

Kvalita života rodiny pečující o seniora se zdravotním postižením

Bc. Veronika Šatná

Diplomová práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Šatná**
Osobní číslo: **H190502**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Kvalita života rodiny pečující o seniora se zdravotním postižením**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti péče o seniory, kvality života pečujících osob a sociálních služeb.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
KALVACH, Zdeněk, 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
MICHALÍK, Jan, 2013. Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3644-9.
MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou 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);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 23.3.2021

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 nevyžáděčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 veš nejmenš pět pracovních dní před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovišš vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním 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 nezasaňuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-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 vzdělávacímu 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 ušítí školního díla (§ 35 odst. 3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez věšního důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo ušít 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s ušítím 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 výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z ušítí školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na zjišťování kvality života rodiny, která pečuje o seniora se zdravotním postižením. Teoretická část je rozdělena na 3 kapitoly. První kapitola je zaměřena na vymezení pojmu kvalita života, na pojetí a dimenze kvality života a na výzkumy zabývající se kvalitou života pečujících osob. Druhá kapitola se zabývá sociální pomocí a podporou pro pečující rodiny, do které je zahrnuta informovanost o sociální službě, sociální poradenství a služby sociální péče. Poslední kapitola popisuje péči o seniory, charakterizuje pečující osobu, péči v domácím prostředí, zátěž pečující osoby a péči o pečující osobu. V navazující praktické části se pomocí kvalitativního výzkumu zaměřuje na zjišťování kvality života rodiny, která pečuje o seniora v domácím prostředí.

Klíčová slova: kvalita života, sociální podpora, domácí péče, zátěž pečující osoby

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on determining the quality of life of a family that takes care of a senior with a disability. The theoretical part is divided into 3 chapters. The first chapter focuses on the definition of the concept of quality of life, on the concept and dimensions of quality of life and on research dealing with the quality of life of caregivers. The second chapter deals with social assistance and support for caring families, which includes information on social services, social counseling and social care services. The last chapter describes care for the elderly, characterizes the caregiver, care in the home environment, the burden of the caregiver and care for the caregiver. In the following practical part, with the help of qualitative research, it focuses on determining the quality of life of a family that takes care of a senior in a home environment.

Keywords: quality of life, social support, home care, burden of the carer

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph.D. za její ochotu, vstřícnost, trpělivost a cenné rady při vedení mé diplomové práce.

Motto:

Je zhola zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme.

Lucius Annaeus Seneca

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KVALITA ŽIVOTA	13
1.1 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA	13
1.2 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	15
1.3 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	17
1.4 STUDIE KVALITY ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH	19
2 SOCIÁLNÍ POMOC A PODPORA PRO PEČUJÍCÍ	23
2.1 ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	24
2.2 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ	25
2.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	32
3 PÉČE O SENIORY	34
3.1 PEČUJÍCÍ OSOBA	36
3.2 DOMÁCÍ PÉČE.....	37
3.3 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH.....	40
3.4 PÉČE O PEČUJÍCÍ	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 ÚVOD	47
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
4.2 CÍL VÝZKUMU	47
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
4.4 METODA SBĚRU DAT	48
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	48
5 ANALÝZA DAT	50
5.1 RODINA PRVNÍ.....	50
5.1.1 Ve zdravém těle, zdravý duch.....	50
5.1.2 Mysl jako nástroj pohody a nepohody.....	50
5.1.3 Být rodina.....	52
5.1.4 Užít si vlastní život.....	53
5.1.5 Práce a peníze.....	54
5.1.6 Mít tak možnost.....	55
5.2 RODINA DRUHÁ.....	57
5.2.1 Ve zdravém těle, zdravý duch.....	57
5.2.2 Mysl jako nástroj pohody a nepohody.....	58
5.2.3 Být rodina.....	59

5.2.4	Užít si svůj život.....	59
5.2.5	Práce a peníze.....	60
5.2.6	Mít tak možnost.....	61
5.3	RODINA TŘETÍ.....	63
5.3.1	Ve zdravém těle, zdravý duch.....	63
5.3.2	Mysl jako nástroj pohody a nepohody.....	64
5.3.3	Být rodina.....	65
5.3.4	Užít si svůj život.....	66
5.3.5	Peníze a práce.....	67
5.3.6	Mít tak možnost.....	68
5.4	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	70
5.5	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	71
6	INTERPRETACE DAT	72
7	DISKUSE.....	79
	ZÁVĚR	82
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	84
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Koloběh lidského života je nezadržitelný a pomalu ale jistě směřuje ke stáří. Mnoho z nás ví, jak by své stáří chtělo nebo nechtělo strávit. Většina seniorů by své stáří chtělo strávit ve vlastním domově s určitou mírou soběstačnosti a nezávislosti na druhých. Ne každému je však tohle dopřáno. Situace, kdy senior již není schopen se o sebe sám postarat, není jednoduchá. A to nejen pro samotného seniora, ale i pro rodinu, na kterou je kladen velký nárok, pokud chce seniorovi dopřát pocit jistoty a bezpečí vlastního domova a současně péči, která odpovídá jeho aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu. Nyní se nebudeme zaměřovat na motivy a pohnutky, které rodinu vedly k rozhodnutí pečovat o seniora v domácím prostředí, spíše se zaměříme na život, který nyní vedou při péči o seniora. Neboť i přes informovanost a možnosti moderní doby, existuje spousta rodin, které vstupují na pole péče o osobu blízkou bez jakékoliv předchozí přípravy či zkušenosti. Nemusí tomu tak být vždy, proto chceme zmapovat kvalitu života současných rodin, které se věnují péči o seniora, který je znevýhodněn nějakým zdravotním postižením.

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života rodiny, která pečuje o seniora se zdravotním postižením. Cílem diplomové práce je zjistit, jak rodiny pečující o seniora subjektivně vnímají kvalitu svého života. Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část.

Cílem teoretické části je definovat pojem kvalita života, přiblížit různá pojetí a dimenze kvality života a seznámit se s výzkumy kvality života pečujících osob. Dále se bude věnovat sociální pomoci a podpoře pro pečující rodiny, v níž se bude zabývat získáváním informací o sociální službě, sociálním poradenstvím a službami sociální péče, které lze využít na podporu a usnadnění péče rodiny pečující nepřetržitě o svého blízkého seniora. V neposlední řadě se v naší diplomové práci zaměříme na současné přístupy k péči o seniory, charakterizujeme pečující osoby, péči v přirozeném sociálním prostředí, dopad poskytované péče na pečující osoby a péči o samotné pečující.

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na výzkum. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak pečující rodiny subjektivně vnímají kvalitu svého života. Zajímá nás, jakým způsobem ovlivňuje poskytovaná péče kvalitu jejich života v oblastech fyzického a psychického zdraví, v oblasti rodinných vztahů, v sociální oblasti, jejich ekonomickou situaci a jakou podporu by pečující rodiny uvítaly.

Praktická část bude realizována formou kvalitativně orientované strategie s využitím metody polostrukturovaných rozhovorů.

Uvedená diplomová práce by mohla sloužit pro sociální pracovníky v poradnách pro rodiny, seniory nebo také jen pro použití v rámci základního poradenství jako podpora pro pečující. Získaná data z praktické části mohou podat informace o změnách či situacích v životě pečující rodiny, které se mohou objevit v souvislosti s dlouhodobou péčí. Díky tomu mohou sociální pracovníci adekvátně reagovat na potřeby a požadavky pečujících rodin, pokud se na ně obrátí s žádostí o pomoc či podporu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Pod kvalitou života si každý z nás představuje něco jiného. Pro správné porozumění kvalitě života se v první kapitole pokusíme o vymezení pojmu kvality života. Z důvodu různých úhlů pohledu na její zkoumání si představíme jednotlivá pojetí kvality života a neopomeneme ani některé dimenze, jež mají vliv na posuzování kvality života. Na závěr kapitoly si představíme studie, které zkoumali kvalitu života pečujících a jejich výsledky.

Pojem kvalita života byl v minulosti zmiňován nejdříve v souvislosti s ekonomickým vývojem a s úvahami o úloze státu při podpoře obyvatel z nižších vrstev. Později se však ukázalo, že ekonomická prosperita neznamená, že člověk vede spokojený život. Proto se pojem kvalita života začal objevovat ve spojitosti s hodnocením pocitu spokojenosti s vlastním životem (Hnilicová, 2005, s. 206). Vážanský (2010, s. 19) shodně popisuje, že dříve se kvalita života zaměřovala na odstraňování nedostatku u chudých a nemocných, později na zkoumání spokojenosti s prací a životem. V současnosti se stalo aktuální zkoumání pohody, kvality života a štěstí. Do kvality života se tak promítají otázky týkající se potřeb, jejich uspokojování, projevující se individuální hodnoty, které ovlivňují chování člověka. Hubinková (2008, s. 83) se domnívá, že kvalitní, tedy dobrý život je ten, který dokážeme prožít v harmonickém vztahu se sebou samým i s jinými lidmi. Dodává, že kvalitní život je vyjádřením pocitu životního štěstí.

1.1 Vymezení kvality života

Vymezení pojmu kvalita života je podle Křížové (2005, s. 217) problematické. Je to dáno tím, že tento pojem je běžně používán a přesto má pro každého jedince svůj specifický význam. Termín kvalita života je navíc součástí laického slovníku, ale současně se jedná o pojem, který používá i věda. Také ve vědě a v různých kulturách může být chápání pojmu kvality života rozdílné. Na jedné straně je ovlivněno obecným vztahem ke světu, na druhé metodologií. Není proto vůbec jisté, zda všichni vnímají tento pojem shodně.

Vážanský (2010, s. 19) uvádí, že zkoumání pojmu kvalita života se nejprve objevilo v sociologii a poté i v ostatních humanitních vědách. Postupně se tento pojem rozšířil i do dalších oblastí související s lidským životem: ekonomie, politologie, filozofie, kulturní antropologie, teologie, sociální práce, psychologie, pedagogika, lékařské obory či ekologie. Ale také do technických oborů jako architektura, stavebnictví, doprava, hlavně ve spojitosti s prostředím ovlivňující život člověka.

Hnilicová (2005, s. 214) se domnívá, že z důvodu prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke zkoumání člověka má studium kvality života interdisciplinární charakter. Výsledky výzkumů zaměřené na různé oblasti kvality života přinášejí lepší pochopení skutečností, kterým člověk přikládá největší význam a tím i pochopení podstaty jeho života. Stejný názor zastává i autor Vážanský (2010, s. 20), který popisuje, že v současnosti je studium kvality života považováno za interdisciplinární obor, který se zaměřuje na kvalitu života z různých pohledů. Od hodnocení životní úrovně přes srovnávání individuálních potřeb až k měření individuální spokojenosti. Při studiu kvality života se upřednostňuje multidimenzionální přístup k člověku, tedy biopsychosociální a spirituální pohled na život člověka.

Dále uvádí, že v souvislosti s rozšířením studia kvality života do mnoha oblastí se objevil problém s přesným a jednoznačným vymezením pojmu kvalita života, který by byl využitelný pro všechny obory. Domnívá se, že najít opravdu univerzální definici kvality života je nemožné, protože i při sebevětší snaze, nelze zachytit celou zkoumanou realitu a dochází tak k nucenému výběru skutečností (Vážanský, 2010, s. 20). Hnilicová (2005, s. 207) doplňuje, že v literatuře se setkáváme s celou řadou různých definic kvality života, neexistuje však ani jedna, která by byla všeobecně uznávaná. Domnívá se, že je to ovlivněno také existencí pojmů sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare) a lidský rozvoj (human development), jež jsou používány jako ekvivalenty pojmu kvalita života. Popisuje také, že kvalita života je obecně brána jako důsledek vzájemného působení mnoha faktorů, např. sociálních, zdravotních, ekonomických i environmentálních podmínek. Vzájemná reakce těchto faktorů probíhá různorodě a ovlivňuje tak lidský rozvoj jednotlivce i celé společnosti.

Vaňurová a Mühlpachr (2005, s. 9) popisují, že odborníci se shodují v názoru, že účel měření kvality života ovlivňuje použití měřicího nástroje a následně i vymezení pojmu kvality života. Z toho důvodu vznikají různorodé definice kvality života a také množství různých měřících nástrojů.

Kupříkladu ve Slovníku sociální práce hovoří Matoušek (2008, s. 92) o kvalitě života jako o *komplexním kritériu používaném k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent zisku v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod. nebo o jedno měřítko, např. životní spokojenost.*

Autoři Vaďurová a Mühlpachr (2005, s. 11) uvádí, že Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jedince jako *percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*

1.2 Pojetí kvality života

Jak jsme již dříve uvedli, nejsou v odborném světě jasně definovány základní parametry a obecně platné definice pro kvalitu života. Na straně jedné je to z důvodu velkého množství oborů, které se tímto pojmem zabývají. Proto nebude pravděpodobně možné najít jednotné a zastřešující pojetí, které by vyhovovalo potřebám jednotlivých disciplín a respektovalo jejich zvláštnosti. Na straně druhé je problémem i to, že pojem sám platí obecně i v rámci každého již zmíněného oboru a navozuje svou jednoduchostí představu, že se jedná o praktický, lehce uchopitelný ukazatel, kterým lze měřit to, co je třeba. Což je ovšem současně i jeho nedostatek, neboť měřit lze cokoliv a výsledky takových měření nebudou vzájemně slučitelné. To vede k přesvědčení, že je potřeba tento pojem lépe popsat a rozčlenit pro využití v jednotlivých disciplínách a jejich oblastech. Ovšem ani výsledky těchto členění nemusí jednoznačně určit, které z přístupů lze využít jako obecný metodologický postup pro ostatní výzkumníky (Michalík, 2011, s. 33).

Hnilicová (2005, s. 656) popisuje, že existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Jedná se o **psychologický, sociologický a medicínský** (zdravotnický) přístup. Vážanský (2008, s. 25) dodává, že se jedná o specifické a vzájemně se doplňující přístupy, které pohlíží na dílčí otázky z různých úhlů a různých pojetí. Což znamená (Hnilicová, 2005, s. 209), že s pojmem kvalita života se jinak pracuje v psychologii, na jiné aspekty se zaměřuje sociologie a samozřejmě i medicína pohlíží na kvalitu života zcela odlišně.

Nyní si představíme jednotlivá pojetí a jejich přístupy ke zkoumání kvality života. Autorka Dvořáčková (2012, s. 62-63) popisuje, že v **psychologickém pojetí** se na kvalitu života pohlíží z více hledisek. Zjišťuje se například životní spokojenost, při níž je v popředí zájmu to, co dělá lidi spokojenými. Hledají se faktory, které ke spokojenosti přispívají a ovlivňují ji. V dalším případě se hovoří o prožívání subjektivní pohody a zjišťuje se celková spokojenost se životem. Často se o tomto subjektivním pocitu hovoří jako o štěstí, avšak v odborném světě se ustálil výraz well-being. Well-being souvisí s dimenzí duševní

pohody a proto jej lépe charakterizuje výraz „osobní pohoda“. Hnilicová (2005, s. 209) doplňuje, že v psychologii se pod pojmem kvalita života skrývá: spokojenost se životem (well-being), prožívaná subjektivní pohoda (subjektive well-being) a štěstí (happiness, flow), ale i další pojmy, jako sebeaktualizace či smysl života, které ovlivňují spokojenost s vlastním životem. Příbyl (2015, s. 49) hovoří, že v souvislosti s pojmem well-being se dlouhodobě sleduje celkový život jedince a spokojenost s ním. Hrozenská (2008, s. 51) poukazuje na to, že pro posouzení kvality života je nutné vycházet z hlubšího zkoumání individuálního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového žebříčku i postojů člověka. Stejný názor zastávají autoři Vaďurová a Mühlpachr (2005, s. 29), kteří dodávají, že psychologický přístup se zajímá o prožívání, myšlení a hodnocení člověka, o jeho potřeby, přání, sebehodnocení, seberealizaci, ale také o negativní aspekty, kterými mohou být životní trauma, krize, deprese či poruchy nálad.

Křížová (2005, s. 231) se domnívá, že zkoumání kvality života v **sociologickém pojetí** je podmíněno historicky a socio-kulturně. Dále se domnívá, že interpretace kvality života závisí na výchově a socializaci. Poukazuje na to, že společenské normy, kterými se řídily dřívější generace, prochází v současnosti výraznými změnami. Proto kvalita života v tomto pojetí představuje něco, co je dobré pro jedince i pro ostatní, co se považuje za žádoucí, co je subjektivně ovlivněné a má sociální rozměr. Hnilicová (2005, s. 211) popisuje, že v sociologickém pojetí jsou nejčastěji zahrnuty sociálně – ekonomické aspekty. Z toho důvodu se zkoumání kvality života zaměřuje na faktory sociální úspěšnosti (status, materiální podmínky, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav) a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim. Kvalita života je díky tomu úzce spjata s pojmem životní úroveň. Vaďurová a Mühlpachr (2005, s. 30) uvádějí, že zkoumání kvality života v sociologii se zaměřuje na komplexní oblast, v níž se vyskytují pojmy jako životní úroveň, způsob života a životní styl. Tyto pojmy s kvalitou života přímo souvisí, avšak není možné říci, že jsou totožné.

Hnilicová (2005, s. 208-211) popisuje, že **medicínské pojetí** kvality života se opírá o charakteristiku pojmu zdraví, která vychází z definice Světové zdravotnické organizace WHO. Ta chápe zdraví nejen jako nepřítomnost nemoci, ale hlavně jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Proto se v mnoha oblastech medicíny stalo běžnou součástí péče i sledování kvality života pacientů. Vaďurová a Mühlpachr (2005, s. 26-29) dodávají, že v medicínském pojetí se pak pracuje s pojmem kvalita života týkající se zdraví (Health – Related Quality of Life). Tento pojem představuje subjektivní prožívání nemoci

či úrazu a poskytované léčby. Zjišťuje se skutečné prožívání jedince a srovnává se, jak vnímá svůj zdravotní stav a stav, který považuje za ideální. Zkoumání spokojenosti jedince je individuální, proto je důležité, aby celkovou kvalitu života posuzoval sám pacient a ne lékař. Dalším důležitým kritériem je časové rozpětí, je totiž rozdíl, zda se budeme ptát na poslední den, týden či měsíc. Autoři také uvádějí, že nemocní lidé, kteří se se svým stavem vyrovnali, přijali ho, získávají určitý pocit životní pohody a tím i lepší kvalitu života. Kdežto lidé, kteří svůj stav nepřijali, jsou méně spokojeni se svou životní situací. Vážanský (2010, s. 26) popisuje faktory, které ovlivňují kvalitu života v medicínském pojetí. Jedná se o zmírňování bolesti, autonomie v běžném životě, zvládnání náročných situací a stresu, zajištění materiálních podmínek, fungování ve společenských vztazích, zapojení do společenského života, spokojenost s vlastním životem, prožívání radosti a štěstí ze života.

Dvořáčková (2012, s. 61) se domnívá, že otázka kvalitního života jedince se v současnosti netýká jen jednotlivce, ale vede i k přežití celé lidské populace.

1.3 Dimenze kvality života

Mühlpachr (2005, s. 59) se domnívá, že koncept kvality života lze posuzovat ze dvou hledisek, objektivního a subjektivního. V současnosti se odborníci napříč všemi obory více zaměřují na subjektivní zkoumání kvality života. **Objektivní** kvalita života sleduje materiální jistoty, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví, neboli souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Vymětal (2003, s. 199-201) dodává, že **subjektivní** kvalita života je posuzována samotným jedincem a jeho vnímáním svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je tak závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a hodnotách. Získaná data ze studia obou hledisek jsou odlišná, přesto jsou nepostradatelnou součástí při hodnocení celkové kvality života.

Podle Vad'urové a Mühlpachra (2005, s. 18) vytvořila Světová zdravotnická organizace WHO rozčlenění oblastí kvality života, které vycházejí z její definice kvality života. Rozeznává čtyři oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atd.

- Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atd.
- Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atd.
- Prostředí – finanční zajištění, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitost pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atd.

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu (in Michalík, 2011, s. 35-36) strukturuje kvalitu života do 3 oblastí:

1. Být (being)

Fyzické bytí: somatické zdraví, osobní hygiena, způsob stravování, cvičení pro zdraví, péče o vzhled, způsob oblékání, celkový vzhled

Psychologické bytí: mentální zdraví a adaptovanost, kognice, pocity a emoce, sebedůvěra, sebepojetí, autoregulace

Spirituální bytí: osobní hodnoty, standardy chování vůči okolí, spirituální potřeby, víra

2. Někam patřit (belonging) - napojení na prostředí

Fyzická přináležitost: typ bydlení, škola/práce, lokalita, typ obce, kde jedinec žije.

Sociální přináležitost: rodina, nejbližší lidé, přátelé, spolupracovníci, sousedé.

Komunitní přináležitost: zdravotní péče, sociální služby, finanční zajištění, docházka do školy, zaměstnanost/nezaměstnanost, vzdělávací a rekreační možnosti.

3. O něco usilovat, něčím se stávat (becoming) – osobní cíle, aspirace, naděje

Praktické usilování: domácí práce, placená práce, zaměstnání, školní a zájmové aktivity, péče o vlastní zdraví, uspokojování sociálních potřeb.

Volnočasové usilování: provádění činností, které snižují stres a podporují relaxaci.

Usilování o osobní růst, rozvoj: provádění činností, které udržují nebo zvyšují úroveň znalostí a praktických dovedností, adaptace na změnu.

Hnilicová (2005, s. 209-213) uvádí, že rozsah kvality života v jednotlivých uvedených oblastech ovlivňují dva faktory: významnost pro jedince a jejich využitelnost. Potom skutečnou kvalitu života jedince určuje osobní význam jednotlivých dimenzí a rozsah, což znamená, jak jsou naplňovány, neboli jak si je užívá. Také však připomíná, že každou

z oblastí můžeme rozebírat relativně samostatně, tedy stupeň spokojenosti či frustrace může být naprosto rozdílný. Upozorňuje tedy, že strádání v jedné oblasti nemusí vždy znamenat nedostatek i v jiných oblastech.

1.4 Studie kvality života pečujících

Gurková (2011, s. 21) uvádí, že hodnocení kvality života se zaměřuje na individuální rovinu života, v níž se objevují různé druhy potřeb a možnosti jejich uspokojování. Ať už se jedná o potřeby fyzické, psychické, sociální nebo spirituální, vždy je na ně nahlíženo jako na celek, který ovlivňuje vnímání kvality života. Kurucová (2016, s. 70) se domnívá, že podrobné zkoumání jednotlivých oblastí života rodinných pečujících, zjišťování dopadu péče na tyto oblasti a hodnocení jejich kvality života, může přinést důležité informace pro plánování intervencí a zlepšování kvality jejich života. Proto si nyní představíme studie, které zjišťovaly kvalitu života pečujících osob a jejich výsledky. Michalík a Hrušešová (2018, s. 94-135) při zjišťování kvality života pečujících osob provedli kvantitativní šetření pomocí dotazníků. Výzkumný soubor byl vybrán ze základního souboru pečujících o osobu se zdravotním postižením na území celé ČR. K distribuci dotazníků byly využity pobočky Úřadu práce ČR na území bývalých okresů. Pracovníci poboček oslovili pečující osoby poskytující péči osobám, které pobírají příspěvek na péči v každém ze čtyř stupňů. Ve svém výzkumu se zaměřili na subjektivní vnímání kvality života pečujících osob, na socioekonomickou oblast života rodiny, na subjektivní vnímání přínosu péče o člena domácnosti se zdravotním postižením, na vztahovou oblast pečujících osob a oblast podpory. V oblasti **subjektivního vnímání kvality života** se u respondentů jednoznačně objevil pocit velké únavy, pocit ztráty užití si volný čas, ztráta pocitu radovat se, ztráta osobních perspektiv a zvýšení izolace. Autoři předpokládali, že respondenti budou uvádět také pocity deprese, beznaděje či pocity, že nemají věci pod kontrolou, což se ale jednoznačně nepotvrdilo. V oblasti **socioekonomické** pozorujeme zhoršení ekonomické situace rodiny, kterou uvedla nadpoloviční většina respondentů a také zhoršení společenského života vlivem poskytované péče. Zde uvedlo zhoršení dokonce 71 % respondentů. V oblasti vnímání **přínosu péče** se ukázalo, že péče o osobu se zdravotním postižením nebyla pro respondenty obohacující. Ale přinesla jim pocit hrdosti, co dokázali. V oblasti **vztahů** respondenti uvádějí, že péče nemá žádný negativní vliv na jejich vztahy, 39 % respondentů uvedlo, že měla i pozitivní vliv. Ale pociťují nedostatek volného času. V oblasti **podpory pečujících osob** se ukázalo, že respondenti považují v rámci podpory za zásadní: podporu ve formě poradenství, finanční podporu, ale stejnou důležitost

příkládali také možnosti většího odpočinku, oddechu a relaxaci, podporu k lepšímu přístupu k pomůckám, podporu rodiny, podporu v zabezpečení ve stáří jako kompenzaci za péči a podpůrné služby a zdravotnickou péči pro osobu, o niž pečují. Provedená šetření poskytla obraz o rozdílném vnímání aspektů ovlivňující kvalitu života osob pečujících o osobu se zdravotním postižením. Nelze však jednoznačně konstatovat, že by jejich život byl horší než u ostatní populace. Ale lze říci, že prvky vypovídající o kvalitě života (sociopsychologická stabilita, vztahy v rodině, v blízkém sociálním okolí, podpora veřejných zdrojů) vnímají respondenti jako limitující. Což znamená, že pečující osoba a její rodina, kteří pečují o osobu se zdravotním postižením, čelí pouze jiným výzvám a jsou vystaveni jiným situacím.

Autoři druhé studie (Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., . . . Mattace-Raso, F. U. S. , 2020) píší, že poskytování neformální péče může ovlivnit život pečovatelů různými způsoby. Zjištěním potřeb pečovatelů a jejich podpora může zlepšit kvalitu jejich života. Proto cílem následujícího výzkumu bylo prozkoumat zkušenosti a potřeby neformálních pečujících ve 4 zemích. Ke zjišťování byl použit kvalitativní výzkum prostřednictvím fokusových skupin a individuálních rozhovorů. Údaje byly shromážděny od 72 neformálních pečovatelů ze 4 evropských zemí (Itálie, Litva, Nizozemí a Turecko) v době od prosince 2016 do května 2017. Tato studie je součástí projektu Trace, který byl financován z programu Erasmus+EU. Cílem tohoto projektu bylo vytvořit výukový modul, který v rámci biopsychologického přístupu zvýší schopnosti neformálních pečovatelů pro péči o seniory. Studie se konkrétně zaměřila na otázky:

1. Jaké jsou zkušenosti neformálních pečujících v péči o seniory?
2. Jaké jsou vlivy péče na život pečovatele?
3. Jaké jsou potřeby neformálních pečujících při péči o seniory v domácím prostředí?

Z analýzy odpovědí pečovatelů se vyčlenila dvě hlavní témata, kterými jsou výzvy a potřeby pečovatelů. Do každého z těchto témat spadají další kategorie, které přibližují pocity pečovatelů při poskytování péče. Název tématu **výzvy** již napovídá, že se jedná o situace, s nimiž se pečovatelé během poskytování péče museli vypořádat:

- Zvládání nemocí a poskytování domácí péče – zde spadají kategorie prevence a zvládání komplikací, zvládání nevhodného chování seniorů, tělesná péče, rizika pádů.

- Ovlivňování kognitivního a psychického stavu seniorů – zde spadají kategorie zármutek seniorů, strach ze smrti, úzkost, adaptace v domácím prostředí, problémy s orientací.
- Vliv péče na život pečovatele – zde spadají kategorie změna životního stylu, která obsahuje pocit ztráty svobody a žádného volného času, druhá kategorie je psychické vyčerpání, v níž se objevuje únava a poruchy spánku, poslední kategorií je obtížné zvládnutí emocí, které se projevuje hněvem, vinou, pocitem zbytečnosti, smutkem, vyhořením.

Druhé téma pojednává o **potřebách** pečovatelů a do něj spadají kategorie:

- Potřeby pro péči o seniory- zde spadají kategorie **fungování péče**, kdy pečovatelé hovoří o potřebě pomoci při zvládnutí péče, jako je osobní hygiena, prevence dekubitů, ukázky manipulace se seniory nebo prevence pádů, další kategorií je získání **komunikačních dovedností se seniory s demencí**, následuje **zvládnutí psychických symptomů seniorů**, kdy pečovatelé hovoří o potřebě vědět, co mají očekávat při vývoji nemoci seniora, dále **řízení sociálních záležitostí** a jako poslední kategorie je **zajištění domácího prostředí pro seniory** tak, aby bylo k dispozici vše, co k péči potřebují. Proto je důležitá lepší informovanost o organizacích, které nabízejí vhodné pomůcky pro péči.
- Potřeby samotných pečovatelů – většina respondentů hovořila o potřebě získat pro sebe **emocionální a psychickou podporu**. Ze studie vyplynulo, že respondenti vlivem péče žili hektický život a ve snaze zvládat nejen poskytování péče, ale i rodinný a pracovní život, se u nich objevili potíže s řízením vlastních životů a se zvládnutím problémů. Popisovali i změny ve vztazích vlivem péče, neboť převzetí role pečovatele jim neumožnilo naplňovat další role (manželka, dítě, sourozenec). Což vedlo k pocitům hněvu, viny, obav, netrpělivosti či frustrace.

Autoři závěrem hovoří, že je třeba podporovat pečovatele v jejich potřebách a také v péči o jejich psychické zdraví, neboť jim to umožní lepší zvládnutí vznikajících problémů a také správné poskytování péče.

Záměrně jsme vybrali dvě studie s rozdílným designem výzkumu, neboť nás zajímalo, zda výsledky budou shodné. Lze vidět, že při výzkumu kvalitativním, jsou výsledky více rozebrány do hloubky a vyjádřeny konkrétními pocity pečovatelů. Ale i přesto se výsledky vzájemně přibližují. Například se u obou studií vyskytuje pocit únavy a vyčerpání, které

pocitují pečovatelé. Obě studie potvrzují zhoršení společenského života, které může souviset se ztrátou volného času. Obě studie hovoří, že vlivem poskytování péče se u pečovatelů objevili negativní emoce, které mají vliv na hodnocení kvality života. Zahraniční studie dokonce hovoří, že pečovatelé měli potíže tyto emoce zvládat. Při zjišťování potřeb pro podpory pečovatelů jsme shodně zjistili, že pečovatelé vítají podporu prostřednictvím poradenství a lepšího přístupu k pomůckám pro péči, podporu od blízkých osob či možnost odpočinku. U zahraniční studie bylo zajímavé, že respondenti měli zájem získat, co nejvíce informací ze všech oblastí péče (zdravotní stav, jeho projevy, potřebné pomůcky pro péči, správná manipulace, psychická podpora seniora), aby ji poté mohli poskytovat v co nejvyšší kvalitě. Což ve studii českých autorů zajímalo jen několik respondentů, kteří svůj zájem projeví v poslední otevřené otázce. Také je zajímavé, že v zahraniční studii nezmiňovali respondenti potřebu finanční podpory, dokonce padl výrok: Mít peníze nestačí, musíte mít také štěstí, abyste mohli pořídit takové pomůcky, které k péči potřebujete, neboť jejich množství je omezené.

V této kapitole jsme se věnovali pojmu kvalita života, přiblížili jsme si problematiku přesného vymezení tohoto pojmu a představili si jednotlivá pojetí kvality života, které ovlivňují pohled a přístup ke zkoumání kvality života. Popsali jsme některé z dimenzí kvality života a jejich členění. V neposlední řadě jsme si představili dvě studie, které se zabývaly zkoumáním kvality života pečovatelů. Provedli jsme také vzájemné srovnání jejich výsledků.

2 SOCIÁLNÍ POMOC A PODPORA PRO PEČUJÍCÍ

Pojem, který je nejčastěji zmiňován v souvislosti s poskytováním péče o nesoběstačného člověka, jsou sociální služby. Avšak problematika sociálních služeb je velmi široká, proto se v následující kapitole budeme zabývat sociálními službami pouze v kontextu naší diplomové práce. Představíme si jejich legislativní vymezení a základní informace o jejich poskytování, členění a zřizovateli. Následně si přiblížíme možnosti, kde získat potřebné informace o konkrétní sociální službě a charakterizujeme si sociální poradenství. V rámci sociálního poradenství si představíme podpůrná opatření, která slouží jako podpora pro pečující rodiny při poskytování péče v domácím prostředí. Na závěr se seznámíme se službami sociální péče, které mohou pečující rodiny využít při poskytování péče.

Sociální služby a jejich poskytování upravuje zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální služby jsou poskytovány společensky znevýhodněným lidem. Cílem sociálních služeb je zlepšit kvalitu jejich života, zajistit jejich začlenění do společnosti nebo ochránit společnost před riziky, které jsou s těmito lidmi spojeni. Proto sociální služby zohledňují nejen uživatele, ale také jeho rodinu či skupiny, do nichž patří, případně zájmy společnosti (Matoušek a Koldinská, 2007, s. 9). Arnoldová (2016, s. 9) k tomu dodává, že sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou situaci. Vznik nepříznivé situace je ovlivněn mnoha faktory, a proto existuje velká řada různých druhů sociálních služeb. Podle Dvořáčkové (2013, s. 64) je v současnosti kladen důraz na takové sociální služby, které dodržují lidská práva při individuálním poskytování, respektují svobodnou vůli osob, zajišťují jejich důstojný život a směřují k jejich začleňování do společnosti. Vojtíšek (2018, s. 49) uvádí, že ze zákona o sociálních službách vyplývá několik zásad pro poskytování sociálních služeb. Jedná se o: individuální přístup k uživateli, vedení uživatelů k soběstačnosti a samostatnosti, snižování závislosti na službě a kvalita poskytované péče.

Sociální služby se dělí: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle formy poskytování těchto služeb je dále dělíme na: pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním klientů v zařízení sociálních služeb, za ambulantními službami klienti dochází, jsou doprovázeni nebo dopravováni do zařízení sociálních služeb a ubytování není součástí této služby, a terénní služby jsou poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí (Koldinská, 2007, s. 43).

Zřizovateli zařízení poskytující sociální služby mohou být v ČR obce, kraje a MPSV, tento výčet je v současnosti doplněn také nestátními neziskovými organizacemi a fyzickými osobami. Z důvodu stejných specifických podmínek při poskytování sociálních služeb, vznikla povinnost registrace poskytovatelů sociálních služeb, kterou ukládá zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění (Matoušek a Koldinská, 2007, s. 12-14).

2.1 Získávání informací o sociálních službách

Venglářová (2007, s. 95) popisuje, že v případě dlouhodobé a vysilující péče o osobu blízkou, se může u obou (rodina i pečovaný) objevit potřeba na čas tuto péči přerušit. Může to být i z důvodu zdravotních komplikací, které na přechodnou dobu znemožní pečující osobě vykonávat péči. Jednou z možností, jak zajistit pokračování péče je využít sociálních služeb. Proto je velmi důležité vědět, kde lze informace získat, nebo kam se obrátit pro radu.

Čeledová a Čvela (2017, s. 461-462) uvádějí, že informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat na městských, obecních nebo krajských úřadech (odborné sociálních věcí), v občanských či jiných specializovaných poradnách nebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb jak v elektronické, tak v listinné podobě. V elektronické podobě je dostupný na webových stránkách krajských úřadů, konkrétně v jihomoravském kraji na stránce: <https://socialnisluzby.kr-jihomoravsky.cz>. Obce a kraje se zaměřují na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, proto zjišťují skutečné potřeby lidí a zdroje k jejich uspokojení. Samozřejmě také zřizují organizace, které poskytují sociální služby. Dalšími významnými poskytovateli sociálních služeb jsou nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které poskytují různé druhy sociálních služeb. Případný zájemce o sociální službu může přímo požádat poskytovatele sociální služby, nebo mu může pomoci obec, v níž má hlášený trvalý pobyt, a zprostředkuje mu kontakt s poskytovatelem sociální služby nebo možnost poskytnutí sociální služby. Holečková (2019, s. 61-62) dodává, že využití sociálních služeb představuje pro nesoběstačné seniory zásadní pomoc a možnost, jak zůstat co nejdéle ve vlastním prostředí. Pro budoucího klienta sociálních služeb je proto nezbytné umět vyhledat vhodnou sociální službu. Možností je využití internetového Registru poskytovatelů sociálních služeb, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhledávání vhodné služby v registru je možné na stránkách iregistr.mpsv.cz.

V elektronickém registru jsou uvedeny základní údaje o poskytovateli sociálních služeb a o vybrané sociální službě. Tyto informace obsahují kontaktní údaje, údaje o poskytovaných službách, zejména o druhu poskytovaných sociálních služeb, okruh osob, pro které jsou služby určeny, název a místo zařízení nebo místo poskytování služeb, kapacita poskytovaných služeb, časový rozsah poskytování služeb, popis realizace, popis personálního zajištění, finanční zajištění, den započetí poskytování služeb, seznam kontrol plnění registračních podmínek a v případě, že v dané službě proběhla inspekce poskytování služeb, tak je uveden i tento údaj. Další možností je kontaktování zaměstnanců obecního úřadu obce s rozšířenou působností, pod jejíž správní obvod klient spadá a v němž je prováděna sociální práce řešící nepříznivé sociální situace a sociální začleňování osob.

2.2 Sociální poradenství

Zákon o sociálních službách hovoří, že v rámci sociálních služeb rozlišujeme **základní** a **odborné** sociální poradenství. Podle Koldinské (2007, s. 39) má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí **základního** sociálního poradenství při řešení vlastní nepříznivé sociální situace nebo při jejím předcházení. Také hovoří o tom, že je zásadní poskytnout osobě v nepříznivé situaci takové informace, s jejichž pomocí je schopna situaci řešit sama a vlastními silami. Teprve pokud tyto informace nejsou dostačující, nastupují sociální služby, které mají odpovídat individuálním potřebám člověka a být mu tzv. šité na míru. Arnoldová (2016, s. 27-28) dodává, že základní sociální poradenství jsou povinni zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Základní sociální poradenství probíhá formou:

- Poskytnutí informací k řešení nepříznivé sociální situace.
- Poskytnutí informací o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci (např. o dávkách sociální péče).
- Poskytnutí informací o základních právech a povinnostech osoby v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, o využívání dostupných zdrojů pro zabránění sociálnímu vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociálních službách.
- Poskytnutí informací o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

Odborné sociální poradenství (Procházka, 2014, s. 24) je poskytováno se zaměřením na potřeby konkrétních jednotlivých skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním

postížením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Základní činnosti odborného sociálního poradenství je zprostředkování, obnovení či upevnění kontaktu s přirozeným společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů osob a při obstarávání osobních záležitostí.

Podpora rodinných pečujících není v současné době nijak legislativně ukotvena. Avšak jistá opatření lze dohledat v různých zákonech. Pro potřeby naší práce si představíme některá opatření, kterých mohou rodinní pečující využít při poskytování péče seniorovi v domácím prostředí a která jim mohou být předložena v rámci sociálního poradenství. Jedná se o dávku dlouhodobé ošetrovné, příspěvek na péči, dávky pro osoby zdravotně postižené, informace o poskytování domácí zdravotnické péče, o fungování půjčoven rehabilitačních a kompenzačních pomůcek a o službách sociální péče.

Ondrušová a Krahulcová (2019, s. 262) hovoří, že dávka **dlouhodobé ošetrovné**, je poměrně nová dávka, kterou lze čerpat od 1. června 2018 a je dána novelizací zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění v platném znění. Dlouhodobé ošetrovné je možné čerpat po dobu 90 dní pracovního volna, kdy je poskytována náhrada příjmu ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. Tato dávka umožňuje ochranu pracovního místa a zároveň kompenzuje výpadek příjmu. V některých případech bude 90 dní dostačující pro péči o nemocného člena rodiny, pokud však ne, získá rodina čas na rozhodnutí, jak dál postupovat v péči, kdo z rodiny bude hlavním pečujícím, jak se rozdělí úlohy v domácnosti a také vznikne čas pro podání žádosti o příspěvek na péči. Dlouhodobé ošetrovné je určené pro osoby, které splňují povinnost nemocenského pojištění. Může se jednat o zaměstnance ale i o osoby samostatně výdělečně činné, kteří z důvodu poskytování péče nemohou vykonávat své zaměstnání. Další podmínkou je poskytování péče v domácím prostředí. Nárok na dávku vznikne v případě, že hospitalizace nemocného trvala alespoň 7 dní a následující péče v domácím prostředí bude vyžadovat péči delší než 30 kalendářních dní. O potřebě celodenní péče rozhoduje ošetřující lékař lůžkového zařízení, kde je osoba vyžadující péči hospitalizovaná. Po rozhodnutí lékaře vyplní pečující tiskopis k dlouhodobému ošetrovnému a žádost odešle na okresní pracoviště ČSSZ v místě trvalého bydliště. Na stejné pracoviště bude odesílat i potvrzení o ukončení péče, o kterém rozhodne opět ošetřující lékař. Tuto skutečnost oznámí zaměstnanec zaměstnavateli a vrátí se zpět do zaměstnání. V průběhu péče se mohou rodinní příslušníci střídat, zpravidla po celých dnech. MPSV (2018) uvádí, že při střídání a opakovaném poskytování péče se dávka znovu nevypočítává. Dávka se nevyplácí po dobu opětovné hospitalizace

nemocného a nárok na další dlouhodobé ošetrovné vznikne pečující osobě nejdříve po uplynutí 12 měsíců od skončení předchozí dlouhodobé péče. Doba výplaty dávky činí maximálně 90 kalendářních dní a tato doba se neprodlužuje ani z důvodu hospitalizace ošetrované osoby v podpůrné době. Zaměstnavatel může zaměstnanci neumožnit poskytování dlouhodobé péče z vážných provozních důvodů, které musí zaměstnanci sdělit písemně.

Příspěvek na péči je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je považován stav, který podle lékařské vědy trvá nebo bude trvat déle než jeden rok a který omezuje schopnosti člověka zvládat základní životní potřeby. Pomocí toho příspěvku od státu si může osoba závislá na pomoci jiných, zvolit nejvhodnější variantu poskytování péče ať už prostřednictvím blízké osoby, asistenta sociální péče či sociální služby. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu a o jeho přiznání rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce, na jejímž území má žadatel trvalý pobyt. Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem. Žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích Úřadu práce nebo na portálu MPSV v sekci Formuláře. Vyplněná žádost se podává na kontaktním pracovišti Úřadu práce v místě, kde má žadatel trvalý pobyt. Po podání žádosti provede sociální pracovník Úřadu práce sociální šetření, aby pro účely rozhodování, mohl posoudit žadatelovu schopnost samostatného života ve svém přirozeném prostředí. Poté krajská pobočka Úřadu práce požádá příslušnou Okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení stupně závislosti žadatele. Při posuzování vychází Okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu doloženého praktickým lékařem či odbornými lékaři, z výsledků sociálního šetření, popř. z vlastního vyšetření posudkového lékaře. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává a v jakém stupni závislosti. Proti rozhodnutí je možné podat odvolání ve lhůtě 15 dnů ode dne oznámení rozhodnutí, prostřednictvím úřadu, který rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV, 2006).

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná

hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. K uznání neschopnosti zvládat základní životní potřeby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu postačuje prokázání neschopnosti zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřeby vymezena v příloze vyhlášky č. 505/2006 Sb. Při posuzování stupně závislosti se základní životní potřeby, které osoba není schopna zvládat, sčítají. Výše příspěvku na péči závisí na stupni závislosti, věku žadatele a na místě poskytování péče a pomoci (zda v domácím prostředí nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb). Pro účely naší práce uvádíme stupně závislosti a výši příspěvku na péči pro osobu starší 18 let, které je poskytovaná pomoc v domácím prostředí.

Stupně závislosti u osob nad 18 let věku:

- Stupeň I (lehká závislost) – osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby.
- Stupeň II (středně těžká závislost) – osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb.
- Stupeň III (těžká závislost) – osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb.
- Stupeň IV (úplná závislost) – osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a současně vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (Čeledová, 2019, s. 154-161)

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost).
- 4400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost).
- 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost), pokud je péče poskytovaná v domácím prostředí.
- 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost), pokud je péče poskytovaná v domácím prostředí. (MPSV, 2019)

Peněžité **dávky osobám se zdravotním postižením** upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením v platném znění. Tyto dávky jsou určeny ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich

sociálního začleňování. Jedná se o dávky: příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Na **příspěvek na mobilitu** má nárok osoba starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P. Podmínkou je, že jí nesmí být poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Podmínky nároku na příspěvek na mobilitu musí být splněny po celý kalendářní měsíc a splnění podmínek opakovaného dopravování dokládá žadatel čestným prohlášením. Výše příspěvku na mobilitu je 550 Kč měsíčně (Duková, Duka a Kohoutová, 2013, s. 114-115).

Nárok na **příspěvek na zvláštní pomůcku** má osoba s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, s těžkým sluchovým postižením nebo s těžkým zrakovým postižením. Přičemž musí jít o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a současně zdravotní stav nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku. Příspěvek se poskytuje na zvláštní pomůcku v základním provedení, které osobě vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení plně vyhovuje a splňuje podmínku nejmenší ekonomické náročnosti.

(Duková, Duka Kohoutová, 2013, s. 115)

Další podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je, že:

- Osoba je starší 3 let (v případě motorového vozidla, úpravy bytu), starší 15 let (vodící pes), starší 1 roku (všechny ostatní pomůcky).
- Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo realizaci pracovního uplatnění, umožní přípravu na budoucí povolání, slouží k získávání informací, vzdělávání nebo ke styku s okolím.
- Osoba může pomůcku využívat.
- Zvláštní pomůcka není zdravotnickým prostředkem hrazeným z veřejného zdravotního pojištění.
- V případě motorového vozidla je podmínkou opakované dopravování osoby v kalendářním měsíci a schopnost řídit, nebo být převážen.
- I když není pomůcka uvedena ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., ale krajská pobočka ÚP ji považuje za srovnatelnou s některou pomůckou, která ve vyhlášce uvedena je.

(MPSV, 2011)

Tomeš (2015, s. 30) uvádí, že **zdravotní domácí ošetrovatelská péče** je orientována na zdravotní podporu a pomoc v sociálním prostředí klientů. Je součástí primární péče. Všechny moderní systémy zdravotní péče se snaží minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních. Výhodou domácí péče je, že respektuje integritu klienta, sociální prostředí a kvalitu života. Pacienti jsou lidé s chronickými a dlouhodobými onemocněními a pacienti v terminálním stádiu života. Domácí zdravotní péče je definována v zákoně o zdravotních službách. Domácí ošetrovatelskou péči poskytují zdravotní sestry, které jsou zaměstnány nejčastěji nestátními zdravotnickými poskytovateli. Domácí péče je hrazená zdravotní pojišťovnou, pokud ji předepíše lékař. Čeledová a Holčík (2017, s. 146) dodávají, že domácí péče je poskytována v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta s návštěvní službou. Součástí domácí péče je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Domácí péče je součástí systému zdravotně sociálních služeb. Jarošová (2007, s. 65) hovoří, že v rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče a pomoci, a to ve vlastním sociálním prostředí klientům všech věkových kategorií, indikačních a diagnostických skupin podle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který domácí péči indikuje. Na základě doporučení ošetřujícího lékaře a dle aktuálního stavu klienta je poskytována **základní zdravotní a sociální péče** (např. zajištění osobní hygieny, prevence dekubitů, příjem tekutin a stravy, obklady), **odborná zdravotní a sociální péče** (sledování vitálních funkcí, odběry biologických materiálů, převazy, aplikace injekcí, edukace klienta, rehabilitační péče aj.) a **specializovaná zdravotní a sociální péče** (např. aplikace diagnostických přístrojů, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u chronicky nemocných). Slámová (2018, s. 33) popisuje, že tuto péči naordinuje praktický lékař nebo lékař, který pacienta propouští z nemocnice. Je proto určena pro pacienty, kteří potřebují zdravotní ošetření v domácím prostředí, může se jednat o aplikování injekcí, čištění vývodů či ošetření ran. Tato péče je pravidelná a provádí ji zdravotní sestry. Lékař podle zdravotního stavu pacienta určí množství návštěv, druh prováděných úkonů a charakter návštěvy. A jak napovídá samotný název, jedná se službu zdravotní, a je tedy plně hrazena zdravotními pojišťovnami.

Kompenzační pomůcky výrazně pomáhají pacientům ve zvládnání denních záležitostí, v sebeobsluze a soběstačnosti. Velkou pomoc a úlevu však znamenají i pro pečující osoby. Množství pomůcek, které si pečující osoby mohou zapůjčit je velmi široké a mnohdy

o jejich existenci ani nemusí vědět. Proto je vhodné si nechat poradit od praktického nebo ošetřujícího lékaře, sociální pracovnice v nemocnici nebo v některé ze sociálních poraden. Doporučí nejen nejvhodnější půjčovnu v okolí, ale také poradí, na co se při vybírání pomůcky zaměřit. **Půjčovny pomůcek** bývají často součástí dalších zdravotních a sociálních institucí. Půjčovny pomůcek mohou být řešením při potřebě překlenout dobu, než se vyřídí poukaz a nastane dodání pomůcky, pořizované přes zdravotní pojišťovnu. Výše poplatků za zapůjčení bývá uvedena v ceníku, nejedná se však o vysoké částky, na rozdíl od částek potřebných na nákup nových pomůcek (Slámová, 2018, s. 34). Suchá (2019, s. 149) uvádí, že člověk je zvyklý ve svém každodenním životě používat různé pomůcky a nástroje, které mu ulehčují nebo umožňují provádění některých činností. V období, kdy člověku ubývá sil a nedokáže nebo nemůže některé činnosti vykonávat sám, nabývá na významu využití kompenzačních pomůcek. Ty se dělí podle druhu činnosti, k níž jsou určeny: ortézy, protézy, epitézy, kalceotika a adjuvatika. V našem případě se zaměříme na adjuvatiku. Dungal (2014, s. 111) popisuje, že adjuvatika se zabývá kompenzací vztahu pohyblivě postiženého pacienta a jeho životního a pracovního prostředí. Adjuvatika neboli kompenzační pomůcky jsou obsáhlá skupina pomůcek spadající do protetické péče o pacienta. Ty mu umožňují více či méně dokonalou kompenzaci funkčního handicapu v jeho vztahu k životnímu a pracovnímu prostředí. Zpravidla se do skupiny adjuvatik řadí: pracovní pomůcky, berle, hole, chodítka, rotátory, invalidní vozíky, rehabilitační tříkolky, postele, antidekubitní matrace aj. Suchá (2019, s. 149-150) dodává, že adjuvatika se zabývá pomůckami pro zvládnutí sebeobsluhy. Pomůcky předepisuje lékař a jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Praktický lékař však může předepsat jen minimum pomůcek a větší část předepisují odborní lékaři. Některé pomůcky však pojišťovnou hrazeny nejsou. I přesto existuje několik možností, jak situaci řešit: koupit si pomůcku z vlastních zdrojů, využít půjčovny kompenzačních pomůcek (to je dobrá volba i v případě, že si nejsme jisti, jakou konkrétní pomůcku budeme potřebovat a lze tak využít možnost vyzkoušet si několik typů a poté si ji nechat předepsat lékařem), požádat o příspěvek na pomůcku, požádat o příspěvek nějakou charitativní organizaci či nadaci.

V případě, že půjčovnu spadá pod organizaci, která provozuje i jinou registrovanou sociální službu, má zájemce o pomůcku možnost nechat si poradit s výběrem vhodné pomůcky. Jakmile se zájemce rozhodne pro konkrétní pomůcku, je s ním sepsána Smlouva o poskytnutí sociální služby, která se sepisuje před zapůjčením pomůcky. Pomůcka se

zapůjčuje na dobu určitou (až 3 měsíce), poté může být smlouva opětovně prodloužena. Půjčovní pomůcky je uvedeno v ceníku a je k dispozici také seznam všech pomůcek k zapůjčení. Každé zapůjčení pomůcky je zaevidováno a slouží ke kontrole splatnosti Smlouvy. Půjčovna předá nájemci pomůcku čistou a má povinnost seznámit nájemce s její obsluhou. Převzetí vypůjčené pomůcky si nájemce zajišťuje sám, v případě, že to není možné, lze zajistit odvoz pomůcky dle platebního ceníku a je vystaven dodatek ke Smlouvě. Nájemce odpovídá za zapůjčenou pomůcku a je povinen o ni pečovat tak, aby nedošlo k jejímu poškození. Jakékoliv opravy či úpravy na pomůcce není nájemci dovoleno (Paprsek Vyškov, 2016).

Půjčovny, které spadají pod jinou registrovanou sociální službu, mohou v rámci svého fungování nabízet například i podporu pečujících osob. Při níž se zaměřují na praktické činnosti spojené s péčí v domácí prostředí, jako jsou informace o prevenci dekubitů, ukázky polohování, hygieny na lůžku, přebalování či přesunů z postele na vozík a zpět. (Paprsek Vyškov, 2020)

2.3 Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají lidem zachovat jejich soběstačnost a zapojení do běžného života společnosti v co největší možné míře. Pokud to však jejich stav nedovoluje, usilují služby, aby tito lidé žili v důstojných podmínkách a dostalo se jim důstojného zacházení. Charakteristiku služeb sociální péče nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Nyní si však představíme služby, které bezprostředně souvisí s naší prací. Mezi služby, které mohou využít rodinní pečující pro vlastní ulehčení péče, patří:

Osobní asistence – je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Pečovatelská služba – je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.

Tísňová péče – je terénní služba, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností.

Průvodcovské a předčitatelské služby – jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám se sníženými schopnostmi z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace. Napomáhá jim si osobně vyřídit vlastní záležitosti a mohou být poskytovány jako součást jiných služeb.

Odlehčovací služby – jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Centra denních služeb – poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.

Denní stacionáře – poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Týdenní stacionáře – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního stavu, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. (MPSV, 2006)

V této kapitole jsme si představili pojem sociální služby, jejich zákonné vymezení, členění, a zásady pro jejich poskytování. Pro správnou volbu druhu sociální služby je důležitá informovanost, proto jsme se zabývali možnostmi, kde lze získat potřebné informace o konkrétní sociální službě. Péče o blízkou osobu je náročná a je vhodné se na ni připravit. K tomu slouží sociální poradenství, které jsme si v jedné z podkapitol také představili. V souvislosti s tématem naší práce jsme se v rámci sociálního poradenství zaměřili na nejzákladnější informace, které lze při péči využít. Jedná se o dlouhodobé ošetřovné, příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením, příspěvek na zvláštní pomůcku, ale také nárok na poskytování domácí zdravotní péče a informace o půjčovnách pomůcek vhodných pro péči. V poslední podkapitole jsme si představili služby sociální péče, na které se rodinní pečující mohou obrátit v případě, že mají zájem o pomoc při poskytování péče.

3 PÉČE O SENIORY

V poslední kapitole se seznámíme s přístupy k současné péči o seniory a pro účely naší diplomové práce si vymežíme termín pečující osoba, představíme si specifika péče poskytované v domácím prostředí a oblasti života pečujících osob, které jsou zatíženy poskytováním péče. V závěru se zaměříme na možnosti, jakou péči a pomoc lze poskytnout pečujícím osobám při jejich zátěži. Ať už se jedná o pomoc odbornou či jen doporučení pro spokojený život pečujících a s tím související spokojený život pečovaných.

Vlivem rychle stárnoucí populace je v Evropě i u nás považována dlouhodobá péče za závažný problém. Evropská komise, která se touto problematikou zabývala v roce 2013, upozorňuje ve svých dokumentech, že každá druhá žena EU a každý třetí muž EU může potřebovat v budoucnu dlouhodobou péči. Proto se členské státy EU mají více zaměřit na tuto problematiku a celý tento vývoj je sledován prostřednictvím otevřené metody koordinace (Open Method of Coordination, OMC). Kromě poskytování dlouhodobé péče požadované kvality je nutné se také zaměřit na prevenci její přílišné potřeby. Jinými slovy je nutné se zaměřit na prevenci zhoršení zdravotního stavu a nesoběstačnosti. Evropská komise se domnívá, že pro dosažení tohoto cíle je nutné se zaměřit na tyto tři faktory:

- Prevence, podpora zdraví a rehabilitace.
- Větší efektivita v poskytování dlouhodobé péče.
- Podpora soběstačnosti a samostatnosti seniorů.

(Holmerová, 2014, s. 53)

V péči o seniory se v současnosti klade důraz na komplexní a vzájemně propojený přístup zdravotnických a sociálních služeb. Oblast těchto služeb pro seniory se v posledních letech značně změnila. Je to způsobeno výrazným odklonem od biomedicínského chápání stáří, které k němu přistupovalo jako k období plném nemocí a chorobných změn. Dnes se na stáří pohlíží jako na sociální status, který charakterizuje pokles životního standardu vlivem ukončení činnosti na trhu práce a omezení sociálních kontaktů. Tento přístup se snaží, aby senioři mohli setrvat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a současně jim byly vytvořeny podmínky a služby, které by odpovídaly jejich specifickým potřebám (Jarošová, 2006, s. 50-51). Příbyl (2015, s. 14) také uvádí, že péče o seniory se zaměřuje na zachování co nejvyšší míry jejich autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti v jejich přirozeném prostředí. Domnívá se, že i přesto se však ocitá mnohem více seniorů v institucionální péči,

než je nezbytně nutné. Příčinu vidí ve zvýšeném počtu dysfunkčních rodin, které nemohou nebo přímo odmítají pečovat o svého blízkého seniora.

S myšlenkou na důstojné stáří a přiměřenou péčí souvisí i usnesení, které vydalo Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni, které svá opatření shrnulo do **4D. Demedicinalizace** znamená, že o potřebě dlouhodobé ústavní péče nerozhoduje zdravotní diagnóza, ale samostatnost a autonomie člověka v domácím prostředí. Cílem je stabilizovat zdravotní stav a udržet co nejvyšší kvalitu života, aby člověk mohl žít co nejdéle ve svém domácím prostředí. Tyto cíle však nedokáže zajistit pouze medicína, a proto o jejich naplnění společně usilují zdravotnické a sociální služby. **Deinstitutionalizace** hovoří, že prioritou je snaha o zajištění péče o seniory v jejich přirozeném domácím prostředí, s využitím terénních zdravotnických a sociálních služeb, rodiny nebo komunity. **Deresortizace** popisuje, že komplexní problematika seniorského věku není záležitostí jen hlavních zdravotnických a sociálních resortů, ale spadá i do resortů týkajících se trhu práce, bydlení, vzdělávání. Pro multidimenzionální rys této problematiky je vhodná celospolečenská podpora. **Deprofesionalizace** upozorňuje na mylnou představu, že péči o seniory musí zajišťovat pouze vyškolený pracovník. Z toho důvodu je žádoucí podporovat při participaci na péči rodinu, přátele, sousedy či dobrovolníky (Hermannová, 2008, s. 33-34).

Podle Mlýnkové (2011, s. 62) lze rozdělit poskytovanou péči o seniory do tří skupin: péče zajišťovaná rodinou, zdravotní péče a sociální péče. Jarošová (2006, s. 44) k tomu dodává, že v oblasti poskytované péče o seniory převládají především sociální a zdravotnické služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí.

Kainráthová (2017, s. 248) popisuje, že jakmile se u osoby objeví ztráta soběstačnosti a s tím spojená neschopnost zvládat běžné denní činnosti, je nutná pomoc druhé osoby. To však znamená, že v životě obou osob nastanou velké změny. Je důležité si uvědomit, že péče o druhou osobu, která vyžaduje větší rozsah pomoci, může být velmi fyzicky i psychicky náročná. Proto není vhodné, aby tuto péči zastávala pouze jedna osoba. V takovém případě je dobrá volba, aby se sešla celá rodina a společně se dohodla, jak bude péče probíhat. Autorka uvádí, že ideální je tzv. sdílená péče, kdy se na péči společně podílejí rodinní příslušníci, případně sousedé, přátelé a profesionální odborná sociální služba.

3.1 Pečující osoba

Matoušek (2008, s. 134) popisuje ve Slovníku sociální práce, že pečující osoba je *osobou, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez jakékoli formální smlouvy. Motivem této péče jsou rodinná pouta nebo přátelské vazby. Péče sahá od komplexních forem až po péči občasnou a parciální. Pečující osoby jsou převážně ženy ve středním věku. Pečující osoba může mít z poskytování péče uspokojení, péče ji na druhé straně může přetěžovat psychicky, fyzicky i finančně, může omezovat její možnost pracovního uplatnění a její společenské kontakty. Význam pečující osoby jako poskytovatele péče byl uznán teprve nedávno v souvislosti s deinstitucionalizačním hnutím a se snahami podpořit komunitní zdroje podpory a péče. Přesto je tento fenomén zatím na okraji pozornosti organizovaných sociálních služeb, pečující osoby nejsou na rozdíl od klientů zatím považovány za partnery v diskusích o sociálních službách a rovněž výzkum pečující osoby pomíjí.*

Michalík (2010, s. 15-18) uvádí, že zpravidla se žádný člověk předem nepřipravuje na možnost, že bude o někoho pečovat. Většinou tahle situace přijde nečekaně, a proto je nutné si uvědomit několik věcí. Převzetí péče o druhého člověka je velký závazek a úkol. Náročnost této péče se samozřejmě odvíjí od rozsahu poskytované péče. Je rozdíl, je-li péče občasná a poskytovaná jen při určitých životních činnostech, nebo je-li člověk odkázán plně a celodenně na pomoc a péči druhé osoby. Avšak v obou případech se pečující osoba zavazuje, že bude poskytovat pomoc, což později nelze jen tak odvolat. A pokud ano, nese to sebou závažné důsledky a změny pro pečovanou osobu. Ať už se pro poskytování péče rozhodneme postupně, nebo nastane nečekaná situace, vždy je potřeba si položit některé otázky. Například: Jak moc budu muset změnit dosavadní život? Co všechno mě v budoucnu čeká? Jak budou reagovat moji blízcí? Kde a v jakých podmínkách budu péči poskytovat? Mám dostatek informací o tom, co péče obnáší? Zním konkrétní potřeby osoby, které budu péči poskytovat? Mám dostatek informací o technických aspektech péče? Vím na koho se obrátit s žádostí o pomoc? Kalvach (2011, s. 167) popisuje, že dlouhodobá péče o blízkého člověka je velmi náročná činnost, a proto není vždy samozřejmostí, že tuto povinnost převezme rodina. Aby rodina došla k rozhodnutí, že bude pečovat, tak nejprve musí:

- Chtít - zde lze morálně apelovat.
- Moci – mít podmínky k péči (bytové, finanční, vztahové).

- Umět – nezbytné je vzdělávání např. ze strany lékařů či pečujících profesí v oblastech ošetrovatelské a rehabilitační péče, umět řešit konkrétní problémy seniora, zajistit vhodné prostředí a kompenzační či rehabilitační pomůcky, naplánovat si možnosti řešení při výskytu závažných situací.
- Mít podporu – poradenskou (kontakt při náročných situacích), informační (nové postupy a pomůcky), materiálovou (poskytování různých pomůcek), odlehčovací (respitní služby, rekreační pobyty pro rodiny se zdravotně postiženými členy), v péči o vlastní tělesné a duševní zdraví (preventivní programy, intervence, fyzioterapie), finanční (příspěvek na péči), společenskou (uznání, ocenění v rámci rodiny, od lékaře i celospolečensky).

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 80) se domnívají, že podpora rodiny a její zapojení do poskytovaných služeb, by mělo být nedílnou součástí péče o seniory, zejména té dlouhodobé. V souvislosti s tím je vhodné poskytnout neformálním pečujícím dostatečnou podporu a vzdělávání, protože se tak zvýší jejich produktivita a kvalita poskytované péče, což povede ke snížení nákladů zdravotnického a sociálního systému. Autoři popisují, že jako další podporu pečujících lze využít psychologického poradenství, dostupné nabídky odlehčovacích služeb, možnost získat finanční podporu a zohlednění jejich situace při uplatnění na trhu práce.

Mlýnková (2011, s. 63) popisuje, že i přes rozhodnutí, že se rodina postará o stárnoucího rodiče, se může vyskytnout několik překážek, které jim tuto péči mohou zkomplikovat či překazit. Jednou z nich je nevyhovující bydlení, kdy žijí v malém bytě, a přistěhování další osoby může vést ke ztrátě soukromí celé rodiny. Dalším problémem při péči může být zaměstnanost pečující rodiny, kdy si nemohou dovolit zůstat doma a pečovat o svého rodiče celodenně. S tím také souvisí jejich další povinnosti vůči vlastním dětem a domácnosti, kterým se musí věnovat. Jak jsme již zmiňovali výše, může být další překážkou velká vzdálenost mezi bydlištěm stárnoucích rodičů a jejich dětí. A jako poslední překážku uvádí autorka vyčerpání a únavu pečující rodiny. Zpravidla je nemožné, aby rodina při zvládnutí chodu vlastní domácnosti, zaměstnání a péči o rodinu ještě současně pečovala o stárnoucího rodiče, který navíc žije daleko od své rodiny.

3.2 Domácí péče

Podle Jarošové (2006, s. 33) dokazují výzkumy a zkušenosti z minulosti, že nejvhodnější způsob péče o seniora probíhá v domácím prostředí, kdy mu je péče poskytovaná jeho

rodinou. Jedním z důvodů může být i to, že vlastní rodinné prostředí dodává seniorovi pocit jistoty, což je ve stáří jedna ze základních potřeb. Pokud je však poskytovaná péče dlouhodobá, fyzicky a psychicky náročná, může být pro pečující osobu velmi zatěžující. Autorka se domnívá, že z toho důvodu potřebují pečující rodiny pomoc institucí, ať už jako podpora a pomoc morální, legislativní či ekonomická. Příbyl (2015, s. 15) dodává, že senior pohlíží na rodinu naprosto rozdílně než mladý člověk. Je pro něj velmi významná z mnoha důvodů. Senior ve stáří prožívá mnoho změn (ztráta soběstačnosti, nemoc či ztráta partnera) a tak je pro něj důležitý pocit jistoty, bezpečí a toho, že není na své problémy sám. A tyto jeho potřeby mu dokáže zajistit fungující rodina, která mu poskytne podporu a péči. Také Kalvach (2011, s. 169) uvádí, že rodina, jako základní sociální skupina seniorů, představuje hlavní a důležitý faktor při spolupráci v dlouhodobé péči o ně. Rodina zastává významnou roli v životě seniorů, není to jen o tom, že potřebují nakoupit. Senioři potřebují pozitivní přijetí, pocit, že někam patří a že se podílejí na fungování rodiny. Je žádoucí podporovat předávání historie a tradic mladší generaci či společnou relaxaci v rodinách se členem se zdravotním, mentálním či duševním postižením. Hlavní výhoda domácí péče (Michalík, 2010, s. 12-13) je plnohodnotnější zajištění potřeb pečované osoby, pokud tomu odpovídá její zdravotní stav. Protože není pobytového zařízení, které by respektovalo potřeby závislé osoby, tak jak mu je dokáže poskytnout fungující a ochotná rodina plná sil. Další nezanedbatelnou výhodou je snížení ekonomické zátěže státu. Zkrátka domácí péče je pro stát levná.

Michalík (2010, s. 9-12) uvádí, že pod označením domácí péče se skrývá rozmanité množství situací, okolností a jevů, které mají společný předmět zájmu a tím je poskytování péče, podpory a pomoci osobách, které jsou na této péči závislé. To vše se děje v jejich přirozeném, obvykle domácím prostředí. Domácí péči vystihuje v našich podmínkách několik znaků:

- Nízká úroveň podpory pečujícím osobám (nedostatečné zajištění podpůrných služeb pro ulehčení péče, finanční nákladnost profesionální služby, neexistence nároku na lázeňskou péči, nedostatečná kompenzace poskytované péče ve výši důchodu).
- Nevyhovující bytové podmínky pro péči (spoléhání na individuální odpovědnost o zajištění bezbariérovosti a dostatku obytné plochy).

- Podmínky zaměstnanosti (nemožnost získání vhodného zaměstnání, které by bylo slučitelné s poskytováním péče, což je u rodin s jedním nízkým příjmem, či osamělých pečovatelů velmi problematické).
- Nízká úroveň podpory pečovaných osob (neadekvátní výše dávky pro bezbariérovou úpravu bytu).

Mlýnková (2011, s. 62-63) uvádí, že většině lidí se nejlépe žije s rodinou, v domácím prostředí. Žít ve vlastním rodinném zázemí znamená cítit pocit jistoty a bezpečí. V dnešním světě je trend, aby mladá rodina žila samostatně a nezávisle na rodičích. Přesto je samozřejmé, že se děti chtějí o své stárnoucí rodiče postarat. Z toho důvodu je někdy potřeba, aby se stárnoucí rodič přestěhoval ke svým dětem. Toto rozhodnutí sebou přináší klady i záporny. Nesporným kladem je usnadnění péče z hlediska pečujících dětí, kterým se ušetří čas a péči je možné rozdělit mezi členy rodiny. Z pohledu seniora je kladem to, že není sám a cítí se bezpečně. Záporně se mohou stát napjaté vzájemné vztahy a pocity seniora, který se necítí dobře v jiné domácnosti. Může mít pocit, že je jen na návštěvě nebo na obtíž. Proto je vždy třeba zvážit všechna pro a proti a zvolit vhodné řešení vyhovující oběma stranám. Holmerová (2014, s. 54-55) hovoří o strategii „ageing in place“ neboli život a stárnutí v prostředí, na které je senior zvyklý. V návaznosti na tuto strategii upozorňuje autorka na výhodu, když senior nežije sám a je tak součástí rodiny nebo komunity. Další výhodou je vhodné vybavení domácnosti seniora, které odpovídá jeho potřebám. Tohle vše se musí setkat i se vstřícností samotného seniora, který souhlasí se změnami či úpravou jeho bydlení a snaží se vyhýbat nebezpečným situacím. Důležité je také technické vybavení domácnosti, které umožňuje podporu seniora, např. podporu mobility, komunikace či využití kompenzačních pomůcek. Pro setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí je nezbytná kooperace zdravotních a sociálních služeb, které usnadní a zkvalitní jejich život a péči o ně.

Při popisu nevýhod domácí péče uvádí také Michalík (2010, s. 13-14), že domácí péče není procházka růžovým sadem. O problémech s poskytováním péče jsme hovořili již výše. Avšak mezi obecné nevýhody patří nedostatečná materiálová a technická vybavenost pro poskytování péče. Jedná se o různé pomůcky, rehabilitační, technické a kompenzační, které ulehčují poskytování péče nebo umožňují rehabilitaci osobě závislé na péči. Tento nedostatek lze vyřešit zapůjčením pomůcky nebo využitím nároku na získání pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění. V domácí péči je dalším problémem i zajištění

komplexnosti péče, protože pečující osoba nemá k dispozici odborníky z různých oborů a tak na veškerá rozhodnutí zůstává sám.

3.3 Zátěž pečujících

Matoušek (2008, s. 133-134) mluví o vlivu dlouhodobé péče jako o *zátěži člena rodiny, který v domácím prostředí pečuje o jinou osobu s vážnou nemocí nebo postižením. Je-li tento stres vysoký, pečující má dlouhodobý pocit, že příjemce péče vyžaduje víc, než je nutné, že pečující nemá dost času na sebe, na jiné povinnosti apod. U pečujícího se pak dostávají silné emoční reakce, jež mají nepříznivý vliv na příjemce péče.*

Podle Kainráthové (2017, s. 249) jsou rodinní pečující vystaveni dlouhodobému stresu. Ten může mít negativní dopad na jejich vlastní zdraví, může ovlivnit jejich vztah k pečované osobě, ale také zhoršit rodinné vztahy. Pokud se tomu chceme vyhnout, je potřeba, aby si pečující stanovil své hranice a neskončilo to jeho sebeobětováním. Své hranice si musí pečující nastavit již na začátku poskytování péče. V rámci rodinného rozhodování je důležité projednat, kdo co bude při péči zajišťovat. Každá ze zúčastněných osob musí zvážit, jaké jsou jeho možnosti ať už fyzické, psychické nebo časové. Podle Berana (2017, s. 208) přibývá situací, kdy senior musí spoléhat na pomoc druhých osob. Péče o osobu, která je zasažena zdravotním, mentálním nebo duševním postižením je psychicky i fyzicky náročná. Pečující osoba často trpí nedostatkem spánku, vyčerpáním a fyzickou námahou, pokud pečuje o nepohyblivého seniora. Vedle toho musí vykonávat i ostatní běžné činnosti, což společně může znamenat celodenní povinnosti. Proto by v zájmu zachování vlastního zdraví měla pamatovat na svůj odpočinek a zajistit si možnost pomoci či vystřídání při péči.

Kainráthová (2017, s. 250) uvádí, že psychická zátěž není jediný problém, s kterým se pečující osoba musí vyrovnat. V případě péče o vlastního rodiče se pečující musí vyrovnávat i s výměnou rolí, tedy dítě najednou musí vést a starat se o rodiče, ve kterém doposud viděl autoritu. Najednou mu musí pomáhat v intimních činnostech, někdy ho jeho chování na veřejnosti uvádí do rozpaků. Pečující osoba má zpočátku pocit, že mu rodič dělá všechno naschvál a tak se na něj zlobí, později zjistí, že to nedělal naschvál a trápí ho myšlenky, že rodiče podezříval neprávem. Tohle vše prožívá pečující osoba a je nutno k tomu také přidat omezení dosavadního osobního a společenského života a ztrátu osobního volna. K tomu dodává Kalvach (2011, s. 167), že v průběhu dlouhodobé péče o blízkého člověka se může objevit střídání různých kritických situací jako je obtížné

zvládnání péče, osobní zdravotní problémy či psychosociální krize. Mnozí pečující se vzdali kvůli péči svých zaměstnání či vlastní seberealizace a nyní žijí ve stresu, prožívají úzkost, pocity viny, vykazují známky neurózy, úzkostně depresivního syndromu a stresové poruchy. Fyzicky náročná péče o blízkou osobu může vést k závažným zdravotním komplikacím, které mohou ovlivnit či znemožnit poskytování další péče. Autor dále uvádí, že poskytování péče má vliv i na život celé rodiny, na partnerský vztah, na trávení společných volných chvil (víkendy, dovolené), dochází i k rozvodům. Pečující osoby často žijí napůl ve vlastní rodině a napůl v domácnosti blízkého člověka, o kterého pečují. V rodinách dochází k neshodám, výčitkám a obviňování. Také je ovlivněna jejich ekonomická situace a to často z důvodu ukončení či omezení zaměstnání, přeřazení na hůře placenou pozici nebo výdajů na pomůcku potřebnou k péči.

Hubíková (2015, s. 48) taktéž uvádí, že rodinní pečovatelé jsou nejzranitelnější skupinou v neformální péči. Je to způsobeno faktem, že jsou často jediní a výhradní poskytovatelé péče o osobu blízkou a proto nemohou tuto péči ukončit. Dokonce ani v případě, kdy již péče překročila hranice jejich sil, jejich ekonomické možnosti a když necítí žádnou pomoc a podporu svého okolí. Zpravidla se péči věnují ženy, které proto ukončují profesní kariéru a ztrácí tak svou ekonomickou nezávislost, což přispívá k jejich větší zranitelnosti.

Podle Kainráthové (2017, s. 251) by se pečující osoba měla mít na pozoru, pokud se u ní objeví:

- Výskyt nebo zhoršení dosavadních zdravotních problémů.
- Nespavost, bolesti hlavy, žaludeční problémy.
- Pocit neustálé vyčerpanosti, který nemizí ani po spánku.
- Deprese, stavy plačtivosti, podrážděnosti či nervozity.
- Změny v chování k pečované osobě i k ostatním členům rodiny.
- Ztráta zájmu o okolí, koníčky a nástup pocitu, že poskytování péče je jediný smysl života.

Dále uvádí, že přehlížet varovné signály, které vysílá přetížené tělo pečující osoby, není správné. Může to vést až k syndromu vyhoření či k frustraci, která se může obrátit proti pečované osobě. Proto je důležité, aby pečující byl schopný si uvědomit, kde má vlastní hranice a kdy už je péče nad jeho síly. V takovém případě se s ostatními rodinnými příslušníky musí nalézt jiné řešení. Možná bude stačit krátkodobá změna, kdy pečující

osobu nahradí jiná či využití odlehčovací služby, možná však bude potřeba z důvodu náročné péče umístění nemocného do pobytového zařízení.

Podle Kalvacha (2011, s. 168) by měla být práce s pečující rodinou různorodá. Od podpory jejich nelehké a neocenitelné činnosti až ke kontrole případného dysfunkčního prostředí, v kterém může docházet k zanedbávání, zneužívání nebo týrání závislých osob. Mimořádnou zátěž pro pečující rodinu představuje péče o osobu, u níž se vyskytuje porucha chování doplněná vzdorem, agresí, emočními afekty či bludy (žárlivost, okrádání). Poruchy takového chování mohou vést ke konfliktům, při jejichž vyhocení může dojít k oboustrannému domácímu násilí ve formě zneužívání či týrání. Z těchto důvodů je žádoucí preventivní zjišťování, zda u klientů dlouhodobé péče nedochází k jejich strádání, poškozování, zneužívání či zanedbávání (včetně zneužívání příspěvku na péči). Ale také zda u pečujících osob nebo rodin nedochází k přetížení, dysfunkci, vyhoření, výskytu psychosomatických problémů či týrání ze strany pečované osoby.

3.4 Péče o pečující

V rámci ošetrovatelských intervencí u rodin, které poskytují péči svému blízkému v domácím prostředí, je vhodné se zaměřit na zvyšování kvality jejich života, snižování pečovatelské zátěže a pomoci s přijetím role pečovatele. Vychází se z potřeb samotných pečujících, které autorka Kurucová (2016, s. 71-73) dělí na 3 zásadní oblasti: vědomosti, aktivity a způsob života. Oblast **vědomostí** se soustředí na dostatečnou informovanost rodin o možných problémech a situacích, které mohou nastat během péče. Proto je důležité, aby pečující rodiny znaly průběh a projevy nemoci jejich blízkého, o kterého pečují. Při poskytování péče je nutné znát také možnosti finanční a materiální pomoci, na které má pečující rodina nárok. S oblastí vědomostí souvisí i praktická pomoc se zprostředkováním kontaktů na služby, které lze při péči využít, nebo kontakty na podpůrné či svépomocné skupiny. Oblast **aktivity** zahrnuje různé aktivity prováděné v průběhu poskytování péče, jedná se o aktivity osobní péče, přes odborné činnosti (cvičení, polohování) až po běžné práce v domácnosti. Z toho důvodu je oblasti aktivity žádoucí převzetí nových rolí, přerozdělení úkolů v rodině a někdy i změny v chodu celé domácnosti. Oblast **způsob života** zahrnuje více hledisek, jedná se o schopnost vyjadřovat vlastní pocity, učit se zvládat emoce, umět získat čas pro sebe, využívat zdroje sociální opory. Tošnerová (2002, s. 15-19) uvádí, že si pečující musí uvědomit své pocity, neboť ty mají mnoho společného se způsobem, jak posuzují a vyrovnávají se s poskytováním péče.

Upozorňuje, že všechny pocity jsou důležité, i ty, které jsou negativní (hněv, pocity duševní nerovnováhy, smutek). Rozpoznání a přijetí všech pocitů je prvním krokem k vyřešení případného problému. S tím souvisí i schopnost otevřeně vyjadřovat své pocity členům rodiny, přátelům nebo odborníkům. Autorka sepsala několik rad, které mohou sloužit jako podpora pro pečující rodiny:

- Hledejte informace – vyhledejte si knihy, články, brožury, videa či filmy o poskytování péče.
- Vyhledejte svépomocnou skupinu pečovatелů – kromě získání potřebných informací se při pravidelném setkávání můžete podělit o své pocity, snížit tak hladinu stresu, vyměnit si zkušenosti a zdokonalit se v pečovatelských dovednostech.
- Stanovte si reálné cíle – péče vyžaduje Váš čas, a proto je důležité stanovit si reálné cíle. Uvědomte si, co stihnete a co ne, stanovte si priority a podle toho postupujte.
- Neváhejte požádat o pomoc jiné lidi (rodinu, přátele, sousedy) – nečekejte, až se Vás zeptají, zda potřebujete pomoc. Požádejte o ni!
- Komunikujte - obraťte se na svou rodinu a přátele s žádostí o citovou podporu a pomoc. Jejich pomoc Vám může pomoci buď snížit pocit osamění a dodat sebedůvěru nebo Vám poskytně čas na odpočinek, kdy za Vás někdo převezme na chvíli povinnosti u pečované osoby. Nicméně se může také objevit kritika způsobu poskytování péče, ale ani tahle možnost Vás nesmí odradit od žádosti o pomoc.
- Využívejte vnější služby – zvažte využití pomocné síly pro úklid, vaření či pro některé úkony při péči (koupel).
- Hledejte náhradní zdroje pomoci – hledejte někoho, kdy by Vás mohl nahradit při potřebě několikahodinového odpočinku, např. stacionáře, centra denních služeb.
- Starejte se o své zdraví – Váš dobrý zdravotní stav ovlivňuje Váš celkový pohled na svět a schopnost vyrovnat se s nepříznivými situacemi. Mějte pestrou stravu, dostatek pohybu, dostatek spánku a odpočinku, najděte si a užijte si svůj volný čas.
- Naučte se relaxovat – ať si odpočine tělo i duše.
- Smějte se.

- Vyhybejte se rizikovému chování – potlačování emocí vede k přejídání, alkoholismu a závislostem na cigaretách, drogách, vzniklý stres se může podepsat i na zacházení s pečovanou osobou.
- Znovu vyhledejte pomoc – opravdu nemusíte být na své problémy sami, obraťte se na členy rodiny, přátele, duchovní, odborníky.
- Pěstujte své sebevědomí – udržujte sociální kontakty a aktivity mimo domov, dělejte, co Vás baví.

Georgi, Höschl a Vidovičová (2014, s. 112-114) člení druhy psychosociální pomoci pro pečující na poradenství, svépomocné skupiny a telefonickou krizovou pomoc. V **poradenství** se odborník zaměřuje na vzájemnou spolupráci s pečující rodinou, na zajištění bezpečného prostoru při komunikaci a na motivaci klientů ke spolupráci. Pro rodinné pečující je důležitá jak psychosociální pomoc, tak i krizová intervence. Podpora, kterou poskytuje odborník, je zaměřena na specifické potřeby klientů. Zpravidla se jedná o získávání informací o nemoci a pečování, o podporu ve zvládnání náročných situací a informace o dalších službách potřebných při poskytování péče. Ve **svépomocných skupinách** se pod vedením odborníka pravidelně scházejí rodinní pečující a sdílejí vlastní zkušenosti s péčí o svého blízkého. Členové těchto skupin jsou současně poskytovatelé i příjemci podpory. Ve skupině se však více pracuje se zkušenostmi, emočními prožitky a praktickým řešením problémů, než se získáváním informací zvnějšku skupiny. Význam **telefonické krizové pomoci** spočívá v její lehké dostupnosti, kdy rodinní pečující mohou zatelefonovat ze svého bydliště, přičemž nemusí opouštět pečovanou osobu, podporu a radu získají bez dlouhého čekání a s možností zachování anonymity. Telefonní krizová pomoc může být také řešením při akutní krizové situaci, například když se pečující dostane do vážného konfliktu s blízkou osobou, o kterou pečuje.

Kurucová (2016, 73) uvádí, že při podpoře pečujících rodin se vychází z Maslowovy hierarchie potřeb, z čehož plyne, že aby pečující rodiny odolaly zátěži vznikající při péči, musí mít zajištěny své vlastní základní požadavky na odpočinek, relaxaci, spánek a potřebu sebeúcty a seberealizace. Z toho důvodu mají velký význam respitní služby, které umožňují pečujícím rodinám přerušit péči a věnovat se svým potřebám. Tošnerová (2002, s. 14) k tomu dodává, že aby se pečující rodiny vyvarovaly fyzickému a psychickému vyčerpání, musí se o sebe starat stejně jako o pečovanou osobu. Musí totiž udržovat vlastní zdraví a nacházet způsoby, jak se vyrovnávat se svojí situací. Takže péče o sebe samého je

stejně důležitá jako péče o osobu blízkou, protože naplňováním vlastních potřeb dochází k uspokojení a dodá tak pečujícím dostatek víry a energie k plnění pečovatelských úloh. Hubíková (2015, s. 60) dokonce hovoří, že v nejužším úhlu pohledu jsou v podstatě potřeby pečujícího i pečovaného totožné, neboť jen spokojený a zaopatřený pečovatel může poskytnout plně uspokojivou péči pečovanému.

Georgi, Höschl a Vidovičová (2014, s. 114) uvádějí, že dlouhým sledováním podmínek pečujících osob i aktivními preventivními opatřeními lze včas předejít nadměrnému přetížení rodinných pečujících. V návaznosti na tento fakt je nezbytná fungující síť poradenských služeb, podpůrných skupin, kurzů pro začínající pečující osoby, rozvoj respitních služeb, informovanost o rodinné péči, informovanost o právech na finanční podporu aj. Tato pomoc a podpora je pro pečující rodiny potřebná v průběhu celé doby poskytování péče. Hubíková (2015, s. 61) dodává, že profesionální rady, které se týkají nácviku některých pečovatelských úkonů nebo činností, je nejlépe provádět přímo v prostředí probíhající péče, aby rada či ukázka přesně odpovídala konkrétní situaci.

V této kapitole jsme si přiblížili současnou situaci v péči o seniory, v našem případě se práce zaměřuje na péči zajišťovanou rodinou, a proto jsme si charakterizovali pojem pečující osoba a blíže se zaměřili na poskytování péče v domácím prostředí. S poskytováním péče přímo souvisí i zátěž, která působí na pečující osoby v průběhu pečovatelského procesu. V jedné z podkapitol jsme si proto představili oblasti, v nichž tato zátěž vzniká. Chceme-li, aby senioři setrvali ve svém přirozeném domácím prostředí co nejdéle, je nutné, aby pečující rodina měla potřebnou podporu a péči. Proto jsme si v poslední podkapitole představili možnosti poskytování péče samotným pečujícím rodinám.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD

Vnímání kvality života je dynamický a velmi individuální proces, který je ovlivněn množstvím faktorů. Z tohoto důvodu se k jejímu zkoumání přistupuje ze subjektivního hlediska. Pro tuto jeho specifickou, jsme zvolili k vypracování praktické části diplomové práce, kvalitativní výzkum. Neboť ten se snaží zkoumat daný problém do hloubky a zajímá se o pocity a prožívání pečujících rodin, které poskytují péči svému blízkému seniorovi. V následujících kapitolách se věnujeme pojmenování výzkumného problému, stanovení cíle výzkumu, vytvořením výzkumných otázek, představíme si metodu sběru dat a popíšeme si výzkumný soubor. V závěru se budeme věnovat analýze získaných dat a jejich interpretaci.

4.1 Výzkumný problém

Výzkum diplomové práce se zaměřuje na rodinu, která poskytuje péči v domácím prostředí svému blízkému seniorovi se zdravotním postižením. Zjišťujeme, jaká je jejich subjektivně vnímaná kvalita života, zda poskytování péče působí na psychickou a fyzickou stránku pečující rodiny. Dále zjišťujeme, zda poskytování péče ovlivňuje rodinné vztahy, sociální a ekonomickou oblast rodiny. Zajímá nás také, jakou podporu by rodina uvítala při poskytování péče.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak pečující rodiny subjektivně vnímají kvalitu svého života. Následně jsme zvolili dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, jakým způsobem poskytovaná péče ovlivňuje fyzickou stránku rodiny.
2. Zjistit, jakým způsobem poskytovaná péče ovlivňuje psychickou stránku rodiny.
3. Zjistit, jakým způsobem poskytovaná péče ovlivňuje rodinné vztahy.
4. Zjistit, jakým způsobem poskytovaná péče ovlivňuje sociální oblast života rodiny.
5. Zjistit, jakým způsobem poskytovaná péče ovlivňuje ekonomickou situaci rodiny.
6. Zjistit, jakou podporu by pečující rodiny při poskytování péče uvítaly.

4.3 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů jsme stanovili hlavní a dílčí výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka zní: Jak pečující rodiny subjektivně vnímají kvalitu svého života?

Dílní výzkumné otázky zní:

VO1: Jaký má poskytovaná péče fyzický dopad na rodinu?

VO2: Jaký má poskytovaná péče psychický dopad na rodinu?

VO3: Jak ovlivňuje poskytovaná péče rodinné vztahy?

VO4: Jak ovlivňuje poskytovaná péče sociální život rodiny?

VO5: Jak ovlivňuje poskytovaná péče ekonomickou situaci rodiny?

VO6: Jakou podporu při poskytování péče by rodina uvítala?

4.4 Metoda sběru dat

Podle Švaříčka a Šedřové (2007, s. 159-160) je rozhovor nejpoužívanější metodou sběru dat a lze jej nazvat také jako hloubkový rozhovor nebo nestandardizované dotazování. Jako výzkumný nástroj byl použit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 30 otázek. Otázky byly předem připraveny a v případě potřeby byly položeny doplňující otázky. Před začátkem rozhovoru všichni respondenti udělili ústní souhlas se zaznamenáváním rozhovoru a byli ujisti o anonymitě a důvěrnosti výzkumu. Rozhovory byly uskutečněny v únoru a březnu roku 2021 a byly vedeny v přirozeném prostředí respondentů. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30-45 min, rozhovory byly nahrány a poté přepsány. Nářečí respondentů bylo při přepisu zachováno.

4.5 Výzkumný soubor

Miovský (2006, s. 135) uvádí, že při výběru výzkumného souboru v kvalitativním přístupu se nejčastěji využívá metody záměrného výběru. V našem případě jsme zvolili prostý záměrný výběr. Podle Miovského (2006, s. 136) to znamená, že vybíráme mezi předpokládanými účastníky takové, kteří jsou pro účast ve výzkumu vhodní, souhlasí s ním a současně splňují námi určená pravidla. Kritériem pro výběr respondentů do výzkumu byla péče o seniora se zdravotním postižením poskytovaná rodinou ve společné domácnosti.

Výzkumný soubor tvoří 3 rodiny, z nichž 2 členové se společně podílí na poskytování péče seniorovi. Jedná se o 6 žen a pro zachování anonymity uvádíme pouze počáteční písmena jmen. Nyní si blíže představíme jednotlivé rodiny.

Rodina 1

Paní V má 40 let, pracuje jako administrativní pracovník, je rozvedená, její přítel žije v jiném okrese. Žije v domě se svými dětmi, s neteří a její rodinou a s matkou, které poskytuje péči.

Slečna Z má 32 let, pracuje jako pracovník v sociálních službách, je svobodná. Žije v domě s přítelem a synem, tetou a jejími dětmi a s babičkou, které poskytuje péči.

Senior se ZP je žena, má 77 let, má omezenou hybnost, cukrovku a trpí blíže neurčenou demenci, rodina o ni intenzivně pečuje 1 rok.

Rodina 2

Paní J má 77 let, je vdaná a je v důchodě. Žije v domě se svou dcerou a její rodinou a s manželem, kterému poskytuje péči.

Paní P má 52 let, je vdaná, pracuje jako švadlena. Žije v domě se svou rodinou a rodiči, svému otci poskytuje péči.

Senior se ZP je muž, má 81 let, během operace utrpěl CMP a je ochrnutý na polovinu těla, rodina o něj pečuje 8 let.

Rodina 3

Paní M má 62 let, je rozvedená a je v důchodě. Žije v domě s dcerou a s rodiči, kterým poskytuje péči.

Slečna K má 26 let, je svobodná, vysokoškolská studentka, žije střídavě v bytě ve městě, kde studuje a v domě s matkou a prarodiči, kterým poskytuje péči.

Senioři se ZP jsou manželský pár, muž má 93 let a žena 85 let. Žena trpí středně těžkou Alzheimerovou demencí, muži po úrazu ochrnula ruka a zhoršila se hybnost dolních končetin. Rodina o ně intenzivně pečuje půl roku.

5 ANALÝZA DAT

V této kapitole se věnujeme analýze dat, která jsme získali z přepsaných rozhovorů s respondenty. K analýze dat jsme využili techniku otevřeného kódování. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 211) hovoří o tom, že otevřené kódování je proces, při němž jsou získané údaje rozebrány a poté znovu složeny ale jiným způsobem. Při otevřeném kódování se text rozčlení na jednotky, podle jejich významu se jim přiřadí kódy a z nich se poté vytvoří kategorie. Jednotku může tvořit slovo, více slov, věta či odstavec. S takto získanými kódy a kategoriemi pak výzkumník dále pracuje.

5.1 Rodina první

5.1.1 Ve zdravém těle, zdravý duch

Tato kategorie obsahuje informace o vlivu poskytované péče na fyzické zdraví pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: nedostatek spánku, málo energie, únava, málo odpočinku, bez bolesti.

O vlivu péče na fyzické zdraví hovoří paní V následovně. *Určitě mě vyčerpává nedostatek spánku, protože když hlídám mamku, tak se moc v noci nevyspím. Ona furt vyvolává, má pocit, že ji někdo tahá za ruky, nebo že ji někdo přepadl. Do toho má pocit, že musí v noci chodit na záchod, když jí ale odvedu myšlenku jinam, tak zapomene, že by měla jít, takže si myslím, že se jí doopravdy nechce. Ale budí se kvůli tomu několikrát za noc. Tato situace je náročná a dodává, že je to teda vyčerpávající, takže mě to unavuje. O celkovém zdravotním stavu však uvádí: *tím, že není ležák, tak fyzicky mě nic jiného nevyčerpává.**

Také slečna Z shodně dodává, že když hlídá babičku tak *trpím i nedostatkem spánku. Který pak už jen těžko doháním. Nedostatek spánku není jediné, co ji trápí. Jsem hodně unavená, mám málo energie. Na odpočinek je málo času, protože mám ještě malého 4letého syna a partnera a jim se chci také věnovat. Vliv péče na své zdraví však nepocituje nijak zásadně. V mém životě je hodně stresu, ale necítím se být více nemocná. Naštěstí babička není upoutaná na lůžko, tak se péče zatím neprojevila na mém fyzickém zdraví.*

5.1.2 Mysl jako nástroj pohody a nepohody

Tato kategorie vypovídá o pocitech, které zažívají pečující rodiny při poskytování péče svému blízkému seniorovi.

Kategorie je nasycena kódy: strach, hádky, zlost, tok myšlenek, nespolupráce, vina, smysl života, budoucnost, ztráta svobody, být ve střehu, rozpolcenost.

Situace, jimž je vystavena pečující rodina při péči jsou různé, každá z nich však vyvolává jedinečné pocity, s kterými se pak pečující musí vyrovnat. Paní V hovoří o psychické zátěži, kterou pociťuje. *No tady je to horší, je hrozné, když se nemůžu s mamkou domluvit, je i hnusná, nadává mi, že z ní dělám blbečka a třeba se pak se mnou ani nebaví.* Na některé z těchto situací je již zvyklá. *To, že se mě furt ptá dokola, to už jsem si zvykla, ale že dokáže být tak tvrdohlavá a hádává, to jsem teda nečekala.* Taková situace pak nutně vede k reakci. *Pak jsem naštvaná i já, když se se mnou dohaduje, že já lžu a že to tak není, pak vykládá ostatním, jak jí nevěřím a jsem na ni zlá. Tohle dohadování mi nejvíc vadí.* Po čase se u ní objevuje reakce na předchozí hádku. *Já se pak naštvu, chvíli se dohadujeme a pak se večer cítím provinile, že jsem se měla ovládnout.* Ale potýká se i s pocity neustálé připravenosti. *Jsem furt napnutá, připravená a čekám, co se bude dít. Místo, abych se třeba soustředila na to, co potřebuju, tak jsem roztěkaná a pak se mi nedaří vůbec nic.* U respondentů se objevují i pocity ztráty svobody. *Možná jsem sobecká, ale teď se cítím strašně svázaná.* A takové psychické rozpoložení ji vede i k zamyšlení nad svým životem. *Člověka to nutí přemýšlet o vlastním životě. Mám někdy pocit, že to není můj život, protože už moc o něm nerozhoduju, spíš funguju tak, jak je zrovna zapotřebí.* Takové myšlenky bezesporu ovlivňují i její pohled do budoucna a vyvolávají pocity rozpolcenosti. *Že bysme třeba chtěli s přítelem spolu plánovat budoucnost, ani nemluvíme. Úplně se toho bojím, kdyby se zeptal, co mu řeknu, cítím se jako mezi dvěma kameny.*

Slečna Z popisuje, že při péči o babičku se potýkala i s pocitem strachu ze špatného rozhodnutí. *Měla jsem o ni strach a chtěla jsem jí co nejvíc pomoci. A také jsem se bála, že udělám něco špatně.* Psychickou vyčerpanost pociťuje také z představy, *že udělám špatné rozhodnutí, které ublíží babičce.* Nebo také z vzájemných neshod. *Vyčerpávají mě i slovní rozepře s babičkou, co a jak chce a vzápětí názor mění. Pro mě je nejtěžší, že se s babičkou musím neustále dohadovat. Bývá zmatená a neustále mění svůj názor, ale dokáže si na něm tvrdě trvat. Ona i dřív byla taková tvrdohlavá, ale teď je to o to horší, že si pořádně nic nepamatuje. Taky moc nespolupracuje při jídle, neustále ji musím přemlouvat a ona mi říká, že jsem na ni zlá a pak si na mě všude stěžuje. Tohle je pro mě deprimující.* A i v případě, kdy se může věnovat jiným záležitostem, tak uvádí, *že nedokážu vypnout hlavu a řeším ty problémy dál. Takže i když mám volno, tak jsem myšlenkama stále u babičky.*

5.1.3 Být rodina

Tato kategorie obsahuje informace, jakým způsobem ovlivnila péče vzájemné rodinné vztahy.

Kategorie je nasycena kódy: změna, výmluvy, nevyžádané rady, nedostatek času, spolupráce, skutečné já, odkaz dětem, pozitivní vliv, opora.

Při otázce na změnu rodinných vztahů vlivem péče připouští paní V, že *vazby se dost změnily, dřív jsem si myslela, jak držíme spolu. Jsme 4 sourozenci, kdy jedna sestra bydlí 400km daleko, takže s ní v péči nemůžeme počítat. Bratr jako jediný syn se teda snaží, když něco potřebujeme, Za to poslední sestra, ta se teda do péče vůbec nehrne. Když už přijde za mamkou na návštěvu, tak přijde opravdu na návštěvu a neudělala by pro ni nic. Jak jsme zmiňovali v teoretické části, tak se může v rodině také objevit nesouhlas se způsobem poskytování péče. Stejnou zkušenost má paní V, která popisuje chování své sestry a upozorňuje na její obvyklé výmluvy, proč nemůže pečovat o matku. *Ale zvládne nás poučit, co máme dělat a co děláme špatně. Ona má jiné zájmy než péči o mamku. Neustále nám tvrdí, kolik ona má práce a jak nemá čas, jako kdyby my ostatní jsme nechodili do práce, neměli svoje rodiny. Péče zasahuje také do vztahu, který má se svým přítelem. S přítelem jsem teprve rok a bydlí v jiném okresu, takže dřív nebyl problém, když byli děti u otce, se sbalit a jet na víkend za ním. Ale teď je to horší, všechno prostě musíme podřizovat mamce, i když se v hlídání střídáme, tak už nemám tolik času na něho jako dřív a popravdě nevím, jak dlouho se mu to bude líbit. Také se rozhovoří o tom, že i když kvůli péči museli změnit fungování domácnosti, tak péče o matku přinesla i něco pozitivního. Myslím si, že kvůli péči musí začít rodina žít úplně jinak. Nebo aspoň my jsme museli. Popravdě si nedokážu představit, že bych se měla o mamku starat sama. Nám to ukázalo jaký kdo z nás je. S někým nás to odcizilo a s někým naopak sblížilo, a to je myslím důležité. Zastává také názor, že pozitivní vliv to má i na děti, jakožto na budoucí pečovatele. Myslím, že je to i dobrý vzor pro děti.**

Slečna Z popisuje vliv péče na rodinné vztahy. *Přítel mi je mi oporou, ale nemám tolik času ani na něj ani na našeho syna. Někdy mi ale říká, že by se do péče měly zapojit i další babiččiny děti. Musím uznat, že má asi pravdu, ale mám prostě pocit, že mě babička potřebuje. Naštěstí jsme se kvůli tomu nikdy zásadně nepohádali, protože nakonec vždy řekne, že mě chápe. Domnívá se, že změny ve vztazích, které byly způsobeny péčí, jsou spíše pozitivního charakteru. Myslím si, že péče měla na vztahy v rodině pozitivní vliv, hlavně tedy s přítelem a tetou, se kterou se dělíme o péči. Můj vztah s mamkou, která bydlí*

na druhém konci republiky, je pořád stejný, péče ji neovlivnila. I když ji nemůžu už tak často jako dřív navštěvovat. Se strejdou máme vztah dobrý, chápu, že jako muž nemůže babičce poskytnout takovou péči jako já nebo teta. Ale zase je na něj spolehnutí v jiných směrech. Když potřebujeme něco vyřídit, odvést, přivést nebo nečekaně pohlídat babičku, třeba o víkend. Avšak popisuje i rodinné vztahy, které se vlivem péče zhoršily. S druhou tetou je to těžší, protože s ní nejsme na stejné emocionální vlně a některé její chování nechápu. Myslím si, že to necítím tak jen já, ale i ostatní členové rodiny, protože kvůli tomu vznikají hádky nebo dohadování a neustále se to musí řešit. Myslím si, že péče nám ukázala, jaký kdo doopravdy je. Také uvádí, že pro správné poskytování péče bylo nutné si najít určitý systém. Střídáme se v péči s tetou. Snažíme se vyjít si vzájemně vstříc kvůli práci a osobním potřebám a povinnostem. Ona má 3 dcery, přítele, tak spolupracujeme, abychom to všechno zvládli.

5.1.4 Užít si vlastní život

Tato kategorie popisuje změny v sociální oblasti života rodiny, které se odehrály vlivem poskytované péče.

Kategorie je nasycena kódy: běžný život, málo volného času, určení priorit, bilancování, vlastní uskromnění, nepochopení, ohledy na jiné, plánování.

Paní V si všimá, že péče má vliv i na běžné fungování rodiny. Popisuje, že musí řešit mamku, práci, děcka i přítele, s kterým se vidáme o víkendu, když to jde. Takže všechno to skloubit je někdy oříšek. Najít si čas jen sama pro sebe je podle jejích slov náročné. Volný čas nemám, než zařídím všechno potřebné, tak už jsem zralá jít do postele. Pokud chci mít nějaký čas pro sebe, tak musím být dýl vzhůru, nebo si přivstat. A když už si nějaký volný čas naplánuju, tak ho musím plánovat dost dopředu. Stejný problém spatřuje v realizování svých zájmů. Koničky teď moc nemám, ale na tu knížku nebo film se snažím najít si čas aspoň jednou týdně, ne pokaždé se mi to ale podaří. Nedostatek volného času ji přinutil k důkladnému zvažování, jak případný čas prožije. Když se objeví nějaká volná chvíle, tak důkladně přemýšlím, jak ho strávím. S menším množstvím volného času souvisí i nedostatek času na přátele, kteří mohou reagovat různě. Nejdřív mi přátelé zazlívali, že už na ně nemám čas, ale pak jsme si to vyříkali. Prostě musí respektovat, že to teď tak mám a buď to zvládnou, nebo ne. Hovoří o tom, že ať se chce dělat jakoukoliv činnost, tak musím vědět, že je o mamku postarané neteří nebo někým jiným. Takže všechno se musí dopředu naplánuvat. A třebaže se dřív jako rodina věnovali různým aktivitám, tak

současná situace ji přiměla brát ohledy i na jiné. *Dřív jsme jezdili na výlety, na dovolenou nebo jen na víkend pryč. Ale to už nejde. Nemůžu všechnu péči nechat na neteři, má malého syna a přítele, takže trochu myslím i na ni, že potřebuje víc času se věnovat jim.*

Slečna Z se v souvislosti s péčí zamýšlí nad životem. *Mám pocit, že život strašně rychle utíká, syn byl malý a teď už je velký. Jsem našťvaná, že už nebude všechno stejný a vrátit to nejde. Že nemůžu zastavit čas a užít si to, hodně vzpomínám na to, jak to bylo, když babička byla mladší a starala se ona o mě a celou rodinu. Z důvodu omezení vlastního volného času si uvědomuje jeho hodnotu. *Volného času je velmi málo, ale snažím se ho užít. Ovlivnilo mě to tak, že když už mám volný čas, tak zvažuju, jak ho budu trávit a hlavně s kým. Jestli ho chci strávit s přáteli, rodinou nebo sama. Ale i přesto se s přáteli schází a dokáže si na ně najít čas. Tak setkání s přáteli nejsou tak časté, ale čas se najde. Moje mamka bydlí přes celou ČR, takže si hodně telefonujeme nebo skypujeme. Pokud mám volno po práci a nemusím hlídat babičku, tak se můžu domluvit s kamarádkami na setkání, aby si naše děti pohrály. Naše setkávání ale už není tak časté jak bylo dřív, protože když mám konečně volno, tak ho raději strávím s přítelem a synem. Se smíchem dodává, mým koníčkem je můj syn a čas strávený s přítelem. Zdůrazňuje i nutnost plánování, pokud si chce vymezit čas jen pro sebe nebo rodinu. Musím si to rozplánovat a určit priority. Na závěr dodává, že péče komplikuje její běžný rodinný život. Je to prostě všechno složitější než dřív, když chci někam jet, něco podniknout, tak se musíme nejdřív domlouvat.**

5.1.5 Práce a peníze

Tato kategorie obsahuje informace, jak poskytování péče ovlivňuje ekonomickou situaci pečující rodiny.

Kategorie je nasyčena kódy: beze změny, vděk, sociální pomoc, těžký začátek, služby, odreagování, roztržitost, soběstačnost.

Při zjišťování, jak péče ovlivnila ekonomickou situaci rodiny, se paní V s úlevou rozhovoří o svém zaměstnání. *Můj pracovní život péče moc neovlivnila, snad jen to, že jsem nevyspaná a roztěkaná. Protože díky tomu, jak jsme se domluvili s neteří, tak můžu chodit do práce, za což jsem strašně vděčná, protože si nedokážu představit, jak bych to dělala, kdybych musela zůstat doma. Popisuje, že pro zajištění péče v době, kdy jsou obě s neteří v zaměstnání, využívají pečovatelskou službu. *I když máme domluvenou pečovatelskou službu, tak zatím zvládáme všechno platit. Je to hlavně proto, že jsme vyřídili babičce příspěvek na péči. Takže tím, že má důchod a příspěvek na péči, tak veškeré potřeby jako**

obědy, pleny a službu, je schopná si zaplatit ze svého příjmu a nemusíme na to přispívat. Připouští však, že tomu tak vždy nebylo. Neříkám, že než se ten příspěvek vyřídil, že to bylo jednoduché. Museli jsme se všichni částečně složit na zaplacení služby, aby mamka nemusela sahat na svoje úspory. Ale to bylo už dřív, takže jsme to vyřešili, jak to v tu dobu šlo.

Svou ekonomickou situaci popisuje podobně i slečna Z. Říká, že péče její pracovní život *asi neovlivnila, z velké části pečuji, když nemám pracovní směny. Samotný plat ze zaměstnání není pro ni jediným benefitem, připouští, že teď mám pocit, že si do práce chodím vlastně odpočinout. Změním prostředí, stereotypní činnosti a odpočine si hlava, mám tam profesionální odstup a tak si citově odpočínu.* Dále popisuje svou ekonomickou situaci, která se *díky tomu, že můžu dál pracovat, tak se nijak nezměnila. Zásahu na tom má i finanční soběstačnost pečováné osoby. Babička má důchod, takže všechny léky je schopná si sama zaplatit a kvůli placení pečovatelské služby jsme vyřídili příspěvek na péči, babičce uznali druhý stupeň S jeho pomocí a babiččiným důchodem zvládáme zaplatit pečovatelskou službu, obědy, léky, pleny a jiné potřebné věci.*

5.1.6 Mít tak možnost

Tato kategorie obsahuje informace, jakou podporu by pečující rodiny uvítaly při poskytování péče.

Kategorie je nasycena kódy: relaxace, finanční injekce, více času, zdravotní stav, mít se komu svěřit, střídání stráží, pomoc zvenčí.

Při zjišťování, jakou podporu by pečující rodiny uvítaly, si paní V posteskuje, že jí *chybí čas na odpočinek a na vypnutí hlavy, abych si ji vyčistila.* Hodnotí, že její situace by však mohla být i horší. *A to se v péči střídáme, takže bych nechtěla vidět, jak bych vypadala, když bych se starala sama. Pomoc při poskytování péče by uvítala, kdyby nám pomáhala víc paní pečovatelka. Kdyby prostě mohla chodit častěji nebo na delší dobu, ale to bysme pak už nezvládli platit z příspěvku na péči. Byli jsme rádi, že nám vůbec přiznali druhý stupeň. Mamka sice vykládá, že není ráda, když k nám chodí, ale prostě to jinak nejde. Takže ani nevíme, jak by reagovala, kdybysme domluvili delší služby.* Pečovatelské služby by využila proto, *abych měla víc času na sebe a svou rodinu.* Samozřejmě největší pomocí by bylo, *kdyby mamka byla víc soběstačná, ale to se už nestane, tak to musím brát tak jak to je. Určitě bych byla spokojenější, kdyby neměla ty zlostné řeči a nemusela bych se s ní*

dohadovat. Jenže, co jsem si četla, jak bude její nemoc postupovat, tak se to asi nezlepší. Prostě to musíme vydržet.

Slečna Z považuje za podporu při péči také to, že si s někým o tom popovídám, může mi dát jiný úhel pohledu, nebo má víc zkušeností, dokáže navrhnout jiné řešení. Díky péči jsem zjistila, že každý má schopnosti na něco jiného a je dobré se spojit a dá se tak dokázat mnohem víc. Také považuje za pomoc, když za babičkou přijde někdo jiný, tak jí přinese novou energii, co já ji mám předat, když jsem s ní celý den. Z toho důvodu by uvítala, kdyby se nás při péči střídalo více lidí a já tak měla víc času na rodinu, syna nebo jen sama pro sebe. Nebo kdyby se dala domluvit delší doba služby paní pečovatelky. Zde však soudí, že je velkým omezením finanční náročnost služby. *Jenže na to by nám už nestačil důchod a příspěvek na péči. Takže bysme museli doplácet už z našeho rodinného rozpočtu.* Ideálním stavem by bylo, *kdyby babička byla více samostatná, ale to bohužel není možné, takže to musím brát tak, jak to je. Za chvíli bude léto, tak bych chtěla trávit víc času se synem a přítelem na výletech v přírodě, nebo jen sami spolu. Ráda bych se i víc setkávala s přáteli, prostě odpočinout si psychicky a nic neřešit.*

V této subkapitole jsme se zaměřili na první zkoumanou rodinu a zjišťovali, jak péče ovlivnila jejich život ve vybraných oblastech. V oblasti **fyzického zdraví** uváděly účastnice výzkumu, že jejich zdraví je ovlivněno nedostatkem spánku a únavou. V oblasti **psychické pohody** se potýkali s problematickým chováním pečované osoby, což vedlo ke vzniku hádek, které poté vyvolaly pocit viny. Psychické vyčerpání ovlivnilo také pocit neustále připravenosti a bdělosti, strach ze špatného rozhodnutí a neschopnost užít si život, protože jejich myšlenky se neustále zabývaly pečovanou osobou. Objevil se také pocit ztráty svobody a ztráty kontroly nad vlastním životem. V oblasti **rodinných vztahů** se ukázalo, že péče způsobila nedostatek času na rodinu pečující osoby, která naštěstí nevedla ke zhoršení vzájemných vztahů. Ovšem při spolupráci na péči se odryla skutečná tvář příslušníků rodiny a to ovlivnilo, zda s nimi došlo ke sblížení nebo odcizení. V **sociální** oblasti se péče projevila nedostatkem volného času, který vedl k potřebě určení si priorit a plánování volného času. Také se objevily potíže v propojení běžného života a zajišťování péče. V **ekonomické** oblasti popisovali účastnice, že nedošlo k žádné změně. Na tomto stavu měla zásluhu možnost setrvat v dosavadním zaměstnání a finanční soběstačnost pečované osoby. Péče měla vliv na výkon v zaměstnání v důsledku nevyspání a nesoustředění. Ale zároveň zaměstnání umožnilo odpoutání myšlenek od péče a tím vedlo k relaxaci. V oblasti **podpory** by účastnice uvítaly zlepšení zdravotního stavu

pečované osoby, lepší komunikační dovednosti s pečovanou osobou a pomoc při zajištění péče pro získání dostatku volného času na odpočinek a rodinu, což je však ovlivněno financemi. O subjektivně vnímané kvalitě svého života hovoří následovně: *Kvalita je jiná než před péčí, nemůžu říct, ani horší ani lepší, prostě jiná. Cítím, že se změnila. Přičemž změnu pocítuji z důvodu nedostatku času a energie na rodinu, koníčky a přátele. Další názor je: Takže nějakou kvalitu ten život má, ale ne takovou, jakou bych si představovala. Bohužel si myslím, že se kvalita mého života určitě zhoršila. Mám někdy pocit, že to není můj život, protože už moc o něm nerozhoduju, spíš funguju tak, jak je zrovna zapotřebí.*

5.2 Rodina druhá

5.2.1 Ve zdravém těle, zdravý duch

Tato kategorie obsahuje informace, jak poskytování péče ovlivnilo zdravotní stránku pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: špatný spánek, bolest, žádná změna, únava

Na otázku, jak se paní J cítí po zdravotní stránce, odpovídá: *No špatně, to možu říct, že špatně. A začne hovořit o tom, co ji zdravotně trápí. To já velice špatně spím, mám roztroušenou sklerózu, jsem byla na operaci s prsem, spodek mám vzitý, sice se tomu bráním, ale ono se to nedá. Popisuje své zdravotní problémy se zády a domnívá se, že na jejím současném stavu se podepsala i péče o manžela. Uvědomuje si, že kdyby jí manžel trochu pomohl, nebyla by její záda vystavena takové zátěži. Včít 14 dní jsem nemohla vůbec na záda, takže ono je to, je to blbě. Aj dřív jsem měla problémy se zádama, ale včít jak ho tahám, tak prostě jak su zohlá, kdyby on mě chtěl nějak pomoc, nepomože. Připouští, že poskytování péče opravdu ovlivnilo její zdraví. Zdraví mi to určitě ovlivnilo, nechcu se litovat, abych neublížovala sama sobě a jemu, ale určitě, to se nedá.*

O svém zdravotním stavu, který je ovlivněn péčí o otce hovoří i paní P. *Po fyzické stránce se cítím dobře, zatím mě nic nebolí, jen su unavená. Zmiňuje, že únava je způsobena plněním běžných denních činností ve spojení s péčí o otce. Někdy je toho moc, když dojdu z práce a idu vystřídat mamku. Ta únava se dostaví, on tatka taky není lehký, a když ho mám dostat z postele na vozík a odvést na záchod, tak se natahám.*

5.2.2 Mysl jako nástroj pohody a nepohody

Tato kategorie obsahuje informace, jak poskytování péče ovlivňuje psychické rozpoložení pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: tok myšlenek, nespolupráce, ztráta iluzí, hádky.

Paní J hovoří, že na její psychiku nejvíce působí vzpomínky na to, jak si s manželem společně plánovali, jak budou trávit svoje stáří a jak neočekávaná pooperační komplikace tyto jejich plány zničila. *To mě vyčerpává, jako ta nepohyblivost manžela.* Dodává, že v myšlenkách se k tomu neustále vrací a nedokáže se od toho odpoutat. *Protože esi si aj tady odpočívám, tak se ti furt vrací všechno pozpátku, jak sme mohli v důchodě žít a jak žijem, že. A i když si najdu čas pro sebe, tak mě to furt vracá zpátky, furt vrací k temu problému, protože my sme byli zvyklí jako pořád někde něco dělat a jezdit. A teď, teď nemožeš nic.* Trápí ji také to, že manžel rezignoval na všechny činnosti, kterým se společně do té doby věnovali. *Co možu, on mě nikde nechce jít, když mu řeknu, pojedeme k jeho sestře, on nepojede, k druhé taky ne. Na hřbitov taky ne, aj vnučka mu to dnes řekla, že nechce vůbec nic. No já ho nedonutím.* I přesto, že zájem projevuje, cítí z něj určitý blok, který není schopná překonat. *Já jezdím do Kyjova do Rosky (komunita pacientů trpící roztroušenou sklerózou, pozn.autora) a ještě dřív jsem ho tam někdy dotáhla, ale včil nepůjde a nepůjde, ale přitom se ptá, co dělá ten nebo esi tam byl ten. Jako zájem by jakoby měl, ale z postele nepůjde a nepůjde.* Z výrazu paní J lze vyčíst zklamání, které pociťuje z jejich současné situace a konstatuje: *Sem si to stáří představovala úplně jinak.*

Při spolupráci na poskytování péče se může objevit také situace, které přímo nesouvisí se samotnou péčí. Sladit společný postup při péči, nebo nelpět na každém dokonale provedeném úkonu může zabránit vzniku psychicky náročných situací. O jedné takové se zmiňuje i paní P. *Moje mamka vlastní mě vyčerpává. Když jí nabídnu, že bych jí víc pomohla s taťkú, tak ona je tak tvrdohlavá, že to chce co nejvíc zvládat sama. Protože ona si potřebuje udělat, tak jak to chce.* Ani nemoc či úraz nedokáže zabránit rozkolům vznikajícím při péči, o čemž dál hovoří paní P. *Aj když ona zostala ležet a starala jsem se o taťku, tak pomály, jo když nemohla, tak ležela, ale když mohla, tak mě ještě sekýrovala, jakým způsobem to mám dělat.* Své pocity popisuje následovně: *Spíš se jen rozčiluju. Mamka to chce tak a já ve svém věku podle sebe a už se tady dvě dospělé svým způsobem mydlíme.*

5.2.3 Být rodina

Tato kategorie popisuje, jakým způsobem se proměnily rodinné vztahy z důvodu poskytované péče.

Kategorie je nasycena kódy: izolace, vzdor, střídání stráží, spolupráce, podpora, žádná změna

Na otázku, zda paní J vnímá nějakou změnu v rodinných vztazích z důvodu péče, odpovídá: *no já cítím takové odcizení, celkově v rodině. Jak nikam nechodíme. Protože sama nechcu nikam chodit. Když chcu jet do té Rosky, tak čekám, kdy přijde dcera, aby tu nebyl sám. Ale připouští, že nějaký podíl na situace nese i ona. No já su strašně tvrdohlavá, snažím se udělat si všechno, dokud možu, sama. Nikdo mě to neudělá, tak jak já bych si to přála. A tím pádem sama sobě škodím, neříkám, že neškodím. Po chvíli však dodává, že rodina spolupracuje a pomáhají si i přes její tvrdohlavost. Ale hodně mě pomohli, když on ležel v tom Brně, vnučka tam chodila na vysokú, takže než já jsem přijela, tak ona tam s ním byla. Já jsem jezdila v půl sedmé tam a v osm večer dom. A to jsme se zase střídali. Zmiňuje i jejich společnou snahu na zlepšení manželova stavu pomocí rehabilitace a intenzivní péče ještě v nemocnici. On měl oči úplně napuchlé, nejdřív sme zkoušali, jestli rozumí, mačkal nám ruku, to napadlo dceru. Pak jsem mu koupila tabulu, abysme se dorozuměli.*

Paní P si není vědoma, že péče o otce vedla k nějaké razantní změně v rodinných vztazích. *Nevím o žádné změně, prostě sme se při péči museli střídat aj s mojů dcerů, když ležel na jipce v Brně. Upřesňuje, že kdybysme se nehádali, jak to bude s tým staráním, tak by to bylo dobré. Je si vědoma, že největší změna v životě z důvodu poskytování péče se odehrála u její matky. Jinak je jasné, že mamčin život je teď úplně jiný, byla zvyklá chodit předcvičovat a teď prostě nemože. I přesto se pokouší o zachování jejich zvyklostí, ale naráží na tvrdohlavost své matky. Aj když ju posíláme, tak nechce, že kdo by to tatkově udělal, tak jak to má byt. Závěrem smířlivě dodává, že ani pravidelné hádky o její pomoci s péčí nebo o způsobu, jakým to provádí, se neodrazily na vztazích v rodině. Ale aj tak nás to nerozdělilo. Ona je tvrdohlavá, já su tvrdohlavá, tak jak se možeme dát do hromady a já ve svém věku už si to chci taky dělat po svém.*

5.2.4 Užít si svůj život

Tato kategorie obsahuje informace o změnách v sociální oblasti rodiny, které způsobilo poskytování péče.

Kategorie je nasycena kódy: málo volného času, izolace, ztráta schopností, vlastní uskromnění.

O tom, zda paní J pociťuje nějakou změnu v oblasti jejího volného času a zájmů, odpovídá: *No hodně, no to nemám na ně čas. Musím se jich odříkat.* Také hovoří, že udržování sociálních kontaktů v kombinaci s poskytováním péče je složitější. *Je to špatné, zvláště teď když se nikam nechodí.* Popisuje vlastní pocity z nedostatku sociálního kontaktu se svým okolím. *No ten společenský život mě strašně chybí. Protože já jsem nebyla zvyklá být doma, sedět na zadku, to tě potom doma strašně ubíjí, ztrácíš komunikaci a nedovedeš se tak vyjadřovat, jak bys chtěla. Nemožu si vzpomenut honem na nějaké slovo, tak to mě strašně dělá zle. Protože je člověk uzavřený. A když nejdeš mezi lidi, tak je to strašně těžko.*

O množství volného času, s kterým lze naložit podle vlastního uvážení hovoří i paní P. *Času mám míň, než posthám udělat všechno doma, do toho pomoci mamce, tak toho času moc není no.* Udržovat kontakty s přáteli a okolím je pro paní P důležité, ale i tak se nejprve musí ujistit, zda je péče o otce zajištěna. *Čas si na ně najdu, aj s rodinů chodíme na výlety. Když vím, že mamka nic nepotřebuje, tak já si možu jít a dělat co chcu. Scházáme se se známýma u nás a uděláme si hezký večer, dáme si něco dobrého a tak no.*

5.2.5 Práce a peníze

Tato kategorie obsahuje informace, jakým způsobem se poskytovaná péče projevila na ekonomické situaci rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: beze změn, vlastní zdroje, sociální pomoc, těžký začátek, soběstačnost,

Ekonomickou situaci v pečující rodině bezesporu ovlivňuje možnost setrvání ve svém dosavadním zaměstnání. Pokud je pečující již v seniorském věku má určitým způsobem zajištěný příjem, který však nemusí být dostačující. Paní J však přiznává, že v současné době není jejich ekonomická situace žádným způsobem ovlivněna. *Teď nijak.* Vzápětí popisuje, s jakými výdaji rodina musí počítat a jaká byla jejich ekonomická situace v počátcích poskytování péče. *Tak určitě máš větší výdaje, on chce večer v 20 hod, to mu dávám jako ten drink. Kupuju aj ty mastičky a mažu ho mastičkú na tu lupenku, aby nebyl celý červený, jak v nemocnici. A změni to prostě, že máš jako výdaje vlastně.* Během života nenechala nic náhodě a spořila, protože se domnívala, že naspořené prostředky jednou využijí pro spokojené stáří. *Protože když jsem mohla, tak jsem skládala si peníze jako na účet, že prostě až budeme v důchodě, že budeme jezdit. No a to teda jezdíme tak, že to do*

postele. Akorát. Příspěvek na péči, který byl manželovi přiznán, využívají nejen na potřeby k zajištění péče, ale také jako možnost, jak uhradit pobyt v lázních, na které nemá nárok. Dostává jako tu podporu ano, ale my jsme byli zvyklí jako jezdit do lázní, protože on nemá nárok na lázně. Byli jsme tam už 10x a to mu strašně pomáhá, aj na tu lupenku. No jenomže už jsme loni nebyli a letos taky nevím, co bude. Ale jezdili jsme jako samoplátci, takže aj když dostává příspěvek, tak z toho platím ty lázně a mastičky na tu pokožku. Ke koupi pomůcek, které potřebovali k zajištění péče na počátku, museli využít vlastní finanční zdroje. A všechno ostatní k péči, to mám, to sem všechno koupila. Takže to taky byly výdaje. No mám tu postel, taky v autě to sedadlo, že já si to otočím a vytáhnu. Enomže to všechno stojí peníze a nikdo nic nedá. Když jsem si před 5 rokama nechala upravit auto, tak ona (sociální pracovnice z ÚP, pozn. autora) pak došla, že chce to auto vidět, tak říkám a proč ho chcete vidět, když jste mi na to nedali ani korunu. Alespoň na nákladnou pomůcku, jakým je schodišťová sedačka, byla rodině přiznaná finanční podpora ve formě dávky na zvláštní pomůcku. Včít máme aj schodolez, tak na něj jsem dostala, jako.

Svou ekonomickou situaci popisuje paní P následovně: *Do práce já normálně chodím, takže ji péče neovlivnila.* Finanční stránku rodiny považuje za stále stejnou. K uhrazení finančních výdajů, s kterými je spojená péče o otce, využívají jeho důchod a dávky od státu. *Nezměnila se nijak, protože chodím dál do práce a všechno co je nutné, to se zaplatí z tatkového důchoda a nebo z příspěvku na péči.*

5.2.6 Mít tak možnost

Tato kategorie obsahuje informace o podpoře, jakou by uvítali pečující rodiny při poskytování péče.

Kategorie je nasyčena kódy: zdravotní stav, rodinná relaxace, špatná zkušenost, přijetí pomoci

Za velkou pomoc, kterou však nelze ovlivnit, by paní J považovala zlepšení zdravotního stavu manžela. *No aby manžel chodil, to co se neuskuteční.* Uvědomuje si, že to není možné, proto by uvítala, kdyby společně s manželem mohli opět jezdit do lázní. Popisuje také situaci, kdy jí byl pobyt v lázních pro manžela přislíben a podmíněn pobytem na rehabilitačním oddělení nemocnice. Po splnění podmínky, ji však od lékařky čekalo nepříjemné překvapení. *Šla jsem za ňů, aby mě napsala lázně a ona mě řekla, že mě jich nenapíše. A to sů takové věci, co člověka štví.* Přesto nepřestává doufat, že najde nějaké řešení, jak zařídit pobyt v lázních, aniž by to ohrozilo jejich finanční situaci. *Tož ty lázně,*

protože mě to chybí, ty lázně. Protože já jsem jezdívávala s ním, tak aj mě to pomohlo. Ten kolektiv lázní už nás zná, takže vijú co si možú dovolit na mojého, nebo prostě takto. Já jsem tam byla moc spokojená. Jako podporu při poskytování péče by jednoznačně uvítala zmiňované lázně, které by měly dobrý vliv i na její zdraví. Myslím ty lázně, kde bych si i odpočinula.

Také paní P hovoří, že nejlepší by bylo, *kdyby taťka mohl chodit, ale to se nestane*. Má pocit, že by jim péči ulehčilo i to, kdyby se dokázali s matkou vzájemně domluvit na poskytování péče. *Nabídla jsem mamce, že bych se starala o taťku, ale mamka nechce. Domlouvala jsem se, že bych došla na 7 hodin, umyla bych ho, osprchovala, dohlídla na hygienu, s tím, že bych se mu věnovala, ponatírala, zacvičila s ním, posadila na šlapací kolo a takové, ale tím, že mám taky svoju rodinu, takže bych se od 14 zase věnovala jim.* S takovým návrhem však její matka nesouhlasí. *Naša mamka to ale takhle nechce. Myslela sem, aby si v klidu navařila, zašla si na zahrádku a našla by si čas aj pro sebe a pro kamarádky, ale ona nechce.* Zdá se, že to paní P velmi trápí, neboť o žádné jiné podpoře při péči už nehovoří. *Protože já ani neřeším péči, jak dohadování s mamkú, aby mě nechala jí víc pomoct, to jediné mě vadí.* Na otázku, zda zvažovali využití pomoci zvenčí, odpověděla paní P: *Po zkušenosti s jednú službú už si nikoho neobjednáme. Protože stejně aj když přišli, tak mamka musela taťku sama nachystat, odvést ho po schodolezu dolú a jen jim ho předat, objeli s ním tady okolo a byly za chvílu zpátky a zase ho sama musela vytáhnúť dom. A tolik peněz za to chtěli. No tak to už neuděláme.*

V této subkapitole jsme se zabývali druhou zkoumanou rodinou a zjišťovali, jaký vliv mělo poskytování péče na vybrané oblasti života. V oblasti **fyzického zdraví** měla péče vliv na poruchy spánku, na vznik únavy a bolesti zad v důsledku přílišného zatížení organismu. Oblast **psychické pohody** ovlivnila problematická spolupráce s pečovanou osobou, ale i mezi pečujícími mezi sebou, která vedla ke vzniku hádek. Péče se podílela na vzniku neschopnosti užít si život a na zklamání z vlastního života. V oblasti **rodinných vztahů** vznikl pocit odcizení v důsledku ztráty kontaktu s rodinou a neshodám vzniklým v průběhu poskytování péče. V **sociální oblasti** se poskytování péče projevilo v nedostatku volného času, v nutnosti vlastního uskromnění a podřízení se péči pro získání volného času a ve zhoršení společenského života a s tím související ztrátou sociálních kompetencí. V **ekonomické oblasti** nenastala v současnosti žádná změna vlivem poskytování péče. Zásahu na tom však má počáteční zafinancování péče z vlastních zdrojů a současné finanční soběstačnosti pečované osoby. V oblasti **podpory** by péči ulehčilo zlepšení

zdravotního stavu pečované osoby, získání nároku na pravidelný lázeňský pobyt bez vlastního financování a přijetí pomoci od rodinných příslušníků. Svou subjektivně vnímanou kvalitu života hodnotí jako: *No je neuspokojivá, nemožu si pomoci, nejsou spokojená, protože já jsem si stáří představovala úplně jinak.* A druhá účastnice ji hodnotí: *Je dobrá, necítím změnu.*

5.3 Rodina třetí

5.3.1 Ve zdravém těle, zdravý duch

Tato kategorie obsahuje informace, jaký vliv pociťuje pečující rodina na vlastní zdravotní stav.

Kategorie je nasycena kódy: nedostatek spánku, bolest, námaha, žádná změna

O tom, co konkrétně ovlivňuje zdravotní stránku pečující rodiny během péče, hovoří paní M. *No nespávám skoro vůbec, protože zase, to je zase to že oni, jeden den v noci se jim udělalo špatně a já se tady zamykám, protože tady ležó různě to, takže jsem zamčela a oni se mě nemohli dobóchat. Tak já jsem se na to vyprdla, ale zase jsem měla strach, když jsem byla odemčená že.* Tato situace jí na klidu nepřidala a tak se snažila nalézt vhodné řešení, aby si ulehčila péči. *V noci furt jen tak na půl voka, že. Jsem si pak vymyslela takové zvonek, že kdyby něco, tak na mě zazvonijó, jenomže oni zvonili furt. Mamce se to líbilo jak dycky příběhnu. Tak jsem říkala, že to teda, já vám vysypu baterku a budete to zapínat jenom večer. Jenomže ono se to strašně rychle vybíjelo, takže oni třeba potom zvonili a nic, a tak jsem to taky zrušila. Tak jsem si koupila ty chůvička, jak mají mimina a to je tady naprd, to slyšíš jenom je a oni mě ne.* Popisuje, jak péče probíhala v době, kdy byl stav rodičů nejzávažnější a jaký to mělo dopad na její zdravotní stav. *Tatka do listopadu běhal jak čučoriedka pak ale vylezl na strom, trhal jabka a někde mu tam pichlo a přestal úplně chodit a hlava teda dobrá ale ruka mu úplně ochrnula. To on byl v nemocnici, tak teda měl k tomu prej zánět močovýho měchýřa, takže se počůrával a tohle všechno a pak přišel a byl z něho úplně ležák.* Snažila se to, aby se zdravotní stav jejího otce po návratu z nemocnice zlepšil, protože péče o oba rodiče byla namáhavá. *Ležel, asi třikrát denně jsem mu masírovala nohy a vono to jako fakt pomáhalo, pak už pomalinku začal chodit s chodítkem. Ještě pořád ale špatně chodí.* Na prosbu svého otce ukončila zaměstnání, aby se mohla o rodiče intenzivněji starat. *On mě teda potom prosil, abych zůstala z práce doma, protože už si ani nezvádli nic uvařit ani nic, tak jsem zůstala doma, takže teď teda blbě chodí a tu*

ruku dáváme dohromady. Vzpomíná, že situace nebyla vůbec lehká. No bylo to hodně náročný, musela jsem je tahat. Zdá mě bolijó furt, no tak ted', už to tak není náročný, ale když byli špatní, tak já jsem se s nima fakt natahala, protože na ten vozejk jsem musela toho taťky dat. Nejvíce náročná zátěž fyzickou kondici bylo koupání rodičů. A katastrofa byla koupání, protože oni tak vlezli a pak nemohli vylezt, já jsem taťku nemohla vytáhnout, protože on tu ruku měl špatnou, nohy mu kouzaly, tak ještěže potom přišla dcera, tak jsem ho mohla s plnější siló vytáhnót. Ale závažný dopad na své zdraví zatím nepociťuje. To asi ne. Jako nepozoruju. Možná to přinde teprve.

Slečna K pozoruje vliv péče na svoje zdraví hlavně v oblasti spánku. *Fyzicky mě asi vyčerpává nedostatek spánku, protože když přijedu domů, tak i když jdu spát, tak slyším, jak mamka v noci vstává k babi a dědovi. Jako hlavní důvod uvádí, že její prarodiče mají změněný režim dne a proto je to náročné. Protože oni to mají přetočený, tím jak pospávají přes den, tak v noci pochodují a mamka je furt hlídá. Vzpomíná, že když její prarodiče vyžadovali větší péči, tak cítila také únavu. To nebylo lehké, když děda jenom ležel, tak nám v ničem nepomohl, takže jsme se s mamkó natáhali, abychom zvládli udělat všechno, co bylo potřeba. To jsem pak byla ráda, že jsem si mohla odpočinout. Ale jinou zátěž na svém zdraví neuvádí. Zatím jinak nic nepozorují.*

5.3.2 Mysl jako nástroj pohody a nepohody

Tato kategorie obsahuje informace o vlivu poskytované péče na psychickou stránku pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: strach, nespolupráce, hádky, ztráta svobody, být ve střehu, stud, vina, rozpolcenost

Psychická zátěž vyvolaná péčí o blízkou osobu může být různého původu. Paní M popisuje své pocity, s kterými se potýká při péči. *No a mám strach, že když někde vodjedu, tak aby se jim neudělalo špatně. Zažila totiž již situaci, kdy se jejím rodičům přitížilo zrovna v době, kdy byla v zaměstnání. Při péči se také objevují vzájemné neshody a dohadování, které péči ztěžují. Přičemž úlevu při činnostech jako je koupání by paní M uvítala. On nechce lavicu do vany, já jsem mu to sehnala, von tam sedět nebude, von se potřebuje pořádně namočit, voni jsou takový jako děcka, voni si nedajó vůbec říct. Říkám a kdo vás teda bude tahat potom, to je jako pěkný, že si sedneš, můžeš se osprchovat, né oni se musijó tak rochnit. Když vijó že nemužou vylezt. Mamce třeba desetkrát splachuju vlasy, ona má furt pocit, že to není spláchlý takže ona si tam jako plave. Jo takže je to s nima*

takový náročný. Vzájemné neshody se projevují i v jiných oblastech péče. Ted' mamka se nechtěla přebalovat, ted' ty plínky nechtěla, takže ona má pročuranou matračku všecko a musela jsem s ňou bojovat do ted'ka. Ted' jsem jim převlíkala postele a oni nechcú abych jim tam uklízela jo, protože jak s tím pohneš kde oni co mají. Tak jsem tam honem vtrhla a umyla vokna do ulice, aby mi do toho neprndali. Popisuje, že při péči musí být vždy po ruce a neustále připravena něco řešit. Ted' když taťka začal takhle běhat, tak von by třeba jako doběhl nebo mamka by doběhla. Ale přinde, doběhne a co se stalo, já nevím, tak co tady chceš, no nevím, taťka mě poslal, tak se musím stejně podívat co, protože ona stejně hned zapomene co jo, než sem doběhne. Někdy musí řešit i takové situace, které mohou ohrozit život či zdraví ostatních lidí. Ted' on byl jako ležák jo, a ted' mě volala druhá dcera, prej dědeček je v Kauflandu, říkám prosím tě, to si pleteš, vždyť on nemůže chodit, jdu do garáže, garáž otevřená, jdu za babičkou a říkám, kde máš taťky, tak ho hledala v té posteli a není tady. On je v Kauflandu. Tak přijel a říkám mu, jseš normální, kdybys někoho srazil, tak já budu mít ostudu, všeci budeme mít ostudu. Už mu otrnulo, už chodí po dvoře a já nevím, co mám dělat, jestli mu mám pichnout duše nebo co.

Vědomí, že náš blízký potřebuje pomoc a my nejsme schopni mu ji poskytnout, se dokáže na psychickém rozpoložení také odrazit. O tom, zda ji něco tíží po psychické stránce, hovoří slečna K. *Psychicky asi ten pocit, že nemůžu mamce víc pomoci, protože na jedné straně chci dodělat školu a na druhé to, že tu mamku nechávám s nima samotnou. Zdá se, že špatně nese současnou situaci a zdůvodňuje, proč se přes týden zdržuje mimo domov. A učit se tu prostě nejde. Babička jak má ten svůj svět, tak celý den vykřikuje, zpívá nebo co, takže nemám klid. Sice jsem pryč jen přes týden, ale i tak je té péče pro ni hodně. A když o víkendu jí chci pomoci, tak mě zahání, ať si jdu dělat věci do školy. Ale stejně, když se děda koupe a mamka ho nemůže vytáhnout z vany, tak ji musím pomoci, jinak by se to nezvládlo. No snažím se pomáhat mamce, ale vím, že to není asi dokonalé, protože ji většinu času nechávám na péči samotnou. Nemám z toho dobrý pocit, ale nevím jak jinak to vyřešit.*

5.3.3 Být rodina

Tato kategorie obsahuje informace o vlivu poskytované péče na vztahy v pečující rodině. Kategorie je nasycena kódy: izolace, zklamání, skutečné já, rezignace, zadostiučinění, iluze

Poskytování péče je zátěží také pro mezilidské vztahy, někdo se s takovou zátěží dokáže vyrovnat, jiný ne. Paní M během rozhovoru smutně poznamenala, že *no děcka sem*

nechodijó, protože jim to vadí vidět jako jo. Popisuje, jak péče ovlivnila i její dceru, která ji při péči pomáhá. Ona babička teď už tak nehuláká, ale seděla na záchodě a řvala jo a ona tak prostě zpívá nebo co to dělá, já nevím a ona má tady vlastně nade mnou pokojík a když si otevřela dveře teda okno tak se nemohla učit. Říká, babička už zase řve, běž ji něco říct, a co ji mám říct, ona to neví. Jo tak ona si zehnalá ten byt v tom Olomócu, aby se mohla učit, jo. Domnívá se, že ani další dcera je nenavštěvuje kvůli péči. Ta je taky moc nemusí, protože oni když přijdou, protože se nechcou kópat, smrdijou, tak jim to vadí. Přesto si rodina v krizové situaci pomůže. Já byla na noční 11 nebo 12 hodin a taťka mi volá, mamka umírá, tak jakože ježiš marjá co mám dělat, teď autobus žádné nejel a teď kon koho, tak jsem volala děckám. To samozřejmě oni pro mě nechtěli přijet, že je půlnoc, že ráno vstávají do práce, tak nakonec teda pro mě přijel, ale dával mi to patřičně najevo. Za svým rozhodnutím, že bude pečovat o rodiče, si stojí. I přesto, že to mělo dopad na vzájemné vztahy v rodině. Já bych je nedala nikde do ústavu. Já jsem právě říkala švici jestli by nepřišla aspoň. Sestra však zastává naprosto odlišný názor. Říkala, já bych to měla vyřešený hned, já bych je dala do ústavu a hotovo. Paní M zdůvodňuje svoje rozhodnutí a současně chápavě popisuje život své sestry, který mohl ovlivnit její názor na péči. Taťka je hlava dobrá, ten by mi to neodpustil v životě tohle, babička tak té by to třeba bylo jedno. To je těžký. Ono to s našima taky nebylo, jakože by nás nějak jako opečovávali a ona kór, s nima měla nějaký takový špatný tyto, tak. Každé sme jiné, třeba kdyby tady bydlela tak, tak by to třeba taky nedokázala. Procítěně dodává svůj názor na domácí péči. Protože jak je tady vidíš, jak stárnou a jak tady sedijó na židli a držijó se za ruky, tak člověk je z toho naměkko. Je si ale vědoma toho, že péče ovlivnila přístup jejich dětí k ní samotné i k prarodičům. Trošku se to podepsalo, no protože sem přestali všichni chodit, jako dřív sem hodně chodili, vždycky se ta rodina jako scházela. No teď, možná to je jako tou korunou, ale přestali sem všichni chodit.

Názor, že péče ovlivnila jejich život, zastává i slečna K. *No myslím si, že se ta péče podepsala na našem životě, nejvíc samozřejmě na mamčiném. Stejně jako její matka pocítuje odtazitost od ostatních sourozenců, avšak nezmínila svůj názor, co může být příčinou této odtazitosti. A taky to, že se už tak často nevidíváme, mamka to sourozencům ale nevyčítá, je ráda, když sem tam přijdou za nama.*

5.3.4 Užit si svůj život

Tato kategorie obsahuje informace, jakým způsobem ovlivňuje péče sociální oblast pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: vlastní uskromnění, minimum přátel, beze změny, touha po kontaktu, čas se najde, plánování

Při otázce, zda poskytovaná péče ovlivňuje volný čas a jakým způsobem, odpovídá paní M: *Můžu si ho udělat, tak teďkon, když je taťkovi lepší tak můžu, ale předtím jak byli ležáci, tak jsem nemohla ani do obchodu. Obvykle svůj volný čas ale podřizuje režimu svých rodičů. Když chcu tak si musím přivstat, já su zvyklá trochu se malovat, nechcu být jak potápka, takže ráno, a nebo potom až večer. Takové časové rozpětí má svůj důvod. Protože oni pak po té sedmé já jim dám prášky, o půl osmé, a mám klid to oni jdó potom spat, takže se můžu třeba dívat na televizu. Přibližuje denní zvyklosti svých rodičů, díky kterým si může vyřídit potřebné záležitosti nebo si najít čas pro sebe. Jako já takhle můžu odejít, protože oni furt spijó, protože se najijó a jdó spat a spijó třeba až do večera, takže já můžu někde jako odběhnout jo. Zda si najde čas i na své přátele, odpovídá paní M poněkud rozpačitě. *Tady se s nikým jako tak nekamošim, ale mám takovýho kamoša, takže si zajedem někde vedle na procházku nebo to. Ale čas od času potřebuje jít i mezi lidi a přijít na jiné myšlenky. Já když potřebuju ventilovat, tak si vezmu kabele a jdu nakupovat do Albertu, tam jsou lidi. Kaufland, Lidl, do Alberta do Vaňkovky a tam uvidím lidi. Tak jsem spokojená, tak já si nakoupím, já se dám do řeči s každým mě to neto, já potřebuji jako pryč.**

Změnu v sociální oblasti svého života slečna K nepocituje. *Tím že pečuji, jen někdy, tak ani změna není. Spíš svůj volný čas využívá k odpočinku. Já si hlavně odpočinu od všeho, když jsem v bytě v Olomouci. To se i dospím, co přes víkend nejde. A hlavně vypnu tu hlavu. Pokud se chce svým koníčkům či přátelům věnovat po příjezdu domů, musí se nejprve domluvit s matkou, zda nebude potřeba její pomoc. Takže si to prostě musím vždycky naplánovat, aby se mi nekrylo s pomocí mamce. Také popisuje, že nejvíc času na svůj společenský život má přes týden, když je mimo domov. *Nejvíc se přátelům a koníčkům věnuji přes týden, teď jak je to omezený, tak mám na to čas. Jinak ten čas moc nebyl, ale to kvůli škole. Přes víkend, když přijedu domů, tak už by to nešlo tak lehko, to už jen lítám doma, co je potřeba.**

5.3.5 Peníze a práce

Tato kategorie obsahuje informace o vlivu poskytované péče na ekonomickou oblast života pečující rodiny.

Kategorie je nasycena kódy: ztráta zaměstnání, lítost, roztržitost, ohled, osamostatnění

Z důvodu poskytování péče a náročnosti skloubit péči s pracovními povinnostmi, musela paní M opustit své zaměstnání. *Mamka jak měla rakovinu lymfatických tech, tak já jsem s ňou jezdila na tu chemoterapii a takový a vždycky jsem to nějak zpytlíkovala, dovolenou a tak. Protože taťka fungoval, takže se tak jako o ňu, ale pak už to jako nešlo, tak jsem musela zůstat doma no. Po zhoršení zdravotního stavu otce byla ráda, že zůstala doma. Protože to už vůbec nešlo, já jsem je musela dycky ráno posadit a snídaňu a oba se už podělávali, ale teď už jim dělá dobře, že su doma, oni si nemusí vařit, takže se vždycky najijó dó spat, najijó dó spat. Ani v zaměstnání to nebylo jednoduché, protože i nadále byla myšlenkami u svých rodičů. Dokud jsem byla v práci, tak furt na jedno ucho, kdy budou volat, protože to bylo, jakože taky furt. Což na klidu nepřidá. No ale to potom v práci člověk napnuté co doma. Třebaže musela ukončit zaměstnání, v němž si přivydělávala k důchodu, lituje toho. No já jsem vlastně pracovala rok a půl v důchodě, to chcu tady trochu spravit tak jsem to no, jsem byla donucena to ukončit. Díky tomu pociťuje zhoršení ekonomické situace. Jako možné řešení pro zlepšení situace vidí přiznání příspěvku na péči. Je to horší, oni mě jako sem tam nějakou tu korunu jako strčí na ten nákup nebo tohle, to na to péči ještě nemáme vyřešené, oni psali, že se to nějak pozastavuje, pak se to šetrí nebo co.*

Slečna K si uvědomuje, že když se její matka stará o rodiče a musela ukončit zaměstnání, že se jejich ekonomická situace změnila. Avšak dodává, že jí se ta změna moc nedotkla, spíše se snaží matce ulevit od vlastních výdajů. *Můj pracovní život to neovlivnilo nijak, chodím do školy, přes týden jsem si našla brigádu, abych měla finance pro svoji potřebu a ulehčila tak mamce. Za možnost získat přivýdělek a nepocítit finanční zhoršení vděčí své matce. Takže tím, že jsme se s mamkou dohodli, že budu přes týden v Olomouci, tak se u mě moc nezměnilo. No já se snažím si vydělat na všechny své výdaje sama a mamka ode mě finančně pomoci zatím nechce.*

5.3.6 Mít tak možnost

Tato kategorie obsahuje informace, jakou podporu by při poskytování péče uvítaly pečující rodiny.

Kategorie je nasyčena kódy: zpět v akci, nebýt sám, spolupráce, pomoc zvenčí, střídání stráží, relaxace

Při poskytování péče se nesmí zapomínat ani na samotné pečující rodiny. Jen je nutné vědět, jakou podporu by nejvíce využily. Paní M by uvítala možnost vrátit se zpět do

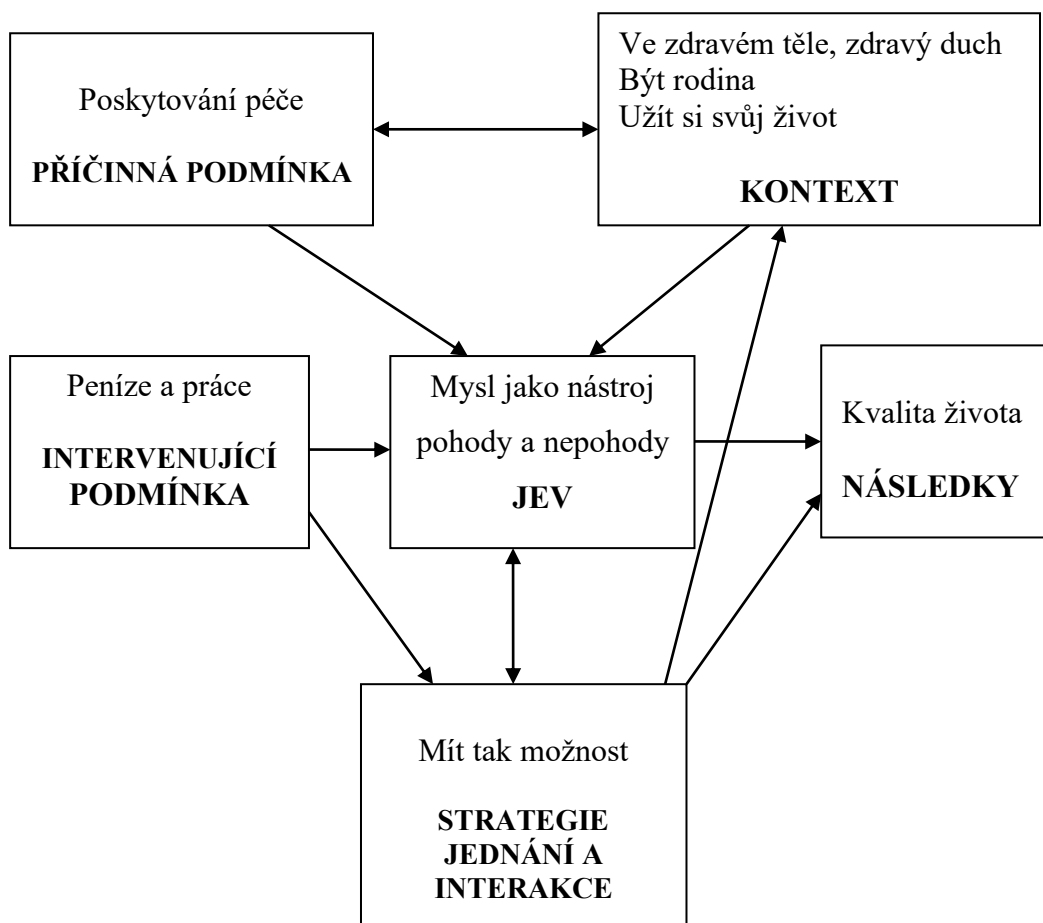
zaměstnání. *Byla bych radši, kdybych mohla chodit do práce jo, ale tak já su společenský člověk, já potřebuju lidi, takže to mi chybíjo lidi.* Další věc, která by přispěla k její větší spokojenosti, by byly lepší vztahy s dětmi. *Tady jen ty děcka jako to.* Také zmiňuje, že by péči ulehčila lepší spolupráce s otcem. *Domluvit se s tím tat'kem, ta mamka je taková jako poslušná, ale on jako ne.*

Podpora, kterou by využila slečna K., je různorodá. Trápí ji, že většinu péče zajišťuje pouze její matka a není nikdo, kdo by jí pomohl, když ona sama je mimo domov. *No to právě nevím. Ale aspoň by se teda mělo vymyslet, jak mamce tu péči ulehčit, třeba jí ulevit, když já nejsem zrovna doma. Protože to, že to ted' mamka zvládá, neznamená, že to tak bude i za pár let.* Také se domnívá, že kdyby její prarodiče více spolupracovali, ulehčilo by jim to péči. *Myslím si, že asi to psychické vypětí, kterému je mamka pořád vystavená není dobré. Nemám prostě klid, je to těžké, děda je bručoun, nic se mu nelíbí, tak je člověk furt jak na trní, co zase bude špatně a do toho babička, která pořád někoho k sobě potřebuje. Mají svou hlavu a nechtějí spolupracovat.* Jako možné řešení vidí zapojení více lidí do péče. *Kdyby nás bylo na péči víc, nebo aspoň kdyby je mohl někdo pohlídat a my si mohli odpočinout, ale to by babi a děda nikdy nedovolili.*

V této subkapitole jsme se zaměřili na poslední zkoumanou rodinu a zjišťovali, jaký vliv měla péče na vybrané oblasti jejich života. V oblasti **fyzického zdraví** se vliv péče projevil v nedostatku spánku, v únavě a vznikem bolesti zad v důsledku namáhavých činností spojených s poskytováním péče. Oblast **psychické pohody** ovlivnil pocit strachu o bezpečí pečovaných osob, problematické chování pečovaných osob při zajišťování péče, pocit neustálé připravenosti a pocit viny z nedostatečně poskytnuté pomoci. V oblasti **rodinných vztahů** došlo k omezení kontaktů mezi rodinnými příslušníky. V **sociální oblasti** se péče odrazila na nedostatku sociálních kontaktů a na nutnosti vlastního uskromnění a podřízení se poskytované péči. V **ekonomické oblasti** se poskytování péče projevilo zhoršením finanční situace v důsledku ztráty zaměstnání. Péče vedla však i k jistému osamostatnění člena rodiny z důvodu snížení finančních nákladů použitých na studium. V oblasti **podpory** by účastnice uvítaly možnost opětovného návratu do zaměstnání a navázání sociálních kontaktů. Také získání dovedností pro řešení problematického chování pečovaných osob a pomoc při poskytování péče pro získání času využitelného pro vlastní odpočinek. Subjektivně vnímanou kvalitu života hodnotí obě účastnice jako: *Já su v takovém chaosu, že ani nevím. Zatímco druhá: Já myslím, že celkem dobrá.*

5.4 Axiální kódování

Kategorie, které vznikly otevřeným kódováním dat z rozhovorů s respondenty, se dále používají jako základní proměnné pro vznik nové teorie. Konstruování nové teorie znamená, že vytvořené kategorie jsou seskládány novým způsobem do vzájemných vztahů. Základním předpokladem je nalezení centrální kategorie, k níž jsou vztaheny všechny ostatní kategorie a slouží k jejímu vysvětlení (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 91-93).



Obrázek 1 Paradigmatický model (vlastní výzkum, 2020/2021)

5.5 Selektivní kódování

Centrální kategorie v našem výzkumu nese název *mysl jako nástroj pohody a nepohody*. Hlavní příčina, která má vliv na psychickou stránku pečující rodiny, je *poskytování péče*. Respondenti v souvislosti s péčí popisují změny v psychické pohodě, která je ovlivněna problémových chování osoby, o kterou pečují, vznikajícími hádkami a následnými pocity viny. Na psychické pohodě se také podepisuje strach o blízkou osobu a s tím související psychické napětí, kterému je pečující rodina vystavena. Na psychický stav pečující rodiny však současně působí také jejich zdravotní stránka (*Ve zdravém těle, zdravý duch*) ovlivněna nedostatkem spánku, únavou a bolestí zad, vzájemné vztahy v rodině a příbuzenstvu (*Být rodina*) a sociální sféra celé rodiny (*Užít si svůj život*), kterou trápí nedostatek volného času, zhoršení společenského života a ztráta sociálních kontaktů. Ekonomická situace (*Peníze a práce*) se také podepisuje na psychickém stavu pečující rodiny, ať již negativně při ztrátě zaměstnání, nebo pozitivně v možnosti odpoutat myšlenky od starostí s poskytováním péče. Ekonomická situace však zásadním způsobem ovlivňuje také oblasti, v nichž by pečující rodina uvítala podporu při péči (*Mít tak možnost*). S dostatkem finančních zdrojů si může pečující rodina zajistit pomoc ve formě služeb sociální péče, díky kterým si najde čas na rodinu, přátele, odpočinek a vzdělávací kurzy pro zvládnutí problémového chování nebo na opětovný návrat do zaměstnání. Také lze jimi uhradit ozdravný pobyt, který by přinesl relaxaci celé pečující rodině. Výsledky těchto jednání pak mají vliv na psychický stav pečující rodiny a ten se pak ve formě následků (*Kvalita života*) podepíše na subjektivním hodnocení kvality života pečující rodiny.

6 INTERPRETACE DAT

Při výzkumu realizovaném v diplomové práci jsme si stanovili výzkumný problém, na jeho základě jsme definovali hlavní výzkumný cíl a z něj odvozené dílčí výzkumné cíle. Prostřednictvím analýzy dat získaných z rozhovorů s respondenty jsme se snažili zodpovědět výzkumné otázky, které směřovali k naplnění dílčích cílů a poté i k naplnění hlavního výzkumného cíle. Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak pečující rodiny subjektivně vnímají kvalitu svého života. Dílčí výzkumné cíle se zaměřily na zjištění, jak poskytovaná péče ovlivňuje fyzickou a psychickou stránku rodiny, jak poskytovaná péče ovlivňuje sociální oblast rodiny, jaký vliv má poskytovaná péče na ekonomickou situaci rodiny a jakou podporu by pečující rodiny při poskytování péče uvítaly. Nyní si zodpovíme jednotlivé výzkumné otázky.

VO1: Jaký má poskytovaná péče fyzický dopad na rodinu?

Při snaze zodpovědět první dílčí výzkumnou otázku se odpovědi respondentů lišily. Někteří respondenti uvedli, že poskytování péče o osobu blízkou žádným způsobem neovlivnilo jejich zdravotní stav. Většinou se jednalo o respondenty, jejichž podíl na poskytování péče nebyl zásadní a spíše se podíleli na péči v době, kdy hlavní pečující osoba potřebovala s něčím pomoci nebo se krátkodobě vzdálit za zařizováním potřebných záležitostí. Avšak z ostatních výsledků vyplývá, že poskytovaná péče má vliv na poruchy spánku a v souvislosti s tím trpí respondenti nedostatkem spánku. Podle respondentů se na nedostatku spánku podepisuje poskytování péče osobě blízké během celé noci. Důvodů proč tomu tak je, je několik. Nejčastějším je však ten, že senioři v průběhu noci nespí nepřetržitým spánkem, protože je jejich denní režim obrácený. Senioři přes den odpočívají a v noci jsou plni energie a neuvědomují si zátěž, kterou tím způsobují pečujícím rodinám. Dalším důvodem je jejich psychický stav, který není možné ovlivnit tak, aby spali celou noc. A protože pečující rodiny musí následující dny fungovat i v běžných činnostech, obvykle jim nezbývá prostor pro odpočinek. Také poruchu spánku ovlivňuje rozpoložení samotného pečujícího, který vlivem různých okolností a situací spojených s péčí může trpět nespavostí. Dalším jevem, kterému jsou pečující vystaveni, je únava, která vzniká v důsledku nedostatku spánku, nebo vlivem přetížení organismu pečující osoby. Jedná se o pochopitelný fakt, neboť při poskytování péče je někdy zapotřebí fyzická zdatnost, kterou ne vždy pečující disponují. A v souvislosti s velkou fyzickou zátěží se pečující potýkají také s bolestí, v našem případě se jedná o bolest zad. Ta opět souvisí velkou

fyzickou námahou, které jsou pečující vystaveni například při přesunech nepohyblivých osob nebo při poskytování jejich základních životních potřeb.

Hledáním odpovědi na první dílčí výzkumnou otázku, jsme dospěli ke zjištění, že nejčastějším problémem, který trápí pečující osoby při poskytování péče je nedostatek spánku, únava a bolesti zad, spojené s velkou fyzickou zátěží.

VO2: Jaký má poskytovaná péče psychický dopad na rodinu?

Psychická pohoda a vyrovnanost je podle odborníků dobrým předpokladem pro poskytování péče. Znalost psychických faktorů, které ovlivňují psychiku pečujících osob, je proto zásadní. Z výsledků vyplývá, že pečující rodiny trápí špatná spolupráce s pečovanými osobami z důvodu jejich problémového chování. Pečující rodiny v takových situacích nejsou schopni adekvátně reagovat a následně vznikají hádky a konflikty. V některých případech tyto události mají za následek vznik pocitu viny, který trápí pečující osoby, že se nedokázaly ovládnout při konfliktu, nebo že netuší, jak takovým situacím předcházet. Většinou se tak děje u pečovaných osob, které trpí nějakou závažnou formou psychického onemocnění, v případě našeho výzkumu se jedná o Alzheimerovu demenci či jinou demenci. Avšak vznik hádek a konfliktů nemusí souviset pouze s problémovým chováním pečovaných osob. Často dochází k neshodám, které mají vliv na psychiku, přímo v pečující rodině. Děje se tak v případě, že jeden člen rodiny si zatvrzele trvá na svém názoru a nemá zájem o pomoc při péči, i za cenu vlastního zdraví. S tím opět souvisí vznik pocitu viny, že nabízená pomoc není dostačující. Pocity, kterým jsou vystaveny pečující rodiny, nejsou vždy příjemné. Objevuje se u nich pocit neustálé připravenosti na neočekávané situace a napětí, že něco stane. To samozřejmě přispívá k jejich psychické vyčerpanosti. Pečující rodiny také trápí strach, že jejich rozhodnutí při poskytování péče, nebylo správné a mohou tak ublížit blízké osobě. O čemž hovoříme již v teoretické části, že pečující rodiny jsou vystaveni tlaku, že musí svá rozhodnutí činit sami i přes nebezpečí, že dané věci vůbec nerozumí. Vlivem starostí vznikající při poskytování péče se pečující musí potýkat také s pocitem, že jsou zklamaní ze svého života a v důsledku toho nemají zájem, aby si svůj vlastní život užívali. Odmítají se účastnit činností, o které do té doby jevili zájem, neustále se jim v hlavě honí myšlenky, že jejich život není takový, jaký si představovali. Také se objevuje pocit, že svůj život již neřídí oni sami a že se necítí svobodně. Z výzkumu vyplynulo, že takové pocity vznikly při řešení komplikovaných záležitostí spojených se zajišťováním péče a současně s fungováním v běžném denním životě. Pečující svůj život podřizují poskytování péče, cítí se svázaní a to má za následek

vznik takových pocitů. Další z pocitů, které ovlivňují jejich psychiku, je strach o své blízké v době, kdy jim nejsou na blízku. Většinou tento strach vychází z předchozích zkušeností, kdy došlo k podobné situaci a oni od té doby upřednostňují zájmy pečované osoby před vlastními.

Při zjišťování odpovědi na druhou dílčí výzkumnou otázku jsme zjistili, že psychickou pohodu pečujících rodin ovlivňují potíže se zvládnutím problematického chování pečovaných osob, hádky, hněv, pocity viny, psychické vyčerpání způsobené neustálou připraveností, strachem ze špatného rozhodnutí, strachem o pečovanou osobu, neschopností užít si vlastní život, ztrátou svobody a kontroly nad vlastním životem.

VO3: Jak ovlivňuje poskytovaná péče rodinné vztahy?

Vztahy v rodině, která pečuje o blízkého seniora, jsou vystaveny velké zátěži. Prvním jevem, který se vyskytuje v souvislosti s poskytováním péče, je nedostatek času na ostatní rodinné příslušníky. Již samotný tento fakt může vyvolat vzájemné neshody ve fungování rodin, protože není v silách pečujících osob zajistit svou přítomnost ve všech oblastech rodinného života. Avšak z našeho výzkumu vyplývá, že nedostatek času nezpůsobil zhoršení vzájemných rodinných vztahů. Spíše respondenti pocítují od rodinných příslušníků podporu a pochopení. Naprosto jiné výsledky však přinesl výzkum při zkoumání samotného zajištění péče. Zde výsledky ukazují, že vlivem poskytování péče, dochází ke zhoršení či odcizení mezi členy rodiny. V prvním případě se jedná o odcizení vlivem ztráty sociálních kontaktů, kdy rodinní příslušníci z dosud neznámého důvodu přestanou udržovat kontakt s pečujícími osobami. Ti se ve svých domněnkách dohadují, co příbuzné vedlo k tomu, že je již nenavštěvují. Jako jednu z možných příčin uvádějí nesouhlas s poskytováním péče v domácím prostředí nebo to, že nejsou schopni vidět své příbuzné ve stavu poznamenaném nemocí či nesoběstačností. Zde však respondenti projeví velkou míru pochopení, kdy přijali tuto skutečnost za holý fakt a čekají, zda dojde ke zlepšení situace. Dalším důvodem pro sblížení nebo naopak odcizení v rodinných vztazích je neochota k pomoci s péčí. Respondenti hovoří o tom, že se u příbuzných projeví jejich skutečná tvář a buď respondenty čeká bezpodmínečná pomoc, nebo se musí připravit na nevyžádané rady a upozorňování, co vše při péči vykonávají špatně. O tomto jevu jsme se zmiňovali již v teoretické části, kdy odborníci poukazovali na výskyt takové reakce při žádosti o pomoc při péči. Poslední situací, s kterou se setkáváme, jsou vzájemné neshody mezi pečujícími osobami. Neshody vznikají z důvodu nespokojenosti se způsobem poskytování péče. Jeden z pečujících je příliš náročný a vyžaduje od ostatních

dokonale poskytnutou péči. A z toho důvodu není ochoten přijmout nabízenou pomoc, pro vlastní odpočinek a zregenerování zdravotního stavu. Zde však respondenti uvádějí, že ani tyto vzájemné neshody neměly negativní dopad na jejich vzájemné rodinné vztahy.

Při zjišťování odpovědi na třetí dílčí výzkumnou otázku jsme zjistili, že pečující rodiny popisují zhoršení rodinných vztahů vlivem péče. Pociťují většinou odcizení od ostatních rodinných příslušníků, v některých případech ale mluví i o pozitivním vlivu, nebo že nenastala žádná změna.

VO4: Jak ovlivňuje poskytovaná péče sociální život rodiny?

Při zjišťování, jakým způsobem ovlivnila poskytovaná péče sociální život rodiny, jsme dospěli k závěru, že všechny respondenty trápí ztráta volného času. Ztrátu volného času v množství, na které byli zvyklí před poskytováním péče, nejvíce pociťují v omezení času využitelného pro sebe samého, pro vlastní rodinu a přátele. Množství volného času se u pečujících odvíjí od intenzity poskytování péče blízké osobě. Zde opět platí, že je-li pečující osoba ta, která zastává zásadní pozici při péči, má mnohem méně volného času než pečující osoba, která pomáhá s péčí jen v případě nutnosti. Respondenti uvádějí, že když se jim podaří získat nějaký volný čas, tak je pro ně zásadní si určit jak ho stráví. Péče je naučila, umět si určit priority a raději svůj volný čas věnují sobě a rodině než přátelům a zájmům. Další jev, který vyplynul z výzkumu, je nutnost vlastního uskromnění. Pečující osoby získávají volný čas na úkor vlastní osoby. Hovoří o tom, že si nejčastěji musí přivstat, nebo naopak být déle vzhůru, aby si našli čas sami pro sebe a své zájmy. Na toto zjištění navazuje i další poznatek, kterým je fakt, že pečující osoby podřizují svůj volný čas poskytované péči. Aby měli možnost se věnovat i dalším činnostem v rámci rodiny, museli se naučit plánovat vše dopředu. Při plánování svého volného času počítají s tím, že je nejprve nutné mít zajištěnou péči o blízkou osobu a teprve poté se mohou věnovat svým záležitostem. Z tohoto důvodu pociťují potíže při propojování běžného života a zajišťování péče. Sociální stránka pečující rodiny je vlivem péče zasažena také v oblasti společenského života. Ztrátu sociálních kontaktů mnozí z nich nesou těžce. Někteří jsou vlivem péče úplně bez přátel a pro uspokojení vlastní potřeby lidského kontaktu využívají alespoň nákupy v obchodních domech. Jsou šťastní, že si mohou promluvit s někým jiným, než jen s pečovanými osobami. V souvislosti se zhoršením společenského života hovoří respondenti také o ztrátě vlastních sociálních kompetencí. Popisují, že v důsledku omezení sociálních kontaktů dochází u nich ke zhoršení jejich schopnosti vnímat, komunikovat i pamatovat si. Tuto situaci považují za velmi zneklidňující.

Při zjišťování odpovědi na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku jsme zjistili, že pečující rodiny pociťují vliv péče na úbytek volného času, ve zhoršení společenského života, ve ztrátě sociálních kontaktů, v omezování potřeb vlastní osoby a v neschopnosti propojit povinnosti běžného života s péčí.

VO5: Jak ovlivňuje poskytovaná péče ekonomickou situaci rodiny?

Zjišťování, jaký vliv má poskytovaná péče na ekonomickou situaci rodiny, přineslo několik odpovědí. Respondenti popisovali, že poskytování péče nemělo žádný vliv na jejich ekonomickou situaci. Z dalších odpovědí však vyplynulo, že tato skutečnost byla ovlivněna tím, že respondenti mohli setrvat ve svém dosavadním zaměstnání. K této skutečnosti také přispěl fakt, že pečovaný senior byl finančně soběstačný. Tedy, že veškeré jeho výdaje byla rodina schopna uhradit z jeho důchodu a přiznaného příspěvku na péči. Jediný zásadní dopad péče pociťovali respondenti na svůj výkon v zaměstnání, kdy se na něm projevovalo nevyspání a nesoustředěnost. Na druhou stranu se objevil jeden názor, že v zaměstnání zapoměli na své problémy a vyčistili si tak hlavu. Stejná odpověď respondentů jako v předchozím případě však byla podmíněna naprosto odlišnými skutečnostmi. Respondenti uváděli, že nedošlo ke změně jejich současné ekonomické situace, neboť veškeré potřeby k zajištění péče již měli pořízeny. Hovoří však o těžkém začátku poskytování péče, při němž byli nuceni využít vlastní zdroje, které původně chtěli využít k zajištění spokojeného a aktivního stáří. A v nynější situaci je jejich ekonomická situace ustálena, protože na pokrytí veškerých nákladů spojených s péčí, postačuje důchod a přiznaný příspěvek na péči pečované osoby. Ve výsledcích výzkumu se objevilo také zhoršení ekonomické situace v důsledku ztráty zaměstnání. Třebaže se jednalo o přivýdělek k důchodu. Respondent chtěl využít získané finanční prostředky na opravu současného bydlení, což v důsledku ukončení zaměstnání tedy není možné. Na zhoršení ekonomické situace této rodiny má vliv také dosud nepřiznaný příspěvek na péči a skutečnost, že pečovaná osoba rozhoduje, zda přispěje na finanční náklady spojené s péčí či ne. Z tohoto důvodu se druhá pečující osoba, která dosud studuje, finančně osamostatnila a našla si přivýdělek, aby svými výdaji nezatěžovala již tak zatížený rodinný rozpočet.

Při zjišťování odpovědi na pátou dílčí výzkumnou otázku jsme zjistili, že pečující rodiny pociťují zhoršení ekonomické situace vlivem péče. Na toto zjištění má však vliv skutečnost, zda pečující osoby mohou i nadále zůstat v zaměstnání, nebo byli nuceni jej

opustit, zda mají pečované osoby přiznán příspěvek na péči a jak moc museli na začátku poskytování péče, zasáhnout do vlastních úspor.

VO6: Jakou podporu při poskytování péče by rodina uvítala?

O významnosti podpory pro pečující rodiny při poskytování péče jsme se zmiňovali již v teoretické části. Jenže každý člověk je jedinečný a proto každý upřednostňuje a očekává jinou podporu při poskytování péče. Co může být významné pro jednoho, nemusí znamenat vůbec nic pro druhého. Respondenti ve svých odpovědích zmiňovali fakt, že nejlepší podporou a pomocí při péči, by bylo zlepšení zdravotního stavu jejich blízké osoby, o kterou pečují. Sami však vzápětí dodávají, že to není uskutečnitelné. Proto dále hovoří o tom, že by jako podporu uvítali možnost získání dovedností k řešení problematického chování pečovaných osob. Tyto dovednosti by jim umožnili, lépe zvládat a reagovat na vzniklé situace při péči. Další podporu by uvítali ve formě pomoci při péči, ať už v rámci rodiny či prostřednictvím sociálních služeb. Získali by tak volný čas, který by mohli věnovat sobě, své rodině nebo přátelům. Pro využití pomoci ve formě sociálních služeb, by však byla nutná i finanční podpora, neboť bez dostatku financí by pečující rodiny nebyly schopny zajistit služby sociální péče. Mít možnost odjet na lázeňský pobyt je další druh podpory, který by respondenti uvítali. Z důvodu zániku nároku jsou pečující rodiny nuceny využít vlastních úspor, pokud mají zájem, aby jejich blízká osoba mohla využít relaxace a regenerace v lázních. Jako další plus případného pobytu popisují i fakt, že relaxaci i regeneraci využije i pečující osoba, která tak nabere dostatek sil na pokračování v péči. Jak již respondenti zmiňovali v předchozích odpovědích, je pro ně důležité mít možnost docházet do zaměstnání. To je poslední podpora, o kterou by pečující rodiny měly zájem. Tuto podporu si vybraly ne z důvodu finančního zajištění, ale z důvodu opětovného navázání sociálních kontaktů, které vlivem péče ztratily.

Při hledání odpovědi na šestou dílčí výzkumnou otázku jsme zjistili, že pečující rodiny by pro svou podporu uvítaly získání dovedností, s jejichž pomocí by lépe zvládaly problematické chování pečovaných osob. Dále by uvítaly možnost využití pomoci při péči, buď rodinnými příslušníky, nebo pomocí sociálních služeb, na jejichž zajištění by však potřebovaly finanční podporu. Také by uvítaly lázeňský pobyt pro pečovanou osobu, při němž by si odpočinuli a nabrali síly všichni zúčastnění. Na závěr by pečující rodiny uvítaly možnost se vrátit zpět do zaměstnání.

Výzkumem jsme se snažili získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zní: **Jak pečující rodiny subjektivně vnímají kvalitu svého života?** Prostřednictvím odpovědí na

dílčí výzkumné otázky jsme dospěli k závěru, že respondenti hodnotí subjektivně vnímanou kvalitu života různě. První respondent si všímá změny v kvalitě života, domnívá se, že je jiná, než byla před poskytováním péče. Popisuje však, že není ani lepší, ani horší. Další respondent pociťuje zhoršení kvality svého života v důsledku pocitu ztráty kontroly nad vlastním životem a jeho podřízením péči. Svou kvalitu života hodnotí další respondent jako neuspokojivou, protože si stáří představoval naprosto odlišně. Někteří respondenti hodnotí kvalitu svého života za dobrou. Poslední z respondentů uvádí, že jeho život je v chaosu, takže nedokáže svou kvalitu života posoudit. Z tohoto výčtu jednotlivých hodnocení respondentů je zřejmé, že na posouzení vlastní kvality života se podílí velké množství faktorů. O jejich významu pro jedince rozhodují jeho individuální hodnoty, které mají vliv na hodnocení jednotlivých oblastí kvality života. Vliv na posuzování vlastní kvality života má komplexní pocit ze subjektivní psychické a fyzické pohody, spokojenosti v rodinných vztazích, ekonomické nezávislosti a udržování sociálních kontaktů.

7 DISKUSE

Nyní se zaměříme na porovnání výsledků zjištěných v našem výzkumu s výzkumy, které jsme zmiňovali v kapitole o kvalitě života pečujících v teoretické části naší práce. Jedná se o dva výzkumy, zahraniční výzkum, který byl proveden ve čtyřech evropských státech a český výzkum. Při vyhodnocování výsledků z našeho výzkumu jsme dospěli k závěru, že poskytování péče má zásadní vliv na fyzickou a psychickou stránku rodiny v podobě velké únavy, nedostatku spánku a bolesti zad, ale také je ovlivňují potíže se zvládnutím problematického chování pečovaných osob, hádky, hněv, pocity viny, psychické vyčerpání způsobené neustálou připraveností, strachem ze špatného rozhodnutí, strachem o pečovanou osobu, neschopností užít si vlastní život, ztrátou svobody a kontroly nad vlastním životem. Autoři české studie Michalík a Hrubešová (2018) také zmiňují, že pečující osoby zažívají pocity únavy, ztrácí schopnost užít si volný čas, radovat se a pociťují zvýšenou izolaci. Taktéž z našeho výzkumu vyplývá, že pečující osoby hovoří o odcizení a ztrátě sociálních kontaktů. Shodné výsledky výzkumu nalezneme také u autorů (Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., . . . Mattace-Raso, F. U. S., 2020), kteří se domnívají, že pečující osoby vlivem péče zažívají pocit ztráty svobody, nedostatek volného času, psychické vyčerpání z důvodu únavy, poruchy spánku a objevil se výskyt negativních emocí, jakými jsou hněv a vina.

V oblasti rodinných vztahů jsme v našem výzkumu zjistili, že pečující rodiny popisují zhoršení rodinných vztahů vlivem péče, v některých případech ale mluví i o pozitivním vlivu, nebo že nenastala žádná změna. Tyto výsledky částečně korespondují i s výsledky výzkumu českých autorů, kteří však dospěli k závěru, že péče nemá negativní dopad na vztah pečujících osob. Shodným výsledkem je konstatování, že pečující osoby pociťují pozitivní vliv péče na vztah.

Výsledky našeho výzkumu ze sociální a ekonomické oblasti ukázaly, že pečující rodiny pociťují vliv péče na úbytek volného času, hovoří o zhoršení společenského života, o omezování potřeb vlastní osoby a o neschopnosti propojit povinnosti běžného života s péčí. Všimají si také zhoršení ekonomické situace vlivem péče. Ke stejným výsledkům dospěli také autoři české studie, kteří zjistili u pečujících rodin zhoršení ekonomické situace a zhoršení společenského života.

Z výzkumu zahraniční autorů vyplynulo, že jako podporu by pečující osoby uvítaly pomoc v péči při činnostech jako je osobní hygiena, prevence dekubitů, ukázky manipulace se

seniory nebo prevence pádů a při získávání dovedností pro zvládnání psychických symptomů pečovaných osob. Při zjišťování potřeb samotných pečujících osob se došlo k výsledku, že by využily emoční a psychickou podporu v rámci řízení vlastních životů a při zvládnání problémů. Ve výzkumu českých autorů považují pečující osoby za zásadní podporu při péči: poradenství, finanční podporu, možnost odpočinku, lepší přístup k pomůckám a podpůrnou a zdravotní péči pro osobu, o kterou pečují. Výsledky našeho výzkumu vedly k podobným závěrům. Pečující osoby by uvítaly získání dovedností, s jejichž pomocí by lépe zvládaly problematické chování pečovaných osob. Uvítaly by možnost využití pomoci při péči, buď rodinnými příslušníky, nebo pomocí sociálních služeb, na jejichž zajištění by však potřebovaly finanční podporu. Také by uvítaly lázeňský pobyt pro pečovanou osobu na zlepšení jejího zdravotního stavu a možnost vrátit se zpět do zaměstnání. V českém výzkumu uvádějí autoři, že nelze jednoznačně konstatovat, že by život pečujících osob byl horší než u ostatní populace. Spíše to znamená, že pečující osoba a její rodina, kteří pečují o osobu se zdravotním postižením, čelí jiným výzvám a jsou vystaveni jiným situacím. Podobný názor zazněl i v našem výzkumu, kdy respondent konstatuje: Kvalita je jiná než před péčí, nemůžu říct, ani horší ani lepší, prostě jiná.

V teoretické části naší práce jsme se zmínili, že pečující rodiny jsou vystaveny velké zátěži v důsledku poskytování péče. Tato zátěž zasahuje do mnoha oblastí lidského života a každý jednotlivec přikládá tomuto zásahu jiný význam. Avšak jedna věc je společná pro všechny pečující rodiny a tou je, jejich podpora. Jak vyplývá z teoretické části, je velmi důležitá i podpora samotných pečujících rodin. Lze konstatovat, že péče o pečující osoby by měla mít stejný význam jako péče o nesoběstačného jedince. Protože spokojený pečovatel se rovná i spokojená pečovaná osoba. V rámci naší práce jsme zjišťovali, jakou podporu by pečující rodiny uvítaly při poskytování péče, neboť jejich potřeby jsou individuální a specifické. Na základě těchto poznatků můžeme poté navrhnout možná řešení, která by vedla k větší spokojenosti pečujících rodin, ke snížení jejich zátěže a k lepší kvalitě jejich života.

Jako zásadní podporu spatřujeme ve využití sociálního poradenství. Pečující rodina zde získá informace, které jí mohou usnadnit péči. Respondenti uvedli, že by využily pomoc při péči ve formě sociálních služeb, na které však nemají dostatek finančních zdrojů. Proto je vhodné, aby navštívili poradnu, kde jim sociální pracovník poskytne informace o sociální službě vhodné pro jejich konkrétní případ a důkladně rozeberou finanční situaci pečující rodiny. Na základě zjištěných skutečností může sociální pracovník předložit

pečující rodině návrh na zlepšení jejich situace. Může se jednat o vyřízení nějaké sociální dávky, kterou doposud neměli vyřízenou, podání žádosti na změnu výše příspěvku na péči, pokud tomu odpovídá stav pečované osoby, nebo pomoc s vyřízením žádosti na finanční podporu od nadace. Možnost využít finanční podpory od nadace by bylo řešením i pro respondenta, který zmiňoval, že by uvítal lázeňský pobyt pro pečovanou osobu.

Podporu na získání dovedností pro zvládání problematických situací při péči lze zajistit v rámci odborného poradenství. Kdy pečující osoba pod vedením odborníka získává potřebné dovednosti a znalosti, dalším možným řešením by bylo využití svépomocných skupin, kde by se pečující dozvěděl, jak takové situace řeší jiné pečující osoby.

Z výsledku výzkumu také vyplynulo, že péče měla vliv i na vztahy v rodinách. Proto by bylo vhodné navštívit rodinnou poradnu, kde by mohli společně pracovat na zlepšení situace. Z výzkumu týkající se psychické oblasti jsme také zjistili, že respondenti ztrácejí schopnost užívat si volný čas a svůj život nebo staví do popředí svého zájmu pouze blaho pečované osoby. Tyto výsledky nás přivedly na myšlenku, že jejich výskyt u respondentů může znamenat pomalý nástup syndromu vyhoření. Proto je vhodné opět vyhledat specializovanou poradnu a předejít tak nepříjemným komplikacím, které mohou vést až k ukončení péče o osobu blízkou.

Rodiny, které z důvodu poskytování péče, musely opustit svá zaměstnání, tuto skutečnost těžce nesou. Jejich přáním bylo vrátit se zpět do zaměstnání. Zde by bylo možné za pomoci sociálního pracovníka z poradny naplánovat možná řešení, jak to pečující osobě umožnit. I v případě, že by se jednalo jen o částečný pracovní úvazek, neboť respondentův zájem je hlavně o opětovné navázání ztracených sociálních kontaktů. Možným řešením je zapojení do péče sousedy, přátele, dobrovolníky či některou ze sociálních služeb, pokud to finanční možnosti dovolí. O možnosti většího zapojení rodinných příslušníků neuvažujeme, neboť respondent ve výzkumu uvedl, velké odcizení příbuzných v důsledku poskytování péče.

Na závěr bychom doporučili pečujícím rodinám, aby se nebáli požádat o pomoc, ať již laickou veřejnost nebo odborníky. Protože někdy stačí, mít se komu svěřit. A jak se praví, sdílená starost je poloviční starost.

ZÁVĚR

Chtít a mít možnost pečovat o svého blízkého v domácím prostředí častokrát nestačí. Péče v domácím prostředí má mnohá specifika a jedním z nich je i zátěž působící na pečující osoby. Tato zátěž pak může zásadním stylem ovlivnit kvalitu života nejen pečující osoby, ale i celé rodiny. Proto jsme se v naší diplomové práci zabývali zkoumáním, jak subjektivně vnímají pečující rodiny kvalitu svého života.

Praktická část diplomové práce je vypracována za pomoci kvalitativního pojetí výzkumu. Výzkumný soubor tvořily 3 rodiny, s jejichž dvěma členy byly vedeny polostrukturované rozhovory. Na základě získaných dat byla provedena jejich analýza pomocí otevřeného kódování. V interpretaci dat jsme zodpověděli dílčí výzkumné otázky, které vedly k naplnění dílčích výzkumných cílů a poté i k naplnění hlavního výzkumného cíle.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na jednotlivé oblasti posuzované v rámci kvality života a jejich ovlivnění poskytováním péče. Zjistili jsme, že pečující rodiny jsou v oblasti fyzického stavu vystaveny nedostatku a poruchám spánku, únavě a bolesti zad, v důsledku přílišné fyzické námahy.

Při poskytování péče, jsou pečující osoby vystaveny také velké zátěži v oblasti psychického rozpoložení. Zde jsme zjistili, že psychickou pohodu pečujících rodin ovlivňují potíže se zvládnutím problematického chování pečovaných osob, hádky, hněv, pocity viny, psychické vyčerpání způsobené neustálou připraveností, strachem ze špatného rozhodnutí, strachem o pečovanou osobu, neschopností užít si vlastní život, ztrátou svobody a kontroly nad vlastním životem.

Další oblast, která je zasažena vlivem poskytování péče, je oblast rodinných vztahů. Z výzkumu vyplynulo, že pečující rodiny popisují zhoršení rodinných vztahů. Pociťují většinou odcizení od ostatních rodinných příslušníků, v některých případech ale mluví i o pozitivním vlivu s určitými rodinnými příslušníky, nebo že nedošlo k žádné změně.

Sociální oblast je při posuzování kvality života významným ukazatelem. Zjišťovali jsme, jakým způsobem se změnila tato oblast vlivem péče. Dospěli jsme k závěru, že pečující rodiny pociťují úbytek volného času, zhoršení společenského života, ztrátu sociálních kontaktů, omezování potřeb vlastní osoby a neschopnost propojit povinnosti běžného života s péčí.

V ekonomické oblasti pociťují pečující rodiny zhoršení situace v důsledku poskytování péče. Na toto zjištění má však vliv skutečnost, zda pečující osoby mohou i nadále zůstat

v zaměstnání, nebo byly nuceni jej opustit, zda mají pečované osoby přiznán příspěvek na péči a jak moc musely na začátku poskytování péče, zasáhnout do vlastních úspor.

V oblasti podpory pro pečující rodiny jsme zjistili, že by uvítali získání dovedností, s jejichž pomocí by lépe zvládali problematické chování pečovaných osob. Dále by uvítali možnost využití pomoci při péči, buď rodinnými příslušníky, nebo pomocí sociálních služeb, na jejichž zajištění by však potřebovali finanční podporu. Také by uvítali lázeňský pobyt pro pečovanou osobu, při němž by si odpočinuli a nabrali síly všichni zúčastnění. Na závěr by pečující rodiny uvítaly možnost se vrátit zpět do zaměstnání.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že subjektivně vnímanou kvalitu života pečujících rodin ovlivňuje nedostatek spánku, únava, psychické vyčerpání způsobené problémovým chováním pečovaných osob, strachem, neustálým napětím a pocitem ztráty kontroly nad vlastním životem. Dalším faktorem je nedostatek času, zhoršení společenského života, rodinných vztahů a ekonomické situace.

Avšak ani jeden z těchto ukazatelů nemusí nutně znamenat špatnou kvalitu života, znamená pouze to, že je jiná, než byla před péčí. Neboť subjektivní posuzování je závislé také na hodnotové orientaci, cílech a očekávání jednotlivců a vychází i z jejich osobnostních předpokladů. Proto je důležité podporovat pečující osoby v jednotlivých oblastech, aby měly sílu a odhodlání překonávat nástrahy a překážky, které se mohou v průběhu péče vyskytnout.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [2] BERAN, Jiří, 2017. Duševní onemocnění ve stáří a jejich prevence. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 208. ISBN 978-80-246-3828-7.
- [3] ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- [4] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
- [5] ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK, 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.
- [6] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2019. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4410-3.
- [7] DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ, 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3880-2.
- [8] DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4357-8.
- [9] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [10] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. Současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, s. 64. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [11] GEORGI, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
- [12] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [13] HERMANOVÁ, Marie, 2008. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno: T.I.G.E.R. ISBN 978-80-7013-475-7.
- [14] HNILICOVÁ, Helena, 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 206-213. ISBN 978-80-7254-657-0.

- [15] HROZENSKÁ, Martina et al., 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [16] HOLEČKOVÁ, Markéta Kateřina, 2019. Sociální služby pro seniory a kvalita sociálních služeb. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 61-62. ISBN 978-80-246-4383-0.
- [17] HOLMEROVÁ, Iva, [2014]. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5439-0.
- [18] HUBÍKOVÁ, Olga, 2015. Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, s. 48-61. ISBN 978-80-210-7864-2.
- [19] HUBINKOVÁ, Zuzana, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1593-3.
- [20] JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- [21] JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
- [22] KAINRÁTHOVÁ, Renata, 2017. Kapitola nejen pro rodinné pečující. HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 233-250. ISBN 978-80-906320-7-3.
- [23] KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [24] KOLDINSKÁ, Kristína, 2007. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [25] KŘÍŽOVÁ, Eva, 2005. Kvalita života v kontextu všedního dne. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 217-231. ISBN 80-7254-657-0.
- [26] KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
- [27] MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

- [28] MATOUŠEK, Oldřich a Kristína KOLDINSKÁ, 2007. Účel a definice sociálních služeb. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [29] MATOUŠEK, Oldřich a Kristína KOLDINSKÁ, 2007. Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [30] MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [31] MICHALÍK, Jan, 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7333-7.
- [32] MICHALÍK, Jan, 2011. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2957-1.
- [33] MICHALÍK, Jan a Ivana HRUBEŠOVÁ, 2018. Kvalita života osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením. MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících a osob se zdravotním postižením: výzkumná šetření 2018*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 94-135. ISBN 978-80-244-5471-9.
- [34] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [35] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [36] MÜHLPACHR, Pavel, 2005. Měření kvality života jako metodologická kategorie. *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Prešov: FFPU, 59. ISBN 80-8068-425-1.
- [37] ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
- [38] PROCHÁZKA, Roman, 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
- [39] PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [40] SLÁMOVÁ, Regina et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-1279-7.
- [41] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

- [42] TOMESŠ, Igor et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- [43] TOŠNEROVÁ, Tamara, ed., 2002. *Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině - a co dál?*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. ISBN 80-238-8541-3.
- [44] VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- [45] VÁŽANSKÝ, Mojmír, 2010. *Kvalita života starších dospělých a seniorů v kontextu výchovné a sociální pomoci*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-130-9.
- [46] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [47] VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje

- [48] Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., van Bruchem-Visser, R. L., Pompili, S., Kav, S., . . . Mattace-Raso, F. U. S. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four european countries, the TRACE project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87 doi:10.1016/j.archger.2019.103971
- [49] MPSV: *Nemocenské pojištění* [online], 2018. Praha: MPSV [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/nemocenske-pojisteni#dsnp>
- [50] MPSV: *Příspěvek na péči* [online], 2006. Praha: MPSV [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/prispevek-na-peci>
- [51] MPSV: *Sociální služby* [online], 2020. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sspd>
- [52] MPSV: *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online], 2006. Praha: MPSV [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262
- [53] MPSV: *Zdravotní postižení* [online], 2011. Praha: MPSV [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/zdravotni-postizeni#dsp>
- [54] *Paprsek Vyškov: Podpora pečujících* [online], 2020. Vyškov: CM ENGINEERING spol. s r.o., 2020(1) [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://paprsek-vyskov.cz/images/Podpora%20pečujících%202020.pdf>
- [55] *Paprsek Vyškov: Půjčovna pomůcek* [online], 2016. Vyškov: ARPZPD v ČR [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://paprsek-vyskov.cz/pujcovna-pomucek/podminky-pro-zapujceni>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd.	A tak dále
CMP	Cévní mozková příhoda
č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
EU	Evropská unie
Kč	Korun českých
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
Pozn.	Poznámka
s.	Strana
Sb.	Sbírka
ÚP	Úřad práce
VO	Výzkumná otázka
ZP	Zdravotní postižení
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model (vlastní výzkum, 2020/2021).....	70
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: NÁZEV PŘÍLOHY

1. Jaký je Váš věk, pohlaví?
2. Jaký je Váš rodinný stav?
3. Jaké je Vaše vzdělání?
4. Jaké je Vaše povolání?
5. V jakém vztahu je k Vám osoba, o kterou pečujete?
6. Jaké je její stáří?
7. Jaké má zdravotní omezení?
8. Jak dlouho již o tuto osobu pečujete?
9. Jak se cítíte po fyzické a psychické stránce?
10. Je něco, co Vás fyzicky vyčerpává?
11. Je něco, co Vás psychicky vyčerpává?
12. Jak odpočíváte?
13. Jak ovlivnila péče kvalitu Vašeho zdraví?
14. Jak se změnila vazby v rodině nebo v manželství či partnerství vlivem péče?
15. Pomáhá Vám někdo z rodiny při péči?
16. Jaká je podle Vás kvalita Vašeho života?
17. Jak ovlivnila péče Váš pohled na život rodiny?
18. Jak ovlivnila péče Váš volný čas?
19. Jak často máte čas na své koníčky, přátele, společenské akce?
20. Jak udržujete své sociální kontakty v okolí?
21. Jaký je Váš společenský život?
22. Jak péče ovlivnila Váš pracovní život?
23. Jak se změnila Vaše ekonomická situace vlivem poskytování péče?
24. Jak tuto situaci řešíte?
25. Co vnímáte při péči jako problematické?
26. Je něco, co by Vám usnadnilo poskytování péče?
27. Co by přispělo k Vaší větší spokojenosti?
28. Jak ovlivnila péče kvalitu Vašeho života?
29. Co Vám přináší poskytování péče?
30. Chtěl/a byste ještě něco doplnit/vzkázat?