkostná. Když neví, tak aspoň doma má svý tři místnosti, že jo, kde si je jistá, nebo přijde ke mně nahoru (matka bydlí s pečující dcerou v rodinném domě – JH), když se jí chce. Za současného zdravotního stavu by všude jinde byla nešťastná.“

K uváděným faktorům ve prospěch rozhodnutí pečovat o seniora v domácím prostředí patří vedle citového pouta i výchova v rodině. Péče je vnímána jako samozřejmá povinnost.

PO 5 (dcera ve věku 62 let pečující o matku ve věku 86 let):

„Nemyslím si, že bych k péči (o matku – JH) potřebovala nějaký důvod. Prostě ji máme rádi a je to tak. Za druhé si myslím, že je to naše povinnost. Já to necítím jako nějakou křivdu. Pro mě to je samozřejmý, pro bratra taky, prostě pro celou naši rodinu je to samozřejmý. My jsme prostě tak byli vychováni, protože s námi žila i babička dlouho...“

Z rozhovorů též vyplynulo, že někteří pečovatelé vnímali péči o nesoběstačného rodiče seniorského věku bez ohledu na místo, kde probíhá, jako určitou danost, jako „samozřejmé“ řešení vzniklé situace, aniž by měli potřebu odvolávat se na citové pouto, výchovu, případně na hodnoty, které vyznávali.

PO 6 (syn ve věku 65 let pečující o matku ve věku 90 let):

„To snad ani jinak nejde (nepečovat o matku – JH). Já myslím, že je to normální samozřejmost. Dávat tomu jinou, jakoby vznešenější, dimenzi je prázdný.“

Jak dále vyplynulo z rozhovorů, pečovatelé nespojovali péči o nesoběstačného rodiče s jakýmkoli rozhodnutím. Situace, jež vznikla nečekaně, je postavila před nutnost vyřešit nějaký nový, svého druhu mimopracovní úkol, ke kterému jim chybělo „know-how“ a kterého se nakonec stanoveným způsobem zhostili.

PO 7 (dcera ve věku 66 let pečující o matku ve věku 89 let):

„... nikdy jsem nepečovala o ni (o matku – JH) celý rok. Jsme se střídaly s dvěma sestrami ještě. My jsme se jako střídaly vždycky po osmi týdnech... přišlo to velmi najednou... pak, když nebyla soběstačná – to se stalo vlastně najednou, že zůstala ležet, tak to nějak vyplynulo... nějak jsme se nerozhodovaly. To nám tedy chybělo to rozhodnutí. Nevěděly jsme, do čeho jdeme, prostě to takhle vyplynulo... ani žádné alternativy nebyly, ale je pravdou, že jsme nevěděly, do čeho jdeme.“

Motiv pečovat o svého nesoběstačného rodiče v domácím prostředí spojovaly dotazované pečující osoby i se svými vlastními povahovými vlastnostmi a charakterem. Pokud by svého rodiče dali do ústavní péče, trápily by je pochybnosti o správnosti tohoto rozhodnutí.

PO 1:

Dotazovaná pečující se vyjádřila v kontextu péče, kdy se stará jenom jeden člen rodiny v důsledku toho, že se rodina nedokáže domluvit na sdílení péče – „zůstane jeden, který nemá žaludek na to utéct“.

PO 10:

„Já mám tak blbou povahu, to mi řekly moje holky, mami ty budeš tady sedět a budeš furt dokola – proč jsem jí tam dávala (umístila matku do pobytového zařízení – JH), já ji tam neměla dávat, co ona tam takhle bude.“

Z výše uvedených výpovědí pečujících osob vyplývá, že mezi důvody, pro které se rozhodly pečovat o svého přestárleho rodiče, explicitně nezařadily morální pohnutky, kterými se v životě řídí. Tyto důvody se objevily pouze ve vyjádření pečující, která pečuje o svou tchýni.

PO 8 (snacha ve věku 52 let pečující o tchýni ve věku 90 let):

„Důvodem pro péči je především moje morální cítění, které mám. A říkám taky vzhledem k tomu, že ona není až v tak tristním stavu, že by si v některých věcech nemohla pomoci sama. Nicméně jsou situace, kdy se bez naší pomoci neobejde, no a tak nějak to vyplynulo z mého života, přístupu. Nepřipadalo mi to nic zvláštního, abych nepomohla matce mého muže.“

3.3.2 Neformální pečovatelé a informační podpora

Jako zdroje, z kterých čerpali potřebné informace k péči především v období vzniku potřeby péče o svého rodinného příslušníka - seniora, uváděli dotazovaní neformální pečovatelé zejména internet, neformální sociální sítě (známí, příbuzní), zdravotnické odborníky a sociální pracovníky na odboru sociálních věcí příslušného orgánu veřejné správy či ve zdravotnickém zařízení. Dalším informačním zdrojem byla odborná literatura. Pečovatelé se vyjadřovali, že na začátku péče, až na výjimky, neměli dostatek informací. Rovněž v průběhu péče zjišťovali, že potřebují nové informace zejména v souvislosti se změnami zdravotního stavu osoby, o kterou pečovali.

PO 1:

V rozhovoru zdůraznila, že když před lety vznikla v jejich rodině situace, že o matku bude nutno v důsledku zhoršeného zdravotního stavu pečovat, nebyla na tuto situaci připravená. Zdravotnické zařízení, kde byla matka léčena, jí neposkytlo žádné relevantní informace o možnostech následné sociální péče. Když se ptala ošetřujícího lékaře své matky na to, jaká existují řešení s ohledem na potřebu péče o ní, necitlivým způsobem jí sdělil, ať se o matku postará rodina, což ji šokovalo. Pečovatelka nechtěla umístit matku do zařízení dlouhodobé pobytové péče a z tohoto důvodu se nakonec obrátila na odbor sociálních věcí příslušné městské části Prahy. Až tam se dozvěděla, že může pro matku žádat o příspěvek na péči a může též využívat některých sociálních služeb.

PO 2:

„Já jsem vždycky zjišťovala, co jsem potřebovala vědět... tak nějak jsem se snažila dohledat, ani to, co třeba je nutný dneska ani nebylo nutný před pěti lety, tak jsem to ani nevyhledávala. Myslím, že tak jak ty problémy narůstaly, tak jsem je řešila a informace jsem vyhledávala... ta prvotní informace o nějaké péči, jakékoli, byla u obvodního lékaře, tam vlastně byl ten podnět, že vůbec něco takového je možné, a pak jsem si už hledala na internetu.“

PO 3(dcera ve věku 60 let pečující o matku ve věku 82 let):

„Já myslím, že mám informace, ale vždycky nás něco překvapí, zaskočí a zjišťujeme, že musíme pokračovat v hledání dál, protože její stav (zdravotní stav matky – JH) není neměnný. Díky tomu, že jsme se už starali o tchána, tak nějaký informace mám, ale stejně ne tak úplně dost... Něco jsem hledala přes internet – ten Sue Ryder, tu pečovatelskou službu, něco přes sestru, která je sociální pracovníce, něco přes známé, když se bavíme, tak mi nějaký informace předají a pak si je znovu doplňuji přes internet.“

PO 4:

„... našla jsem kontakt, bylo to přes Mladou frontu, byl tam článek a pak jsem si to vyhledala na internetu na doktora Bartoše, který se zabývá lidma postiženýma Alzheimerovou nemocí... sestře se podařilo maminku tam dostat. Ti nás zásobili brožurkami a vším možným, takže informace o téhle nemoci opravdu máme, a tedy jak se máme chovat.“

PO 5:

„No, nemám (dost informací – JH). Já bych potřebovala hodně těch odborných informací a to, v podstatě, co si nenajdu někde, tak nemám. Existují takové brožurky, návody k použití, ale je to univerzální, čili moc k ničemu to není. Nenajdete tam takový ty věci, který vyplývají z běžného provozu denního, kdybyste potřebovala se na něco zeptat nebo se poinformovat, ale to už nemáte koho a kde, protože těch lidí, kteří se na toto specializují (Alzheimerova nemoc – JH) je opravdu málo. A řekla bych, že i ty školený asistentky, tak o tomhle vědí taky docela málo. Informací se u nich taky nedopídíte o spoustě takových těch detailů, které by člověk potřeboval znát, aby to dělal dobře (pečoval dobře – JH) nebo, aby si nějak ulevil, ulehčil, aby si to nějak zjednodušil. Všechno je to pokus omyl, na co si člověk nepřijde sám...“

PO 7:

„Neměla jsem dostatek informací, ani jsem nevěděla, kde je mám hledat. Úplně základní informace před těmi sedmi lety, když se to stalo (když se zdravotní stav matky respondenty zhoršil natolik, že byla nutná celodenní péče – JH), tak základní informace nám rozhodně chyběly – o té nemoci, i o té péči, i o nárocích, které jsme měly, léta jsme si nebrali takový ten příspěvek na dopravu – my jsme o něm nevěděli. Ale i jiné věci. To vám nikdo neřekne. Nevěděli jsme ani, co můžeme žádat... Když o člověka pečujete dlouhodobě, tak se vždy něco dozvíte, nebo sama máte zájem zjišťovat informace. To byly i věci zcela běžné, banální mi dnes připadají, že jsme je nedokázali vyřešit, ale i věci velmi složité, například, že každá ta Praha má rozdílné nastavení různých činností (zdravotní a sociální služby – JH).“

PO 8:

„... informace se pořád schraňují, člověk nezná všechno... na internetu, čtu spoustu publikací, ptám se jí (tchýně – JH), co by jí vyhovovalo, nevyhovovalo, mám spoustu odborných časopisů, knih... tak se nějak sebevzdělávám i v téhle oblasti.“

PO 9 (manželka ve věku 80 let pečující o manžela ve věku 87 let):

„Jednak nám něco (informace – JH) dali přímo v té vojenské nemocnici ta sociální sestra, tak ta nám dala adresy asi na tři místa (pobytová zařízení sociálních služeb – JH).“

PO 10:

„Neměla jsem vůbec žádný informace (v období, kdy se zhoršil zdravotní stav matky dotazované pečovatelky – JH)... nic. Všechno jsem si zjišťovala přes internet, nevěděla jsem vůbec nic. Sežeňte si ústav, mi řekli (sociální pracovníci v nemocnici, kde byla matka pečovatelky léčena – JH), to bylo celý.“

Ve vztahu k možnosti získat v nějaké formě informační podporu dotazované pečující osoby se vyjádřily, že by jim pomohlo, kdyby mohly mít k dispozici informace dosažitelné

v úplnosti z jednoho místa. Preferovaným „místem“ byl internet, ale i zdravotnické zařízení.

PO 1:

Podle jejích představ by u všech praktických lékařů měl být pečujícím k dispozici seznam poskytovatelů sociálních služeb, které lze využít v péči o seniora – „tzv. první pomoc“. Informace by měly být ve formě letáků, brožur, případně elektronických souborů, které by praktický lékař mohl na požádání poslat e-mailem pečujícím.

Praktický lékař by mohl mít rovněž kontakty na sociální pracovníky v odborech sociálních věcí příslušných městských částí, které by doporučil pečujícím – tzv. „spádové odborníky“

Informace od praktického lékaře by umožnily základní informovanost pečujících – „aby pečovatel věděl, že existuje příspěvek na péči a věděl, že senior nemusí hned do důchodů.“

PO 3:

„Co by mně asi vyhovovalo, kdyby byly ty informace jakoby na jednom místě, to znamená, že jak, kdy můžeme požádat o příspěvek na péči, kdy můžeme požádat o příspěvek na bydlení, kde shánět pečovatelskou službu, za jakých podmínek pomáhá zdravotní služba a tak dál. Každou z těchto služeb musíme shánět někde jinde... jaký domovy důchodců berou s Alzheimerem... ty informace zatím nejsou soustředěny.“

Pro její rodinu je například organizačně složité zjišťovat informace o možnosti zbavit matku způsobilosti k právním úkonům v důsledku progredující Alzheimerovy nemoci. Rodina má obavy z podomních obchodníků, kteří kontaktují seniory v jejich bytech. Dotazovaná neví, kdo jim poskytne potřebné informace o tom, jak by měli postupovat. Neví ani, jak dlouho může trvat vyřizování této záležitosti (tyto názory sdělila dotazovaná pečující osoba dodatečně na konci setkání s autorkou práce a po vypnutí nahrávacího zařízení).

PO 7:

„Ano (potvrdila, že by uvítala informační podporu – JH)... Mně by stačilo, kdyby ten systém byl nastavený na internetu a já se na to mohla jen podívat. Ale kdyby tam bylo s odkazem: stane-li se toto, tak postupujte takto a takto...“

Dalšími formami informační podpory, které by, jak vyplynulo z rozhovorů, dotazovaným pečujícím osobám pomohly, byly akce, kde by byla možnost osobního kontaktu s odborníky, kteří by poskytli cílené informace a kde by byla možnost se zeptat.

PO 4:

„... přiznám se, že číst si brožurky v takovém množství... jakože si myslím, že je lepší kontakt s někým, kdo o tom bude povídat a koho se budu moct na něco zeptat a tak... To si myslím, že by bylo dobrý.“

PO 5:

„...pro mě, jak říkáte, kdyby byla... nevím, třeba nějaký seminář, na kterým by se povídalo a kde by teda školili nějaký odborníci, psychologové, psychiatři nebo třeba i ty profesionální pečovatelé, kteří se tím vyloženě zabývají, tak to by mě zaujalo, to určitě bych si nenechala ujít, abych ty rady, že jo... to je důležitý a aby se člověk dozvěděl věci, ke kterým sám musí dospět, jak říkám, pokusem - omylem nebo časem. Zlepšilo by to kvalitu té péče a myslím, že by to zlepšilo i nám (rodině pečovatelky – JH) život, usnadnilo. Že bysme nemuseli pátrat, protože ty vývojová stádia jsou asi taky u každého různý, ale vy ty věci si vlastně řešíte, až teprve nastanou. My bysme ale potřebovali vědět, co bude, jak to bude a jak se k tomu postavit. To hlavně, jak se k tomu postavit! Psychologové a psychiatři, to je asi hodně důležité. My sice chodíme k psychiatrovi, ale rozumíte, já tam nemohu sedět dvě hodiny...“

PO 8:

„Semináře určitě ano, nebo takový individuální nějaký informace, které já si mohu stáhnout z internetu, můžu si to přečíst...“

Jinou zmíněnou formou informační podpory byly i brožury, případně letáky, aby si pečovatel nemusel vyhledávat všechny informace sám prostřednictvím internetu.

PO 10:

„Určitě (potvrdila, že by uvítala informační podporu – JH). Nemám v současné chvíli čas, odpoledne musím být u babičky (své matky – JH). Ale uvítala bych brožurky třeba, jak se chovat k těm lidem... já to teda všechno hltám z internetu, přečtu si, jak se mám chovat, co mám říkat. Ale ono v té situaci... stokrát to zvládnou, ale po stopátý to nezvládnou... to je tak náročný na psychiku, že...“

Pečující naopak neprojeví zájem o účast ve svépomocných skupinách, které se jim jevíly vzhledem k jejich vytíženosti v důsledku zaměstnání a péče, jako časově nedostupné. Účast ve svépomocné skupině byla považována za nevhodnou i z hlediska osobních charakterových vlastností pečujících a intimní povahy péče o seniora.

PO 5:

„...to je časově náročný (účast ve svépomocných skupinách – JH). Já ze svého pohledu to vidím tak, že je to docela příjemný, když se s těma lidma setkáte a tak se vzájemně vypovídáte. Je to asi určitej způsob psychoterapie. Asi to je dobrý, ale já na tohle opravdu čas nemám, bohužel, to už bych nezvládla...“

PO 8:

„... tak určitě to je potřebné (podpora svépomocné skupiny – JH), pokud někdo si vůbec neví rady, je to dobré si ty informace předávat, sdělovat, vyměňovat. Nicméně, ne vždy na to má člověk sílu mezi takovou společností lidí jít, pouze sdílet s nimi tyhle strasti a trable... Určitě je dobré zdokonalovat se, vyměňovat si zkušenosti, já třeba nejsem typ člověka, který by vyhledával tyhle velké skupiny lidí, který si předávájí informace o takhle citlivých otázkách. Já si nemyslím, že určitě intimnosti, když bych to takhle nazvala, je nutný prezentovat mezi naprosto cizími lidmi – jak zacházím s tchýní v té nebo oné situaci. Pokud toto opravdu potřebuji, tak se zeptám profesionální sestry nebo

někoho, kdo mi v tom může pomoci. Ale třeba já jsem člověk, který tyto skupinové akce, skupinová setkávání... vůbec... to není pro mě...“

Pečující osoby v rozhovorech poukazyvaly i na celkový kontext získávání informací charakterizovaný nepropojeností zdravotního a sociálního systému a změnami pravidel, což má za následek, že pečovatelé musí hledat informace u různých subjektů, přičemž v době, kdy s péčí začínají, si často neumí poradit. Navíc, zdravotní systém, jak vyplynulo z jednoho z rozhovorů, není schopen řešit nestandardní případy péče. Neformální pečovatelé jsou pak nuceni využívat neformální sítě, aby byli schopni zajistit pro seniora, o kterého pečují, potřebnou lékařskou péči.

PO 1:

Dotazovaná se vyjádřila, že mezi pečujícími v situacích, kdy musí řešit péči o nesoběstačného seniora, kterého nechtějí dát do pobytového zařízení sociální péče, vládne zoufalá neinformovanost. Dotazovaná zjistila, že tuto zkušenost neinformovanosti sdílí i s jinými lidmi. Všechno podle ní závisí na „osvícení praktického lékaře, kterého pečující potká.“ Lékaři, ale i sociální pracovníci na úřadech se chovají neeticky. Podle jejího vyjádření, se v tom „pečovatel plácá, je nepřipraven, taky pravidla se neustále mění.“

PO 7:

„...každá Praha má úplně rozdílné nastavení různých činností (zdravotní a sociální služby – JH).“

Dotazovaná se pak podrobně rozpovídala o okolnostech péče o svou matku, která z důvodu onemocnění dolních končetin potřebuje kontinuální lékařskou péči. Tu jí však pečující rodina dovede zajistit jen za využití informační a praktické podpory neformálních sítí a za neustálého překonávání administrativních pravidel, která jsou nepružná a nedovedou reagovat na konkrétní situaci, kdy se v péči o matku střídají její tři dcery s bydlištěm na různých místech:

„... Na Praze 4 sehnala sestra (sestra respondentky je lékařkou v Benešově – JH) komerční laboratoř, která... byla schopna na základě doporučení z nemocnice v Benešově nabrat krev, tu krev poslat do

laboratoře, do té laboratoře ale mohl zavolat jen můj zeť, protože je lékař... .. když pak přišla babička ke mně, tak na Praze 8 není sestra, která by to vykonávala na komerční bázi (odběr krve – JH)... “

„...Pracovnice, která tam je pod tou sociální péčí na Praze 8 chtěla ještě doporučení od praktického lékaře, ten je v Uherském Brodě (místo trvalého bydliště matky dotazované – JH)... museli jsme žádanku na doporučení poslat kurýrem (praktickému lékaři do Uherského Brodu), tak to doporučení poslali poštou, že by měli fax, to je ani nenapadlo. A na toto my narážíme pořád!“

„...stejně oni (zdravotní a sociální systém – JH) předpokládají, že ten člověk bydlí na Praze 8, má péči na Praze 8 a že o něj pečuje jeden člověk. Žádný systém nepředpokládá, že o něj pečují tři domácnosti, a ještě bydlí v Uherském Brodě a má tam trvalé bydliště. Ale o čem to je? Péči v tý rodině si lidi rozdělí, protože jeden by se z toho zhroutil. Jak by to jeden člověk stačil?!“

3.3.3 Neformální pečovatelé a finanční podpora

Jedna z dotazovaných neformálních pečovatelek se vyjádřila, že vzhledem k dobré finanční situaci nepobírají příspěvek na péči. Jinak, až na výjimky, pečující osoby v rozhovorech zdůraznily, že příspěvek na péči nestačí na pokrytí všech nákladů na péči. Zbylé náklady na péči pokrývají z vlastních zdrojů, případně ze zdrojů širší rodiny.

PO 1:

Dotazovaná pečovatelka uvedla, že výše příspěvku na péči, který pobírá její matka (II. stupeň) nestačí na pokrytí nákladů na starostlivost o ni. K jejich plnému pokrytí je nutných dalších 3 000 Kč.

PO 3:

„... ve stavu maminky je ten příspěvek nízký, protože jsme ho taky zařizovali před rokem, kdy ten stav byl přece jen o něco lepší. Takže se to horší, ale než by člověk prošel zase celý kolečko všech těch vyřizování, tak si skoro říkám... dneska už skoro s maminkou nemůžu dojít k doktorovi, je to pro mě taková obtíž, že to zvažujeme, zda vůbec žádat o nějaký zvýšení.“

PO 5:

„No tak, kdybychom to chtěli opravdu jako udělat tak, aby to bylo pro maminku úplně nejlépe vyhovující, tak v žádném případě ne (příspěvek na péči je nedostačující – JH). Ta péče je poměrně drahá a ty hodiny, který by tady ta pečovatelka měla trávit, by měly být ještě delší, než jsou, abysme tam neměli ty proluky, než někdo dorazí. Maminka špatně snáší samotu.“

PO 7:

„Ne, příspěvek nepostačí na pokrytí nákladů na péči. Samozřejmě, když člověk pracuje jako já a moje sestry, tak se dělíme i o ty náklady. Je to náročný. Vemte si, že pečovatelka je běžně těch 100 Kč na hodinu, jo? Když potřebujete 12 – hodinovou péči, tak to máte 1200 denně, vemte si tužku a papír a už to vidíte.“

PO 10:

„Teď jsem dostala příspěvek první měsíc. Protože mám tu paní (pečovatelku – JH), která není přes žádnou organizaci, nedávám jí 100 Kč na hodinu, je to paní – tam, kde bydlíme, která dělávala v domově důchodců a je důchodkyně, takže s tím má zkušenost... Kdybych měla platit pečovatelku, kterou poskytují ty všechny možný organizace, tak by mi to nestačilo. Určitě ne. Plus náklady na jídlo, prádlo a tak.“

PO 6:

„Ani náhodou nestačí výše příspěvku na péči pokrýt náklady na péči. Platím náklady řádově v desítkách tisíc měsíčně.“

PO 9:

„... včera po odvolání se až na ministerstvo jsme dostali příznivou odpověď, že manžel dostane příspěvek 8 000 Kč. Zatím to tedy nemáme. Vzhledem k tomu, že dcera je mimo Prahu, takže by pomoci nemohla a navíc, aby i finančně? Tak je už skoro dva roky bez zaměstnání. Takže ta situace není vůbec růžová, takže občas jsem si musela i trochu vypůjčit. Pokaždé ne, někdy jsem to zvládla z toho důchodu mojeho a manželova, ale když pak se platily určité věci, tak jsem si musela i vypůjčit od známých. Tak nějak jsme to dělali.“

Z rozhovorů vyplynulo, že pečující osoby by uvítaly určitou finanční podporu v souvislosti s poskytovanou péčí. Mezi formy finanční podpory, které zmiňovaly, patřila přímá i nepřímá finanční podpora.

PO 5:

„Já bych možná ani nepotřebovala víc peněz na péči, ale spíš nějakou úlevu, jako co se týče například léků nebo co se týče zdravotní péče, tak my vlastně vydáme za léky pro maminku strašně moc peněz (matka má Alzheimerovu nemoc – JH). A jsou tam takový ty věci jako inkontinence, tak to je taky velká částka. Spíš takovéto věci. Úleva co se týče... hlavně ta část, která se týká zdravotní údržby toho člověka, tak ta je finančně hodně náročná. Pak my máme velký částky za telefon, protože když tady

nikdo není, tak my maminku řídíme telefonem. Tak to stojí taky spoustu peněz. O tomto asi vůbec nikdo nepřemýšlí, asi všichni mají pocit, že ty starý lidi už to vůbec nepoužívají, že to vůbec nepotřebují, ale tomu tak vůbec není. Spousta starých lidí už dneska ty telefony (mobilní telefony – JH) používá. Takže, kdybysme mohli dostat nějaký levnější paušál na telefon. Takovýhle věci by nám pomohly. Já nepotřebuji, abychom dostávali 20 tisíc měsíčně na péči, chápu, že je to asi nad možnosti současného zdravotního a sociálního systému, ale pomohly by nám ty věci okolo – léky, pomůcky, telefony.“

PO 10:

„Kdyby byla nějaká forma finanční podpory, tak by to bylo perfektní, protože vlastně já nastupuji na druhou směnu ve čtyři odpoledne a včetně noční směny (péče o matku – JH). A je to hrozně náročný včetně chodit do zaměstnání a tohleto zvládat... Ale ten příspěvek, co dostáváme... abych třeba přestala chodit do zaměstnání a věnovala se babičce a byla jsem závislá jenom na tom příspěvku, tak to nejde.... S tím, že ona by šla pak do nemocnice a příspěvek pak není, že jo. Z čeho bych žila? Určitě nějaká forma finanční podpory, abych třeba nemusela chodit do práce...příspěvek pro toho pečovatele. Ale nevím, jestli bych to zvládla jenom pečovat. Já si chodím do práce psychicky odpočinout od péče.“

Jako systémové řešení vidí finanční podporu jedna z pečujících osob. Podle jejího názoru by měly být finančně podporovány spíše organizace poskytující péči a profesionální pečovatelé než jednotliví neformální pečovatelé.

PO 7:

„Jsem rozhodně pro to, aby ty nejlepší nadace a ti nejlepší, co to umějí organizovat a získat si ty kvalifikovaný lidi, aby měli podporu. Protože, ještě takhle – celá ta stokoruna je pro mě hodně, ale když si vezmete, co ona (profesionální pečovatelka – JH) z toho dostane? Protože něco si nechá ten Sue Ryder, nejvíce si toho ale nechá stát – v Rakousku to například vůbec nedaněj. Čili ona z toho má hrozně málo, ona z toho

může mít klidně i jen 50 korun nebo ještě méně. To je ale hrozně nízká mzda pro ni vzhledem k náročnosti práce.“

Z provedených rozhovorů vyplynul též názor, že finanční podpora péče o seniory je především odpovědností rodiny, která by se měla na péči finančně spolupodílet.

PO 8:

„Já možná teď budu mluvit netradičně, ale já si myslím, že každý z těch seniorů má svoji rodinu. Ta rodina nějakým způsobem pracuje, vydělává, platí daně, je do toho zapojena. Myslím si, že dneska už ti senioři, i když to není úplně optimální, tak mají určité možnosti, ale musí se s nimi do toho (do finančního zajištění péče – JH) zapojit ještě někdo třetí. Oni sami to nezvládnou. Oni sami nezvládnou finančně si pokrýt všechno, no ale od toho... Tak by asi každý měl být vychováván, že by měl pokračovat v péči a pomoci pro seniory. Ale určitě by mohli mít třeba nějakou linku, na kterou by si mohli zavolat a měli by jí bezplatnou a mohli by se tam dozvědět nějaké informace.“

3.3.4 Neformální pečovatelé a využívání sociálních služeb pro podporu péče o seniory

Oslovení neformální pečovatelé v rozhovorech uváděli využívání terénních sociálních služeb osobní asistence a pečovatelské služby za účelem podpory pro svou péči o nesoběstačného rodiče. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných byla z okruhu lidí využívajících službu osobní asistence Domova Sue Ryder, uváděli, že mají zkušenosti zejména s touto organizací, nicméně zmiňovali i jiné organizace nabízející služby osobní asistence v Praze. Osobních asistentů využívali pro účely zajištění rodinnému příslušníkovi - seniorovi společníka, který by s ním trávil určený čas, komunikoval s ním a realizoval sociálně aktivizační činnosti. Pomoc v domácnosti poskytovali osobní asistenti, podle vyjádření některých pečujících, pouze v malém rozsahu. Uváděný rozsah hodin poskytování osobní asistence byl v těchto případech několik hodin týdně.

PO 3:

„Po obědě chodíme buď my (rodina – JH) nebo osobní asistentka, která se postará, aby šly s maminkou ven, trochu to tam poorganizuje, trochu tam uklidí. Asistentka si pak s maminkou povídá. My máme víc práce úklidový, mycí, koupání a tak dále.“

PO 2:

„Vyjma docházky osobní asistentky z toho Sue Ryderu, nevyužívám sociální služby. Předtím jsem využívala organizaci, která byla tady na Praze 7. V podstatě to byla podobná péče. Já jsem potom měla pocit... ta první žena, která tam k mamince chodila, tak to bylo výborný, už se s ní znala a bylo to fajn, protože mamka dost těžko snáší, když se tam střídaly ty ženy. To byla pohnutka k tomu, že jsem opustila tu organizaci a obrátila se na Sue Ryder, protože mi přislíbili, že bude chodit starší paní a že se nebude příliš měnit. Pravda je, že teď chodí stále jedna a je to dívčina. Asi uznáte, že když je někomu 85, tak těžce hledá společnou řeč s dvacetiletou dívkou. Ale je to velmi hodná dívka, takže já to tedy neměním. A vlastně jinou potřebu já nemám. Pro mě bylo prvotní hlavně v zimě, aby s ní chodily ven. Protože já když přijdu ve čtyři hodiny odpoledne z práce v zimě, tak už je tma. Zejména tedy s ní chodily ven v zimě i v létě, no a potom si s ní popovídaly, aby měla kontakt s někým

jiným. Tato dívenka, co chodí ze Sue Ryderu, tak oni spolu hrají nějaké hry, ona jí zpívá, to má mamka hrozně ráda. Spíš já jsem chtěla, aby mamka tam celý den nebyla úplně sama. Měla jsem představu, že jí pomůže i s přípravou oběda, tedy aby si ho ohřála. Bohužel, to je problém těch starších lidí obecně, že mamka má pocit, že zvládá všechno sama, takže nechce, aby jí nikdo pomáhal. Dívčina má tendenci jí pomáhat, ale mamka nechce.“

PO 4:

„Jsem si říkala, že bylo dobré, aby někdo s ní (matkou pečující – JH) byl. Kamarádka, která byla ochotna chodit k ní, a povídaly si, tak ta už umřela. Tak jsem hledala někoho, kdo by tam docházel. Sem chodí v úterý a ve čtvrtek od dvou hodin do čtyř hodin asistentka, která tam s ní je. Dělá ji společnost, měří ji tlak, jsem jí požádala. Potom chodí na procházku, když je hezky. Pak nějaké trénování paměti. Pak si pouštějí teda... protože mamka moje má ráda dechovku... ona si i zpívá a vybavuje si slova. No a ta Iva (osobní asistentka – JH), co k ní chodí, ta umí zpívat dobře, tak oni zpívají spolu a dokonce i tancují.“

PO 4:

„Kolegyně na cvičení mi doporučila nějaké sdružení na Střížkově. Tam to skončilo na tom, že trvali na tom, že jim jí musím osobně předávat (matku osobní asistentce – JH). To je za situace, kdy ten člověk není schopen být doma sám asi běžný. Ale za mé situace... (situace, kdy matka pečující zvládá být po větší část dne doma sama – JH)? A odtud mi doporučili Hewer nebo Sue Ryder.“

Rozhovory též naznačily, že služeb osobní asistence pečující osoby využívaly i v širším rozsahu. Osobní asistenti se mimo sociálně aktivizačních činností starali i o nákupy a zajišťovali běžný kontakt s lékařem. V daném případě byl časový rozsah péče 12 hodin denně včetně víkendů.

PO 6:

„Za maminkou chodí teda asistentka ze Sue Ryder, to je tedy ta osobní asistence. Ta služba je komplexní, to znamená, že v rámci té asistence se postarají i o nákupy, o styk s lékařem. Čili to je komplexní služba, tím pádem z toho vypadá řada dalších specifických forem pomoci.“

Dotazovaní neformální pečovatelé poukazovali na určitou míru finanční náročnosti sociálních služeb, a to zejména vzhledem k rozsahu péče, který by považovali pro sebe za podpůrný. Částečně se tohoto tématu dotkli už ve svých názorech na výši příspěvku na péči s ohledem na pokrytí nákladů na péči o seniora.

PO 7:

„Vemte si, že pečovatelka je běžně těch 100 Kč na hodinu, jo? Když potřebujete 12 – hodinovou péči, tak to máte 1200 denně, vemte si tužku a papír a už to vidíte.“

PO 10:

„Protože mám tu paní (pečovatelku – JH), která není přes žádnou organizaci, nedávám ji 100 Kč na hodinu... Kdybych měla platit pečovatelku, kterou poskytují ty všechny možný organizace, tak by mi to nestačilo. Určitě ne.“

PO 3:

„Osobní asistence vlastně není tak drahá, těch 100 korun na hodinu, tím si nemůžou moc vydělat. Takže je to svým způsobem schůdný, takže si to můžeme zaplatit třikrát týdně 2 hodiny. Samozřejmě bychom byli radši, kdyby to bylo víc, no ale to už bychom asi nezaplatili. Maminka má důchod jaký má, který je o 2000 korun nižší než její nájem a musíme platit osobní asistenci, léky, obědy a tak dále, tak se zhruba doplácí 5000 až 8000 měsíčně. Něco jí pokryje příspěvek na bydlení, ale ne úplně, ale naštěstí občas přijde příjem z knížek, které napsal náš otec, takže ještě z toho se něco zaplatí.“

Pokud dotazovaní neformální pečovatelé využívali i jinou sociální službu mimo služby osobní asistence, tak to byla pečovatelská služba, která přivázela obědy pro recipienta péče.

PO 3:

„V poledne jezdí pečovatelská služba s obědem, která nandá oběd tak, aby ho maminka snědla, protože, když ho nevyndá, tak ho nesní.“

Pečující osoby vyjádřily v rozhovorech zájem o možnost využít služeb denního stacionáře. Služeb denních stacionářů však ve skutečnosti nevyužívaly. Tato služba se jim jevila problematickou z hlediska podmínek a způsobu poskytování péče v navštívených stacionářích. Nevyhovovala jim ani určitá nedostupnost stacionářů z hlediska vzdálenosti. Navíc, dopravu nesoběstačných matek každý den do stacionáře vnímaly jako poměrně organizačně náročnou.

PO 5:

„My jsme před rokem udělali takový pokus. Protože bratr učí na Praze 8 a tam je vyloženě pečovatelskej dům, který se specializuje na tuto diagnózu (Alzheimerovu nemoc – JH). Tak jsme si říkali, fajn, denní stacionář, což by bylo fajn, protože by maminka byla mezi lidma, aby měla sociální kontakt, který potřebuje, a brácha by jí tam vždycky odvezl a odpoledne by jí zase vyzvedl. A že tam mají zahradu a je tam možno být venku. Tak jsme to vyzkoušeli. Byla tam s ní (matkou pečující – JH) sestřenice, která tam shodou okolností bydlí. Tak to vůbec nejde! Tam jsou prostě lidi v takovém stádiu, kdy nekomunikují, a ani do té zahrady je nepouštějí, protože mají strach, aby jim nezmizli. Řeší to asi cestou nejmenšího odporu. Tak to nepotřebujeme. A další takový dům je až v Průhonicích, což je pro nás nesmyslné, abychom tam vláčeli maminku každý den až do Průhonic a zpátky... to nejde. My vyloženě postrádáme takové zařízení v Praze, které by bylo dostupnější a bylo k něčemu... aby tam vycházeli lidem vstříc i z toho hlediska, že oni ten sociální kontakt taky potřebují, aby mohli být venku na zahradě a chodit na procházky a byli v normální komunitě. Aby to nebylo vyloženě vyseparovaný...“

PO 4:

„Uvažovala jsem o denním stacionáři. To vím, že těch mnoho není. Byla jsem v jednom na Vinohradech a tam, když jsem se šla podívat a přišla jsem tam, tak jsem si řekla – ježíš, tak to né! To byla chodbička úzká, pak taková malá místnůstka, kde byl kulatý stůl, který zabral skoro celou tu místnost a tam prostě seděli (klienti zařízení – JH). A vedle byla další místnost, kde byly podél stěn postele, kdyby si chtěli odpočinout. Tak to se mi moc nezdá.“

PO 10:

„O denním stacionáři jsem taky uvažovala. Byla jsem se podívat na Střížkově. Mně by se to líbilo. Ale bylo by to pro mě zase náročný. Ráno výprava, odvoz, i když oni někdy i je svázej... Organizačně je to pro mě náročný.“

Pečující uváděli, že kromě sociálních služeb využívají služeb organizací poskytujících zdravotní služby, a to zdravotní péči v domácnostech pacientů a rehabilitaci.

PO 3:

„Využíváme zdravotní službu, která ráno jezdí a dává mamince léky, připraví léky, vyndá je z trezorku, dá ji ranní léky a připraví polední a večerní léky.“

PO 6:

„Teď tam chodí, myslím, nějaký rehabilitátor – začíná. Doporučila ho ošetřující lékařka.“

3.3.5 Neformální pečovatelé a možnost využití služeb zařízení poskytujících dlouhodobé pobytové služby pro seniory

Vzhledem k tomu, že se v průběhu výzkumu ukázalo, že neformální pečovatelé, na které se autorce diplomové práce podařilo získat kontakty, neměli, až na dva respondenty, zkušenosti s pobytovou respitní péčí, na kterou měl být podle projektu výzkum částečně zaměřen, byli neformální pečovatelé v rozhovorech dotazováni na to, jaké jejich představy mají dlouhodobé pobytové služby pro seniory splňovat, aby je pečovatelé jako osoby primárně odpovědné za péči o seniory mohli pro sebe považovat za podpůrné. Orientovat výzkum na tyto služby bylo možné i z důvodu, že všichni dotazovaní pečovatelé v rozhovorech potvrdili, že počítají s možností využití ústavní péče v situaci, kdy v důsledku velkého zhoršení zdravotního stavu seniorů, o které se starali, nebude dále reálné pečovat o ně doma.

PO 2:

„Jeden čas byla mamka trochu horší, a tak jsme se sestrou usoudily, že možná bychom se na to měly připravit (na ústavní péči o matku – JH). Navštívily jsme jeden, já nevím, jak se to tam nazývá ... kde byly pokoje a ty lidi tam měli péči celý den...“

PO 4:

„To jo, to už jsme si zabezpečili (zařízení dlouhodobé pobytové péče – JH). Právě, že ta doktorka (specialistka na Alzheimerovu nemoc – JH), tak ta mi při vstupním pohovoru zdůrazňovala, že i když teď to potřeba není, ale jednou asi bude. Takže bysme si měli dopředu domluvit v nějakých zařízeních pobyt. Sestra se dozvěděla, že staví nový pavilón v Malešicích, který by měl být zaměřen na lidi s Alzheimerovou nemocí, doktorka mi doporučila zase Kravčice. Takže jsme to domluvili na těchto dvou místech.“

PO 1:

Pečující dcera se vyjádřila, že po dobu, kdy zvládne péči s pomocí osobní asistence, tak její matka zůstane v domácím prostředí. Až péči v domácím prostředí přestane zvládat, umístí matku „do důchod'áku.“

Dotazovaní pečovatelé vyjádřili v rozhovorech svá očekávání jak ve vztahu k materiálním podmínkám a celkovému prostředí v pobytových zařízeních pro seniory, tak i ve vztahu ke způsobu péče.

Ve vztahu k materiálním podmínkám péče kladly pečující osoby důraz na bezbariérovost a bezpečnost pohybu, možnost mít soukromí, možnost pobytu seniorů v přírodě (zahrada) a celkovou estetiku prostředí.

PO 4:

„Závisí na tom (požadavky na materiální podmínky a prostředí – JH), v jakém stavu by se do zařízení dostala. Aby měla sociální zařízení blízko. Protože, má hodně špatnou orientaci.“

PO 5:

„Aby bylo (pobytové zařízení – JH) maximálně vstřícné, vstřícnost je hodně důležitá. Aby bylo kvalitně vybavené, co se týče pohybu starých lidí. To znamená, pokud možno bezbariérový nebo i bariérový, ale aby tam pohyb byl bezpečný, aby se tam nemuselo do schodů a ze schodů. Aby tam byla možnost pobytu venku. Je šíleně důležitý, aby ty lidi nebyli zavřeni v baráku. Mělo by to být pohodlný a útulný, aby to nevypadalo jak v kasárnách nebo jak v nemocnici, to bych nechtěla. Taky aby tam měl člověk nějaké soukromí aspoň v rámci možností. Je to scestná představa, že ten člověk pak už žádné soukromí nepotřebuje. Každý potřebuje nějaký kout, kam když nemá náladu, tak si prostě zaleze.“

PO 3:

„Zahrada by byl dobrá, že jo. Vztahy ano, samozřejmě, jsou důležité. Ale i to prostředí. Nemělo by vypadat moc nemocničně. Když je to potom moc cítit močí nebo chemikáliemi, tak to není dobrý. Prostor té péči dá jakoby něco navíc a myslím si, že to nechce někdy moc. U Boromejek mají ptáčky na chodbě, mají tam obrázky, mají tam barevný křesla, prostě je to jinak.“

PO 1:

Podle názoru dotazované pečovatelky by hotelové služby měly být jen pro úplně nemohoucí. Z hlediska materiálních podmínek péče je „například vířivá vana zbytečný luxus, kdo má běžně doma vířivou vanu? Ale musí tam být sprcha a zdvihací zařízení apod.“ Místo vířivých van by v domovech pro seniory měly být, podle vyjádření dotazované pečovatelky, zvířata a též kytky, o které by se senioři mohli starat.

PO 10:

„Já jsem je obcházela ty ústavy. Několik jsem jich přímo viděla... Už jako první po těch zkušenostech, co jsem je viděla, bych se zeptala, kolik je tam klientů a kolik je na to personálu. Aby se jim věnovali, aby tam byla částečně nějaká zahrádka, příroda...“

Ve vztahu ke způsobu péče neformální pečovatelé očekávali zejména vstřícný a komunikující personál, respekt k důstojnosti seniorů, určitý pravidelný režim a provádění aktivizačních činností, aby senioři nebyli zbavováni té míry soběstačnosti a moci rozhodovat o sobě, kterou ještě disponují.

PO 4:

„Třeba mám docela špatnou zkušenost, když byla na operaci s kyčlí. To byla v normální nemocnici. I když tam věděli o té nemoci, tak jí sestra přinesla na stůl prášky a nechala je tam a ona si je, samozřejmě, nevzala. Dohled aby byl nad takovými základními věcmi, aby si ty lidi vzali své léky, aby se najedli, aby na ně dohlédli. Asi by už sama nezvládala nic. Aby nenechali je bloumat. Ona (matka pečovatelky – JH) když neví, co má dělat, tak je rozhozená. Aby tam byl pevný režim, možná. Aby těm lidem řekli, co mají dělat... Určitě by na ně neměli křičet. To snad ani nedělají v těchto zařízeních.“

PO 5:

„Personál by měl být kvalitní, kvalifikovaný personál – vstřícný. Měli by mít naprosto jasnou koncepci a program péče – děláme tohle, tohle a

děláme to tak a tak. Nabízíme tohle a tohle, aby ty služby byly jasné. A aby to bylo dostupné pro příbuzné z hlediska vzdálenosti.“

PO 3:

„Kdyby to bylo takové zařízení jako je u Boromejek v Řepích, tak bych se tomu nebránila. Tam jsme měli tchána. Hezké chování, hezká péče tam byla. S lidma tam jednájí důstojně, převlíkají je, nenechávají je v těch různých hábitech. Kdo může, tak ho berou i na akce, koncerty.“

PO 2:

„Víte z hlediska podmínek, určitě aby to nebylo takové, jak já jsem zažila v jednom zařízení. První, když jsme se my se sestrou sešly s paní ředitelkou, co bylo, tak se nás zeptala, jakou formou bychom uhrazovaly náklady, a druhá věc byla, že vytáhla formulář na vyplnění, na kterém bylo, jestli maminka nemá svrab a podobné jiné nemoci, což mě hluboce urazilo a velice se mě to dotklo. Řekla jsem – děkujeme, paní ředitelko, my nemáme zájem o váš ústav. Neumím si představit člověka, který řídí takovýhle ústav a má takovýhle poměr k lidem, který tady má. To jsou potom opravdu chovanci a nejsou to lidé. Po materiální stránce si myslím, že jsou všechna tato zařízení vybavena velice dobře. Mají polohovací postele, výborné jídlo... ale já si pořád myslím, že by se ten personál měl chovat k těm lidem jako opravdu k lidem a ne, že jsou to staříci, kteří jsou úplně dementní... Pokud bych hledala takovéto zařízení, tak bych určitě nekoukala na to, jestli má krásnou zahradu a je v nádherném prostředí, ale spíš bych chtěla vědět, jaký je personál, jaká je ředitelka a jak se tam k těm lidem chovají. Pro mě je to velikánskou prioritou.“

PO 7:

„Teď jsme vyřídili matce pobyt v domově pro seniory, protože už ta třetí sestra nezvládala péči, takže z toho kolotoče z těch tří vypadla, takže jsme zůstaly jen dvě (dotazovaná a jedna z jejích sester – JH), takže to prostě nezvládáme. Ta zátěž je strašná... Ale pochyby máte pořád (jestli bylo dobré zvolit pobytovou péči – JH)... Vycházeli jsme z toho, co nám

nabízeli (v domovech pro seniory, které navštívili – JH) a co by bylo ušito na míru tý babičky (matka pečovatelky – JH). Babi je komunikativní a chce lidi kolem sebe... I ta nesoběstačnost má své limity, protože ta osoba ještě některé věci dělá. Aby ta péče zohledňovala to, že bychom chtěli co nejdéle udržet ty věci, který ona ještě umí a dělá nebo na nich lpí. Aby oni na to přihlédli a neudělali z ní nějakého eldéen ležáka (LDN – JH). Například babi chodí normálně na WC tak, že ji dáte na vozík, zavezete na WC a dáte na WC a pak zpátky. Babi každý den čte noviny, knížky, má oblíbený věci, komunikuje a tohle všechno jsme chtěli udržet a chtěli jsme udržet i ty činnosti, které zvládá jako, že je naprosto bez problémů, co se týče WC. Nebo aby ji dvakrát týdně vykoupali. Do vany, žádné omývání nějakým hadrem. Aby každý den se převlékla, aby měla střídání rytmů.“

PO 1:

„Hlavně by to neměl být hotel, aby za seniory bylo všechno uděláno – senioři se musí sami zúčastňovat života, pomáhat například při vaření, aby měli moc nad svým životem.“ Podle názoru pečovatelky by iniciativa měla vycházet primárně od seniorů, oni si mají říct, co chtějí. Aktivizační činnosti například v podobě ergoterapie jsou podobné, jaké bývají ve školkách pro děti, a tudíž taky nepodporují samostatnost klientů. Samostatnost je pro seniory, podle názoru pečující dcery, důležitá vzhledem k možnosti předávat ostatním to, co ještě umí. Seniorům by též prospělo společné bydlení – komunita, která, podle pečovatelky, zachovává lidskou důstojnost, senioři mají pocit, že jsou potřební. „Funkční důchod'ák je komunita.“

Jedna z dotazovaných pečujících osob měla delší zkušenosti s pobytovou respitní péčí. Z hlediska podmínek péče oceňovala zejména to, že její manžel, o kterého bylo v daném zařízení pečováno, měl samostatný pokoj a bylo o něj dobře postaráno i z hlediska hygieny. Ona jej tudíž mohla každý den včetně víkendů navštěvovat. Za relevantní považovala rovněž možnost využít služeb rehabilitačního pracovníka, který s manželem pravidelně rehabilitoval. Důsledkem bylo, že se fyzický stav manžela pečující osoby zlepšoval a zůstala tak šance, že se bude moci vrátit do domácího prostředí.

PO 9:

„Potřebovala jsem, aby byla někde rehabilitace. Když jsem sháněla (pobytové odlehčovací zařízení – JH), tak to bylo bez rehabilitace a několik klientů na pokoji. A manžel je samotář, rád si čte. Když už nemůže být doma, tak je tady spokojenej. Není to nemocniční prostředí. A kdyby byli dva na pokoji, už bych musela brát určité ohledy a už bych tady nemohla takhle bejt. Je výborný, že je tady i ta sprcha. Je to tu špičkový i ohledně udržování hygieny... Je to pro mě blízko i z hlediska vzdálenosti. ...je možno pobyt tady prodloužit právě z důvodu rehabilitace. A skutečně se zlepšil (zdravotní stav manžela pečující – JH). Kdyby nebyl vidět ten výsledek, tak by to neprodloužili (pobyt v daném zařízení, které poskytuje odlehčovací služby – JH).“

3.3.6 Nejvíce oceňovaná forma podpory neformálních pečovatelů

Neformální pečovatelé se vyjadřovali i k formě podpory, kterou oceňují nejvíc. V rozhovorech vymezili lidský faktor jako ten, o který se mohou nejvíce opřít ve své pečovatelské roli. Jako jeden z podpůrných faktorů označili podporu svých rodin. Zmínili se rovněž o faktorech, které spojovali se svou vlastní osobností.

PO 8:

„Tak rodina určitě moje, manžel, děti. A i to moje vlastní přesvědčení, že dělám dobrou věc, to asi tak to nejsilnější, co v člověku je.“

PO 5:

„Já si myslím, že největší podporu musí člověk hledat sám u sebe. Musíte vy sama se s tím srovnat a spoléhat se hlavně sama na sebe. Jo, musíte mít nějaké zázemí, aby se člověk z toho nezbláznil, to určitě.“

Pečovatelé v rozhovorech zmínili též záležitosti, které postrádají a které by jim velmi pomohly zejména po praktické, případně finanční stránce péče o nesoběstačného rodiče.

PO 5:

„Potřebovala bych nějaký ten stacionář, kde by si tam mamka mohla odpočinout, popovídat. Kdyby ta rodina žila blíž, bylo by to lepší. To bychom se víc vystřídali. Pokud by fungovala lékařská péče tak, jak by měla fungovat, a ta následná péče, jak by měla fungovat, tak by to asi bylo dobré.“

PO 3:

„Kdybychom mohli mít více té asistenční služby, to by mně ulevilo a měla bych z toho dobrej pocit, že je o maminku postaráno. Ne, že by tam člověk nechtěl bejt, já se na ni těším, ale dvakrát týdně... není to moc, ale je to pro mě vyčerpávající. Proto se střídáme. Když toho bude víc potřeba, tak nevím... Možná, když tak, ještě připlatíme za asistentku, aby maminka mohla zůstat dýl doma.“

PO 4:

„Tak třeba by mi docela pomohlo, kdyby chodila do bytu pedikérka nebo kdyby existovala něco jako pojízdná prodejna s botami pro seniory. Když chci mamince nějaké koupit, je to docela problém, ona má dost velké a široké nohy. Bud' jí nějaké vyhlídnu, s někým přijede na místo, vyzkouší si je, zjistíme, že jsou jí malé, a jede zase domů, nebo si ty boty půjčím – někde mi udělají to, že jim tam nechám peníze. A když boty vrátím, peníze mi dají zpět.“

PO 10:

„Na co jsem narazila, ale pak jsem teda, bohužel, měla smůlu... To je vlastně pomoc, která by hodně pomohla. Jak jsem sháněla tu pečovatelku, tak jsem se dovolala na sociální služby v Horních Počernicích. A tam místní úřad dotuje tyto služby, takže tam mi nabízeli pečovatelku za 50 korun na den - nebo asistentku. Ta byla ještě levnější – 30 korun. Musela bych ale bydlet v Počernicích. Je to pro místní a dotuje to místní úřad. Tak to je teda služba úplně perfektní! Tak to, kdyby bylo u nás v obci. Takovouhle mít možnost! To by bylo dobrý. U nás na místním úřadě nic takového není...“

3.3.7 Sociální kontext péče o nesoběstačné seniory v domácím prostředí

Součástí výzkumu byly i otázky týkající se vnímání sociálního kontextu péče o nesoběstačné rodinné příslušníky - seniory neformálními pečovateli. Vzhledem k tomu, že většina, ne-li všechny lidské činnosti, se odehrávají v rámci určitých společenských struktur, lze očekávat, že odpovědi na otázky zaměřené tímto směrem poskytnou pohled na vnější okolnosti péče poskytované v domácím prostředí. Spolu s názory pečovatelů na motivaci péče by tak mohly dotvořit pohled na celkový kontext péče poskytované neformálními pečovateli v domácím prostředí.

Sociální dimenze neformální péče o seniory byla v odpovědích dotazovaných pečovatelů prezentována prostřednictvím reflexe jejich role pečovatelů. Tato reflexe se projevila jednak v tom, jak pečovatelé vnímali důsledky svého pečování z osobního a sociálního hlediska, dále pak prostřednictvím vnímání své role pečovatelů jako takové.

PO 1:

Podle vyjádření dotazované pečující osoby, ji šokovalo, jak se k ní postavili její známí, ale i rodina, když přestala pracovat, aby pečovala o svou matku. Podle svých slov ztratila společenský status – „já jsem vysokoškolačka, ale byla jsem degradována, jako bych byla parazit, kterého musí živit manžel“. Vztah k pečovatelům je, podle ní, odrazem současného společenského klimatu – „dříve patřilo k rodině, že se stará o seniory“.

Situace, kdy pečuje jen jeden člen rodiny, kazí rodinné vztahy. Sourozenci by se měli dohodnout na sdílení péče. K tomu však obvykle nedochází, a tak „zůstane jeden, který nemá žaludek na to utéct“. Pokud se stará jenom jeden rodinný pečovatel, je to pro něj „likvidační“. V péči by se měli střídát i ostatní členové rodiny. Pro pečující dceru osobně je důsledkem péče i skutečnost, že matka nedovolí, aby dotazovanou pečující dceru někdo v péči nahradil – „matka se ke mně chová naprosto jinak než k ostatním členům rodiny, dostala jsem se na pozici služky“.

PO 10:

„... musela jsem omezit všechno. Nemůžu nikam. Zacvičit si nebo jít si zaplavat. Někdo v rodině má svátek, narozeniny a já nemůžu jít koupit dárek. Závidím, že někdo... Takový ten pocit svobody mi chybí, po práci se jít někam podívat, něco si koupit. Nemůžu. Uvázaná jsem...“

PO 5:

„Jak mám hrozně málo času, tak mi už teď zbyla jenom ta práce, kterou nemůžu opustit, a částečně moje domácnost, která taky musí nějak fungovat, a ty kamarádi to teda odnesli, tak to se změnilo. Občas si napíšeme mejla a to je tak všechno, co dokážeme. To je docela, bych řekla, limitující, ale nedá se nic dělat.... V podstatě jsou dvě skupiny lidí, bych řekla. Ta první – já ty taky? Spousta mých kamarádů je na tom stejně jako já, tak se vždycky potkáme – tak co, jak jste na tom? Což je docela povzbuzující, protože víte, že v tom nejste sama. A ta druhá se vyděsí a jako polituje vás a v podstatě se o tom nechce moc bavit, protože vidíte na nich, jak jsou trochu vyděšení (popis reakce okolí na informaci o Alzheimerově nemoci matky – JH)... Já se s nima o tom nebavím. Když nemusím, tak o tom vůbec nemluví, protože je to naše věc a já s tím nechci nikoho obtěžovat. Kamarády z toho vyjímám, to je něco úplně jiného.“

PO 2:

„Každý den z práce jdu k mamince a tam trávím dvě – dvě a půl hodiny, takže... já jsem dřív trénovala (byla trenérkou moderní gymnastiky dětí mladšího školního věku – JH) a to jako už není možné, protože to byly dvě hodiny odpoledne a cokoli já mám odpoledne, tak je to pro mě téměř traumatizující záležitost, protože musím sehnat někoho, kdo k mamce zajde. Vždy selektuji to, co opravdu nejvíc chci nebo co je nutné, co musím. Okolí spíše udivuje, že si ten život takhle chci trávit. A já chci. Já si doopravdy vůbec nestěžuju. Já mám mamku strašně ráda a chci se jí věnovat.“

PO 7:

„Já se tím nikde nechlubím, že pečuji o mámu. Mý přítelkyně to, samozřejmě, věděj. Ale v tý mý pozici, když tady řídíte sto lidí, kdybych řekla, že pečuji, tak by to pro mě mohlo znamenat, jako když jste těhotná nebo máte děti. Tak ta společnost to vytváří tak, že hledá u toho šéfa nějaký mínusy. Říká si, že když se stará o tři děti, tak nemůže být dobrou šéfkou. Takže, když se stará o babi, tak nemůže být tak dobrou šéfkou, protože ona krade pracovní čas na úkor toho jinýho. Tohle já mám dobře zpracovaný, umím s tím pracovat, aby se mi to nestalo. Ale znamená to taky mlčet a ne říkat sekretářce, že jste celou noc nespala. V týto pozici si nemůžete dovolit žádný takovýto osobní sdělení, kdy si ulevujete nebo žvaníte, protože to využijí proti vám stoprocentně. A to bych ještě řekla, že tady (v organizaci, kde je zaměstnaná – JH) je velmi dobrý klima. Ale lidi jsou takový... Je asi velký rozdíl, když ta ženská zůstane z práce doma, tak ji každý lituje, ale když děláte náročnou práci, která se nedá dělat v osmi hodinách, tak za to něčím zaplatíte... zdravím, samozřejmě. Ale když si to takto rozhodnete, tak lidi ve vás nebudou vidět hrdinku. Ale jedni ve vás budou vidět blba, který nedá tu babičku do eldéenky (LDN – JH) a druzí vás budou vidět jako nějakého nadčlověka nebo něco, ale žádný tomu nebude rozumět, protože, když to nezažijete, je to nesdělitelné.“

Vnímání pečovatelské role jako výsledku nastavení osobních priorit byla další ze sociálních dimenzí neformálního pečování, která se objevila ve výzkumu.

PO 8:

„... v narážkách jsem se taky často setkala, že nemůžu to a ono, protože se starám o mámu, mám tam tchýni, ale to je na každým z nás, jak si ty priority nastavíme. To není o ničem jiném. Já podřizuji víkendy tomu, že když ještě žila máma, tak jsme ji každý víkend vozili k nám, nemohli jsme nikam jezdit. Ale já to neberu jako něco špatného, prostě tak to je... Ale to neberu jako něco, co by mě zatěžovalo (péče o tchýni – JH). My ji bereme na obědy, večere, když jdeme někam. My to bereme, jako něco přirozeného. Já to beru jako koloběh života a beru to jako něco, co je

naprosto přirozený. Dřív ty rodiny taky žily dohromady, to bylo normální. Vím, že spousta lidí se i stydí říct, že má doma nemocného člověka, nemocnou babičku, stydí se je brát s sebou. Já tohle neznám. My jsme všude brali jak tchýni, tak mámu. Tak já se k tomu stavím.“

Výzkum též poukázal na sociální dimenzi vnímání pečovatelské role v situaci, kdy je neformální pečovatel o nesoběstačného rodiče - seniora spíše manažerem péče než jejím přímým vykonavatelem. Komplexní péče o rodiče s omezenou soběstačností byla zajišťována prostřednictvím osobních asistentek na základě smlouvy se zařízením poskytujícím službu sociální péče.

PO 6:

„No, já nejsem moc velkej pečovatel. Já díky tomu, že Sue Ryder se o maminku postará, tak já tam chodím jako syn na synovské návštěvy.“

„My „obcujeme“ naprosto stejně, jako to bylo předtím (odpověď na otázku, zda v důsledku péče o matku nemusel nějak omezit svůj společenský život – JH). Ale díky vlastně celodenní péči, kterou my máme od devíti hodin do osmi hodin večer... Možná jsem jen trochu pozornější, že častěji volám, že prostě se snažím každé den máti zavolat a hlídám si, jestli je spokojená a když vycítím, že má slabší chvílky, tak se snažím zjistit, proč to je. Když je jí krušno, tak to přijímá jako součást lidského údělu a umí se s tím popasovat. Já si představuji, že až bude léto, tak holt s tou asistentkou bude jezdit ven, tak to vyjedou na těch kolečkách anebo já ji vezmu na nějakéj vejlet. Já si myslím, že my nejsme nějakéj složitěj případ z Vašeho hlediska.“

3.4 Diskuze

Výsledky výzkumu potvrdily relevantnost otázek spojených s podporou neformálních pečovatelů o seniory se sníženou soběstačností. Oslovení pečovatelé reflektovali své potřeby ve vztahu ke zkoumaným oblastem podpory, kterými byly informační a finanční oblast, podpora v oblasti sociálních služeb a dlouhodobých pobytových služeb sociální péče.

Ve vztahu k motivaci volby péče o rodiče - seniora v domácím prostředí, výsledky výzkumu poukázaly na faktory související se vztahem rodič - dítě, na socializační faktor (výchova v rodině), faktor nedůvěry k institucionální formě péče a faktor vázaný na osobu rodiče. Tyto faktory byly vymezeny i Přidalovou (2007). Na rozdíl od jejích zjištění (ibid) však faktor vázaný na osobu rodiče byl spojen s jeho zdravotním stavem, jenž se mohl pobytem v zařízení sociální péče výrazně zhoršit. V provedených rozhovorech byl vedle faktoru spojeného s osobou rodiče identifikován i faktor vázaný na osobu pečovatele. Tento faktor byl na jedné straně spojen s reflexí možných negativních důsledků rozhodnutí svěřit péči o rodiče pobytovému zařízení (pečovatele by trvale trápily pochybnosti o správnosti zvoleného řešení), na straně druhé s reflexí vlastního morálního přesvědčení, na základě kterého byla ústavní péče považována za nepřijatelnou. Latentní, nevyjádřené motivační faktory byly spojeny s péčí chápanou jako samozřejmá danost, která jakoby existovala vně nějakých struktur, případně s absencí rozhodování se v důsledku náhle vzniklé potřeby péče. Faktor samozřejmosti též působil zároveň s morálními důvody péče o seniora.

Motivační faktory lze považovat za jeden z vlivů, které se promítly do celkové strategie jednání pečujících osob. Tak například pečovatelé ve vztahu k sociálním službám preferovali jejich terénní formu. Výzkum přinesl zjištění, že dotazovaní pečovatelé využívali pro usnadnění péče službu osobní asistence a pečovatelskou službu, jako služby poskytované v domácnostech seniorů. Vzhledem k tomu, že vedle role pečovatele se oslovení respondenti realizovali zároveň i ve svých profesních rolích, lze usuzovat, že využívané sociální služby představovaly primárně podporu z hlediska snadnějšího výkonu obou rolí dotazovaných než skutečného odlehčení od péče. Tento závěr koresponduje s obecnou tendencí větší participace žen jako typických pečovatelek o seniory na trhu práce projevující se v ekonomicky vyspělých zemích od 70. let minulého století a s ní spojenou potřebou sladění soukromého a pracovního života. Výzkum rovněž potvrdil zjištění, na něž upozorňuje řada výzkumů, a to že dominantní podíl v péči o seniory mají

ženy. V českém prostředí na tuto skutečnost již poukázaly Tošnerová (2001) nebo Přidalová (2006). Jinou formou podpory, kterou by pečující osoby v péči o nesoběstačného rodiče ocenily, by byla ambulantní forma odlehčovacích služeb v podobě možnosti umístit rodiče přes den do denního stacionáře. To rovněž odpovídá zjištěním Přidalové (2007). Z provedených rozhovorů dále vyplynulo, že pečovatelé by také ocenili možnost využívat terénní formou některé služby osobního charakteru pro seniory, o které se starají. Uvedené zjištění odpovídá zjištěním, které ve své studii prezentovali Stoltz, Udén a Willman (2004), o nedostatku služeb, které by více odpovídaly individuálním potřebám jak pečujících osob, tak i recipientů péče.

V preferenci terénních forem sociálních služeb zjištěných ve výzkumu k diplomové práci se projevil i faktor značné ochoty dospělých dětí pečovat v domácím prostředí o své přestárlé rodiče odkázané na pomoc druhých. Tato skutečnost již byla konstatována Veselou (2002) na základě dřívějších výzkumů. Pečovatelé uvažovali o využití ústavní péče až jako o poslední možnosti, jež je akceptovatelná pouze v situaci, kdy dojde k takovému zhoršení zdravotního stavu seniora, že péče v domácím prostředí už pro něj nebude přínosná. Zjištění vyplývající z výzkumu k diplomové práci naznačují zároveň relativně dobrý stav mezigenerační solidarity v české společnosti. Tuto skutečnost však z povahy kvalitativního výzkumu nelze generalizovat.

Přetrvávající mezigenerační solidaritu je možné považovat pravděpodobně i za faktor, který do značné míry určuje velkou ochotu pečujících dospělých dětí přispět svému nesoběstačnému rodiči na úhradu nákladů péče přesahujících výši příspěvku na péči, což rovněž vyplynulo z výzkumu k této práci. V jednom z rozhovorů zazněl i názor, že finanční přispívání na péči by primárně mělo být povinností vlastní rodiny seniorů. Tento názor koresponduje se zjištěními vyplývajícími z empirického šetření Kuchařové (2002), zaměřeného na sociálně-ekonomické podmínky života ve stáří. Jedním z výstupů zmíněného šetření bylo zjištění, že pomoc dětí jejich přestárlým rodičům má řadu forem závislých na věku a zdraví rodičů. Přitom jednou z forem je i finanční pomoc, jak při běžných výdajích, tak i větší finanční výpomoc. Pečovatelé oslovení v rámci výzkumu provedeného jako součást této práce uváděli ve vztahu k příspěvku na péči jeho nedostatečnou výši z hlediska pokrytí nákladů na péči. Finanční podporu by dotazovaní pečovatelé uvítali zejména nepřímou - ve formě úlev v úhradách za léky, zdravotní pomůcky či levnějších paušálních plateb za telefon pro seniory. Řešení systémového charakteru bylo prezentováno v názoru požadujícím finanční podporu spíše pro zařízení poskytující sociální služby a profesionální pečovatele než pro neformální pečující.

Z výzkumu dále vyplynulo, že pokud se jedná o příspěvek na péči, ten z hlediska své výše nemůže sloužit jako jediný zdroj příjmu neformálního pečovatele v případě, že by se ukázalo nevyhnutným, aby poskytoval celodenní péči svému závislému rodiči pouze vlastními silami. V České republice je přitom poskytování péče osobě - příjemci příspěvku na péči neformálním pečovatelem považováno za placenou činnost hrazenou z veřejných zdrojů, jak na to upozorňuje ve své studii s odkazem i na jiné autory Kubalčíková (2012).

S problematikou finanční podpory souvisí aspekt finanční dostupnosti sociálních služeb. Výsledky provedeného výzkumu prokázaly, že pokud se jedná o reálně potřebnou dobu, po kterou by měla být péče o seniora zajišťována profesionální pečovatelkou v domácím prostředí, je financování využívaných služeb osobní asistence pro některé pečovatele náročné, a snižuje tak jejich pečovatelskou zátěž jen částečně.

Zjištění z výzkumu potvrdily relevantnost tématu informační podpory pro neformální pečovatele. Objevila se existence poměrně velké informační asymetrie v neprospěch pečujících osob, spojené se vznikem sociální události, v jejímž důsledku se významně snížila soběstačnost rodiče – seniora (obvykle se jednalo o zhoršení zdravotního stavu), a vznikla tak nutnost poskytování péče. Pro pečovatele by měla podpůrný efekt především možnost přístupu k informacím týkajícím se sociální a zdravotní péče z jednoho místa, což předpokládá určitou soustředěnost informací zdravotnického a sociálního charakteru. Existence velkého informačního rozptylu pravděpodobně koreluje se vzájemnou nepropojeností a nekoordinovaností obou systémů, do jejichž kompetence patří péče o seniory, tj. zdravotního a sociálního, a rovněž s vnitřní nepropojeností jednotlivých složek každého systému. Z výzkumu dále vyplývá zjištění, že ani masivní využívání internetu za účelem získávání informací, což je typické pro současnou společnost, nemusí snižovat náklady (kam patří i tzv. transakční náklady¹⁰ v pojetí institucionální ekonomie) neformálních pečovatelů na opatření si potřebných informací. A to především v případě, že chybí dostupnost informací z hlediska jejich propojenosti a koncentrace. Jiným zjištěním získaným provedeným zkoumáním je potřebnost informační podpory pečovatelů z hlediska toho, jak pečovat o nesoběstačného rodiče. Informace tohoto typu by ocenili zejména pečovatelé, jejichž rodič trpí nějakou specifickou nemocí, u které lze očekávat těžší průběh a vývoj směrem ke zhoršení. Ve výzkumu k této diplomové práci se jednalo o Alzheimerovu nemoc či jiný typ demence. Někteří z těchto pečovatelů pociťovali velkou

¹⁰ Transakční náklady jsou náklady na vyjednávání, kontrolu, měření či fungování transakcí a na vyhledávání informací (Mlčoch, 1996), protože lidé (Williamson, 1981: 553) „zažívají omezení při řešení komplexních problémů a zpracování informací (jejich získávání, udržování, obnovování a přenášení)“, jelikož nemohou být vševědoucí.

nejistotu v důsledku nedostatku informací o vývoji nemoci. Proto přesně nevěděli, jaké nároky na péči budou vyžadovat další stádia vývoje těchto nemocí. Tyto výsledky korespondují se zjištěními publikovanými ve studii McLaughlin et al. (2010) o výzkumu, který byl zaměřen na problematiku potřeb neformálních pečovatелů o seniory s Parkinsonovou nemocí v Severním Irsku. Rodinní pečovatелé v rozhovorech poukazovali na potřebu mít přístup ke „specifickým informacím týkajícím se vývoje a projevů nemoci, medikace a jejích vedlejších účinků či pokroku v léčebných metodách, což by jim pomohlo připravit se na budoucnost“ (ibid: 180).

Jiným zjištěním, které vyplynulo z provedeného výzkumu je, že pečující osoby neprojevovaly zájem o účast ve svépomocných skupinách, které považovaly vzhledem ke svému vytížení v důsledku pracovních povinností a povinností vyplývajících z péče o seniora za příliš časově náročné. Sdílení zkušeností v rámci účasti ve svépomocných skupinách bylo považováno za nevhodné též vzhledem k intimní povaze péče.

V potřebách neformálních pečovatелů ve vztahu k dlouhodobým pobytovým službám pro seniory dominovaly dvě oblasti: (1) podmínky péče a prostředí v pobytových zařízeních a způsob a (2) zaměřenost v poskytování péče. Ve vztahu k podmínkám péče a prostředí pobytových zařízení výzkum potvrdil z hlediska pečovatелů význam nejen bezpečného a bezbariérového prostředí, ale i význam celkové estetičnosti prostředí, v kterém by jejich nesoběstační rodiče měli pobývat v případě, že jim zhoršený zdravotní stav již neumožní pobývat v domácím prostředí. Velmi jasně pečovatелé vnímali i relevantnost způsobu péče a toho, na co zejména má být zaměřena. Pečovatelé preferují péči zaměřenou na sociální aktivizaci seniorů, na udržování a podporu jejich funkčních schopností v oblastech, které jsou ještě zachovány, a to co nejdříve. Ústavní péče by měla vycházet z principu, jehož smyslem je prevence vzniku ještě větší závislosti na pomoci jiných lidí než té, která jí předcházela a která, jak vyplynulo z výzkumu, do značné míry spoluurčovala důvody umístění seniorů do zařízení dlouhodobé pobytové péče. Uvedené názory pečovatелů potvrzují opodstatněnost modelu politiky evropských zemí ve vztahu k seniorům, který staví na individualizované pomoci a podpoře, jež pomáhá udržet a případně i obnovit rovnováhu mezi jedincem a prostředím, v němž žije, na což poukazuje Kubalčíková (2006), která odkazuje též na jiné autory. Prostředí ústavních zařízení, jak ve významu vnějšího prostředí, kde se péče o seniory odehrává, tak ve významu probíhajících sociálních interakcí mezi klienty a profesionálními pečovateli, nesmí vést k předčasné ztrátě funkčního potenciálu starých lidí, kteří v něm pobývají.

Z hlediska potřeb pečovatелů ve vztahu k pobytové respitní péči přinesl výzkum zjištění, že primární funkce této péče, pokud je poskytována dlouhodobě a je přitom spojena se zdravotní péčí například v podobě rehabilitace, spočívá v podpoře a případně i v obnovení funkčních schopností recipienta péče. Spotřebitelem péče v takovém případě není pečovatel, kterému by měla poskytnout úlevu od pečování. Uvedené zjištění vyplynulo z rozhovoru s jednou z pečujících osob, kterou byla manželka seniora využívajícího pobytovou formu respitní péče v jednom z pražských zařízení sociální péče. Jiní pečovatelé neměli bezprostřední zkušenost s tímto typem péče.

Výzkum k předkládané diplomové práci přinesl rovněž některé poznatky o vnímání sociálního kontextu pečování o seniory v domácím prostředí samotnými pečovateli. Jak už bylo zmíněno v předchozí části textu, sociální kontext péče spolu s motivací péče může přispět k pochopení celkového rámce, ve kterém se neformální péče odehrává. Z rozhovorů s neformálními pečovateli vyplynulo, že sociální dimenze byla přítomna ve vnímání důsledků, které pro ně mělo pečování o nesoběstačného rodiče. Pečovatelé zmiňovali nutnost omezení svého společenského života a jiných mimopracovních aktivit kvůli zajištění potřeb jejich rodičů se sníženou soběstačností. Protože většina dotazovaných pečovatелů byla ekonomicky aktivní, neprojevovala se sociální dimenze péče v podobě sociální izolace pečovatелů, případně pocitů strachu ze sociální izolace, jak na to upozorňují Stoltz, Udén a Willman (2004). Pečovatelé dotazovaní v rámci výzkumu k této diplomové práci se necítili sociálně izolovanými, nicméně z jejich výpovědí lze usuzovat na jistou osamocenost v rámci společenského prostředí, v kterém se pohybovali, včetně prostředí širší rodiny. Faktor osamocenosti se projevoval prostřednictvím reflexe určité míry nepochopení jejich způsobu života výrazně determinovaného potřebami jejich rodičů, kterému byli vystaveni ze strany kolegů, známých či rodiny. Pečovatelé na základě svých zkušeností zmiňovali různou míru tohoto nepochopení, jehož projevy se pohybovaly od údivu až po projevy vyvolávající v pečovateli pocity degradace či ztráty společenského statusu. Faktor osamocenosti se projevil též prostřednictvím pocitů psychického diskomfortu způsobeného omezením svobody rozhodovat o svém volném čase. Faktor osamocenosti se projevil i ve strategii jednání pečující osoby ve vysoké manažerské pozici, jejíž jednání bylo determinováno úsilím vyhnout se vzniku podezření z konfliktu rolí manažera a pečovatele u svých podřízených.

Zajímavé zjištění ve vztahu k sociální dimenzi péče, jež vyplynulo z výzkumu k problematice podpory neformálních pečovatелů, se týkalo pojetí péče, které lze konceptualizovat jako „manažerské pojetí neformální péče“ o seniora odkázaného na

pomoc jiné osoby. Neformální pečovatel – manažer péče – organizuje a zajišťuje péči o svého starého rodiče především po finanční a materiální stránce. Přímý výkon péče je tak na profesionálovi - osobním asistentovi, jehož péče má komplexní charakter a je poskytována v časovém rozsahu, který skutečně odpovídá potřebám seniora i potřebám neformálního pečovatele. Zkušenosti pečovatele – manažera péče – lze pak jen velmi obtížně srovnávat se zkušenostmi pečovatelů, jejichž „údělem“ je frekventovaně prožívaná zkušenost nejen z organizace a finančního přispívání na péči, což jsou činnosti, které obvykle podmiňují péči jako takovou, ale i z přímé starostlivosti o seniora. Pokud se jedná o podporu péče, potřeby pečovatele – manažera péče – se často omezují jen na podporu ze strany sociálních služeb v podobě jejich dostatečného zastoupení na trhu v rámci nabídky zařízení poskytujících služby sociální péče či domácí zdravotní péče s garantovanou kvalitou.

Jiným aspektem sociálního kontextu péče o závislého rodiče - seniora byla podpora rodiny, kterou dotazovaní pečovatelé v rozhovorech vnímali jako formu podpory, jež jim pomáhá v jejich pečovatelské roli nejvíc. V kontextu výzkumu k této diplomové práci lze tuto formu pomoci považovat především za vnější okolnost, která výrazným způsobem snižuje pečovatelskou zátěž a pomáhá pečovatelům sladit pečovatelskou roli s jejich dalšími sociálními rolemi.

4. Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou potřeb a podpory neformálních pečovatелů starajících se o své rodiče v seniorském věku odkázané z důvodu snížené soběstačnosti na pomoc a péči jiných osob. Jejím cílem byla analýza potřeb pečujících osob jako neformálních pečovatелů, a to jak v širším kontextu problematiky podpory neformálním pečovatелům, tak i ve vztahu k některým konkrétním formám podpory.

Téma podpory neformálních pečovatелů bylo v teoretické části pojednáno v návaznosti na problematiku stáří, potřeb seniorů a problematiku péče o seniory z hlediska jejích hlavních vývojových trendů. Dalším tématem pojednávaným v teoretické části práce je podpora neformálních pečovatелů z hlediska existujících forem a dále pak ve vztahu ke specifické formě podpory, kterou je respitní péče. Smyslem této péče je umožnit neformálním pečovatелům nezbytný odpočinek a snížit tak zátěž spojenou s pečováním o závislé seniory.

Empirická část diplomové práce se zabývala přiblížením a analýzou výsledků výzkumu zaměřeného na zjišťování potřeb a na zkoumání situace v oblasti využívání podpory ze strany neformálních pečovatелů o seniory. Hlavním cílem empirické části práce bylo představení a analýza potřeb ve vybraných oblastech podpory neformálních pečovatелů. Tento cíl byl dále rozpracován do dílčích cílů zaměřených na potřeby podpory neformálních pečovatелů v informační a finanční oblasti, v oblasti podpory ze strany sociálních služeb a v oblasti podpory ve vztahu k dlouhodobým pobytovým službám pro seniory. K získání náhledu na celkový kontext neformální péče o seniory byla pozornost věnována též otázkám motivace péče a vnímání sociálního kontextu péče poskytované rodinnému příslušníkovi - seniorovi odkázanému na pomoc samotným pečovatelem.

Ve výzkumu byla použita kvalitativní výzkumná technika polostandardizovaného rozhovoru.

Na základě analýzy výsledků výzkumu lze konstatovat, že stanovené cíle diplomové práce byly naplněny. Z rozhovorů realizovaných s deseti neformálními pečovateli o závislé seniory vyplynula zjištění potřeb těchto pečovatелů v oblastech, na které byl výzkum zaměřen, a rovněž forem podpory, které by jim pomohly při zajišťování či přímém poskytování péče nesoběstačným rodinným příslušníkům v seniorském věku. Nejvíce požadovanými formami podpory, které lze identifikovat na základě provedených rozhovorů, byly informační podpora, podpora z hlediska možnosti využívat denního stacionáře jako ambulantní formy odlehčovacích služeb, podpora ve vztahu k možnosti

využívat terénních forem sociálních služeb a služeb osobního charakteru a opatření ze strany služeb dlouhodobé pobytové péče o seniory, která by měla být primárně zaměřena na podporu a co nejdelší udržení funkčního potenciálu seniorů. V oblasti finanční podpory byla preferovanou formou nepřímá finanční podpora. Pečující osoby naopak neprojevíly zájem o účast ve svépomocných skupinách.

Mezi motivačními faktory, které determinovaly rozhodnutí neformálních pečovatелů pečovat o seniora v domácím prostředí, lze identifikovat faktory související se vztahem rodič – dítě, socializační faktor, faktor nedůvěry k institucionální formě péče, faktory vázané jak na osobu rodiče, tak i na osobu pečovatele. Významným faktorem, který dokresloval sociální kontext péče o seniory v domácím prostředí, byl faktor nazvaný faktorem osamocnosti, který odkazoval na určitou míru nepochopení a nesdílené zkušenosti, kterou pociťovali pečovatелé ze strany svého bezprostředního sociálního okolí.

Vzhledem k tomu, že ve stávajícím společenském diskurzu není téma potřeb a podpory neformálních pečovatелů zastoupeno v míře, která by odpovídala jeho významu, jenž bude vzhledem k očekávanému demografickému vývoji v dalších letech narůstat i ve vztahu k potřebě řešení dlouhodobé péče o seniory, vedou zjištění z výzkumu k této diplomové práci k některým úvahám týkajících se námětů pro zkvalitnění a rozvoj vybraných forem podpory neformálních pečovatелů.

Výsledky výzkumu především poukázaly na nutnost věnovat pozornost informační potřebě neformálních pečovatелů. Velká rozptýlenost informací o nárocích a možnostech, které lze využít v oblasti služeb zdravotní a sociální péče, podporuje už i tak značnou informační asymetrii v neprospěch pečovatелů, kteří musí obvykle čelit potřebě zajištění péče o seniora náhle, a nebývají na tuto situaci připravení. Informační podpoře neformálních pečovatелů by tudíž měly věnovat pozornost jak orgány veřejné správy, tak tato oblast nabízí prostor pro rozvoj i pro zařízení poskytující sociální služby. Informační podpora by měla být zacílena na zpřístupňování informací v soustředěné podobě, přičemž lze využít dominantní roli internetu, který je možno použít pro internetové poradenství zacílené na problémy neformálních pečovatелů. V nemenší míře by pečující podpořilo, pokud by měli přístup k informacím reflektujícím specifika některých nemocí postihujících ve zvýšené míře osoby v seniorském věku, jako jsou například Alzheimerova nemoc a jiné typy demence. Vhodnou formou získávání tohoto druhu informací mohou být i vzdělávací akce typu seminářů či pravidelných školení. Neformálním pečovatелům by případně mohl být nápomocný i sociální pracovník - case manažer, který by zprostředkoval pečovatелům všechny potřebné informace a koordinoval zdravotní a sociální péči.

Koordinátor (case manažer) zdravotní a sociální péče by mohl významně podpořit neformální pečovatele především vzhledem ke zjištění, které poukazuje na to, že stávající zdravotní a částečně i sociální systém je z hlediska pravidel příliš rigidní na to, aby umožňoval řešení nestandardních případů při zajišťování zdravotní a sociální péče.

Výzkum též potvrdil, že neformálním pečovatelům, jedná-li se o péči zajišťovanou dospělými dětmi jejich závislým rodičům, vyhovuje hybridní model péče. V něm je péče sdílena neformálními pečovateli a formálními službami sociálními, případně službami zdravotními. V rámci tohoto modelu se jeví jako nanejvýš vhodné posilovat nejen prvek terénních sociálních služeb, ale i prvek ambulantních služeb, konkrétně denní stacionáře, kde by senioři mohli pobývat alespoň v některých dnech týdne, což by pečovatelům pomohlo lépe koordinovat péči s ostatními pracovními a rodinnými povinnostmi. Co se týče denních stacionářů, poptávka ze strany pečujících vychází z potřeby časově a organizačně flexibilního provozu denních stacionářů při zachování komunitního charakteru této služby, tj. stacionáře by měly obsluhovat komunitu v příslušné lokalitě, tak aby byly dostupné i z hlediska vzdálenosti, což je důležité zejména ve velkých městech. Péče poskytovaná ve stacionářích by měla respektovat potřeby zachování „přirozenosti“ jejich prostředí (vhodný interiér, možnost pohybu klientů ve vnějším prostředí apod.).

Ve vztahu k dlouhodobým pobytovým službám sociální péče výzkum provedený v rámci této diplomové práce ukázal, že neformální pečovatelé preferují způsob péče zaměřený na podporu a udržení funkčních schopností jednotlivých klientů - seniorů, čemuž odpovídá koncept individualizace péče. V rámci poskytování dlouhodobých pobytových služeb se tedy jeví jako nezbytné posilovat v zařízeních tohoto typu péče prvek individuálního a holistického přístupu ke klientům.

Význam pojednávaného tématu podpory neformálních pečovatelů v péči o seniory neodpovídá jeho malému zastoupení v českém společenském a odborném diskurzu. Rozhodně by zasluhovalo, aby mu byla věnována obdobná pozornost, jaká je mu věnována v diskurzu ekonomicky vyspělých evropských a mimoevropských zemí, kde se v posledních letech stalo toto téma též předmětem řady kvalitativních a kvantitativních výzkumů.

Bibliografie

Bailey, Donald B. Jr., Rune J. Simeonsson. 1988. „Assessing needs of families with handicapped infants“. *The Journal of Special Education* 22 (1): 117-127.

Burton-Smith, Rosanne, Keith R. McVilly, Marie Yazbeck, Trevor R. Parmenter & Takao Tsutsui. 2009. „Service and support needs of Australian carers supporting a family member with disability at home“. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 34 (3): 239-247.

Giddens, Anthony. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo.

Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Havrdová, Zuzana, Martin Hajný et al. 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén.

Health care comes home: the human factors. 2011. Washington, D.C.: National Academies Press.

Hendl, Jan. 1997. *Poznávání pomocí kvalitativního výzkumu*. [online]. Praha: UK FTVS [cit. 2013-04-07]. Dostupné z: <<http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/index1>>.

Hyhlík, František, Milan Nakonečný. 1973. *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Jardim, Claudia, Kenneth I. Pakenham. 2009. „Pilot investigation of the effectiveness of respite care for carers of an adult with mental illness“. *Clinical Psychologist* 13 (3): 87-93.

Jardim, Claudia, Kenneth I. Pakenham. 2010. „Carers' views on respite care for adults with mental disorders“. *Advances in Mental Health* 9 (1): 84-97.

Jegermalm, Magnus. 2002. „Direct and Indirect Support for Caregivers: Patterns of Support for Informal Caregivers to Elderly People in Sweden“. *Journal of Gerontological Social Work* 38 (4): 67-84.

Jeřábek, Hynek a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.

Jeřábek, Hynek. 2009. „Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty“. *Sociologický časopis* 45 (2): 243–265.

Kubalčíková, Kateřina. 2000. „Služby pro seniory závislé na pomoci jiné osoby“. *Sociální studia* (5): 165-173.

Kubalčíková, Kateřina. 2006. *Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“*. [online]. Brno: Magistrát města Brna [cit. 2013-02-22]. Dostupné z: <<http://socialnipece.brno.cz/texty/25/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-skupiny/>>.

Kubalčíková, Kateřina. 2012. „Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby“. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* (4): 89-101.

Kuchařová, Věra. 2002. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: Socioklub; Praha: VÚPSV.

Langmeier, Josef, Dana Krejčířová, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.

Malíková, Eva. 2011. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.

Matoušek, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

McLaughlin, Dorry, Felicity Hasson, W George Kernohan, Mary Waldron, Marian McLaughlin, Barbara Cochrane, Helen Chambers. 2010. „Living and coping with Parkinson´s disease: Perceptions of informal carers“. *Palliative Medicine* 25 (2): 177-182.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2003. *Bílá kniha v sociálních službách. Konzultační dokument*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2013-06-01]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2013-02-28]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

Mlčoch, Lubomír. 1996. *Institucionální ekonomie (učební text pro studenty vysokých škol)*. Praha: Karolinum.

Možný, Ivo a kol. 2004. *Mezigenerační solidarita: výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu „Hodnota dětí a mezigenerační solidarita“*. Praha: VÚPSV.

Nakonečný Milan. 1995. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

Nešporová, Olga, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV.

Novosad, Libor. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.

O'Connell, Beverly, Mary Hawkins, Joan Ostaszkiwicz, Lynne Millar. 2012. „Carers' perspectives of respite care in Australia: An evaluative study“. *Contemporary Nurse* 41 (1): 111-119.

Pickard, Linda. 2001. „Carer Break or Carer-blind? Policies for Informal Carers in the UK“. *Social Policy & Administration* 35 (4): 441-458.

Průša, Ladislav a kol. 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV.

Přidalová, Marie. 2006. „Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů? Caring for old parents – new life stage of younger seniors?“ *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* (2): 68-81.

Přidalová, Marie. 2007. „Motivy k péči o stárnoucí rodiče.“ *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* (3): 87-96.

Rabušic, Ladislav, Lenka Vohralíková. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV, Výzkumné centrum.

Sak, Petr, Karolína Kolesárová. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.

Salin, Sirpa, Marja Kaunonen, Päivi Åstedt-Kurki. 2009. „Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care“. *Journal of Clinical Nursing* 18 (4): 492-501.

Simon, Chantal. „Support for older people and their carers“. *InnovAiT* 4 (8): 450-457.

Stoltz, Peter, Giggy Udén, Ania Willman. 2004. „Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review“. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (2): 111-119.

Svobodová, Kamila. 2008. „Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory“. In: Olga Nešporová, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, s. 9-22.

Šafránková, Pavla. 2002. „Pojednání o respitní péči“. *Speciální pedagogika* 12 (4): 251-258.

Tošnerová, Tamara. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha.

Veselá, Jitka. 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV.

Vidovičová, Lucie. 2008. „Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém“. In: Olga Nešporová, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, s. 23-43.

Williamson, Oliver. 1981. „The economics of organization: the transaction costs approach“. *The American Journal of Sociology* 87 (3): 548-577.

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

Přílohy

Příloha č. 1 Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 Scénář rozhovoru

Projekt diplomové práce

Příjmení a jméno: Huňová Jana, PhDr.

Osobní číslo: 24091145

Imatrikulační ročník: 2011/2012

Název diplomové práce: Podpora neformálních pečovatelů v oblasti péče o seniory

Formulace problému

Diplomová práce se bude zabývat problematikou potřeb pečujících osob, které budou zkoumány v návaznosti na využívání odlehčovacích služeb poskytovaných v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory. Relevantnost tématu vyplývá z očekávaných trendů demografického vývoje, který je ve většině evropských zemí spojen negativním indexem stárání, což se ve věkové struktuře obyvatel projevuje převahou počtu osob starších 60 let nad počtem osob ve věkové kategorii do 15 let. Z tohoto důvodu lze očekávat růst významu a rozsahu služeb sociální péče zaměřených na populaci seniorů a také vzrůstající roli neformálních pečovatelů. Služby sociální péče o seniory se tak stávají předmětem zájmu jak teoretiků a praktiků profesionálů v dané oblasti, tak i samotných seniorů a jejich rodin. Jedním z typů sociální péče jsou i odlehčovací služby, jejichž smyslem je poskytnout nezbytný odpočinek neformálním pečovatelům, kterými jsou obvykle rodinní příslušníci seniora.

Cílem diplomové práce bude analýza potřeb pečujících osob v roli neformálních pečovatelů jak ve vztahu k odlehčovacím službám o seniory, tak v širším kontextu. Na základě výsledků výzkumu budou formulována doporučení pro zkvalitnění pobytové formy odlehčovací služby a rovněž formulovány náměty dalších forem podpory neformálních pečovatelů v oblasti péče o seniory.

Teoreticko - metodologické východisko

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou odlehčovací služby chápány jako terénní, ambulantní či pobytové služby, poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, obvykle v rodině. Tento typ

služeb je ustanoven s cílem umožnit lidem pečujícím o své blízké nezbytný odpočinek. Z uvedeného pojetí vyplývá, že odlehčovací služby v sobě zahrnují jednak aspekt vlastního odlehčení od pečovatelské zátěže neformálními pečovateli, a rovněž tak pečovatelský aspekt vázaný na péči poskytovanou v rámci některého z typů odlehčovací péče.

Obecně význam služeb sociální péče ve vyspělých zemích roste od druhé poloviny 20. století a souvisí zejména s demografickým stárnutím populace, s kterým se tyto země ve stále větší míře potýkají. Věková struktura obyvatelstva se v těchto zemích postupně mění ve prospěch seniorů, přičemž klesá podíl dětí mladších 15 let. Tomuto trendu odpovídá i vývoj věkové struktury obyvatelstva České republiky, kdy od roku 1997 začíná postupně převažovat poproduktivní složka obyvatelstva nad populací do 15let věku¹. Z výše uvedeného vývoje lze usuzovat, že poroste i počet lidí, kteří budou z důvodu věku a snížené soběstačnosti odkázáni na péči dalších osob.

V tomto kontextu prudce stoupá význam neformálních pečovateli o seniory a jejich rodin a role odlehčovacích služeb jako významné formy jejich podpory. Nedochozí tak k předčasnému zprerhání původních sociálních vazeb, což představuje jeden z pozitivních aspektů při posuzování kvality života seniorů. Pro neformální pečovatele využívající služby zařízení respitní péče má význam možnost vybrat si určitý „oddechový čas“ potřebný pro regeneraci psychických a fyzických sil. Je obecně známo, že syndrom vyhoření se netýká jen profesionálů pečujících o lidi se sníženou soběstačností v ústavních zařízeních případně v jejich vlastních domovech, ale z dlouhodobého hlediska doléhá pečovatelská zátěž v nemenší míře i na pečující rodinné příslušníky. V tomto smyslu se jedná o podporu životní pohody (well being) jakožto subjektivně prožívaného aspektu kvality života neformálních pečovateli. Význam respitní péče lze posuzovat i z hlediska růstu významu služeb sociální péče o seniory obecně. Tento trend je ovlivňován výše zmiňovaným demografickým vývojem očekávaným ve vyspělých zemích v nejbližších desetiletích. V nemenší míře má na něj vliv i prodlužování ekonomicky aktivního období v životě střední generace. Mnoho pečovateli, a zejména pečovatelek, z řad rodinných příslušníků je konfrontováno s nutností volby mezi zaměstnáním a péčí o seniora. Z hlediska zajištění účinné podpory klientů seniorů a jejich neformálních pečovateli je nezbytné z hlediska společnosti vytvořit takové podmínky pro péči, které reagují na specifika potřeb obou cílových skupin. Z tohoto důvodu je nutné zkoumat a

¹Svobodová, Kamila. 2008. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory. In: Olga Nešporová, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, s.9-22.

analyzovat nejen potřeby klientů, ale i jejich neformálních pečovateli, které by se měly zohlednit při koncipování jak odlehčovacích služeb, tak i dalších forem podpory.

Výzkumné metody

Praktická část diplomové práce se bude opírat o kvalitativní metody výzkumu. Budou použity techniky polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovory budou provedeny s neformálními pečovateli klientů seniorů využívajících pobytovou odlehčovací službu ve vybraném zařízení sociální péče v Praze.

Předběžná struktura diplomové práce

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na analýzu problematiky stáří a seniorů v širším sociálně ekonomickém kontextu. Pozornost bude rovněž věnována službám sociální péče z hlediska potřeb jak cílové skupiny klientů seniorů, tak neformálních pečovateli. Na základě studia odborných informačních zdrojů bude teoretická část diplomové práce věnována rovněž problematice podpory neformálních pečovateli v zahraničí.

Praktická část bude zaměřena na analýzu potřeb neformálních pečovateli ve vztahu k odlehčovacím službám s cílem formulovat doporučení pro zkvalitnění pobytové formy odlehčovací služby a poskytnout náměty dalších forem podpory neformálních pečovateli v oblasti péče o seniory.

Bibliografie

Bovenberg, Lans, Arthur van Soest, Asghar Zaidi (eds.). 2010. *Ageing, health and pensions in Europe: an economic and social policy perspective*. Houndmills: Palgrave Macmillan.

Colantonio, Angela, Adam J. Kositsky, Carole Cohen, Lee Vernich. 2001. „What support do caregivers of elderly want? Results from the Canadian study of health and aging“. *Canadian Journal of Public Health* 92 (5): 376–379.

Haškovcová, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Haškovcová, Helena. 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén.

- Jardim, Claudia, Kenneth I. Pakenham. 2010. „Carers' views on respite care for adults with mental disorders“. *Advances in Mental Health* 9 (1): 84-97.
- Jardim, Claudia, Kenneth Pakenham. 2010. „Carers of adults with mental illness: Comparison of respite care users and non-users“. *Australian Psychologist* 45 (1): 50-58.
- Jeřábek, Hynek. 2009. „Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty“. *Sociologický časopis* 45 (2): 243–265.
- Langmeier, Josef, Dana Krejčířová, 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Nešporová, Olga, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV.
- Průša, Ladislav a kol. 2010. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012-2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV.
- Přidalová, Marie. 2006. „Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů? Caring for old parents – new life stage of younger seniors?“ *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci* 2006 (2): 68-81.
- Sak, Petr, Karolína Kolesářová. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.
- Salin, Sirpa, Marja Kaunonen, Päivi Åstedt-Kurki. 2009. „Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care“. *Journal of Clinical Nursing* 18 (4): 492-501.
- Svobodová, Kamila. 2008. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory. In: Olga Nešporová, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, s. 9-22.
- Veselá, Jitka. 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV.

Scénář rozhovoru

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou potřeby neformálních pečovatelů v oblasti podpory péče o seniory v domácím prostředí?

Úvodní otázky:

Věk seniora?

Pobírá senior příspěvek na péči? Pokud ano, v jakém stupni?

Věk pečovatele?

Typ příbuzenského vztahu mezi pečujícím a seniorem?

Rozvíjející výzkumné otázky:

1. Jaké potřeby mají neformální pečovatelé v oblasti informační podpory?
2. Jaké jsou potřeby neformálních pečovatelů v oblasti finanční podpory?
3. Jaké jsou potřeby neformálních pečovatelů z hlediska podpory ze strany sociálních služeb?
4. Jak si neformální pečovatelé představují podporu z hlediska dlouhodobé pobytové péče o seniory?

Jaký byl hlavní důvod, který ovlivnil rozhodnutí pečujícího pečovat o svého otce (matku, manžela/manželku, případně jiného příbuzného) v domácím prostředí?

Mají neformální pečovatelé dostatek informací potřebných k péči o seniora?

Jaký typ informací neformální pečovatelé nejvíce postrádají?

Potřebují neformální pečovatelé informační podporu?

Jakou formu by měla mít informační podpora (např. vzdělávání, proškolení, jednorázové informace)?

Je příspěvek na péči dostačující na pokrytí nákladů spojených s péčí o seniora?

Potřebují neformální pečovatelé finanční podporu?

Jaká forma finanční podpory by nejvíce odpovídala potřebám pečujících ve vztahu k péči o seniora?

Jaké sociální služby využívají neformální pečovatelé?

Odpovídají sociální služby potřebám pečujících osob z hlediska finanční dostupnosti?

Jaký je primární účel sociálních služeb, které pečovatelé využívají v péči o seniora?

Jaké jsou zkušenosti neformálních pečovatelů se službami respite péče?

Uvítali by pečující možnost využívání respite služeb?

Jakou formu respite služeb by pečující preferovali?

Uvažují neformální pečovatelé o využití dlouhodobých pobytových služeb pro seniory?

Jaké by měly být podmínky a způsob péče v dlouhodobém pobytovém zařízení pro seniory, aby pečující mohli s důvěrou umístit seniora, o kterého se starají do daného zařízení (např. materiální podmínky péče, vybavenost zařízení, komunikace ze strany personálu, sociálně aktivizační činnosti).

Kterou formu podpory oceňují neformální pečovatelé nejvíce?

Pocítují neformální pečovatelé v nějaké formě sociální důsledky své péče o nesoběstačné rodiče (jiné příbuzné) v seniorském věku?