ORIGINAL ARTICLE

PROBLEMATIKA REALIZACE RODINNÉ PÉČE O OSOBU SE SNÍŽENOU SOBĚSTAČNOSTÍ

Problems of the implementation of taking family care of persons with reduced self-sufficiency

Petra Formánková^{1,3}, Aleš Novotný^{1,2}, Marcela Efenberková³

¹Student DSP Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce

³Městský úřad Písek, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Česká republika

Summary

Families have always provided help for relatives who needed it due to their diseases or old age. This resoluteness of families is still present at the time being. We can speak about informal caregivers, who satisfy needs of their relatives in their natural domestic environment without professional knowledge. By this care they try to provide dignified and quality life of non-independent persons. The willingness of the family to take care of a person with a reduced self-sufficiency means not only time consumption but also physical and mental loading to the caregiver and giving up his/her own priorities. The target of the text was to outline the currently existing problems of the implementation of taking the family care of non-independent persons in the area of the administrative district of the town with extended competence Písek. The results of the research questionnaire examination are data indicating the degree of information of family caregivers about the method of taking care of non-independent persons and the source of their information. A further question concerned problems encountered in taking care for a relative person and taking advantage of possible professional healthcare and social support in the area of the administrative district considered. The method of interviews was employed for the implementation of the research examination. The questionnaire technique was used for the data accumulation. The examination results demonstrated that 39.5% of respondents have never been practically familiarized with taking necessary care of non-independent persons. And only one half of the total group of respondents knew who could be addressed for granting compensatory tools. Informal caregivers from small villages (i.e. types I and II) situated in the cadastre area of the town with extended competence Písek perceive mainly the physical load in providing the care compared to informal caregivers directly from the town with extended competence Písek (i.e. type III) who reported the social load. The caregivers search for most data and necessary assistance in physicians, nursing healthcare professionals and friends. Only 10.5% of families take advantage of healthcare and social services to provide the necessary help in taking care of non-independent persons.

Key words: financial contribution to the care – family care – non-independent person – social services

Submitted: 2011-09-23 ▪ Accepted: 2012-02-23 ▪ Published online: 2012-06-22

KONTAKT: 14/2: 159–170 ▪ ISSN 1212-4117 (Print) ▪ ISSN 1804-7122 (Online)

Souhrn

Rodina vždy zajišťovala pomoc svým blízkým, kteří pomoc vyžadovali z důvodu nemoci nebo stáří. Toto odhodlání rodin existuje i v dnešní době. Mluvíme tak o neformálních pečovateli, kteří bez odborné znalosti uspokojují potřeby svých blízkých v jejich přirozeném domácím prostředí. Svou péčí se snaží zachovat důstojný a kvalitní život nesoběstačné osoby. Ochota rodiny pečovat o osobu se sníženou soběstačností vyžaduje nejen časovou náročnost, ale i fyzickou a psychickou zátěž pečující osoby a odřeknutí si vlastních priorit. Cílem textu je nastínit současnou problematiku realizace rodinné péče o nesoběstačné osoby na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek. Výsledkem průzkumného dotazníkového šetření jsou údaje, do jaké míry jsou rodinní pečovatelé informováni o způsobu péče o nesoběstačnou osobu a od koho tyto informace získávají. Dále jaká úskalí při péči o osobu blízkou pocítují a jak využívají možnosti profesionální zdravotní a sociální podpory na území daného samosprávného celku. Pro realizaci průzkumného šetření byla použita metoda dotazování. Pro sběr dat byla použita technika dotazníku. Výsledky šetření ukázaly, že 39,5 % respondentů vůbec nebylo prakticky seznámeno s potřebnou péčí o nesoběstačnou osobu. A pouze polovina respondentů věděla, kam se obrátit o poskytnutí kompenzační pomůcky. Neformální pečovatelé z malých obcí (tj. I. a II. typu), nacházejících se na katastrálním území obce s rozšířenou působností Písek, vnímají při poskytování péče nejvíce zátěž fyzickou, oproti neformálním poskytovatelům přímo z obce s rozšířenou působností Písek (tj. III. typu), kteří uvedli zátěž sociální. Nejvíce informací a potřebnou pomoc rodinní pečovatelé vyhledávají u lékařů, ošetřujícího zdravotnického personálu a přátel. Pouze 10,5 % rodin využívá zdravotních a sociálních služeb k zajištění potřebné pomoci o nesoběstačné osoby.

Klíčová slova: příspěvek na péči – rodinná péče – nesoběstačná osoba – sociální služby – zátěž pečovateli

ÚVOD

Ve vyspělých zemích dnešního světa neustále narůstá počet osob, které se z důvodu vysokého věku či zdravotního stavu o sebe nejsou schopny postarat vlastními silami. Největší podíl pomoci nesoběstačným osobám přitom není poskytován zařízeními rezidenčního typu, ale prostřednictvím jejich rodin, více či méně často s využitím podpory terénních sociálně-zdravotních služeb (Barvíková, 2005, p. 58). Tendence, aby nesoběstačné osoby setrvaly co nejdéle ve svém domácím a rodinném prostředí, odpovídá jejich přáním. Tato strategie se nazývá „ageing in place“ a byla formulována v rámci Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) již v 90. letech 20. století (OECD, 2005, p. 40).

Péče o nesoběstačné osoby v rodině může mít nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s institucionální péčí je, že péče je poskytována tolik, kolik je potřeba (Jeřábek, 2005, p. 10). Jedná se o péči z lásky, a proto ji tato charakteristika činí nenahraditelnou (Jeřábek, 2009, p. 264). Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají velmi dobře, i když je situace vyčerpávající (Bartoňová, 2005, p. 31). Někteří naopak pomáhají až přesprásk, ochraňují ne-

soběstačné osoby za každou cenu, čímž se stává, že omezují nezávislost a autonomii svých příbuzných (Pichaud, Thareauová, 1998, p. 38). Jiní se zase i přes ochotu poskytovat osobní péči mohou z obavy z nezvládnutí rozhodnout pro poskytování potřebné péče prostřednictvím instituce (Bartoňová, 2005, p. 31). Ačkoliv role pečovatele přináší i pozitivní aspekty, mezi které patří například uspokojení z vlastní práce, naplnění smyslu pro povinnost, vzájemnost, vzájemná náklonnost a možnost zůstat spolu, je věnována daleko větší pozornost zátěži pečovateli (Tošnerová, 2001, p. 56).

Dlouhodobá péče o osobu blízkou je mnohdy spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí (Zavázalová et al., 2001, p. 54). Pečovatel v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, strádá nedostatečnou sociální oporou. Často trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jeho zdraví, v některých případech vyústí ve zjevné či skryté formy v násilí vůči ošetřovanému nebo rodině aj. Je třeba si uvědomit, že na péči o nesoběstačného člověka rodinného pečo-

vatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly a chybí i potřebný grif (Barvíková, 2005, p. 61). K bezvýhodnosti situace rodinných pečovatelů samozřejmě přispívá i nedostatek potřebných informací, pomůcek, často velice obtížná finanční situace, zvláště je-li poskytována dávka příspěvek na péči hlavním příjmem a další okolnosti (Veselá, 2003, p. 46). Určitou roli hraje i způsob bydlení – zda ve městě či na vesnici, s rodinou nebo osaměle a vzdálenost blízkých. Zanedbatelná není ani dosažitelnost širšího spektra zdravotních a sociálních služeb, charitativních a svépomocných skupin a sdružení (Zavázalová et al., 2001, p. 56). Zátěž je výraznější při nespolupráci a pasivně pečované osoby, kdy denní činnost je třeba vykonávat proti odporu až agresivně postižené osoby, a také při její nepohyblivosti, těžké až nemožné komunikaci a vztahovčnosti (Tošnerová, 2001, p. 55).

Služba poskytovaná celých čtyřadvacet hodin denně, sedm dní v týdnu, je pro jednoho pečujícího „likvidační“, a proto je potřebná a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele (Tošnerová, 2009, p. 166). K uspokojení komplexních potřeb osob v dlouhodobé péči je třeba vytvářet integrovanou síť zdravotních a sociálních služeb. Proces integrace v rámci poskytování služeb je zvláště důležitý (Leichsering, 2004). Jako integrovaná forma péče a pomoci se v praxi postupně prosazuje a uplatňuje model komunitní péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický (Barvíková, 2005, p. 59). Rodinní příslušníci jsou základním aktérem spolupráce multidisciplinárního týmu, který je tvořen postiženými, rodinnými pečovateli, komunitními zdravotnickými a sociálními pracovníky, popřípadě dobrovolníky (Jarošová, 2007, p. 61). Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů (Jarošová, 2006, p. 56–57).

Cíl

Hlavním záměrem výzkumu bylo zmapovat, jak je realizována rodinná péče o osoby se sníženou

soběstačností na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek.

Dílčím cílem bylo jednak zjistit úskalí rodinných pečovatelů (tj. zátěž, míra informovanosti o způsobu péče aj.) při poskytování péče o osobu se sníženou soběstačností na daném území a pak zjistit, jaké zdravotní a sociální služby využívají rodinní pečovatelé k zajištění potřebné pomoci o své blízké.

METODIKA A SOUBOR

V rámci metodického postupu průzkumného šetření byla použita metoda dotazování a technika dotazníku. Dotazníky byly určeny rodinným příslušníkům, kteří poskytují péči nesoběstačným osobám nacházejícím se na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek. Ze základního souboru, který tvořili rodinní pečovatelé na daném území, byl na základě náhodného stratifikovaného výběru vybrán vzorek respondentů ze spisové dokumentace Městského úřadu Písek, týkající se osob, které pobírají příspěvek na péči a pomoc poskytují rodinní pečovatelé. Pro výběr respondentů bylo stanoveno kritérium: rodinní příslušníci poskytující pomoc osobám, které pobírají příspěvek na péči. Při výběru byl kladen důraz na rovnoměrné zastoupení respondentů žijících v obci s rozšířenou působností Písek (tj. III. typu) a okolí (obcí tzv. I., resp. II. typu). Dotazník určený pro rodinné pečovatele obsahoval celkem 17 otázek, z toho bylo 14 uzavřených a 3 otázky polootevřené. Srozumitelnost otázek byla nejprve ověřena v rámci předvýzkumu ($n = 8$).

Sběr dat byl realizován v období od 5. 6. do 10. 7. 2010 na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek. Dotazník byl distribuován nepřímo, prostřednictvím pošty. Celkem bylo rozesláno 200 dotazníků a jejich návratnost činila 129 dotazníků, ze kterých 5 bylo vyřazeno pro neúplnost údajů. Do dalšího zpracování bylo použito 124 dotazníků, tedy 62 % z celkového počtu rozeslaných. Získaná empirická data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky (absolutní četnost, relativní četnost). Ke zpracování těchto dat byl využit program Microsoft Office Excel. Kontrola dat byla provedena dvojítm vkládáním a následnou kontrolou a opravou. Data jsou uvedena v procentech či v absolutních hodnotách. Výsledky jsou uspořádány do tabulek a grafů.

Zkoumaný soubor tvořilo 124 respondentů, z toho 34 mužů (27,4 %) a 90 žen (72,6 %). Složení souboru podle věku bylo nejvíce zastoupeno věkovým rozmezím 45–59 let v počtu 59 respondentů (47,6 %). Ve věkovém rozmezí 60–74 let bylo 39 respondentů (31,5 %). Skupina osob ve věku 30–44 let čítala 15 respondentů (12,1 %), nad 75 let bylo 8 respondentů (6,5 %) a ve věkovém rozmezí do 29 let byli 3 respondenti (2,4 %).

VÝSLEDKY

Výsledky průzkumného šetření problematiky realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností potvrzují značné individuální rozdíly z hlediska poskytování péče mezi respondenty žijícími přímo v obci s rozšířenou působností Písek a žijícími v okolí (v tzv. obcích I., resp. II. typu).

Tabulka 1 Péče poskytovaná nesoběstačné osobě

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 18	9	7,3 %
18–44	18	14,5 %
45–59	17	13,7 %
60–74	26	21,0 %
nad 75	54	43,5 %
Celkem	124	100 %
Stupeň závislosti na péči jiné osoby		
Stupeň I	22	17,7 %
Stupeň II	41	33,1 %
Stupeň III	36	29,0 %
Stupeň VI	25	20,2 %
Celkem	124	100 %
Délka poskytované péče		
do 1 roku	9	7,2 %
1–5 let	41	33,1 %
6–10 let	40	32,3 %
11–15 let	29	23,4 %
nad 16 let	5	4,0 %
Celkem	124	100 %

Z tabulky 1 je patrné, že nejvíce, tj. 43,5 % respondentů poskytuje péči osobám nad 75 let. Z hlediska přiznaného stupně závislosti nesoběstačné osoby poskytují rodinní pečovatelé nejčastěji péči osobám s přiznaným II. stupněm

závislosti. Délka poskytované péče rodinnými pečovateli byla od necelého jednoho roku až po dobu více než šestnácti let. Nejvíce, tj. 33,1 % respondentů poskytuje péči nesoběstačné osobě od 1 do 5 let.

Tabulka 2 Časová náročnost poskytované péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně než 8 hodin	32	25,8 %
8–16 hodin	45	36,3 %
celých 24 hodin	47	37,9 %
Celkem	124	100 %

Nejvíce respondentů uvedlo, že poskytuje péči celých čtyřadvacet hodin. Pouze 25,8 % respondentů uvedlo časovou náročnost péče méně než 8 hodin (tab. 2).

Tabulka 3 Společná domácnost s osobou se sníženou soběstačností

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	74,2 %
Ne	32	25,8 %
Celkem	124	100 %

Ukázalo se, že výrazná většina (74,2 %) respondentů žije ve společné domácnosti s osobou se sníženou soběstačností. Zbývající část dotazovaných žije odděleně (tab 3).

Tabulka 4 Zátěž rodinného poskytovatele péče

Zátěž	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzická	56	45,2 %
Finanční	23	18,5 %
Sociální	34	27,4 %
Citová	11	8,9 %
Celkem	124	100 %

Tabulka 4 zachycuje názory respondentů na pocitování největší zátěže v souvislosti s poskytováním péče o nesoběstačné osoby. Výrazná většina (45,2 %) respondentů uvedla, že pociťuje zátěž fyzickou (zdravotní problémy), méně pak sociální (nedostatek času věnovat se vlastní rodině, vlastním zájmům), finanční (výše příspěvku nestačí na úhradu vlastních potřeb a jiných služeb) a v poslední řadě citovou (nedokážete se vyrovnat s nepříjemnými pocity při péči).

Graf 1 Hodnocení zátěže rodinného poskytovatele péče na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek (v absolutních hodnotách)

Z grafu 1 je patrné, že v obci s rozšířenou působností Písek (tj. obec III. typu) respondenti pocítují nejvíce zátěž sociální. Naopak v malých

obcích, tj. I. a II. typu, nejčastěji rodinní poskytovatelé péče pocítují zátěž fyzickou.

Tabulka 5 Využívání integrovaných forem podpory

Forma podpory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	68	54,8 %
Sousedé	3	2,4 %
Organizace poskytující zdrav.-soc. služby	13	10,5 %
Někdo jiný	0	0,0 %
Nikdo	40	32,3 %
Celkem	124	100 %

Z dat uvedených v tabulce 5 je evidentní, že rodinným pečovatelům s péčí o nesoběstačnou osobu nejvíce vypomáhá rodina, jak uvedlo 54,8 % respondentů. Bezmála třetina respon-

dentů nikdo s péčí nepomáhá. Pouze 10,5 % respondentů uvedlo, že využívá pomoc od organizací poskytujících zdravotní nebo sociální služby.

Tabulka 6 Ohodnocení příspěvku na péči pro nákup sociálních služeb

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	14,5 %
Spíše ano	43	34,7 %
Spíše ne	41	33,1 %
Ne	22	17,7 %
Celkem	124	100 %

Bezmála polovina (49,2 %) respondentů hodnotí finanční částku příspěvku na péči jako dostačující k zakoupení sociálních služeb (jako zcela dostačující částku ji uvedlo 14,5 % respondentů a celkem dostačující 34,7 % respondentů).

Zatímco zbývajících 50,8 % respondentů uvedlo, že příjem příspěvku na péči je k zakoupení sociálních služeb nedostačující (dávku jako spíše nedostačující uvedlo 33,1 % respondentů a jako zcela nedostačující uvedlo 17,7 % respondentů) (tab. 6).

Tabulka 7 Získání informací o způsobu poskytování péče

Získání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	51	41,1 %
Přátelé	22	17,7 %
Obecní úřad	5	4,0 %
Mediální prostředky	10	8,1 %
Organizace poskytující soc. služby	2	1,6 %
V nemocnici, při ukončení hospitalizace	34	27,4 %
Celkem	124	100 %

Rodinní poskytovatelé péče nejčastěji uvedli, že potřebné informace o způsobu poskytované péče o nesoběstačné osoby získali od lékaře nebo v nemocnici při ukončení hospitalizace

nesoběstačné osoby. Pouze 1,6 % respondentů uvedlo, že získali potřebné informace od organizací poskytujících sociální služby (tab. 7).

Tabulka 8 Provedení názorné ukázky péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, v domácím prostředí	37	29,8 %
Ano, ve zdravotnickém zařízení	30	24,2 %
Ano, v organizaci soc. služeb	8	6,5 %
Ne	49	39,5 %
Celkem	124	100 %

Je zřejmé, že nejpočetnější část, tj. 39,5 % respondentů, uvedla, že nebyla vůbec prakticky

seznámena s potřebnou péčí o osobu se sníženou soběstačností (tab. 8).

Tabulka 9 Informovanost o možnosti poskytnutí kompenzačních pomůcek

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, u lékaře	44	35,5 %
Ano, na městském úřadu	11	8,9 %
Ano, u poskytovatelů soc. služeb	1	0,8 %
Ano, u poskytovatelů zdrav. služeb	3	2,4 %
Ano, v prodejně zdrav. pomůcek	3	2,4 %
Neví	62	50,0 %
Celkem	124	100 %

Ukázalo se, že 50,0 % respondentů neví, kam se obrátit v případě zajištění kompenzační pomůcky, oproti zbývajícím respondentům, kteří uvedli v sestupném pořadí, že by jim k získání kompenzační pomůcky pomohl lékař, městský

úřad, poskytovatel zdravotních služeb, prodejna kompenzačních pomůcek a zbývajících 1 respondent uvedl, že by se obrátil na poskytovatele sociálních služeb (tab. 9).

Tabulka 10 Informovanost o nároku a výplatě příspěvku na péči

Dodatečné informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	28,2 %
Spíše ano	51	41,1 %
Spíše ne	22	17,7 %
Ne	16	13,0 %
Celkem	124	100 %

Z dat uvedených v tabulce 10 je zřejmé, že bezmála 70 % respondentů hodnotí své informace o příspěvku na péči jako dostačující (28,2 % respondentů uvedlo, že jejich informace jsou zcela dostačující, a 41,1 % respondentů jako

spíše dostačující). Zatímco zbývajících 30,7 % respondentů hodnotí své informace jako nedostatečné (17,7 % respondentů uvedlo, že jejich informace jsou spíše nedostačující, a 13,0 % respondentů nemá informace žádné).

Tabulka 11 Povědomí o zastavení příspěvku na péči při hospitalizaci nesoběstačné osoby

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	112	90,3 %
Ne	12	9,7 %
Celkem	124	100 %

Bezmála většina, tj. 90,3 % respondentů, uvedla, že je informována o zastavení výplaty

příspěvku na péči v případě hospitalizace nesoběstačné osoby (tab. 11).

Tabulka 12 Četnost návštěv rodinného pečujícího v době hospitalizace nesoběstačné osoby

Četnost návštěv	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	72	58,1 %
Nepřavidelně	34	27,4 %
Ne	1	0,8 %
Neproběhla hospitalizace	17	13,7 %
Celkem	124	100 %

Z dat, které jsou uvedené v tabulce 12, je patrné, že v případě hospitalizace nesoběstačné oso-

by ji více než polovina respondentů navštěvuje denně.

Tabulka 13 Poskytování péče v průběhu návštěvy v nemocnici

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pokaždé	34	31,8 %
Ano, pokud je péče vyžadována	49	45,8 %
Ne, péče je zajištěna	24	22,4 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	107	100 %

Tabulka 13 zachycuje odpovědi pouze 107 respondentů, tj. 100 %, jelikož na základě filtrace, kdy 13,7 %, tj. 17 respondentů, uvedlo, že nesoběstačná osoba po dobu jejich péče nebyla dosud hospitalizována. Bezmála 80 % respondentů poskytuje potřebnou pomoc nesoběstačné osobě v průběhu jejich hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Nejvíce respondentů uvedlo, že poskytují potřebnou pomoc, pouze pokud ji nesoběstačná osoba vyžaduje, avšak 31,8 % respondentů poskytuje potřebnou péči pokaždé v průběhu návštěv.

DISKUSE

V provedeném průzkumném dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy, největším dílem zabezpečují rodinnou péči o nesoběstačné osoby. Tento fakt lze dát do souvislosti s tím, že ženy mají po staletí v rodinách daný status pečovatelský nežli opačné pohlaví. Neformální poskytovatelé nejčastěji uvedli, že žijí ve společné domácnosti s nesoběstačnou osobou, která je starší 75 let (tab. 1, 3). Na základě vlastních zkušeností a studia dostupné literatury autoři považují prosazovaný princip deinstitucionalizace a subsidiarity, tj. asistence poskytované v rámci rodin v přirozeném prostředí nesoběstačné osoby, za jednu z nejdůležitějších možností poskytování péče, kdy Jarošová (2006, p. 14) dodává, že rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci. Autoři si zde dovoluují konstatovat, že s očekávaným nárůstem seniorů v populaci budou paralelně vzrůstat i počty neformálních

pečovatelů. Avšak jak upozorňuje Průša (2011, p. 195), z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpadu vícegeneračního soužití rodin, nelze očekávat, že všem seniorům budou moci jejich příbuzní poskytovat patřičnou péči dle jejich potřeb. Neboť výsledky šetření autorů ukázaly, že bezmála 40 % respondentů poskytuje potřebnou péči a pomoc nesoběstačné osobě téměř čtyřicet hodin denně (tab. 2). Bylo by tak nefér očekávat, že rodiny na sebe toto břemeno vezmou bez podpory nejrůznějšího druhu. Nesoběstačným osobám, ale také neformálním poskytovatelům péče by měla být poskytnuta vhodná pomoc, která by jim pomáhala s každodenními činnostmi prostřednictvím sociálních nebo zdravotních služeb a příslušných dávek sociálního zabezpečení.

Kriticky je přitom nutno zhodnotit, že ti, kteří se rozhodli pečovat o své blízké, tak dle současné legislativy mohou činit, avšak vystavují se rizikům a problémům spojeným s jejím poskytováním. Jeřábek (2005, p. 12–13) se zmiňuje o tom, že významnou vlastností péče o nesoběstačnou osobu je, že musí být poskytována cyklicky, opakovaně, prakticky pořád a že je na tuto péči nesoběstačná osoba odkázána, je na ní závislá. Tento neustálý pocit odpovědnosti je významným momentem působícím na pečující osobu. Jedná se patrně o nejvíce zatěžující aspekt osobní péče o osobu blízkou. Osobní péče je přitom provázena chvílemi bezradné, bezmoci a osamělosti. Výsledky vztahující se k otázce vnímání největší zátěže v souvislosti s poskytovanou péčí dokazují, že respondenti

z malých obcí (tj. I. a II. typu), nacházejících se na katastrálním území obce s rozšířenou působností Písek, pocítují zátěž fyzickou (graf 1). Autoři se domnívají, že výsledky odrážejí tu skutečnost, že mladá generace lidí odchází z vesnic do větších měst za prací. V malých obcích a na samotách tak zůstává převážně starší populace osob. Tedy fyzická zátěž je způsobená u těchto pečujících (převážně žen), jelikož poskytují péči svému blízkému často měsíce a roky bez vystřídání nebo odpočinku. Tento stav, dle mínění autorů, současně doplňuje absence terénních poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, ale také odlehčovacích služeb v malých obcích. Právě pro tyto rodiny by byla pomoc profesionálů z řad zdravotních nebo sociálních pracovníků mnohdy značným ulehčením.

Z šetření bylo autory zaznamenáno, že pouze 10,5 % respondentů využívá k zajištění potřebné péče o nesoběstačnou osobu zdravotních nebo sociálních služeb, zatímco bezmála třetina respondentů nikdo s péčí nepomáhá (tab. 5). Zjištěná data mohou reflektovat jednak již zmiňovanou absenci poskytovaných služeb v rámci malých obcí. Jak konstatuje Průša (viz zpracovaná data, 2011, p. 157–165), není ideálně podpořen rozvoj terénních služeb v rámci územně správních celků. Pro optimální fungování rodinné péče je však maximálně žádoucí důsledný a cílený rozvoj terénních sociálních služeb zejména na lokální a regionální úrovni (Francová, Novotný 2008, p. 335). Budou-li k dispozici různé druhy podpůrných služeb, budou si nesoběstačné osoby moci vybrat, jaký typ by nejlépe vyhovoval jejich stavu. To je však možné pouze v případě, pokud jsou informace o různých typech služeb a pomoci snadno dostupné. Ziskávání informací z různých zdrojů je pro seniory či nesoběstačné osoby nesnadné. Barvíková (2005, p. 60) poukazuje na to, že je neustále nízká úroveň informovanosti pečujících osob. S jejím názorem koresponduje dotazníkové zjištění autorů, kdy nejpočetnější část (39,5 %) respondentů uvedla, že vůbec nebyla prakticky seznámena s potřebnou péčí o nesoběstačnou osobu (tab. 8). Je také důležité zmínit, že pouze polovina respondentů věděla, kam se obrátit o poskytnutí kompenzační pomůcky (tab. 9). Dle výše uvedených zjištění by autoři chtěli poukázat na provedený výzkum Tóthové a Bártllové (2010, p. 272–280), který upozorňuje

na současnou absenci dříve existujících geriatrických sester. Ty u nás zajišťovaly terénní péči o seniory do konce osmdesátých let minulého století. Autoři se domnívají, že znovuoobnovení institutu geriatrických sester by napomohlo nejen edukaci rodinných pečujících při jejich poskytované péči o své blízké (praktické ukázky péče, zvýšení informovanosti o možnosti získání finančního příspěvku na péči, využívání služeb aj.), ale také by napomohly péči těm nesoběstačným osobám, které rodinné příslušníky ve svém bydlšti nemají a přály by si co nejdéle setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí.

Dle zkušeností autorů a studia dostupných zdrojů je dalším faktorem (pro poměrně nízké využívání sociálních služeb) to, že mnoho nesoběstačných osob pobírajících peněžitou dávku, tzv. příspěvek na péči, ji vnímají jako kompenzaci svého zdravotního stavu a chápou ji jako jakési přilepšení ke starobnímu či invalidnímu důchodu. A tak návratnost příspěvku na péči (který byl prvotně zamýšlen jako peněžitá dávka k zakoupení služeb) do systému sociálních služeb je neadekvátní. V provedeném průzkumném šetření byly dále zaznamenány rozdíly v ohodnocení částky příspěvku na péči k zakoupení sociálních služeb, kdy bezmála polovina respondentů ohodnotila finanční částku příspěvku na péči jako dostačující k zakoupení služeb, zatímco zbývající respondenti tohoto názoru nebyli (tab. 6). Na základě těchto skutečností autoři textu navrhuji možnost podmínění vyplácení příspěvku na péči v I. a II. stupni závislosti dohodou o čerpání sociální služby u registrovaného poskytovatele nebo celkové zrušení vyplácených dávek osobám v I. a II. stupni příspěvku na péči – tímto způsobem by se snížilo mnohdy neefektivní vynakládání finančních prostředků. Naopak navrhuji navýšit výši příspěvku u III. a IV. stupně závislosti, neboť finance vynakládané těmto osobám s přiznaným vyšším stupněm závislosti nepokryjí náklady k zakoupení jim potřebných služeb.

Poměrně vysoké procento neformálních poskytovatelů navštěvuje denně nesoběstačnou osobu a poskytuje jí péči i pokud je hospitalizována (tab. 12, 13). Vzhledem k výše uvedenému zjištění autoři upozorňují na neadekvátně nastavené podmínky vyplácení dávky – příspěvku na péči ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Neboť příspěvek na péči při hospitalizaci trávající déle než 1 měsíc se nevyplácí, a tak

osobám, kterým je příspěvek jediným zdrojem příjmů, mohou nastat závažné ekonomické problémy, zvláště jsou-li dlouhodobější hospitalizace nesoběstačné osoby opakované a musí být provedena úhrada regulačního poplatku za hospitalizaci. Pečující osoba se v případě nevyplácení příspěvku z výše uvedených důvodů může dostat do závažných ekonomických potíží jak krátkodobých, tak i dlouhodobějších, zejména v případě úplné „závislosti“ pečovatele na vypláceném příspěvku. Rozhodnutí pečovat o osobu blízkou nese i potencionální déletrvající ekonomické ohrožení, kdy „výpadky“ příjmů způsobené dlouhodobější nezaměstnaností se bezpochyby odrazí např. ve výši budoucího starobního důchodu pečujícího. Na základě uvedeného je zřejmé, že rodinný pečovatel se dostává do nevýhodné pozice a že dokonce získává status nízkopříjmového občana (Francová, Novotný, 2008, p. 334–338).

Závěrem je potřebné zmínit, že uvedené výsledky průzkumného dotazníkového šetření se vztahují na 124 dotázaných respondentů žijících na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Písek. Autoři proto navrhuji provést výzkum u většího počtu respondentů na více územně správních obvodech obcí s rozšířenou působností v ČR.

ZÁVĚR

V současné společnosti stále převažuje péče o osoby se sníženou soběstačností prostřednictvím rodinných příslušníků. Rodinná péče je náročná a mnohdy přináší pečujícím osobám vysokou zátěž. Průzkumným dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že neformální pečovatelé žijící v obcích tzv. I., resp. II. typu na území obce s rozšířenou působností Písek pocítují největší zátěž fyzickou, naopak pečující osoby z obce III. typu, tj. obce s rozšířenou působností Písek, vnímají zátěž sociální. Bylo také zjištěno, že 39,5 % respondentů nebylo prakticky vůbec seznámeno s potřebnou péčí o nesoběstačnou osobu.

Z provedeného průzkumného šetření je tedy zřejmé, že je třeba se věnovat vedle poskytování pomoci a podpory nesoběstačným osobám též pomoci poskytovatelům rodinné péče. Aby rodinní pečovatelé nebyli ohroženi na zdraví a mohli dávat kvalitní péči, je třeba jim poskytovat podporu a pomoc nejen legislativní, ale také

finanční a institucionální. Přestože v současné době právní úprava umožňuje poskytovat celou škálu zdravotně sociálních služeb, které by jednak na sebe navzájem navazovaly a jednak by značně pomohly rodinným pečovatelům, existence těchto služeb však není mnohdy rozšířena na celé území dané obce s rozšířenou působností. A tak tyto osoby se sníženou soběstačností spoléhají pouze na pomoc rodiny nebo na sousedskou výpomoc.

Z tohoto důvodu závěrem nelze opomenout důležitou spolupráci obcí a krajů, aby se snažily o zjišťování odpovídajících potřeb rodin a rodinných pečovatelů a vytvořily tak komplexní síť sociálních a zdravotních služeb pro občany ve svém místním obvodu. Na úrovni každé obce by měla být zabezpečena informovanost o nepojistných sociálních dávkách a nárocích v sociální oblasti formou zajištění příslušného odborného kontaktu v obcích s pověřeným obecním úřadem, na obcích s rozšířenou působností, popř. na kontaktních pracovištích Úřadu práce ČR. A vzhledem ke stárnutí populace i možnost objednat si základní úkony pečovatelské služby.

LITERATURA

1. Bartoňová J (2005). Modely rodinné péče o starého člověka. In: Jeřábek H et al. Rodinná péče o staré lidi. 1. vydání. Praha: CESES FSV UK, s. 28–41.
2. Barvíková J (2005). Rodinná péče a profesionální péče. In: Jeřábek H et al. Rodinná péče o staré lidi. 1. vydání. Praha: CESES FSV UK, s. 58–70.
3. Francová H, Novotný A (2008). Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn. Kontakt. X/2: 334–338.
4. Jarošová D (2006). Péče o seniory. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF, 96 s.
5. Jarošová D (2007). Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada, 99 s.
6. Jeřábek H (2005). Péče o staré lidi v rodině. In: Jeřábek H. et al. Rodinná péče o staré lidi. 1. vydání. Praha: CESES FSV UK, s. 9–19.
7. Jeřábek H (2009). Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. Sociologický časopis, Czech Sociological Review. 45/2: 243–265.
8. Leichsering K (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. [online]. [cit. 2010-11-01]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393267/>
9. Organisation for economic co-operation and development (2005). Long-term Care for Older People. Paris: OECD Publishing, 137 p.
10. Pichaud C, Thareauová I (1998). Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. 1. vydání. Praha: Portál, 156 s.

11. Průša L (2011). Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. *Kontakt*. XIII/2: 157–165.
12. Tošnerová T (2001). Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Praha: Ambulance pro poruchy paměti a Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 62 s.
13. Tošnerová T (2009). Jak si vychutnat seniorská léta. 1. vydání. Brno: Computer Press, 239 s.
14. Tóthová V, Bártlová S (2010). Uplatnění komunitní sestry v péči o seniory. *Kontakt*. XII/3: 272–280.
15. Veselá J (2003). Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti. Praha: VÚPSV, 50 s.
16. Zavázalová H et al. (2001). Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Karolinum UK, 97 s.

Petra Formánková et al.
Formankova.p@seznam.cz