

Rodinná péče o seniora v domácím prostředí

Jana Strouhalová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Strouhalová**

Osobní číslo: **H12276**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Rodinná péče o seniora v domácím prostředí**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti domácí péče o starší rodinné příslušníky, druhů zátěže pečujících osob a využití odlehčovacích služeb.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JERÁBEK, Hynek. Mezigenerační solidarita v péči o seniory. Praha: Slon, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

MOŽNÝ, Ivo. Sociologie rodiny. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-75-3.

NOVÁK, Tomáš. Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4623-4.

NOVÁK, Tomáš. Sám sobě psychologem. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2956-5.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

6. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- o elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- o na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26.4.2016

..... Jan Gharaballou

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na rodinnou péči o seniora v domácím prostředí. Cílem práce je zjistit, jaký má tato péče vliv na kvalitu života pečující osoby. Obsahem teoretické části je objasnění pohledu na problematiku stáří jako vývojové etapy, dále se zabývá významem rodiny pro seniora, popisuje rodinnou péči a její druhy. Třetí kapitola je věnována pečující osobě, zátěži, kterou péče přináší a prevenci. V poslední kapitole jsou uvedeny vybrané sociální služby a možnosti příspěvků na péči. Praktická část práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu a zabývá se rozбором dat získaných v dotazníkovém šetření.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, soběstačnost, rodinná péče, zátěž

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on family care of an elderly in the home environment. The goal of the thesis is to find out how this care affects the caregiver's quality of life. The theoretical part tries to cast light on the perspective of aging as a developmental stage, next it deals with the importance of family for the elderly and finally it describes the family care and its types. The third chapter is devoted to the caregiver, his or her load and precautions. In the last chapter there are mentioned selected social services. The practical part of the thesis is dedicated to quantitative research and deals with the analysis of data obtained from the survey.

Keywords: aging, old age, self-sufficiency, family care, load.

Motto:

„ Jsou lidé, kteří nás sledují a berou si něco od nás, a my to častokrát ani nevíme. Třeba se nám nikdy nedostane důkazu o důležitosti pro druhé lidi, avšak měli bychom si uvědomit, že jsme častokrát pro ně důležitější víc, než si myslíme.“

Robert Fulghum

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat vedoucí své bakalářské práce PhDr. Haně Včelařové za vstřícnost, ochotu, odborné vedení, připomínky a čas, který mé práci věnovala.

Děkuji i své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovala po dobu studia.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 STÁŘÍ JAKO VÝVOJOVÁ ETAPA	10
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	11
1.2 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	12
1.3 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ.....	13
1.4 TĚLESNÉ A PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ	14
1.5 NEMOCI VE STÁŘÍ.....	15
2 SENIOR V RODINĚ	16
2.1 RODINNÁ PÉČE	17
2.2 FORMY PÉČE O SENIORY	18
2.3 POZITIVA RODINNÉ PÉČE	19
3 PEČUJÍCÍ OSOBA	20
3.1 PEČUJÍCÍ OSOBA	20
3.2 PEČOVATELSKÁ ZÁTĚŽ.....	21
3.3 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH	23
3.4 PÉČE O SEBE SAMÉHO	24
4 POMOC PEČUJÍCÍM	27
4.1 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ A SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE.....	27
4.2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 VÝZKUM	30
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	30
5.2 VÝZKUMNÝ CÍL	30
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
5.3.1 Hypotézy	31
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	32
5.5 TECHNIKA SBĚRU DAT	32
5.6 ANALÝZA DAT.....	33
5.7 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDNÝCH DAT	49
5.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	51
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM TABULEK	56
SEZNAM GRAFŮ	57
SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

V současné době dochází v České republice, tak jako v jiných vyspělých zemích, vlivem pokroků v medicíně a farmacii k stárnutí populace. Vědecký a technologický progres umožňuje prodloužení života mnoha lidem, kteří trpí různými nemocemi a přináší tak zvýšený počet starších osob, které nejsou schopny se o sebe postarat vlastními silami. Řešení péče o blízkou osobu z důvodu nesoběstačnosti se bude v určitém životním období dotýkat většiny rodin.

Problémy týkající se otázky, jak zajistit péči o stárnoucí a nemohoucí rodiče, budou v budoucnu stále více aktuální.

Současná společnost preferuje oddělené bydlení generací za účelem nezávislosti a potřeby zachovat si vlastní soukromí. Soužití více generací „pod jednou střechou“ je v dnešní době výjimečné. V České republice je většina populace přesvědčena, že je povinností rodiny postarat se o své stárnoucí příbuzné. Zhoršující se zdravotní stav seniora narušuje jeho soběstačnost a péče se tak může stát dlouhodobou a tím fyzicky i psychicky náročnou. Většina starých lidí, si přeje strávit zbytek života ve svém přirozeném prostředí a s lidmi, kteří jsou mu nejbližší.

Cílem praktické části bakalářské práce bude zjistit, jak rodinná péče o seniora ovlivňuje kvalitu života pečující osoby a jaká omezení mu tato péče přináší. Pokusíme se zjistit, jaké formy pomoci pečující při péči využívají, a zda věnují dostatečnou pozornost svým potřebám a svému zdraví.

V teoretické části se budeme zabývat stárnutím a stářím z pohledu vývojových změn, zmíníme se o nejčastějších nemocech, které stáří provází.

Ve druhé kapitole se budeme zabývat rodinou péčí, a jejími formami. Třetí kapitola bude zaměřena na problematiku pečovatele, a na to jaký může mít péče dopad na jeho zdravotní stav a potřeby.

V závěrečné části budou představeny vybrané sociální služby, které mohou pečující osobě pomoci při péči a zmírnit tak negativní dopady péče na její zdravotní stav.

Praktická část bude provedena formou kvantitativního průzkumu, vybranou metodou bude dotazník určený pro osobu pečující o nesoběstačného seniora.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ JAKO VÝVOJOVÁ ETAPA

Stáří jako poslední etapa života, „přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová, 2007, s. 299).

V každém historickém období si lidé vždy přáli žít déle. Hledali elixíry nesmrtelnosti a mládí. „Žít dlouho za cenu, že se prodlouží pouze nebo převážně jen období vyššího věku nebo dokonce stáří, se nechce nikomu. V tomto duchu zaznívá i zvolání: Každý chce žít dlouho, ale nikdo nechce být starý!“ (Haškovcová, 2010, s. 28)

Otázkou zůstává, zda lze ovlivnit zdravotní a funkční stav ve stáří, prodloužit soběstačnost starších a starých lidí s pozitivním dopadem na kvalitu jejich života. Touto problematikou se zabývá koncept úspěšného stárnutí, který klade hlavní důraz na zlepšování zdravotního a funkčního jedince. (Mühlpachr, 2004, s. 33)

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá řada oborů a vědních disciplín, a tyto v souvislosti se současným demografickým vývojem nabývají na významu.

„**Gerontologie** – věda zabývající se všestranným studiem jevů stárnutí nastávajících v buňkách, tkáních, orgánech či organismech, případně skupinách jedinců v průběhu času od dospělosti až do smrti organismu“ (Hartl, 2004, s. 178-179).

Dělení gerontologie:

Gerontologie experimentální (biologická) – zabývá se stárnutím živých organismů

Gerontologie sociální – zabývá se v širším pojetí vztahem starého člověka a společnosti

Gerontologie klinická – zabývá se zdravotním stavem, nemocemi, zkoumá příčiny chorob
Výchovou a vzděláváním seniorů se zabývá pedagogická disciplína **gerontopedagogika** (Mühlpachr, 2004, s. 10-11).

1.1 Stáří a stárnutí

„Stáří – konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života

Stárnutí – involuce, proces, který se projevuje změnami v průběhu času“ (Hartl, 2004, s. 561,562)

Haškovcová (2002, s. 10) popisuje stárnutí jako zákonitý a fyziologický proces, týkající se každé živé bytosti. Stále více se dostává do popředí důraz na kvalitu života ve stáří a to jak v ohledu zdraví tak soběstačnosti. Neoznačuje stárnutí a stáří jako nemoc, ale jako přirozený fyziologický proces a stav.

Dle Mühlpachra (2004, s. 22), probíhá tento proces se značnou „interindividuální variabilitou“, která je ovlivněna danou genetickou výbavou, zdravotním stavem, prostředím a vlastním životním stylem. Tyto faktory pak mohou v různé míře ovlivňovat tempo stárnutí. Proti sobě stojí přirozenost tohoto jevu a postoj současné společnosti, která vidí ve stárnutí hrozbu a problém (Mühlpachr,2004, s. 22).

Haškovcová (2010, s. 20) uvádí, toto tempo jako proměnlivé v různých životních obdobích.

Na otázku, kdy je člověk starý, nelze jednoduše odpovědět. Je však pochopitelné, že je přirozenou touhou člověka žít dlouho ve zdraví a soběstačnosti. (Haškovcová, 2002, s. 10)

Pro mladší generaci je rozhodujícím faktorem pro začátek stáří věk. Pro generaci starších lidí je to skutečnost, zda se o sebe dokáže postarat a také jaký je jeho zdravotní stav.

1.2 Periodizace stáří

Jednoznačné vymezení počátku stáří je stejně problematické jako periodizace kalendářního věku. Za počátek stáří se v hospodářsky vyspělých zemích považuje hranice 65 let (Mühlpachr, 2004, str. 20).

Uvedený věk je i přes rozdíly v penzijních systémech spojován s odchodem do penze. Daný limit není konečný a v souvislosti s jeho zvyšováním se posouvá i věkové pásmo období stáří. (Haškovcová, 2010, str. 21).

Označení člověka za seniora je primárně spojeno s termíny stárnutí a stáří. Psychologický slovník jako jednu z možných definic uvádí „označení občanů starší 60 let.“ (Hartl, 2004, s. 530)

Kalendářní (chronologické stáří) „Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace) tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.“ (Mühlpachr, 2004, s. 20)

Vágnerová (2007, s. 299) dělí stáří na dvě etapy:

Rané stáří 60-75 let a na období pravého stáří 75 – a více let

„V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

- **65-74 let mladí senioři** (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)
- **75-84 let staří senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- **85 a více let velmi staří senioři** na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení“ (Mühlpar, 2004, s. 20)

Mladí senioři bývají v odborné literatuře označováni také jako *young old* nebo jen *old*, staří senioři termínem *old old* a velmi staří senioři jako *very old old*. (Haškovcová, 2010, s. 21).

Věk nad 90 let se obvykle označuje jako dlouhověkost a počet dlouhověkých bude spolu se zvyšováním životní úrovně a pokroků v medicíně v populaci stoupat. (Mühlpachr, 2004, s. 21).

Biologické stáří je označením pro konkrétní míry involučních změn (artrozie, pokles funkční zdatnosti, adaptačních a regulačních změn), které souvisí se změnami způsobenými těmito chorobami, jejichž frekvence se zvyšuje s narůstajícím věkem.

Sociální stáří je období vymezené dosažením určitého věku, ve kterém vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Je to období kombinující několik sociálních změn a v tomto smyslu je chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, 2004, s. 19).

1.3 Demografické stárnutí

„Vědní disciplína, která na základě statistických údajů zkoumá počet, strukturu a pohyb obyvatelstva, se nazývá demografie.“ (Haškovcová, 2002, s. 14)

Stárnutí celosvětové populace je věnována stále větší pozornost. Již v roce 1982 se ve Vídni na Světovém shromáždění o stárnutí a stáří začíná veřejně hovořit o problémech stárnutí obyvatelstva planety (Haškovcová, 2002, s. 14).

V České republice, stejně jako v ostatních vyspělých zemích, dochází k demografickému stárnutí populace. To je způsobeno změnami v demografické reprodukci zapříčiněné intenzivním poklesem porodnosti a zlepšením úmrtnostních poměru. Po roce 1990 klesá v České republice úhrnná míra plodnosti na hranici 1,13 dítěte na jednu ženu (Čevela, Čeledová, 2014, s. 23).

K zajištění prosté reprodukce obyvatelstva je však zapotřebí hodnoty úhrnné plodnosti zhruba 2,1 dítěte na jednu ženu. Pokles pod tuto hodnotu je příčinou snižování početního stavu populace (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 35).

Demografické predikce pro Českou republiku do roku 2057 uvádí, že největší nárůst počtu osob bude bezesporu v seniorské kategorii 65 a více let a počet seniorů v této kategorii bude 3,2 mil. To je téměř dvojnásobek ze současných 1,7 mil. (Čevela, Čeledová, 2014, s. 24).

1.4 Tělesné a psychické změny ve stáří

To jak člověk stárne, závisí na interakci několika vlivů, které na člověka v průběhu života působí. Jedná se hlavně o genetické dispozice a vliv vnějších faktorů, zejména životního stylu a vlivu prostředí (Vágnerová, 2007, s. 312).

Vzhled starého člověka se mění. Změna je patrná v gestikulaci, pohybech i chůzi. Vlasy šedivějí, prohlubují se vrásky a pigmentace kůže, svalstvo ochabuje a zhoršuje se jeho pružnost. Zhoršuje se hybnost a mění se také držení těla. Patrné je rovněž oslabení smyslové vnímání. Sluch se zhoršuje plynule, přibývá očních poruch, které mají za následek zhoršení zraku někdy vedoucí k slepotě (Haškovcová, 2010, s. 31).

Zevnějšek starých lidí, na kterém se objevují nepřehlédnutelné změny, nás může informovat rovněž o celkovém tělesném a psychickém stavu jedince. (Vágnerová, 2007, s. 314).

Duševní činnost starých lidí je zpomalena, je méně motivován, zvýšeně opatrný. Obecně uznávaným rysem stáří je špatné snášení změn v některých složkách inteligence se výkon ve stáří značně zhoršuje. Dalším rysem stáří je snížení zájmu o okolí a netečnost (Mühlpachr, 2004, s. 26).

Změny tělesných i psychických kompetencí zejména v pokročilejším stáří směřují k postupné k úpravě životního stylu. Starý člověk přestane zvládat běžnou, každodenní péči o svoji osobu a stává se závislý na péči druhých (Vágnerová, 2007, s. 417).

Dle Haškovcové (2012, s. 149) je: „**Soběstačnost** – schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislý.“

Jedná se o schopnost být samostatný a nebýt závislý na pomoci druhých.

Soběstačnost se snižuje s přibývajícím věkem v několika složkách a její úroveň se hodnotí v oblastech základních a instrumentálních aktivit.

Základní aktivity - mezi které patří schopnost najíst se, napít, činnosti osobní hygieny a přesunů v domácnosti.

Instrumentální aktivit - jsou aktivity, které souvisí s chodem domácnosti (nákupy, příprava jídla, praní, doprava k lékaři).

Soběstačnost se posuzuje testy, které zjišťují zvládání konkrétních úkonů z oblastí základních a instrumentálních aktivit. Jedná se o tyto životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o

zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Současně je při testování nutné přihlížet ke stavu kognitivních funkcí, pohyblivosti a úrovni depresivity. (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 80)

Celkovou soběstačnost snižuje také zhoršení zdravotního stavu jako následek některých chorob a nárůst nesoběstačnosti se zvyšuje u osob starších 75 let. Vysoká míra ztráty soběstačnosti je závažným problémem osob nad 85 let (Vágnerová, 2007, s. 402).

1.5 Nemoci ve stáří

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu. Nemoci a zdravotní problémy se vyskytují ve vzájemných kombinacích a v této souvislosti hovoříme o **polymorbiditě**. Vedle problémů somatických se vyskytují také problémy psychické. Předpokládá se, že přibližně 20% starých lidí trpí duševním onemocněním (Vágnerová, 2007, s. 312).

V souvislosti se snížením funkčních a adaptačních schopností se až u poloviny lidí ve věku nad 85 let, projevuje **geriatrická křehkost**. Jedná se o souhrn přirozených dějů vyskytujících se při stárnutí organismu a způsobující úbytek svalové hmoty. Geriatrická křehkost je uváděna jako příčina četných pádů, které zvyšují riziko úrazů. (Holmerová et al., 2007, cit. podle Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 83)

Nemoci **pohybového ústrojí** se vyskytují často u osob starších 60 let. Zhoršení pohyblivosti u seniorů vyvolává obavy z pádu a neschopnosti zvládnout situace běžného provozu a pohyb se tak omezuje na prostor bytu a nejbližšího okolí. Snížená soběstačnost omezuje dostatek podnětů z okolního prostředí včetně sociálních kontaktů (Vágnerová, 2007, s. 405).

S prodlužováním střední délky života, je častým problémem stáří demence a v této souvislosti se o ní hovoří jako o tiché epidemii 21. století (Haškovcová, 2010, s. 266).

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektu. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“ (Jiráček, 1999, cit. podle Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 104)

Nemocný člověk se stává zcela závislý na pomoci druhých. Péče o nemocného je náročná fyzicky i psychicky vzhledem k tomu, že má dlouhodobý charakter a v této souvislosti se hovoří o onemocnění dvou lidí- člověka postiženého a jeho pečovatele (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 104).

2 SENIOR V RODINĚ

„Rodina je nejstarší základní jednotkou lidského společenství, jehož organickou součástí je i starší člověk.“ Rodina dává často staršímu člověku pocit, že je stále potřebný a žádaný. Možnost kontaktu s rodinou umožňuje starému člověku lépe se vyrovnat se změnami, které stáří přináší. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 46)

Starší senioři mají velkou potřebu spolehlivých citových vazeb a narůstá tak emoční význam lidí, kteří jsou mu nejbližší, zejména rodiny a přátel.

Domov a rodina poskytuje nejen starému člověku důležitou složku jeho identity, potřeby jistoty a bezpečí. Většina lidí se nejlépe cítí v domácím prostředí. To je důležité nejen ve zdraví, ale také v nemoci, kdy starý člověk ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc. Jedním ze specifických znaků stárnutí, je špatné snášení změn a není pochyb o tom, že pro starého člověka je nejlepší zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí (Vágnerová, 2007, s. 350).

Tradiční evropská rodina preferovala společné hospodaření i soužití svých členů, které fungovalo jako spolehlivá výměnná služba mezi generacemi. Děti a senioři jako ekonomicky závislí členové byli v rodině tolerováni a pomáhali podle svých možností. Mezi produktivní a starou generací byly uzavírány tzv. výměnkářské smlouvy, které měly zajistit starým lidem zabezpečení ve stáří i nemoci. Rodina plnila vždy funkci reprodukční a socializační. V průběhu historie se však měnil důraz na funkci ekonomickou, emocionální a výchovnou. V současné době je moderní rodina založena hlavně na citových vazbách, ekonomické důvody nejsou rozhodující, přibývá různých forem párového soužití, a rodina se tak stává velmi křehkou (Haškovcová, 2002, s. 42).

Definice rodiny má mnoho podob. Většinová shoda panuje v tom, „že se jedná o společenství osob spjatých manželstvím či pokrevním příbuzenstvím, a zdůrazňuje, že rodina je zpravidla tvořena rodiči a jejich dětmi.“ (Haškovcová, 2010, s. 53)

Nukleární rodina, která je tvořena rodiči a jejich dětmi, žije samostatně a rovněž starší generace touží po svém soukromí, kterého se stejně jako jejich děti těžko vzdává. V souvislosti samostatného bydlení jednotlivých generací dochází k **atomizaci rodiny**. Společné soužití více generací je spíše výjimečné, nicméně mezigenerační vztahy jsou nadále příznivé a pěkné. Mezi prarodiči i vnoučaty existuje stále pevné pouto a odborníci hovoří o tzv. **intimitě na dálku** (Haškovcová, 2002, s. 42-43).

„Členové rodiny jsou jedinci, kteří narozením, adopcí, sňatkem nebo vyhlášením společenství sdílejí hluboké, osobní vztahy a jsou vzájemně oprávněni přijímat a zavázání poskytovat podporu nejrůznějšího druhu v nejrůznější možné šíři (zvláště v době potřeby podpory)“ (Levine, 1999 cit. podle Jeřábek a kol., 2005, s. 35).

2.1 Rodinná péče

Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol.(2014, s. 11) definují péči jako „ dynamický proces, kterého se účastní minimálně 2 osoby, kde každá z nich má své potřeby a přání.“

Praktická podoba rodinné péče může mít několik podob a jedná se vždy o náročný úkol. Mediální názory zdůrazňují primární odpovědnost rodiny za zajištění péče svým stárnoucím příbuzným v přirozeném prostředí. (Dudová, 2015, s. 152)

Dle reprezentativních výzkumů je 80% populace v České republice přesvědčeno, že je povinností dětí poskytnout pomoc svým rodičům ve stáří (Novák, 2013, s. 12).

Tento názor je sdílen napříč generacemi. Při posuzování mezigeneračních vztahů, je velmi důležité přihlížet také k vnějším podmínkám, mezi které patří zejména prostorová blízkost členů rodiny. Vzdálenost bydliště stárnoucích rodičů a jejich dospělých dětí má na frekvenci vzájemných kontaktů a následné poskytování péče podstatný vliv. (Svobodová, 2010, s. 192)

Situace, která předchází rozhodnutí pečovat o starého člověka v rodině, bývá často emocionálně vypjatá a pouto rodinné solidarity a soudržnosti je podmínkou pro úspěšné zvládnutí péče. (Jeřábek a kol., 2005. s. 7)

Součástí rozhodujících motivů k péči je princip solidarity napříč generacemi, který je postaven na sdílení společného rizika a zásadách určité reciprocity vzájemnosti. (Tošnerová, 2001 cit. podle Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol. 2014, s. 108)

Senioři v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu nejsou schopni vykonávat běžné aktivity potřebné k zajištění své existence. Stávají se závislými na pomoci druhé osoby. Poskytování pomoci nesoběstačným seniorům v rodině je nejčastějším příkladem mezigenerační solidarity. (Svobodová, 2010, s. 190)

Většina rodin se chce o své stárnoucí rodiče postarat. Toto rozhodnutí je důležité pro další poskytování péče. Kdo chce pečovat, ten je také schopný si péči zorganizovat a často zvlád-

nout i základní ošetrovatelské úkony. Problémy mohou nastat, kdy péče o stárnoucího člověka začíná být náročná vzhledem ke zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. „Platí, že rodina musí chtít, umět a moci.“ (Haškovcová, 2002, s. 43)

Emocionální péče je velmi důležitou složkou péče o starého člověka. V rodinné péči je imanentně přítomna, a to představuje bezespornou výhodu této formy péče o seniory (Jeřábek a kol. 2005, s. 12).

2.2 Formy péče o seniory

Rodinná péče definice Christine Millward:

Ch. Millward tuto péči uvádí jako: „opatrovnická nebo podpůrná pomoc nebo služba vykonávaná pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodů chronické nebo duševní nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat.“ Péče o staré lidi je zajištěna především rodinnými příslušníky a hovoříme tedy o péči rodinné (Jeřábek a kol., 2005, s. 10).

Formy péče o seniory dělíme na formální a neformální. Formální péče je zdravotní (včetně ošetrovatelské péče a sociální (včetně pečovatelských úkonů). Neformální péče je především péče zajišťovaná rodinnou (Mlýnková, 2011, s. 62).

Formy péče o seniory je možné klasifikovat podle různých hledisek. Rozlišujeme péči zdravotní, sociální a emocionální. Dalším hlediskem je potřeba péče a její naléhavost pro starého člověka. Je třeba také zohlednit a posoudit nároky (dopady), které jednotlivé stupně péče kladou na pečující osobu. Na základě těchto pohledů rozlišujeme péči podpůrnou, neosobní a osobní péči o starého člověka. (Jeřábek a kol., 2005, s. 11)

- **podpůrná péče** – jedná se o druh péče, kterou potřebuje starý člověk, pokud začíná být v některých oblastech života nesoběstačný. Patří sem např. opravy v domácnosti, nákupy, doprovod k lékaři a na úřady. Tato forma péče, je nejméně fyzicky a psychicky náročná. Podmínkou není společné bydlení a časově je většinou dobře zvládnutelná.

- **neosobní péče** – jedná se především o pomoc s péčí o domácnost. V okamžiku, kdy je tato činnost častá a pravidelná, začíná být také časově náročná. Jsou to činnosti, které jsou pro starého člověka důležité a nedají se odkládat. Tyto činnosti je ale možné zajistit osobami, které nemusejí být rodinnými příslušníky.

- **osobní péče** - jedná se o činnosti, které jsou náročné časově, fyzicky a také psychicky vyžadující soustavnou přítomnost druhého člověka. Zahrnují péči o osobní hygienu, podávání stravy a pomoc při změně polohy a přesunu v případě omezené pohyblivosti (Jeřábek, 2005, s. 11).

Intermitentní (občasná) péče o starého člověka bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinně potíže (Haškovcová, 2002, s. 43).

Péče o seniora v rodině je vnímána především jako druh práce z lásky vyjadřující svým nejbližším vděčnost a vzájemnost. Pocit odpovědnosti a povinnosti ke svým stárnoucím příbuzným však může být zatěžující pro ostatní rodinné vztahy. (Svobodová, 2010, s. 191)

Pečující, kteří se rozhodli přijmout svou roli, si často neuvědomují, že se může jednat o péči, která může trvat několik let. Dlouhotrvající péče je náročná časově, psychicky i fyzicky, a pokud jejich rozhodnutí nebylo vědomé, ovlivněné často emocionálně vypjatou situací, ve které se o péči rozhoduje, mohou být následky zátěže z dlouhotrvající péče výraznější (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 111)

2.3 Pozitiva rodinné péče

Domácí prostředí, jako místo výkonu péče, působí jednoznačně příznivě na psychiku opečovávané osoby. Přítomnost blízkých, ovlivňuje imunitní systém a pomáhá zmírňovat dopad doprovodných symptomů různých onemocnění. Nezanedbatelné je také snížení rizika infekcí, které se vyskytuje při pobytu ve zdravotnických zařízeních. Přirozené sociální prostředí, ve kterém péče probíhá, je důležité pro vlastní vnímání kvality života opečovávaného. Z hlediska pečujícího se jedná o vnímání poskytované péče v souvislostech s vlastním zdravím a životem obecně. Čas, který pečující stráví péčí o svého staršího příbuzného, omezuje činnosti, při kterých se věnuje vlastní rodině, ale také své osobě. (Jeřábek a kol., 2005, s. 33-34)

3 PEČUJÍCÍ OSOBA

3.1 Pečující osoba

Pečující osobou pro účely naší bakalářské práce, je osoba poskytující svému příbuznému, neformální péči v jeho přirozeném prostředí.

Slovník sociálního zabezpečení vymezuje osobu blízkou jako:

„Osoba blízká je označení **osoby pečující** o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby, která poskytuje péči proto, že má k osobě závislé na péči příbuzenský nebo nepříbuzenský vztah, těsné přátelské vazby, žije v jejím sousedství apod.“ (Slovník sociálního zabezpečení, 2015)

Občanský zákoník definuje osobu blízkou jako:

„Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, §22)

Osobou, která nejčastěji zajišťuje rodinnou péči o starého člověka, je manželský partner nebo partnerka a děti se svými partnery. Nejvíce zastoupeným modelem péče v rodině, je manželka, která pečuje o svého nesoběstačného manžela. Až 64% manželských partnerů, kteří pečují, tvoří ženy. Druhou nejčastější pečovatelskou skupinou jsou děti stárnoucích rodičů. Také v této kategorii je většinový podíl pečujících žen (tj. dcer a snach) (Abel, 1990 cit. podle Jeřábek a kol., 2005, s.13)

Novák (2013, s. 12) rovněž uvádí, že ženy tvoří tři čtvrtiny pečujících osob a nejčastější je pomoc dospělých dcer svým rodičům. Ženy mají pro tuto oblast nepochybně lepší předpoklady, více ochoty dělat co je třeba, vyšší míru odpovědnosti a také menší ambice na trhu práce. (Novák, 2013, s. 12)

Dudová (2015, s. 24) uvádí péči o seniora jako genderovou, a dceru v rodině s největší pravděpodobností jako poskytovatelku péče nesoběstačným rodičům.

K péči se nejčastěji rozhodne ta osoba, která již nemá pracovní závazky, jiné pečovatelské povinnosti, případně je může do jisté míry omezit. I když je pomoc rodiny dostatečná, hlavní riziko zátěže leží na primárním pečovateli. Postupně, jak se stává péče náročnější, vzrůstají

také nároky na fyzické a psychické schopnosti pečovatele. Je to způsobeno především tím, že intimní tělesná péče je poskytována často jednou osobou a v této souvislosti vnímají pečovatelky svou roli jako nezastupitelnou. To bývá často překážkou pro využití pomoci formálních služeb. (Dudová, 2015, s. 153)

3.2 Pečovatelská zátěž

Péče o nesoběstačného člena rodiny je činnost, která pro pečující osobu představuje velkou fyzickou, psychickou, časovou a někdy také finanční zátěž. Pečující osoba musí často sloučit péči o nesoběstačnou osobu také s péčí o vlastní rodinu (Svobodová, 2010, s. 192)

Pečující osoba (většinou žena) se může dostat do situace, kdy se stará o své stárnoucí a nemohoucí příbuzné, o své děti nebo vnoučata a zároveň chodí do zaměstnání. Zajistit souběh všech těchto činností je velmi náročné a dlouhodobě vyčerpávající. Pečující jsou časem nuceni omezit a přeorganizovat nejen pracovní a každodenní aktivity, ale také svůj volný čas. V této souvislosti se používá pojem **sendvičová generace**, kterým jsou označovány osoby pečující najednou o více generací, generaci svých rodičů a také vlastních dětí. (Tošnerová, 2001, cit. podle Svobodová, 2010, s.192)

U pečující osoby dochází často k protichůdným pocitům, kdy na jedné straně projevují lásku a péči svému blízkému a na druhé straně vnímají vyčerpání, ekonomická rizika a nezastupitelnost ve své roli s hledáním jiných řešení (Dudová, 2015 s. 152).

Tošnerová (2001, s. 49) navrhuje teoretický model zátěže, který může ovlivnit zkušenost pečovatele i výsledek péče o nemocného.

Tento model zahrnuje zátěž primární, zátěž sekundární z vlastní role a sekundární psychickou zátěž.

Primární zátěží rozumí vlastní pečovatelskou práci a čas, který je jí věnován.

Sekundární zatížení v sobě zahrnuje roli pečovatele a konflikty z této role vyplývající v interakci s okolím.

Sekundární psychické zatížení zahrnuje ocenění role pečovatele, změny v motivaci k pečovatelské činnosti a subjektivní vnímání péče. Předpokládá se, že uvedené formy zátěže mohou být zmírňovány vhodnou sociální podporou a behaviorálně-kognitivní intervencí ve prospěch pečovatele (Tošnerová, 2001, s. 49).

Dle Tošnerové (2001, s. 65) patří mezi faktory, které zvyšují pečovatelskou zátěž::

- společné bydlení pečující osoby a osoby vyžadující péči
- pravidelnost a počet hodin strávených péčí
- zdravotní stav nesoběstačné osoby

Se zátěží souvisí také nedostatek podpory rodiny, ošetřujícího lékaře a informací týkající se péče. Zhoršení zdravotního stavu pečovatele bývá často důsledkem dlouhodobé péče, kdy je pečující osoba vystavena často neúměrné fyzické námaze a psychickému vypětí. (Tošnerová, 2001, s. 64)

Fyzická zátěž bývá způsobena častou manipulací s nesoběstačnou osobou, jejím zvedáním, přetáčením, podpoře při chůzi atd. **Psychická zátěž** je způsobena dlouhodobým psychickým vypětím, na které má vliv délka poskytované péče bez možnosti odpočinku a stav opečovávané osoby. (Jeřábek a kol., 2005, s. 14)

Pro rodinnou péči je nejvíce patrný její emocionální dopad a přináší s sebou často:

- „intenzivní smutek a bolest
- touhu po zázraku a normalitě
- frustraci jako důsledek měnící se rodinné dynamiky
- izolaci pocházející z vybočování z normy
- zklamání způsobené nedostatkem porozumění lidí, kteří nepečují
- stres způsobený zvýšením zodpovědnosti
- depresi způsobenou ztrátou, jež s sebou péče přináší
- odvalu a sílu pokračovat
- ale i sílu plynoucí z vědomí, že se dá péče zvládnout“ (Franke, 2006 cit. podle Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., s. 105)

Pocity, které s sebou přináší péče o stárnoucí příbuzné, mohou být důsledkem vzniku psychosomatických nemocí. Pečující někdy nedokáže ani sám sobě přiznat, že je vyčerpaný a unavený a také před svými blízkými své problémy zatajuje. Poruchy spánku, nervozita, vnitřní neklid, bolesti hlavy, únava, slabost atd. mohou být průvodními jevy směřujícími k chronickému vyčerpání. Přehlížení drobných psychologických a tělesných změn se může u pečujících vyvinout v závažné duševní i tělesné onemocnění. (Novák, 2013, s.85)

Dlouhodobým působením stresujících podnětů může vyčerpaný organismus postihnout tzv. „syndrom vyhoření“. Je to stav naprostého vyčerpání, únavy, lhostejnosti a negativismu, který s sebou přináší ztrátu zájmu o vykonávanou práci, nebo ji vykonává s velkými obtížemi. Mezi příznaky syndromu vyhoření patří chronická únava, vyčerpání, snížená frustrační tolerance, neschopnost uvolnit se a odpočinout, poruchy spánku, poruchy paměti, obtížné soustředění, pocit nedocení, marnosti, pokles výkonu atd. (Křivohlavý, 2003, s. 115).

Odstraňovat důsledky stresu a vyčerpání je náročné a z tohoto důvodu, je nutné jim včas předcházet (Novák, 2013, s. 85).

3.3 Potřeby pečujících

Pro zmírnění negativního dopadu péče na pečující osobu, týkající se především zdravotního stavu, je důležité, stejně jako u jiných věkových kategorií uspokojování základních lidských potřeb.

Potřeba se projevuje jako nedostatek něčeho co se našemu tělu nedostává. V opačném případě se může projevit jako nadbytek něčeho (např. fyziologické potřeby vyměšování), potřeba soukromí a klidu jako nadbytek okolních zatěžujících podnětů. Prožívání nedostatku či nadbytku potřeb ovlivňuje naši psychickou činnost s cílem uspokojit tyto potřeby. Druhy potřeb se mění v jednotlivých životních etapách (Mlýnková, 2011, s. 47).

A. Maslow uvádí základní lidské potřeby v hierarchickém uspořádání:

1. Fyziologické potřeby (potřeba upokojení hladu, žízně, spánku, pohybu)
2. Potřeba bezpečí (jistota psychická, fyzická, ekonomická)
3. Potřeba lásky a náležitosti – potřeba sociálního kontaktu, mít ke komu patřit)
4. Potřeba uznání (úcta, respekt, pochvala)
5. Potřeba seberealizace (uplatnění svých schopností)

Z pohledu existence a přežití jsou potřeby na nižším stupni významnější. Fyziologické potřeby musí být uspokojeny vždy. Pokud jsou, alespoň v určité míře uspokojeny nižší potřeby, zvyšuje se naléhavost potřeb na vyšší úrovni. (Nakonečný, 1998, s. 469)

„Chceme-li, aby někdo něco dělal dobře, pak je dobré, když se zajímáme i o to, jak mu je. Je-li mu dobře, dá se očekávat, že bude dobře dělat i to, co dělat má. Není-li mu dobře, není samozřejmé, že by automaticky podával dobrý výkon.“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9)

Při řešení náročných životních situací nám může pomoci mnohé. Nejčastěji se obracíme s žádostí o pomoc ke druhému člověku.

Sociální opora je pomoc, kterou poskytují druzí lidé člověku, který se nachází v situaci, jež způsobuje zátěž, a tím mu jeho situaci ulehčují. Má pozitivní vliv na psychický a zdravotní stav člověka, který je v tísní, zlepšuje jeho pohodu a kvalitu života. (Křivohlavý, 2003, s. 96)

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“ (Kraus, cit. podle Křivohlavý, 2003. s. 94)

Druhy sociální opory

Instrumentální opora – jedná se o konkrétní formu pomoci, např. finanční výpomoc, vyřízení záležitosti a obstarávání určitých

Informační opora – sdělení informace, která jedinci pomůže orientovat se v jeho situaci

Emocionální opora – emocionální blízkost, podpora a uklidnění v rozrušení, při beznaději, při propadání do deprese, atd.

Hodnotící opora – posilování sebehodnocení a sebevědomí, podporování v rozhodnutí, řídit se podle svých přání atd. (Křivohlavý, 2003, s. 97-98)

3.4 Péče o sebe samého

V souvislosti se zátěží, která vzniká jako důsledek dlouhodobé péče, je nutné, aby pečující osoby věnovaly dostatečnou pozornost, také svému vlastnímu zdraví a snažily se důsledně dodržet čas, který potřebují k nezbytné regeneraci svých sil. (Novák, 2013, s. 102)

Péče o vlastní osobu má několik oblastí, jedná se o vlastní vzhled, tělesné zdraví, stravování, ale také tělesný a duševní život (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9).

Křivohlavý (2003, s. 40) definuje: „**Zdraví** je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2003, s. 40)

Nyní se pokusíme pro účely naší práce vymezit pojem kvalita života.

Kvalita života je určována životními podmínkami a jejich prožívání jedincem a je těžké ji jednoznačně definovat. Obecně jsou známa určitá kritéria, na jejichž přítomnosti či nepřítomnosti můžeme tuto kvalitu hodnotit. Zdraví je hlavním indikátorem kvality života, a to nejen v seniorském věku, je důležité pro subjektivní vnímání osobní i společenské pohody.

Indikátory kvality života (podle WHO)

Fyzické zdraví-	-ovlivňuje energii, únavu, spánek, vnímání bolesti
Psychické zdraví-	-vyjadřuje sebehodnocení, city, způsoby myšlení, učení a pozornost
Úroveň nezávislosti	- pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích
Sociální vztahy	- osobní vztahy a sociální opora, sexuální aktivita
Prostředí	- svoboda, bezpečí, přístup k financím, zdravé prostředí, sociální péče
Spiritualita	- osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace

(Kováč, 2003 cit. podle Hrozenská, Dvořáčková, 2013 s. 26)

Ke zmírnění negativních dopadů péče, které mohou ovlivnit kvalitu života, je důležitý odpočinek a relaxace pečující osoby. Pomoc nesoběstačné osobě může pečujícího brzy vyčerpat. Pečující může pečovat pár měsíců, ale také několik let. Pokud pečující své zásoby fyzických sil vyčerpá hned na začátku, kde vezme sílu pro další pokračování v péči? (Novák, 2013, s. 102)

Pro pečující osobu je nezbytné, aby si stanovila hranice úkolů, které je schopna sama zvládnout a které už sama nezvládne nebo nestihne. Naučit se rozpoznat důležitost úkolů a respektovat také volný čas pro sebe (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 25-26).

Novák (2013, s. 102) doporučuje dostatečnou péči o „vlastní zdroje“ a uvádí několik možností.

Vodolécba – účinky vody na zklidnění organismu jsou známy dlouho (teplá vana, sprcha,

Pohyb – nejlepší je pravidelnost, pohybem se odplavují stresové faktory, které mohou způsobovat psychosomatické choroby, udržují tělo v kondici. (krátké procházky, kolo, plavání)

Lécba uměním – návštěva galerií, ale také prostor pro vlastní tvořivost a kreativitu

Pobyt v přírodě – procházky, turistika, pobyt na zahradě, péče o květiny

Láska – vztah s pozitivní zpětnou vazbou, přátelský, partnerský

Něco dobrého – pozitivní myšlení, drobné radosti a odměny (Novák (2013, s. 102-103)

Odpočinek znamená pro každého něco jiného. Nejdůležitější a zároveň nejtěžší, je ponechat v režimu péče dostatečný čas pro regeneraci vlastních sil a snažit se o důsledné dodržování. K odpočinku patří také osobní setkání s lidmi, se kterými je nám dobře, s rodinou nebo přáteli. Nabídka možností je pestrá a pozitivní účinky na psychické i fyzické zdraví pečovatele jsou všeobecně známé. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 19)

4 POMOC PEČUJÍCÍM

Pečující osoby potřebují podporu po celou dobu poskytování péče, kdy se starají o svého nesoběstačného příbuzného. Národní akční plán podporující preventivní stárnutí pro rok 2013-2017 je zaměřený na pomoc a podporu neformálních pečujících. Jedním z jeho cílů je „zvýšit informovanost neformálních pečujících, kteří využívají svůj maximální potenciál jak ve svém zaměstnání, tak v rámci péče o své blízké. Vytvořit odpovídající podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče.“ (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013-2013, s. 41)

V současné době je možné v České republice využívat různých forem sociálních služeb. Pro pečující osoby je důležité, aby byli dostatečně informováni o službách, které jim mohou při péči o nesoběstačnou osobu pomoci.

4.1 Sociální poradenství a služby sociální péče

Sociální poradenství - se poskytuje bezúplatně osobám, které jsou v nepříznivé životní situaci a dělí se na základní (je povinnou činností všech sociálních služeb) a odborné, které poskytuje informace s určitým zaměřením na jednotlivé uživatele sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., § 37).

Osobní asistence – jedná se o terénní službu a je poskytována bez časového omezení za úplatu. Služba probíhá v přirozeném prostředí osoby, která v určitých situacích vyžaduje pomoc jiné osoby. Jedná se především o pomoc při hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti, aktivizačních a výchovných činnostech, kontaktu se společenským prostředím a rovněž pomoci při uplatňování práv, zájmů a osobních záležitostí. (zákon č.108/2006 Sb., §39)

Pečovatelská služba – je terénní i ambulantní, poskytována ve vymezeném čase za úplatu v domácnostech i v zařízeních sociálních služeb. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního nebo chronického postižení. Základními činnostmi jsou pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (zákon č.108/2006 Sb., §40)

Odlehčovací služby – jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby a poskytují se osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Cílem služby je umožnit pečujícím osobám odpočinek a oddych nezbytný k regeneraci sil. (zákon č.108/2006 Sb., §44)

Centra denních služeb, denní stacionáře – jsou poskytovány ambulantně, poskytují se ze stejných důvodů jako služby v § 39,40,44. Služba poskytuje činnost při péči o vlastní osobu, hygieně (s možností poskytnutí podmínek pro osobní hygienu), zajištění stravy, výchovné, edukační a aktivizační činnosti, zprostředkování společenských kontaktů, terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a obstarávání osobních záležitostí uživatele.

(zákon č. 108 /2006 Sb., §45,46)

Týdenní stacionáře – jedná se o pobytovou službu se stejnou nabídkou základních činností jako centra denních služeb a denní stacionáře. (zákon č. 108 /2006 Sb., §47)

4.2 Příspěvek na péči.

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“ (zákon č. 108 /2006 Sb., §7)

Závislost v ČR se vymezuje v Zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon označuje osobu starší 18 let věku, závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních závislosti.

I. stupeň: lehká závislost - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při třech nebo čtyřech základních životních potřebách.

II. stupeň: středně těžká závislost - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc při pěti nebo šesti úkonech základních životních potřeb

III. stupeň: těžká závislost - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc při sedmi nebo osmi úkonech základních životních potřeb.

IV. stupeň: úplná závislost - jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc, dohled nebo péči při devíti nebo desíti úkonech základních životních potřeb.

Výše příspěvku za kalendářní měsíc pro osoby starší 18 let

I. stupeň: lehká závislost 800 Kč

II. stupeň: středně těžká závislost 4000 Kč

III. stupeň: těžká závislost 8000 Kč

IV. stupeň: úplná závislost 12000 Kč (zákon č.108/2006 Sb., §11. ods.2)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Provedené výzkumy na podobné téma: Hynek Jeřábek, Mezigenerační solidarita, rodinná soudržnost a rodinná péče o seniora, 2009, Tamara Tošnerová – Pocity a potřeby pečujících. 2001

5.1 Výzkumný problém

Hlavním cílem výzkumu je zjistit jak ovlivnila rodinná péče o nesoběstačného seniora kvalitu života pečující osoby, jaká omezení mu tato péče přináší, a jaké formy pomoci při péči využívají.

5.2 Výzkumný cíl

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit zda a v jakých oblastech rodinná péče ovlivnila kvalitu života pečující osoby.

Dílčí výzkumné cíle:

1. zjistit, zda a v jakých oblastech pociťují pečující osoby v souvislosti s péčí o nesoběstačného seniora zátěž (ot. 15, 16, 17)
2. zjistit, zda pečující osoby v případě neschopnosti postarat se o nesoběstačného seniora mají zajištěnou náhradní péči (ot. 10, 11)
3. zjistit, jaké formy pomoci při péči o nesoběstačného seniora pečující osoby využívají (ot. 9, 12)
4. zjistit, jaký způsob regenerace sil a odpočinku pečující osoby preferují (ot. 18)
5. zjistit, zda došlo k omezení aktivit volného času (ot. 14)
6. zjistit, zda pečující osoby mají zájem o informace týkající se péče o nesoběstačnou osobu. (ot. 20, 21)

5.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

V jakých oblastech ovlivňuje rodinná péče o seniora kvalitu života pečující osoby?

Dílčí výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech pociťují pečující osoby v souvislosti s péčí o nesoběstačného seniora zátěž? (ot. 15, 16, 17)
2. Mají pečující osoby zajištěnou náhradní péči v případě neschopnosti postarat se o nesoběstačného seniora? (ot. 10, 11)
3. Jaké formy pomoci při péči o nesoběstačného seniora pečující využívají? (ot. 9, 12)
4. Došlo u pečujících osob v důsledku péče k omezení aktivit volného času? (ot. 14)
5. Jaký způsob odpočinku pečující osoby preferují? (ot. 18)
6. Mají pečující osoby zájem o informace týkající se péče o nesoběstačnou osobu? (ot. 20, 21)

5.3.1 Hypotézy

Hypotéza č. 1

H₀: Četnost pečujících osob, které uvádějí míry fyzické zátěže je u obou sledovaných skupin stejná.

H_A: Četnost pečujících osob, které uvádějí míry fyzické zátěže je u obou sledovaných skupin rozdílná.

Hypotéza č. 2

H₀: Četnost pečujících osob, které uvádějí míry psychické zátěže je u obou sledovaných skupin stejná.

H_A: Četnost pečujících osob, které uvádějí míry psychické zátěže je u obou sledovaných skupin rozdílná.

Hypotéza č. 3

H₀: Frekvence využití sociálních služeb je u pečujících žijících na vesnici a ve městě stejná.

H_A: Frekvence využití sociálních služeb je u pečujících žijících na vesnici a ve městě je rozdílná

5.4 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Výzkumným vzorkem v této práci budou osoby pečující o starší rodinné příslušníky ve Zlíně a okolí. Jedná se o záměrný výběr – výběr průměrných jednotek.

Stanovili jsme základní kritéria pro výběr respondentů:

- respondentem musí být osoba starší 18 let, která pečuje o osobu seniorského věku
- respondent má příbuzenský vztah k osobě, o kterou pečuje

5.5 Technika sběru dat

K dosažení stanovených cílů bude zvolena metodika kvantitativního výzkumu, vybranou metodou použitou pro získání dat byl zvolen dotazník s uzavřenými otázkami. Jeho výhodou je možnost sesbírání většího počtu dat za relativně krátkou dobu. Další důvod pro zvolení dotazníku je zachování anonymity respondentů.

Předvýzkum

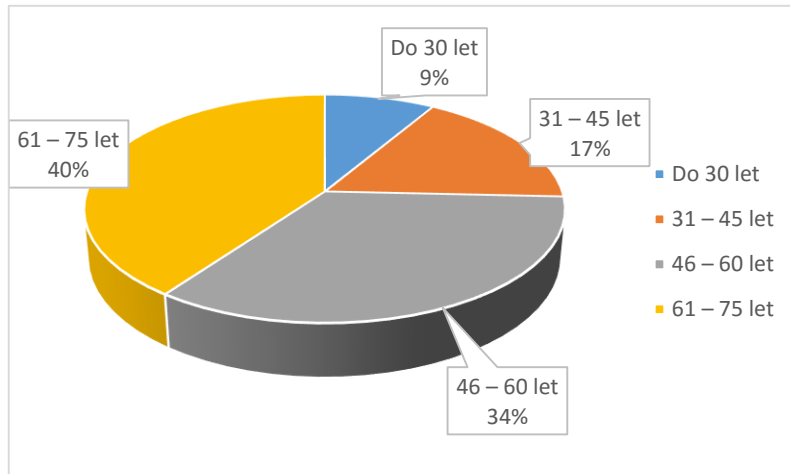
Předvýzkum byl proveden začátkem února 2016 před zahájením výzkumu. Pro předvýzkum byli osloveni 2 respondenti, pečující osoba, které splňovaly kritéria daná pro samotný výzkum. Po vyplnění dotazníku, byly respondentům položeny doplňující otázky, které zjišťovaly přehlednost a srozumitelnost dotazníku. Na základě odpovědí, byly některé položky v dotazníku upraveny a doplněny.

Distribuce dotazníků

Dotazníky byly distribuovány v průběhu měsíce února 2016 v počtu 104 ks. V polovině měsíce března 2016 byly sesbírány v počtu 81 ks. Z toho 3 ks byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. Návratnost dotazníků byla 75%.

5.6 Analýza dat

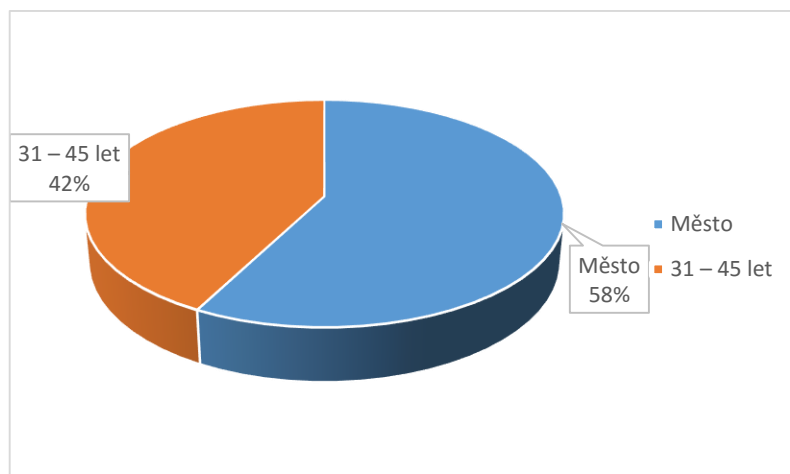
Položka č. 1 zjišťovala věk pečující osoby.



Graf 1: Věk pečující osoby

Z grafu je patrné, že nejvíce zastoupenou věkovou kategorií pečujících jsou osoby ve věku 61-75 let, v této kategorii odpovědělo 28 (tj. 36%) respondentů, ve věku 46-60 let 24 (tj. 31%) respondentů, v kategorii 31-45 let odpovědělo 12 (tj. 15%) respondentů. Nejméně zastoupenou věkovou kategorií byl věk pečujících 76 let a více let, odpovědělo 8 (tj. 10%) respondentů a v kategorii do 30 let, se nacházelo pouze 6 (tj. 8%) respondentů.

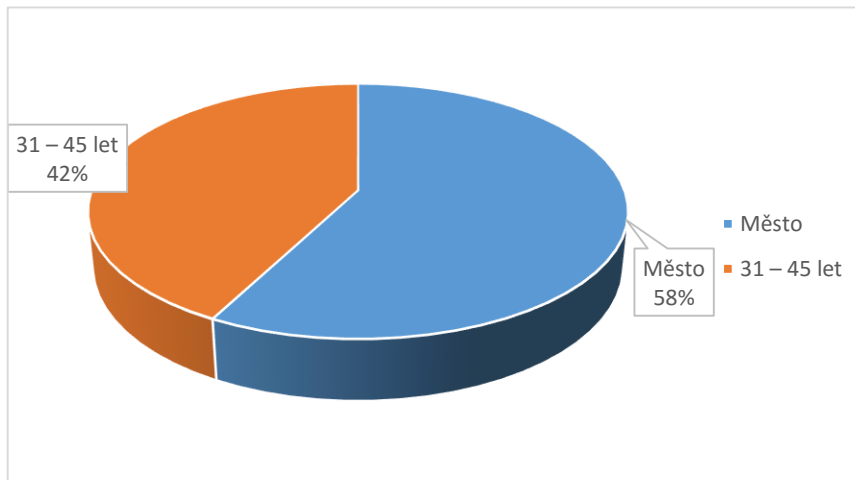
Položka č. 2 zjišťovala, kde pečující osoba žije.



Graf 2: Bydliště pečující osoby

Ve městě žije 45 (tj. 58 %) respondentů, bydlení na vesnici uvedlo 33 (tj. 42%) respondentů.

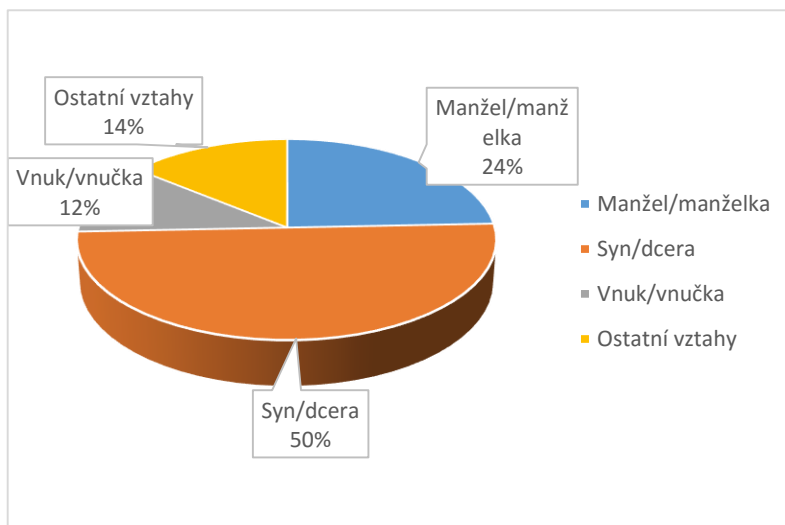
Položka č. 3 zjišťovala, kde probíhá péče o nesoběstačného seniora.



Graf 3: Kde probíhá péče o nesoběstačného seniora

54 (tj. 69%) respondentů uvedlo, že péče probíhá v domácnosti seniora, 24 (tj. 31 %) respondentů pečují ve vlastní domácnosti.

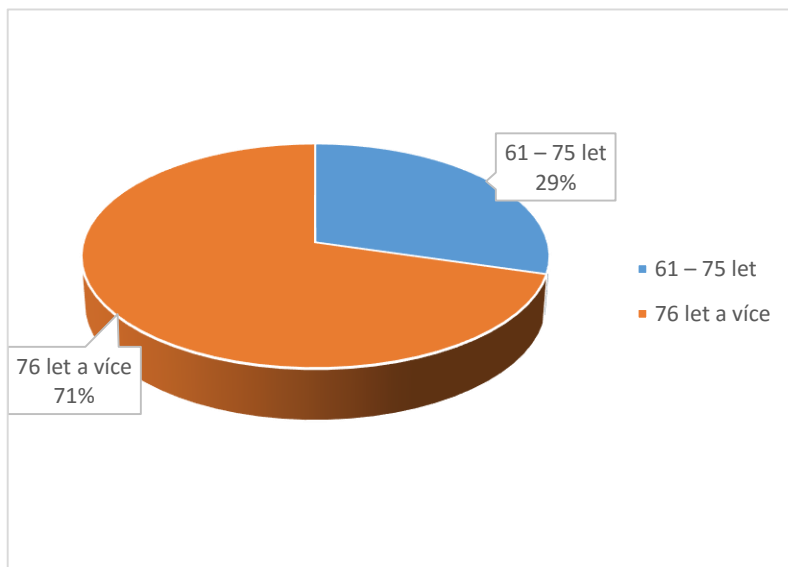
Položka č. 4 zjišťovala četnost jednotlivých příbuzenských vztahů.



Graf 4: Vztah pečující osoby k příjemci péče

Nejčastější četností příbuzenského vztahu byla dcera/syn. Tuto možnost uvedlo 39 (tj. 50 %) respondentů. 19 (tj. 24%) respondentů uvedlo, že je ve vztahu k příjemci péči v kategorii manžel/ka. 11 (tj. 14%) respondentů je v kategorii ostatních vztahů. Vnuk/vnučka pečovali o svého prarodiče v 9 (tj. 12%) případech.

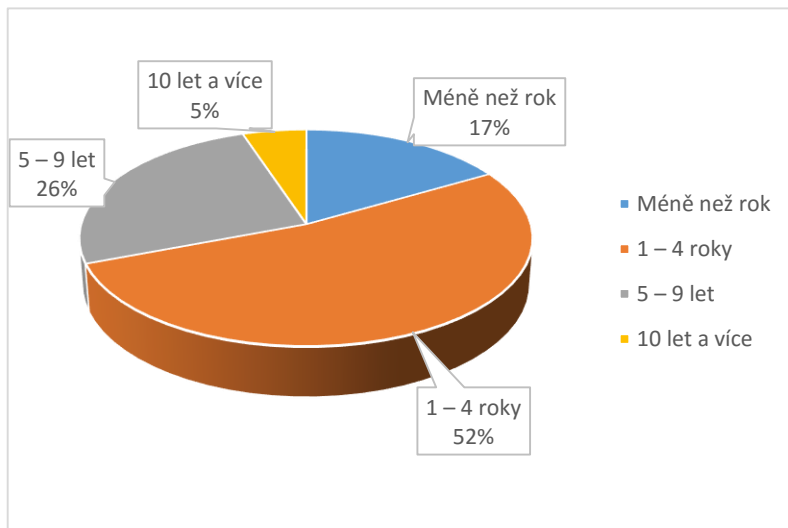
Položka č. 5 zjišťovala věk příjemce péče.



Graf 5: Věk příjemce péče

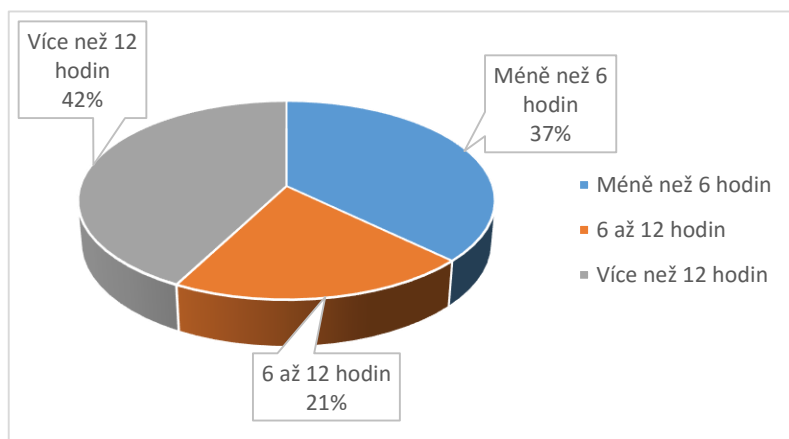
Z tabulky je patrné, že nejvíce je poskytována pomoc osobám starším 76 let. Tuto pomoc poskytuje 55 (tj. 70%) pečujících, 23 (tj. 30%) pečujících poskytuje pomoc osobě ve věku 61-75 let.

Položka č. 6 zjišťovala délku poskytované péče v letech.



Graf 6: Délka péče v letech

Z odpovědí vyplývá, že 13 (tj. 16%) respondentů poskytuje péči méně než 1 rok, 41 (tj. 53%) respondentů poskytuje péči 1-4 roky, 20 (tj. 26%) pečuje 5-9 let a 4 (tj. 5%) respondentů o svého blízkého pečuje 10 a více let.

Položka č. 7 zjišťovala délku péče v průběhu dne.

Graf 7: Délka doby během dne

Poskytování péče méně než 6 hodin denně uvedlo 29 (tj. 37%) respondentů, 16 (tj. 21%) respondentů poskytuje péči svému blízkému 6-12 hodin denně. Péči více jak 12 hod poskytuje 33 (tj. 42%) respondentů.

Položka č. 8 zjišťovala stav soběstačnosti nemohoucího seniora.

Tabulka 1: Stav soběstačnosti nemohoucího seniora

	Absolutní četnost
Chodící	19
Ležící, schopný sebeobsluhy	5
Inkontinentní	30
Chodící s dopomocí	25
Ležící zcela, nesoběstačný	26
Pokročilá demence	20

Komentář položky č. 8.

Staří lidé trpí často několika nemocemi najednou, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. Náročnost péče tak narůstá společně se zhoršujícím se zdravotním stavem nesoběstačné osoby. Respondenti uváděli, že poskytují péči nejčastěji osobám ležícím, zcela nesoběstačným, a to 26 respondentů, 25 respondentů poskytuje péči osobě chodící s dopomocí, a 19 respondentů uvedlo, že se stará o chodícího příbuzného. U 20 nesoběstačných osob se vyskytovala navíc pokročilá demence a 30 nesoběstačných osob trpí inkontencí.

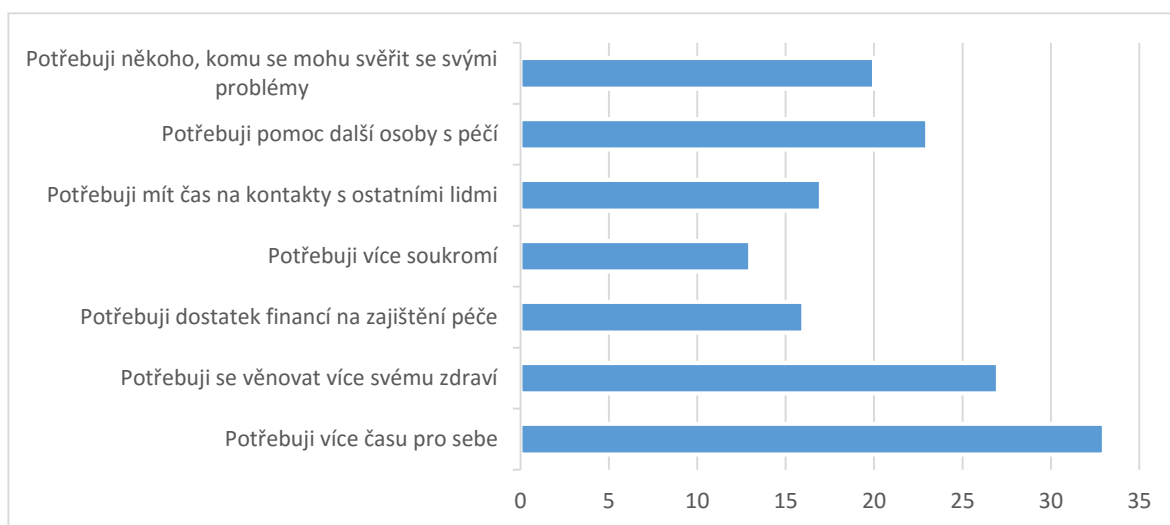
Výzkumná otázka č. 1

V jakých oblastech pocítují pečující osoby v souvislosti s péčí o nesoběstačného seni-ora zátěž? (ot. 15, 16, 17)

Položka č. 15 zjišťovala, kterou z potřeb respondenti aktuálně pocítují.

Tabulka 2: Aktuálně pocítované potřeby pečujících

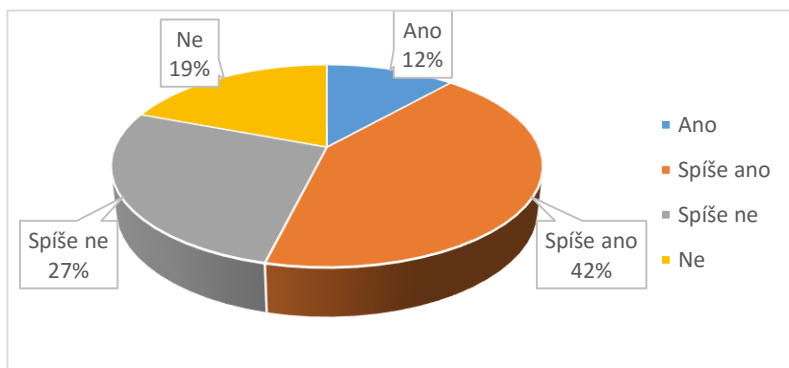
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Potřebuji více spánku, odpočinku	37	47%
Potřebuji více času pro sebe	33	42%
Potřebuji se věnovat více svému zdraví	27	35%
Potřebuji dostatek financí na zajištění péče	16	21%
Potřebuji více soukromí	13	17%
Potřebuji mít čas na kontakty s ostatními lidmi	17	22%
Potřebuji pomoc další osoby s péčí	23	30%
Potřebuji někoho, komu se mohu svěřit se svými problémy	20	26%



Graf 8: Aktuálně pocítované potřeby pečujících

Z grafu je patrné, že aktuální potřebou je pro většinu pečujících spánek a odpočinek, odpovědělo 37 (tj. 47 %) respondentů. Druhou nejčastěji vnímanou potřebou je mít více času pro sebe, odpovědělo 33 (tj. 42%) respondentů, věnovat svému zdraví uvedlo 27 (tj. 35%) respondentů, pomoc další osoby s péčí je aktuálně důležitá pro 23 (tj. 30%). 20 (tj. 26%) dotazovaných uvedlo, že potřebují někoho, komu se mohou svěřit se svými problémy, potřebu kontaktu s dalšími lidmi uvedlo 17 (tj. 22%) respondentů. Více soukromí je aktuální potřebou pro 13 (tj. 17%) dotazovaných.

Položka č. 16 zjišťovala, zda respondenti pocít'ují zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s péčí.



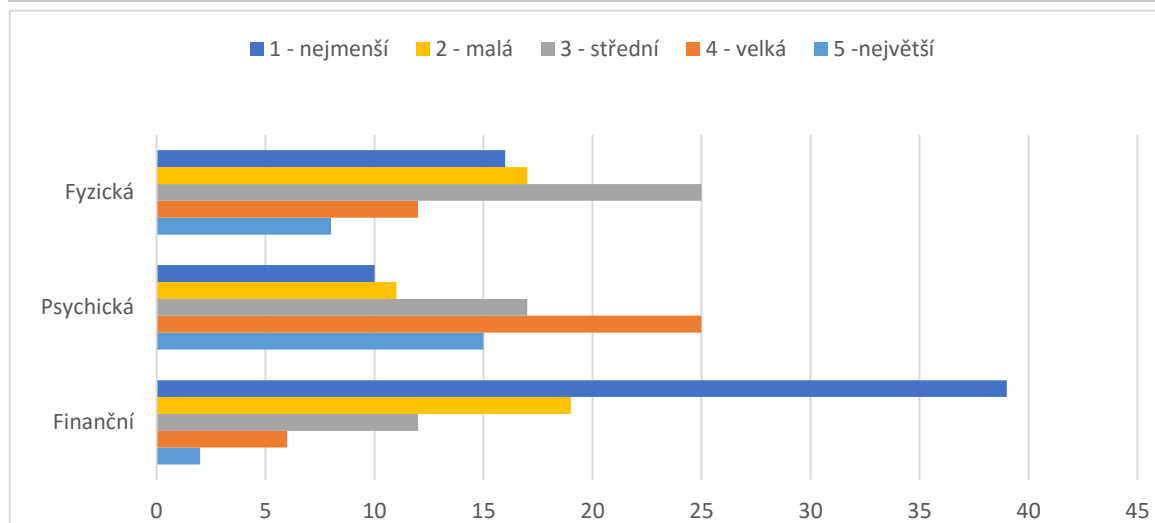
Graf 9: Zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s péčí

Jednoznačné zhoršení zdravotního pocít'uje 9 (tj. 12%) respondentů, zhoršení v souvislosti s péčí pocít'uje 33 (tj. 42 %) respondentů, zhoršení zdravotního stavu spíše nepocít'uje 21 (tj. 27%) respondentů. Žádnou změnu zdravotního stavu nepocít'uje 15 (tj. 19%) respondentů.

Položka č. 17 zjišťovala míru aktuálně pocít'ované zátěže pečujícího. Pečující měli na předložené škále 1-5 (kde 1 je nejmenší, 2 malá, 3 střední, 4 velká a 5 největší míra zátěže, 0 žádnou zátěž) uvést míru aktuálně pocít'ované zátěže v oblastech fyzické, psychické a finanční.

Tabulka 3: Míra aktuálně pocít'ované zátěže pečující osoby

	1	2	3	4	5
Fyzická	16	17	25	12	8
Psychická	10	11	17	25	15
Finanční	39	19	12	6	2
Jiná	0	0	0	0	0



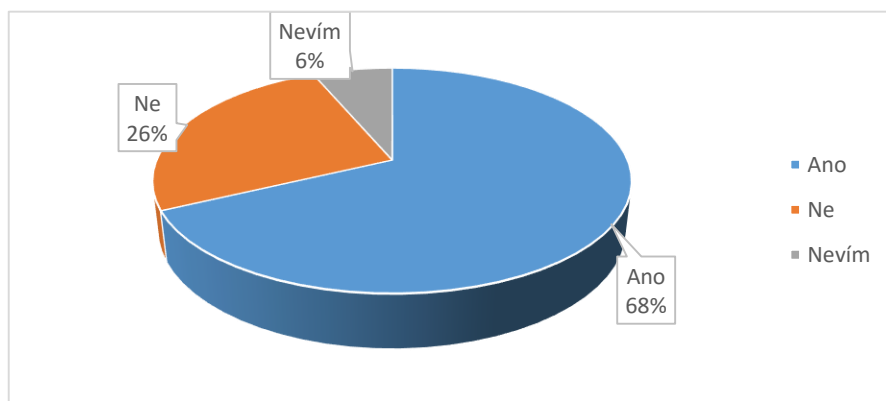
Graf 10: Míra aktuálně pocít'ované zátěže pečující osoby

V oblasti fyzické zátěže největší míru (na škále č. 5) pocívalo 8 (tj. 10%) respondentů, velkou míru zátěže (na škále č. 4) pocívalo 12 (tj. 15%) respondentů, střední míru zátěže (na škále č. 3) uvedlo 25 (tj. 32%) respondentů, malou zátěž (na škále č. 2) uvedlo 17 (tj. 22%) respondentů a nejmenší míru zátěže (na škále č. 1) uvedlo 16 (tj. 21%) respondentů. V oblasti psychické zátěže největší míru (na škále č. 5) pocívala 15 (tj. 19%) respondentů, velkou míru zátěže (na škále č. 4) pocívalo 25 (tj. 32%) respondentů, střední míru zátěže (na škále č. 3) uvedlo 17 (tj. 22%) respondentů, malou zátěž (na škále č. 2) uvedlo 11 (tj. 14%) respondentů a nejmenší míru zátěže (na škále č. 1) uvedlo 10 (tj. 13%) respondentů. V oblasti finanční zátěže největší míru (na škále č. 5) pocívali 2 (tj. 3%) respondenti, velkou míru zátěže (na škále č. 4) pocívalo 6 (tj. 8%) respondentů, střední míru zátěže (na škále č. 3) uvedlo 12 (tj. 15%) respondentů, malou zátěž (na škále č. 2) uvedlo 19 (tj. 24%) respondentů a nejmenší míru zátěže (na škále č. 1) uvedlo 39 (tj. 50%) respondentů. Nejméně pocívanou zátěží je mezi pečujícími zátěž finanční, největší četnost odpovědí pro maximální míru zátěže byla respondenty uvedena u zátěže psychické a zátěž fyzická byla u většiny respondentů pocíována v míře malé a střední.

Výzkumná otázka č. 2

Mají pečující osoby v případě neschopnosti postarat se o nesoběstačného seniora zajištěnou náhradní péči? (ot. 10, 11)

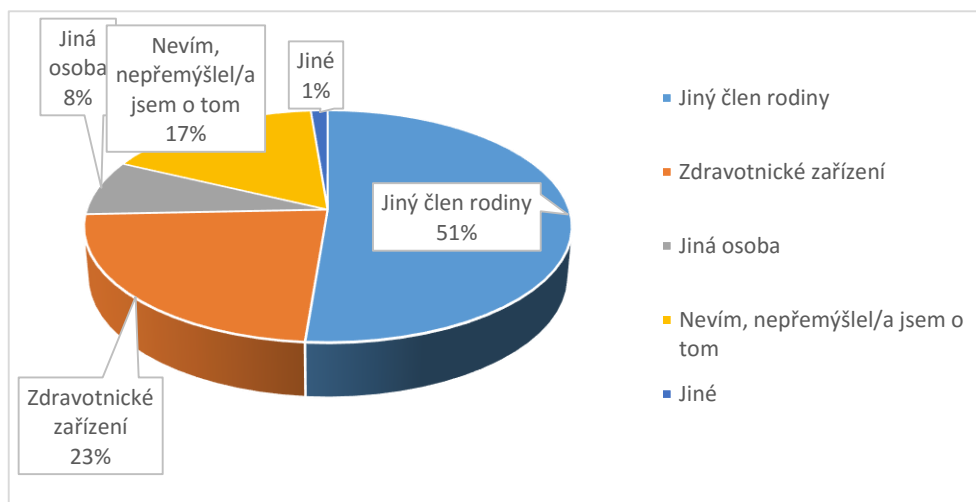
Položka č. 10 zjišťovala, zda je schopna respondentka při péči vystřídat jiná osoba.



Graf 11: Možnost náhradní péče

Na uvedenou otázku odpovědělo kladně 53 (tj. 68%) respondentů. Možnost zastoupení v péči alespoň jeden den v týdnu nemá 20 (tj. 26%) respondentů a 5 (tj. 6%) respondentů neví, zda by je byl někdo schopen v péči vystřídat.

Položka č. 11 zjišťovala, zda má pečující osoba zabezpečenou péči svého blízkého v případě, že nebude moci péči vykonávat (např. z důvodu nemoci).



Graf 12: Kdo bude vykonávat péči v době neschopnosti pečujícího

Jiný člen rodiny zabezpečí péči u 40 (tj. 51%) respondentů. Zdravotnické zařízení uvedlo 18 (tj. 23%) respondentů. Jinou osobu, která poskytne péči, uvedlo 6 (tj. 8%) respondentů. O možnosti náhradní péče nepřemýšlelo 14 (tj. 18%) respondentů.

Výzkumná otázka č. 3

Jaké formy pomoci při péči o nesoběstačného seniora využíváte? (ot. 9, 12)

Položka č. 9 zjišťovala pomoc ostatních členů rodiny pečující osobě.

Tabulka 4: Jak Vám pomáhají s péčí ostatní členové rodiny?

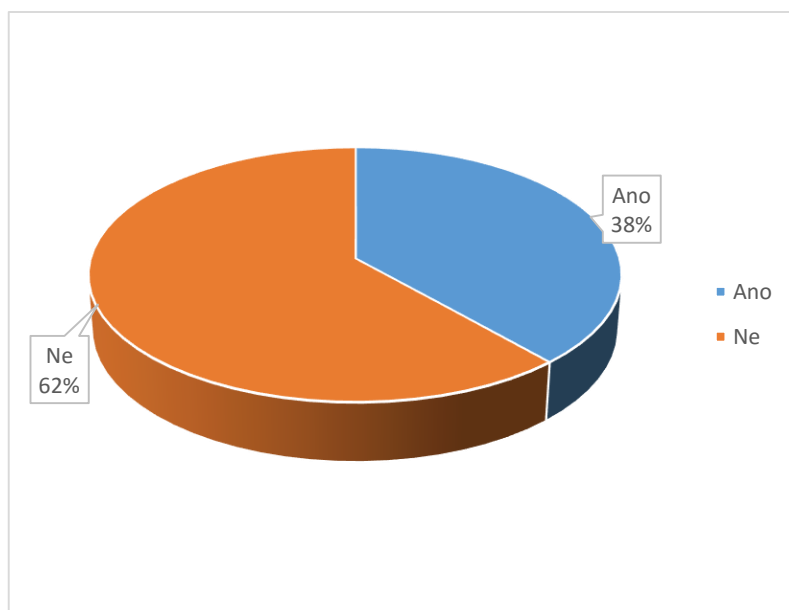
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomoc je velmi dobrá	36	46%
Pomoc je nedostatečná	8	10%
Pomoc je dostatečná	29	38%
Pomoc ostatních členů je mi na obtíž	1	1%
Nepomáhají vůbec	4	5%
	78	100%

Jako velmi dobrou pomoc ostatních členů rodiny uvedlo 36 (tj. 46%) respondentů. Dostatečná pomoc rodiny je pro 29 (tj. 38%) respondentů, pomoc ostatních členů rodiny jako nedostatečnou uvedlo 8 (tj. 10%) respondentů, 4 (tj. 5%) respondentů uvedlo, že ostatní členové nepomáhají vůbec. Pouze 1 (tj. 1%) respondent uvedl pomoc ostatních členů rodiny jako obtěžující.

Položka č. 12 zjišťovala, zda pečující osoby využívají při péči o osobu blízkou sociální služby.

Tabulka 5: Využití sociálních služeb při péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	38%
Ne	48	62%
	78	100%



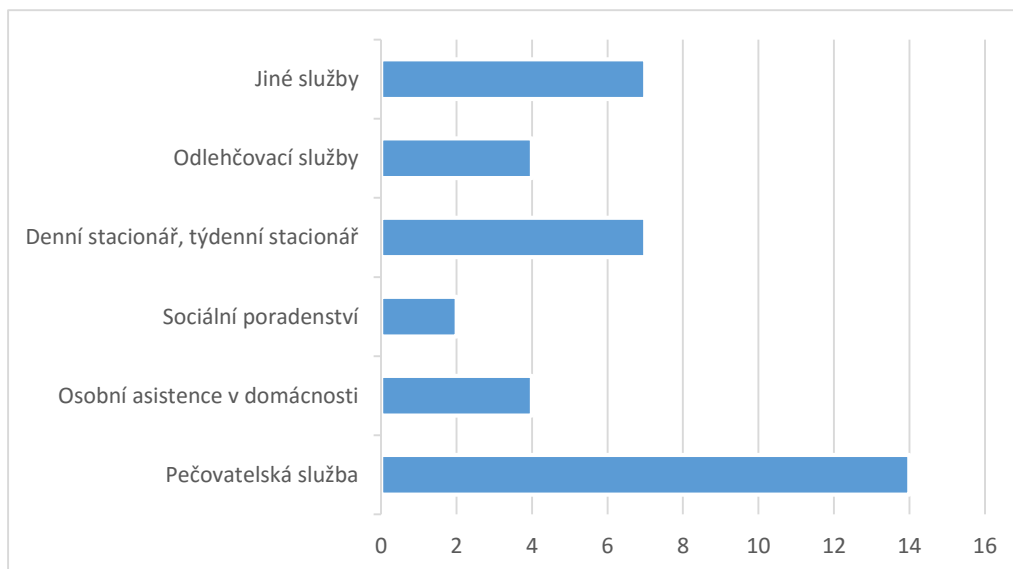
Graf 13: Využití sociálních služeb při péči

Sociální služby, jako pomoc při péči o nesoběstačnou osobu využívá 30 (tj. 38%) respondentů. Typy služeb, které pečující využívají, jsou uvedeny v tabulce 16. Sociální služby naopak při péči nevyužívá 48 (tj. 62%) respondentů. Důvody nezájmu jsou uvedeny v tabulce 17.

Druhá část položky č. 12 zjišťovala druhy sociálních služeb, které jsou pečujícími využívány.

Tabulka 6: Druhy sociálních služeb, které pečující osoby využívají

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pečovatelská služba	14	47%
Osobní asistence v domácnosti	4	13%
Sociální poradenství	2	7%
Denní stacionář, týdenní stacionář	7	23%
Odlehčovací služby	4	13%
Jiné služby	7	23%



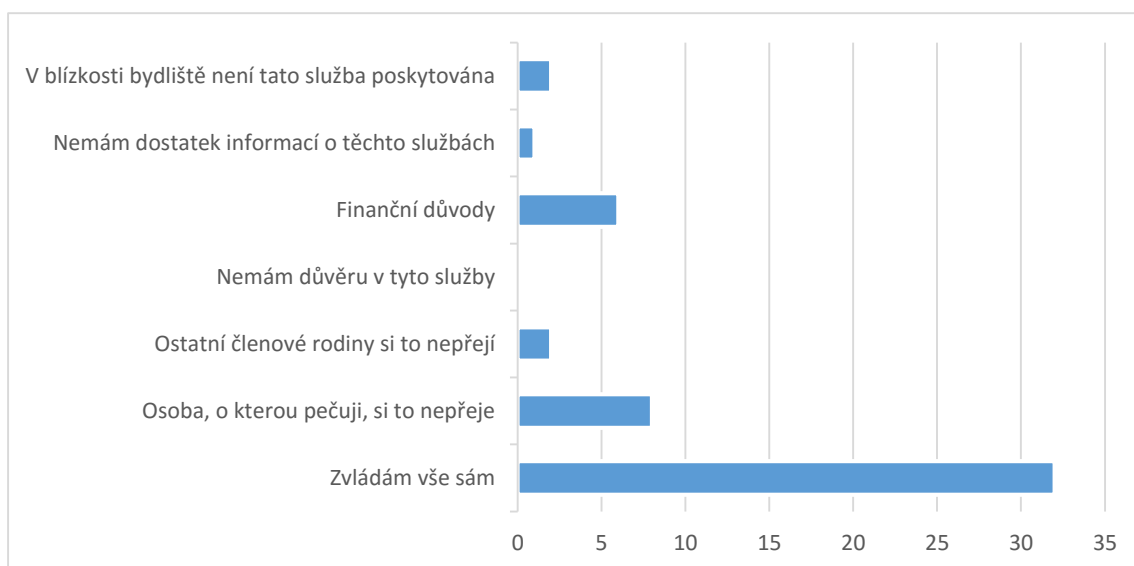
Graf 14: Druhy sociálních služeb, které pečující osoby využívají

Nejvíce využívanou službou je pečovatelská služba, tu jako pomoc při péči uvedlo 14 respondentů, osobní asistenci v domácnosti využívají 4 respondenti, 2 respondenti službu sociálního poradenství, denní stacionář využívá 7 respondentů, odlehčovací služby 4 respondenti, jiné služby jako pomoc při péči využívá 7 respondentů.

Položka 13 zjišťovala důvody nezájmu využívání sociálních služeb respondentem.

Tabulka 7: Důvody nevyužívání sociálních služeb

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zvládám vše sám	32	67%
Osoba, o kterou pečuji, si to nepřeje	8	17%
Ostatní členové rodiny si to nepřejí	2	4%
Nemám důvěru v tyto služby	0	0%
Finanční důvody	6	13%
Nemám dostatek informací o těchto službách	1	1%
V blízkosti bydliště není tato služba poskytována	2	2%



Graf 15: Důvody nevyužívání sociálních služeb

Většina respondentů, kteří nevyužívají sociální službu, zvládají péči sami. Tento důvod uvedlo 32 respondentů, 8 respondentů jako důvod nezájmu uvedlo, že si to nepřeje osoba, o kterou pečují, u 2 respondentů si využití služeb nepřejí ostatní členové rodiny. Finanční důvody jsou rozhodující pro 6 respondentů. Služby z důvodu nedostatku informací nevyužívá 1 respondent a pro 2 respondenty jsou tyto služby v blízkosti bydliště nedostupné.

Výzkumná otázka č. 4

Došlo u pečující osoby v důsledku péče k omezení aktivit volného času? (ot. 14, 18)

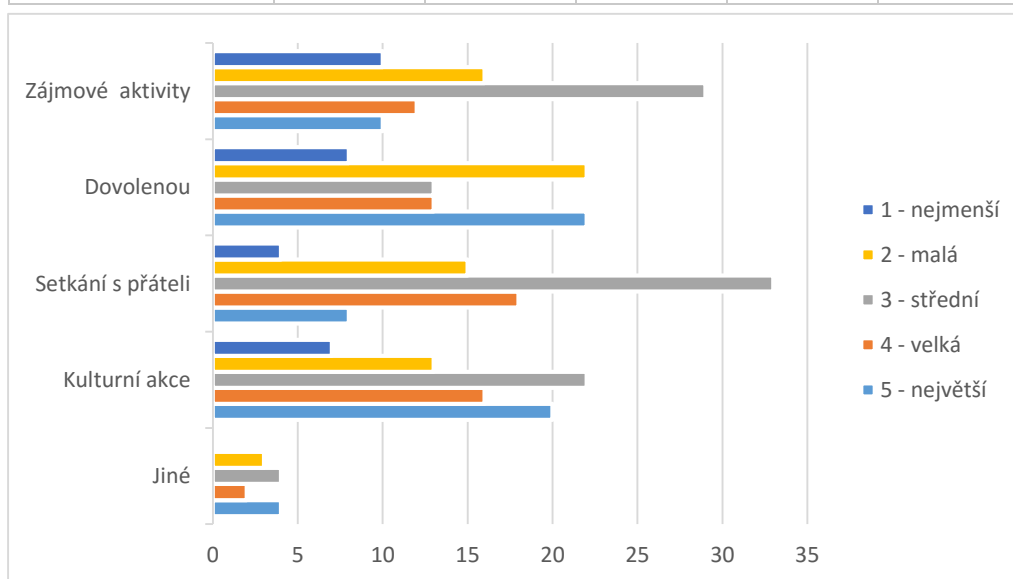
Položka č. 14 zjišťovala, k jakému omezení aktivit volného času došlo u pečujících v důsledku péče.

Aktivitu jsem:

1 - neprovozoval, **2**- neomezil, **3**- částečně omezil, **4**- velmi omezil/a, **5** – jsem zrušil/a

Tabulka 8: Omezení aktivit volného času

	1	2	3	4	5
Zájmové aktivity	10	16	29	12	10
Dovolenou	8	22	13	13	22
Setkání s přáteli	4	15	33	18	8
Kulturní akce	7	13	22	16	20
Jiné	0	3	4	2	4



Graf 16: Omezení aktivit volného času

Položka č. 14 zjišťovala, k jakému omezení aktivit volného času došlo u pečujících v důsledku péče. Na škále 1-5 respondenti uváděli míru omezení jednotlivých aktivit. Nejvíce dotazovaných uvedlo, že zcela zrušili dovolenou (22 respondentů), zároveň ale také stejný počet respondentů (22) uvedlo, že dovolenou nezrušilo. Kulturní akce rovněž zcela

zrušilo 20 respondentů, k velkému omezení setkání s přáteli došlo u 18 respondentů, částečně tato setkání omezilo 33 respondentů, zájmové aktivity byly omezeny rovněž částečně u 29 respondentů.

Výzkumná otázka č 5.

Jaký způsob odpočinku pečující osoby preferují? (ot. 18)

Položka č. 18 zjišťovala, jaký způsob odpočinku a jak často pečující osoby preferují.

Frekvenci odpočinku uváděli v následujícím stupňování:

1-denně, 2 – 1x za týden, 3 – občas -1x za měsíc, 4 nikdy

Tabulka 9: Preferovaný způsob odpočinku

	1	2	3	4
Pohybové aktivity	2	2	26	34
Pobyt v přírodě	7	17	37	13
Relaxace	34	18	19	6
Pobyt doma	43	13	17	4
Setkání s přáteli	1	15	38	18
Jiné..	0	0	0	0

V této položce nás zajímala nejvíce časová frekvence odpočinku, který preferují pečující osoby denně a 1 krát za týden. **Denně** tráví pobyt doma s rodinou 43 respondentů, 34 respondentů se rovněž denně věnuje relaxaci v podobě četby, poslechu hudby, nebo sledování TV. S **týdenní** frekvencí 17 respondentů tráví pobyt v přírodě, 18 respondentů se věnuje četbě, hudbě a sledování TV, setkání s přáteli uvádí s frekvencí 1x týdně 15 respondentů, pobyt doma s rodinnou 1x za týden uvedlo 13 respondentů. 26 respondentů uvedlo, že provozuje pohybové aktivity **1x za měsíc**, 37 respondentů tráví pobyt v přírodě a 38 respondentů se měsíčně setkává s přáteli.

Výzkumná otázka č. 6

Mají pečující osoby zájem o informace týkající se péče o nesoběstačnou osobu? (20,21)

Položka 20 zjišťovala, zda pečující mají zájem o informační brožuru týkající se problematiky péče o osobu blízkou

Tabulka 10: Zjištění zájmu o informační brožuru

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	47	60%
Ne	14	18%
Nevím	17	22%

Zájem o informační brožuru projevilo 47 (tj. 60%) respondentů, o brožuru nemá zájem 14 (tj. 18%) respondentů. 17 (tj. 22%) respondentů neví, zda by mělo o tuto informační brožuru zájem.

Položka 21 zjišťovala, zda by pečující měli zájem o kurz (seminář) pro laické pečovatele

Tabulka 11: Zájem o kurz (seminář) pro laické pečovatele

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	47%
Ne	23	30%
Nevím	18	23%

O účast na kurzu pro pečující by mělo zájem 37 (tj. 47%) respondentů. Nabídka kurzu není zajímavá pro 23 (tj. 30%) respondentů a 18 (tj. 23%) respondentů neví, zda by této nabídce využili.

Hypotézy

K položce č. 17, která zjišťovala míru aktuálně pociťované zátěže pečujících osob, budeme testovat hypotézu, zda zdravotní stav nesoběstačné osoby má vliv na míru zátěže pečující osoby. Pro potřeby testování jsme z odpovědí respondentů vytvořili 2 soubory pečujících. V prvním souboru jsou pečující, kteří pečují o osoby chodící a chodící s dopomocí, ve druhém souboru jsou pečující, kteří pečují o osoby ležící a zcela nesoběstačné.

Uvedenou hypotézu budeme testovat testem nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Při rozhodování o platnosti nulové hypotézy musíme provést srovnání našeho

výsledku s kritickou hodnotou, kterou nalezneme ve statistických tabulkách. Tuto kritickou hodnotu najdeme vždy pro námi zvolenou hladinu významnosti a určitý počet stupňů volnosti. (Chráška, 2007, s. 248)

Hypotéza č. 1

H_0 : Četnost pečujících osob, které uvádějí míry fyzické zátěže je u obou sledovaných skupin stejná.

H_A : Četnost pečujících osob, které uvádějí míry fyzické zátěže je u obou sledovaných skupin rozdílná.

U fyzické zátěže jsme srovnávali četnost odpovědí u míry zátěže uvedené jako: 2 malá, 3 střední, 4 velká.

Tabulka 12: Hypotéza č. 1 - Fyzická zátěž

Fyzická Zátěž	2			3			4		
	Pozorovaná	Očekávaná	χ^2	Pozorovaná.	Očekávaná	χ^2	Pozorovaná	Očekávaná	χ^2
Chodící	12	9,23	0,8313	12	13,57	0,18164	4	6,51	0,96776
Ležící	5	7,77	0,9875	13	11,43	0,21565	8	5,49	1,14756
	17	17	1,8188	25	25	0,39729	12	12	2,11532

Námi vypočítaná hodnota $\chi^2 = 4,33141$ je ukazatelem rozdílu mezi pozorovanou a očekávanou četností.

Výpočet: vypočítaná hodnota $\chi^2 = 4,33141$, stupeň volnosti 2 a hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 4,33141$ je menší, než zjištěná kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$, a proto nelze odmítnout nulovou hypotézu.

Hypotéza č. 2

H_0 : Četnost pečujících osob, které uvádějí míry psychické zátěže je u obou sledovaných skupin stejná.

H_A : Četnost pečujících osob, které uvádějí míry psychické zátěže je u obou sledovaných skupin rozdílná.

U psychické zátěže jsme srovnávali četnost odpovědí u míry zátěže uvedené jako: 3 střední, 4 velká a 5 největší míra zátěže,

Tabulka 13: Hypotéza č. 2 - Psychická zátěž

Psychická Zátěž	3			4			5		
	Pozorovaná	Očekávaná	χ^2	Pozorovaná.	Očekávaná	χ^2	Pozorovaná	Očekávaná	χ^2
Chodící	9	8,06	0,10963	13	11,86	0,10958	5	7,12	0,63124
Ležící	8	8,94	0,09884	12	13,14	0,0989	10	7,88	0,57036
	17	17		25	25		15	15	

Námi vypočítaná hodnota $\chi^2 = 1,61885$ je ukazatelem rozdílu mezi pozorovanou a očekávanou četností.

Výpočet: vypočítaná hodnota $\chi^2 = 1,61885$, stupeň volnosti 2 a hladina významnosti 0,05. Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 1,61885$ je menší, než zjištěná kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$, a proto nelze odmítnout nulovou hypotézu.

K položce **12** budeme testovat hypotézu, zda existuje rozdíl ve využití sociálních služeb pečujícími a místem kde žijí (vesnice, město)

Hypotéza č. 3

H_0 : Frekvence využití sociálních služeb je u pečujících žijících na vesnici a ve městě stejná.

H_A : Frekvence využití sociálních služeb je u pečujících žijících na vesnici a ve městě je rozdílná.

Uvedenou hypotézu budeme testovat testem nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku. Při rozhodování o platnosti nulové hypotézy musíme provést srovnání našeho

výsledku s kritickou hodnotou pro 1 stupeň volnosti, a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05, kterou nalezneme ve statistických tabulkách. (Chráska, 2007, s. 248)

	Ano	Ne	Σ
<i>Město</i>	23	22	46
<i>Vesnice</i>	6	27	33
Σ	29	49	78

$$\chi^2 = \frac{78 \cdot (23,27 - 22,6)^2}{46 \cdot 29 \cdot 49 \cdot 33}$$

Námi vypočítaná hodnota $\chi^2 = 8,6466$. Kritická hodnota pro 1 stupeň volnosti a zvolenou hladinu významnosti 0,05 $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. Vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 8,6466$ je větší, než zjištěná kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$, a proto odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

5.7 Interpretace a diskuze výsledných dat

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech pocítují pečující osoby v souvislosti s péčí o nesoběstačného seniora zátěž?

Odpovědi na tuto otázku jsme čerpali z položek č. 15,16,17 dotazníku. Položka č. 15 zjišťovala potřeby, které pečující osoby aktuálně pocítují. Položka č. 16 se dotazovala na zhoršení zdravotního stavu pečujících v průběhu péče. Položka č. 17 zjišťovala míru pocítované zátěže v oblastech fyzické, psychické a finanční.

Nejvíce pocítovanou potřebou pečujících je potřeba spánku a odpočinku, druhou nejčastěji uváděnou potřebou byla potřeba mít více času pro sebe a následovala potřeba více se věnovat svému zdraví. Většina pečujících pocítuje v souvislosti s péčí o nesoběstačného seniora zhoršení svého zdravotního stavu a zátěž, kterou vnímá jako nejvíce pocítovanou je zátěž psychická. Nejméně vnímanou zátěží pečujících je zátěž finanční.

2. Mají pečující osoby v případě neschopnosti postarat se o nesoběstačného seniora zajištěnou náhradní péči?

K této výzkumné otázce se vztahovala položka č. 10 a 11 dotazníku. Zajímalo nás, zda mají pečující osoby možnost zastoupení v péči alespoň na jeden den. Většina dotazovaných, má možnost zastoupení jinou osobou. Další položka zjišťovala, zda mají pečující zajištěnou

náhradní péči v případě déle trvající neschopnost péči vykonávat. Také v této otázce pečující uvedli, že i dlouhodobou péči mají zajištěnou, nejčastěji členem rodiny.

3. Jaké formy pomoci při péči o nesoběstačného seniora využíváte?

Otázka byla zaměřena na pomoc rodiny a pomoc ze systému sociálních služeb. Odpovědi jsme získali v položkách č. 9 a 12. Péče o nesoběstačnou osobu v rodině zasáhne v určité oblasti do života všech jejích členů. Ke zmírnění zátěže pečující osoby, je nutná podpora nejbližších. Také pomoc ze strany formálního poskytovatele – tj. sociálních a zdravotních služeb může pečující osobě ulehčit v péči o nesoběstačného člena rodiny.

Z Výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pomoc ostatních členů rodiny pečujícímu je velmi dobrá a pro pečujícího dostatečná.

„Sociální soudržnost pečující rodiny je zároveň podmínkou péče o starého člověka v rodině a výsledkem takové péče.“ (Jeřábek, 2005, str. 7)

Sociální služby jako pomoc při péči o nesoběstačnou osobu využívá pouze 38% dotazovaných. Většina respondentů uvedla, že péči zvládají sami a z tohoto důvodu sociální služby nevyužívají.

4. Došlo u pečující osoby v důsledku péče k omezení aktivit volného času?

Mít čas pro sebe a věnovat se svým zálibám je důležité pro psychickou pohodu každého člověka.. Z výzkumu je patrné, že 28% pečujících zrušilo dovolenou a 26% pečujících zrušilo kontakt s přáteli. Zároveň 21% pečujících neomezilo své zájmové aktivity, 28% pečujících neomezilo dovolenou a 19% pečujících neomezilo setkání s přáteli.

5. Jaké formy odpočinku pečující využívají?

V této výzkumné otázce jsme zjišťovali, jaký způsob odpočinku a jak často pečující osoby preferují. Největší četnost odpovědí byla u pobytu s rodinnou a to u 55% respondentů, 44% respondentů se denně věnuje četbě, relaxaci, sledování TV.

6. Mají pečující osoby zájem o informace týkající se péče o nesoběstačnou osobu?

Většina respondentů se k otázce vyjádřila kladně. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013-2017 má v programu podporu a vzdělávání neformálních pečujících. Jedná se především o rozšíření psychologického poradenství, nabídky odlehčovacích služeb a posílení spolupráce neformálních pečovatelů s profesionálními pracovníky.

5.8 Doporučení pro praxi

Tato bakalářská práce by mohla být přínosem pro poskytovatele sociálních služeb, kteří by v rámci svého poradenství mohli pomoci pečujícím osobám při jejich práci. Snažit se upozornit na úskalí, která péče přináší a preventivně pomoci pečujícím osobám naučit se věnovat také svým potřebám. Nabídkou vhodného semináře nebo kurzu pro laické pečovatele, jak zvládat péči po praktické stránce. Informační leták pro pečující s informacemi o vhodných službách a poradenstvích.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali rodinnou péčí o seniora v rodinném prostředí. Cílem naší práce bylo zjistit, jak ovlivnila rodinná péče o nesoběstačného seniora kvalitu života pečující osoby, jaká omezení mu tato péče přinesla a jaké formy pomoci při péči využívají.

V teoretické části jsme se zabývali stářím a stárnutím z demografického hlediska, tělesnými a psychickými změnami starého člověka, ztrátou soběstačnosti a spolu s ní nárůstem závislosti na péči jiné osoby. Zaměřili jsme se také na rodinnou péči a její druhy, pokusili popsat její přínos. V části věnovaná pečující osobě, jsme se zabývali negativními dopady péče na pečovatele a možnou prevencí jak zmírnit důsledky zátěže.

V praktické části jsme se pomocí dotazníku snažili zjistit, jaké jsou potřeby pečujících, jaký dopad měla péče na jejich kvalitu života, v oblasti zdraví, tělesné a psychické pohody, nedostatku potřeb a také zda se snaží pečovat také o sebe.

„V jakých oblastech ovlivňuje rodinná péče o seniora kvalitu života pečující osoby?“

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že pečující osoby v souvislosti s péčí pociťují zhoršení zdravotního stavu, významně pociťují zátěž psychickou, která má na vnímání kvality života velký vliv. Omezení volného času pro sebe se projevilo v organizaci volnočasových aktivit, které pečující částečně omezili. Překvapilo nás, že pečující osoby využívají v malé míře sociální služby a péči o nesoběstačného člena zvládají sami, nebo s pomocí ostatních rodinných příslušníků. Při využití pomoci sociálních služeb, by se mohli pečující věnovat také sami sobě a zmírnit tak negativa, která péče s sebou přináší.

Péče o nesoběstačného člena rodiny je náročná a přináší s sebou mnohá úskalí, na které není pečující osoba na začátku připravena. Důležité je, aby člověk, který péči vykonává, měl přístup i informacím, které mu mohou pomoci zvládnout některé neplánované situace, podporu ostatních členů rodiny, kteří jsou v případě potřeby schopni pečujícímu pomoci.

Závěrem bychom chtěli uvést specifický cíl 1 Národního akčního plánu podporující zdravé stárnutí 2013-2017, který zní: „ **Vytvořit odpovídající podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče**“ (Národní akční plán podporující zdravé stárnutí 2013-2017, s. 44)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, c2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JEŘÁBEK, Hynek a kolektiv. *Rodinná péče o staré lidi*. Vyd.1. vydání. Praha: UK FSV CESES, 2005, ISSN 1801-1519

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.

NOVÁK, Tomáš a BEASTEES. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4.

Slovník sociálního zabezpečení 2015. Vydání první. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015. ISBN 978-80-7421-114-0.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.

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

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

SVOBODOVÁ, Kamila. 2010. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice. *Demografie*. č. 4, s. 185-194, ISSN 0011-8265

Národní akční plán podporující zdravé stárnutí 2013-2017 [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2015 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/fi-les/clanky/20851/NAP_311214.pdf

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník s účinností 1. ledna 2014.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. ledna 2007

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

tj.	To je
atd.	A tak dále.
%	procento.
vyd.	Vydání
např.	Například
kol.	Kolektiv
č.	Číslo
s.	strana

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Stav soběstačnosti nemohoucího seniora	36
Tabulka 2: Aktuálně pocíťované potřeby pečujících.....	37
Tabulka 3: Míra aktuálně pocíťované zátěže pečující osoby.....	38
Tabulka 4: Jak Vám pomáhají s péčí ostatní členové rodiny?.....	40
Tabulka 5: Využití sociálních služeb při péči.....	41
Tabulka 6: Druhy sociálních služeb, které pečující osoby využívají	42
Tabulka 7: Důvody nevyužívání sociálních služeb	43
Tabulka 8: Omezení aktivit volného času.....	44
Tabulka 9: Preferovaný způsob odpočinku	45
Tabulka 10: Zjištění zájmu o informační brožuru	46
Tabulka 11: Zájem o kurz (seminář) pro laické pečovatele.....	46
Tabulka 12: Hypotéza č. 1 - Fyzická zátěž.....	47
Tabulka 13: Hypotéza č. 2 - Psychická zátěž	48

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk pečující osoby	33
Graf 2: Věk pečující osoby	33
Graf 3: Kde probíhá péče o nesoběstačného seniora	34
Graf 4: Vztah pečující osoby k příjemci péče.....	34
Graf 5: Věk příjemce péče	35
Graf 6: Délka péče v letech.....	35
Graf 7: Délka doby během dne	36
Graf 8: Aktuálně pocíťované potřeby pečujících.....	37
Graf 9: Zhoršení zdravotního stavu v souvislosti s péčí	38
Graf 10: Míra aktuálně pocíťované zátěže pečující osoby	38
Graf 11: Možnost náhradní péče.....	39
Graf 12: Kdo bude vykonávat péči v době neschopnosti pečujícího.....	40
Graf 13: Využití sociálních služeb při péči	41
Graf 14: Druhy sociálních služeb, které pečující osoby využívají	42
Graf 15: Důvody nevyužívání sociálních služeb	43
Graf 16: Omezení aktivit volného času	44

SEZNAM PŘÍLOH

PI: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,
jsem studentkou Fakulty humanitních studií, oboru Sociální pedagogika, na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ke své bakalářské práci na téma Rodinná péče o seniora v domácím prostředí potřebuji zjistit některé údaje. Proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Veškeré informace získané tímto dotazníkem budou zcela anonymní a budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Jana Strouhalová

Dotazník

1. Váš věk:

- do 30 let 31 - 45 let 46 - 60 let 61 - 75 let 76 let a více

2. Kde žijete?

- město vesnice

3. O nesoběstačného seniora pečujete:

- v domácnosti seniora v domácnosti pečujícího

4. V rodinném vztahu k příjemci péče jste?

- manžel/ka dcera/syn vnuk/vnučka ostatní vztahy

5. Věk příjemce péče?

- do 60 let 61-75 let 76 let a více

6. Jak dlouho poskytujete péči?

- méně než rok 1– 4 roky 5-9 let 10 let a více

7. Kolik hodin denně trávíte s osobou, o kterou pečujete?

- méně než 6 hodin 6 až 12 hodin více než 12 hodin

8. Zdravotní stav soběstačnosti Vašeho blízkého, kterému poskytujete péči, je následující (vyberte i více možností):

- chodící chodící s dopomocí
 ležící, schopný sebeobsluhy ležící zcela, nesoběstačný
 inkontinentní pokročilá demence

9. Jak Vám pomáhají s péčí ostatní členové rodiny?

- pomoc je velmi dobrá pomoc je dostatečná
 pomoc je nedostatečná pomoc ostatních členů je mi na obtíž
 nepomáhají vůbec

10. Je vás schopen někdo vystřídat při péči o Vašeho blízkého alespoň jednou týdně?

- ano ne nevím

11. Nebudete-li moci delší dobu (např. z důvodu nemoci) vykonávat péči o Vašeho blízkého, kdo zabezpečí péči v době Vaší neschopnosti?

- jiný člen rodiny jiná osoba
 zdravotnické zařízení nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

jiné

12. Využíváte při péči o osobu blízkou některé sociální služby?

ano ne

Pokud ano, vyberte z možností službu, kterou využíváte:

- pečovatelská služba denní stacionář, týdenní stacionář
 osobní asistence v domácnosti odlehčovací služby
 sociální poradenství jiné služby

13. Pokud tyto služby nevyužíváte, uveďte důvod/y Vašeho nezájmu:

- zvládám vše sám
 osoba, o kterou pečuji si to nepřeje
 ostatní členové rodiny si to nepřejí
 nemám důvěru v tyto služby
 finanční důvody
 nemám dostatek informací o těchto službách
 v blízkosti bydliště není tato služba poskytována

14. Musel/a jste v důsledku pečování omezit některé z aktivit Vašeho volného času a v jaké míře?

Zaškrtněte prosím vždy jednu odpověď, použijte následující odstupňování:

Uvedenou aktivitu :

- jsem nikdy před péčí neprovozoval/a 1
jsem neomezil/a 2
jsem částečně omezil/a 3
jsem velmi omezil/a 4
jsem zcela zrušil/a 5

Zájmové aktivity	1	2	3	4	5
Dovolenou	1	2	3	4	5
Setkání s přáteli	1	2	3	4	5
Kulturní akce	1	2	3	4	5
Jiné.....	1	2	3	4	5

15. Kterou z uvedených potřeb aktuálně nejvíce pociťujete (možno uvést více možností):

- Potřebuji více spánku, odpočinku.
 Potřebuji více času pro sebe.
 Potřebuji se věnovat více svému zdraví.
 Potřebuji dostatek financí na zajištění péče.
 Potřebuji více soukromí.
 Potřebuji mít čas na kontakty s ostatními lidmi.
 Potřebuji pomoc další osoby s péčí.

Potřebuji někoho, komu se mohu svěřit se svými problémy.

16. Pociťujete v souvislosti s péčí o osobu blízkou zhoršení Vašeho zdravotního stavu?

ano spíše ano spíše ne ne

17. Uveďte prosím na stupnici 1-5 míru aktuálně pociťované zátěže v uvedených oblastech

(kde 1 je nejmenší a 5 největší míra zátěže)

Fyzická	1	2	3	4	5
Psychická	1	2	3	4	5
Finanční	1	2	3	4	5
Jiná – doplňte.....	1	2	3	4	5

18. Jaký způsobem regenerujete své síly a jak často?

Zaškrtněte prosím vždy jednu odpověď, použijte následující odstupňování:

denně 1
1x za týden 2
občas – 1x za měsíc 3
nikdy 4

Pohybové aktivity (sport, turistika)	1	2	3	4
Pobyt v přírodě	1	2	3	4
Relaxace (četba, hudba, TV, jiné)	1	2	3	4
Pobyt doma s rodinou	1	2	3	4
Setkání s přáteli	1	2	3	4
Jiné	1	2	3	4

19. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně poskytování péče blízké osobě?

ano ne nevím

20. Uvítal/a byste informační brožuru týkající se této problematiky?

ano ne nevím

21. Měl/a byste zájem o přednášku, kurz (seminář) pro laické pečovatele, která by vám poskytla odborné i praktické informace využitelné při péči o osobu blízkou?

ano ne nevím