

Dopady dlouhodobého poskytování péče na neformální pečující

Kateřina Čablová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Kateřina Čablová
Osobní číslo:	H17581
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Dopady dlouhodobého poskytování péče na neformální pečující

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti péče, neformálních pečovatelů a kvality života neformálních pečovatelů.

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

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- DUDOVÁ, Radka. Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2015. ISBN 978-80-7419-182-4.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HELD, Virginia. Etika péče: osobní, politická a globální. Praha: Filosofía, 2015. Základní filosofické texty. ISBN 978-80-7007-447-3.
- HOLMEROVÁ, Iva. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.
- CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-7454-553-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. října 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2020**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30.4.2020

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

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

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, 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 užití školního díla (§ 35 odst. 3).*

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na dopady dlouhodobého poskytování péče na neformální pečující v domácím prostředí. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. V první kapitole se zaměřuje na vymezení pojmu péče v přirozeném sociálním prostředí, definuje pečující osobu a specifika péče s typickými skupinami. Druhá část popisuje konkrétní dopady, které má dlouhodobá péče na neformální pečující. Třetí kapitola přibližuje zejména možnosti podpory, které pečující může využít. Praktická část byla provedena formou kvantitativního výzkumu a obsahuje informace z dotazníkového šetření. Výzkum je zaměřen na dopady a zátěž pečujícího, které se objevují v průběhu dlouhodobé péče. Pro dotazníkové šetření byl z části použit test pečovatelské zátěže. V závěru se bakalářská práce zaměřuje na shrnutí zjištěných informací.

Klíčová slova: domácí péče, neformální, pečující osoby, rodina, sociální služby, dopady

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on Impacts of long – term care on informal carers in the home environment. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter focuses on the definition of the concept of care in the natural social environment, defines the caregiver and the specifics of care with typical groups. The second part describes the specific impacts that long-term care has on informal carers. The third chapter especially describes the support options that the carers can use. The practical part was performed in the form of quantitative research and contains information from a questionnaire survey. The research focuses on the impacts and burdens of the caregiver that occur during the long-term care. The test of carers burden was partly used for the questionnaire survey. In conclusion, the bachelor thesis focuses on a summary of the information obtained.

Keywords: home care, informal, caring person, family, social services, impacts

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D., za její vedení, trpělivý přístup a cenné rady k bakalářské práci. Velké díky patří také všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumného šetření. Mé srdečné díky patří také mé rodině, která mi byla oporou během studia.

„Jedním z nejkrásnějších zadostiučinění v životě je, že kdykoli se upřímně snažíme pomoci jinému, pomáháme i sami sobě.“

Ralph Waldo Emerson

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DLOUHODOBÁ PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ.....	13
1.1 DLOUHODOBÁ NEFORMÁLNÍ PÉČE	14
1.2 PEČUJÍCÍ OSOBA	15
1.3 DOMÁCÍ PÉČE O SENIORA	16
1.4 DOMÁCÍ PÉČE O OSOBU SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	17
2 DOPADY NA NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ	18
2.1 PSYCHICKÉ DOPADY	19
2.1.1 Deprese.....	20
2.1.2 Stres.....	20
2.2 FYZICKÉ DOPADY	21
2.3 SOCIÁLNÍ DOPADY.....	21
2.4 FINANČNÍ DOPADY	22
3 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH.....	24
3.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	24
3.1.1 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby	25
3.1.2 Výše příspěvku na péči	26
3.1.3 Proces příspěvku na péči	27
3.2 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	28
3.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	28
3.3.1 Osobní asistence.....	29
3.3.2 Pečovatelská služba.....	29
3.3.3 Tísňová péče.....	29
3.3.4 Odlehčovací služby	29
3.3.5 Denní stacionáře a týdenní stacionáře.....	30
3.4 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	30
3.4.1 Raná péče	30
3.4.2 Sociální rehabilitace	30
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	32
4.1 CÍLE VÝZKUMU	32
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY.....	32
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	33
4.4 VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	34
4.5 METODY ANALÝZY DAT	36

5	ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	37
5.1	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ZKOUMANÉM VZORKU	37
5.2	VYHODNOCENÍ ŠKÁLY A DOPADŮ	44
5.3	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	51
6	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	55
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM TABULEK.....	66
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá dopady péče, která trvá delší dobu a kterou vykonávají většinou rodinní příslušníci, popřípadě jiné blízké osoby.

Význam rodiny je pro každého individuální. V situaci, kdy člověk sám nezvládá zajištění svých potřeb a povinností, v mnoha případech nastupuje na pomoc rodina. Pečující o blízkého často tuto formu péče volí z různých důvodů. Mezi tyto důvody může patřit např. pocit morální odpovědnosti za blízkého, náboženské důvody nebo možná i nedostatek míst v pobytovém zařízení. Ať už jsou důvody jakékoliv, pro pečující to znamená zásadní změnu v jejich životě. Musí se přizpůsobit daným okolnostem, která situace vyžaduje. Po delší době pečující získává v péči určité dovednosti a vědomosti, avšak jeho kvalita života se často zhoršuje vlivem zátěže, která na pečujícího každodenně působí. Jde o činnost, která je vykonávána z lásky k blízkému. Pečující obětují svůj volný čas, často i svoji práci a zdraví na úkor péče, která je velmi náročná, a to bez jakéhokoliv požadavku na finanční odměnu.

Ačkoliv mám zkušenost s péčí o blízkou osobu (i když pouze v krátkém období) nebyla tato skutečnost důvodem pro volbu tohoto tématu. Dle mého názoru je v současné situaci stále mnoho nedostatků ze strany státu v zajištění pomoci a podpory rodinným pečujícím. Nejlépe to vystihuje věta: „pečující není za pečovaným „vidět“.“ (Hubíková, 2017, s. 14) Pečující často nemá dostatek financí nebo znalostí o tom, kam se v případě potřeby obrátit. Zajímalo mě, jaký může mít dopad dlouhodobá péče na jednotlivé aspekty života. Primárně se zaměřuji na psychické, fyzické, sociální a finanční dopady, které hlouběji rozpracuji v teoretické části, ale i v praktické části. Cílem této práce je objasnit, jak může být taková péče náročná, zvláště v dlouhodobých situacích, kdy není výhled na lepší zítřky.

První kapitola teoretické části se zabývá vymezením pojmu dlouhodobá péče v přirozeném prostředí. V této kapitole také hlouběji definuji důležité pojmy jako např. „neformální péče“, „pečující osoba“ ale také specifika péče o nejčastější skupiny, kterých se domácí péče týká. Nejrozsáhleji se v následující kapitole budu věnovat právě dopady, které na pečující působí. V poslední kapitole teoretické části popíšu možnosti pomoci a podpory, které může neformální pečující využít.

Praktická část bude zpracována formou dotazníkového šetření. Metodologie výzkumu je prováděna výzkumnými otázkami, cíli, metody a techniky šetření. Cílem bude zjistit, jaké jsou dopady dlouhodobé péče na neformální pečující a jak tyto dopady ovlivňuje věk nebo délka péče. Dalším cílem bude zjistit, zdali se míra zátěže u neformálních pečujících mění

podle toho, zdali pečujícím někdo pomáhá. Konkrétně se zaměřím na pomoc rodiny a sociálních služeb.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DLOUHODOBÁ PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ

V této kapitole se budu zabývat dlouhodobou péčí v prostředí, které je pro mnoho lidí tím nejvíce přirozeným a nejbezpečnějším – v domácím.

Přirozené sociální prostředí má také souvislost s pojmem sociální začlenění. Pro každého jedince je určité prostředí, ve kterém se cítí bezpečně. Více než materiální zabezpečení a bytové podmínky je v takovém prostředí důležitá spíše kvalita sociálních vztahů. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 40) Proto zákon o sociálních službách definuje přirozené sociální prostředí jako „rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. § 3)

Matoušek (2008) definuje pojem „domov“ spíše ze sociálního hlediska. Definuje jej jako „chráněné, bezpečné místo, k němuž většina lidí v naší kultuře váže silná emocionální vazba; zároveň je to místo intimního kontaktu s nejbližšími lidmi.“ (Matoušek, 2008, s. 51) Kožuchová (2014) tvrdí, že domácí péče je historicky nejstarší forma zdravotní péče. (Kožuchová, 2014, s. 19)

Nahradit domácí péči formální péčí je dle mého názoru nemožné. Což také potvrzuje Michalík (2010, s. 12) který uvádí, že v současnosti v ČR není možné najít zařízení, které by více respektovalo potřeby jedince, než je tomu u fungující rodiny, která je ochotná tuto péči poskytovat. (Michalík, 2010, s. 12)

Důvodů, proč se rodina rozhodne pečovat právě doma je několik. Mezi ty nejpodstatnější patří princip solidarity, soucit a altruismus. (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 108) Asi nejlépe to vystihuje Graham (1983): „péče...je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne.“ (Graham, 1983, s. 16 in Jeřábek a kol. 2013, s. 43)

Jarošová (2006, s. 62–63) uvádí, že domácí péče je v České republice poskytována v 5 základních formách.

1. Akutní domácí péče – Má spíše krátkodobý charakter. Nejčastěji jde o jedince, kteří jsou po operaci či úrazu.

2. Dlouhodobá domácí péče – Můžeme ji také nazývat jako komplexní domácí péče. Je určena těm, kteří jsou např. chronicky nemocní (jedinci po mozkové příhodě, jedinci s roztroušenou sklerózou...).
3. Preventivní domácí péče – V tomto případě to funguje tak, že pracovníci domácí péče pravidelně kontrolují zdravotní a duševní stav klienta (na doporučení lékaře).
4. Domácí hospicová péče – Taková forma péče, kde se přibližně v následujících 6 měsících předpokládá smrt pečovaného. Nejdůležitější je v téhle fázi života emocionální podpora a přítomnost jeho nejbližších.
5. Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče) – Jedná se o určitou formu alternativního využití domácí péče. Sestra provádí jednorázové výkony z ordinace praktického lékaře.

(Jarošová, 2006, s. 62–63)

V této kapitole se budu dále zabývat pojmem neformální péče. Také si uvedeme několik definic „pečující osoby“. Nejčastější cílovou skupinou, o kterou je pečováno jsou senioři a osoby se zdravotním postižením. Každá situace je samozřejmě individuální a jiná. Avšak pro lepší pochopení jsem do této kapitoly zařadila právě tyto dvě skupiny.

1.1 Dlouhodobá neformální péče

V následující podkapitole se budu věnovat primárně vymezením dlouhodobé péče, avšak v několika krátkých řádcích shrnu i neformální péči.

„Dlouhodobá péče“ nebo také Long – Term Care, Holmerová (2014, s. 32) definuje jako komplex služeb, které potřebují uživatelé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Tudiž se jedná o člověka, který je nějakým způsobem dlouhodobě závislý na pomoci druhé osoby. OECD (2009) ji charakterizuje jako „souhrn služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, tělesnou či duševní, kteří jsou trvale po delší dobu závislí na pomoci při základních aktivitách denního života (jako např. koupání, oblékání, jezení, uléhání nebo vstávání do lůžka či křesla, užívání toalety, přemísťování se.“ (OECD, 2009 in Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016) Podle Matouška (2008, s. 47) je dlouhodobě nepříznivým stavem takový stav, který má (podle poznatků lékařské vědy) trvat déle než jeden rok.

Nyní se dostáváme k pojmu neformální péče, kterou autoři většinou definují podobně. Dudová (2018, s. 59) definuje neformální péči jako něco, co se děje výhradně v rámci

blízkých a důvěrných vztahů (např. rodina). Její motivací jsou především emoce a citová angažovanost. Podle této autorky se však v rámci tzv. příspěvku na péči, a jiných peněžitých dávek vnáší do této péče různé finanční otázky. Opečovávané osoby si tak mohou z těchto peněz zakoupit péči, a to i péči svých blízkých. Hašplová (2019, s. 93) neformální péči definuje jako „laickou neplacenou péči, která je poskytována rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy nebo dobrovolníky. Ti pečují o osoby, které nejsou samy schopny uspokojit své základní životní potřeby.“ (Hašplová, 2019, s. 93)

Péče se postupem času vyvíjí. Činnosti se mění na základě toho, jaké jsou potřeby pečovaného. Často můžeme tyto činnosti přirovnat k různým odborným ošetrovatelským úkonům, které především při velké intenzitě negativně působí na pečující. (Glendinning et al., 2009 s. 12-15 in Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 5).

1.2 Pečující osoba

Ačkoliv pečující osoba jako taková není nikde oficiálně vymezena, v literatuře se setkáváme s několika různými definicemi.

„Pečující osoba je ta, 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.“ (Matoušek, 2008, s. 134) Hlavním cílem pečujících je zajistit důstojné podmínky života svých blízkých, kteří se o sebe již nedokážou sami postarat bez pomoci jiné osoby. (Hašplová, 2019, s. 94) Většinou tuto péči vykonává jedna osoba, která mívá podporu v širší rodině nebo přátelích a snaží se poskytovat individuální komplexní péči. (Kurucová, 2016, s. 15) „Lze tedy předpokládat, že hlavní pečující je osobou, která nejčastěji rozhoduje o „dělbě péče a pomoci“ v rodině.“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 77) Často to funguje tak, že hlavní pečující osoba se střídá např. se sourozencem, manželem, dětmi apod. Avšak v péči hraje nezastupitelnou roli. V horších případech musí být tato osoba přítomna téměř 24 hodin denně.

Z důvodu příbuzenských vztahů je nesnadné přenést péči na někoho jiného. I když může být situace nadměru stresující a povinnosti už jsou nad jejich síly a možnosti, pečující tu musí stále být. Pečující může být v nevýhodném postavení i vůči svým příbuzným, pokud se snaží o větší podporu z jejich strany. (Hubíková, 2015, s. 48)

Jeřábek (2013, s. 91) píše ve své publikaci o tom, že tyto pečovatelé mají „něco“, díky čemuž mohou dělat tak psychicky i fyzicky náročnou práci. „Minimálně to musejí být psychicky

stabilní a silné osoby.“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 91) Podle Held (2015, s. 83) si hodně z nás myslí, že být pečující je něco, za co by měl být člověk obdivován. Údajně si přejeme, aby i naše děti byly jednou pečujícími osobami.

1.3 Domácí péče o seniora

Jak jsem již zmínila výše, péče o seniora je jedna z nejčastějších péčí. Proto je důležité se jí věnovat. Se stárnutím souvisí různé změny a potřeby ve stáří, se kterými by měl pečující počítat.

Podle Mlýnkové (2011, s. 13) je stárnutí značně individuální. Změny přichází v různou dobu a různou rychlostí během života jedince. Dá se říci, že „u lidí vyššího věku ke zhoršení soběstačnosti nedochází samo sobě, ale že se jedná vždy o následek změny zdravotního stavu.“ (Holmerová, 2014, s. 31) Péče o seniory je charakteristická tím, že musí být poskytována prakticky pořád, starý člověk je na této péči vlastně odkázán. (Jeřábek a kol., 2013, s. 47)

„Ze zkušeností i výzkumů víme, že přání dožít život ve svém přirozeném domácím prostředí se týká většiny dotázaných seniorů.“ (Šmídová, 2018, s. 90) Seniori mají přání zůstat v prostředí, které tak důvěrně znají, tento názor sdílí většinou i pečující. Množství lásky a času, které je jim dáno ze strany pečujících se žádné jiné zařízení nevyrovná. (Mikanová, 2018, s. 81–82) Za další důležité potřeby seniora považují potřebu důstojnosti, kterou Haškovcová (2010, s. 76) definuje jako přistupování k seniorovi s respektem. Podle výzkumu Kaufmanové (2004, s. 100-101) jsou pro seniory nejdůležitější hodnoty „zdraví“ a „rodina“. Mezi další hodnoty patří „víra“, „vlastní domácnost“ a „soběstačnost.“ Méně časté, ale stále za důležité považují seniori „psychickou a fyzickou pohodu“, „sociální kontakt“ a „mezilidské vztahy.“

Venglářová (2007, s. 16) popisuje určité psychické změny ve stáří. Jedním z nich je právě zesílení některých povahových rysů (často těch negativních). Laici to popisují tak, že povaha člověka se v seniorském věku často zhorší. Toto pečujícím dle mého názoru ještě více znesnadňuje péči, protože špatná nálada se poté odráží i na emocionální vyčerpanosti pečujícího.

Co se týká fyziologických změn, Mlýnková (2011, s. 48) uvádí např. potřebu více odpočívat a spát, a to kdykoliv během dne. Taky je podle ní důležitá tzv. „potřeba být bez bolesti, teplo a pohodlí.“ S čímž samozřejmě souvisí výše zmiňované hodnoty.

1.4 Domácí péče o osobu se zdravotním postižením

Definovat osobu se zdravotním postižením je velmi náročné a každý si pod pojmem „zdravotní postižení“ vybaví něco jiného. Samozřejmě vždy záleží na životní situaci dané osoby. „Je to „něco“, co souvisí s dlouhodobým či trvalým úbytkem zdraví a současně s většími či menšími limity při výkonu běžných činností.“ (Krhutová, 2013, s. 26) Podle Michalíka a kol. (2011, s. 95-96) je nutná kombinace přístupu kvantitativního a přístupu individuálního (kvalitativního), abychom poznali skutečnou situaci rodiny, která pečuje o člena se zdravotním postižením.

Co se týká veřejné podpory pečujícím rodinám, „je nutné uvést zejména nedostatečné zajištění podpůrných služeb „úlevné“ péče, které by doplnily osobu pečující (rodinu) v jejím úsilí a umožnily častější oddech a rehabilitaci.“ (Michalík a kol., 2011, s. 98) „Dlouhodobá domácí péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením představuje sociální událost, která je jen obtížně srovnatelná s postavením tzv. běžných rodin.“ (Michalík a kol., 2011, s. 107) Samozřejmě u každé osoby s postižením je péče individuální. Rodina pro jedince s postižením znamená pocit bezpečí, jistoty a emocionální stability. Avšak rodina se často musí přizpůsobit novému životnímu stylu, potřebám a možnostem, které přichází spolu s přítomností postiženého člena rodiny. (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2018, s. 339–340)

2 DOPADY NA NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ

Nyní se dostáváme k samotným dopadům na neformální pečující, které jsou ve většině případů negativní. Několik autorů zmiňuje oblasti, do kterých dlouhodobá neformální péče zasahuje. „Poskytování péče v domácím prostředí přináší problémy ve fyzické, psychické, sociální či finanční oblasti.“ (Kurucová, 2016, s. 7) Matoušek (2008, s. 134) zmiňuje, že pečující osobě sice může péče o blízkého poskytovat uspokojení, avšak stejně jako Kurucová (2016) uvádí, že je tam velké riziko psychického, fyzického a finančního přetížení a omezení pracovních a společenských kontaktů. (Matoušek, 2008, s. 134) To je důvod, proč se budu v podkapitolách primárně zabývat psychickými, fyzickými, sociálními a finančními dopady. Jejich vymezení je klíčové pro pochopení náročnosti situace, která se dále odráží v praktické části této práce.

Již v začátku péče je pro pečující osoby situace dost stresující. Neví, co od situace čekat, kde hledat informace, u koho si požádat o pomoc a na co vlastně mají nárok. Pečující se musí naučit žít „jinak“. Často musí opustit svoji práci nebo vzít práci na zkrácený úvazek, omezit své koníčky, sociální kontakty a mnoho dalšího. Těžkým úkolem je také vyrovnat se s nemocí nebo postižením blízkého, s vlastním studem nebo pocitem toho, že teď žiji „ze dne na den“. (Klvačová, 2017, s. 8) „Pochopení rizikových faktorů při dlouhodobé péči je velmi důležité už jen pro nastavení sociální práce s touto skupinou.“ (Hubíková, 2017, s. 7) Podle Twigg a Atkin (1994 in Hubíková, 2017, s. 7) se dostává neformální pečující do náročné situace hlavně kvůli pocitu závazku a zodpovědnosti vůči blízké osobě. Rodina totiž nemůže péči tak snadno ukončit nebo omezit, ačkoliv péče zasahuje do zájmů a potřeb pečovatele. Pečovatelé tak často vykonávají péči, kterou jiní profesionálové odmítají jako příliš náročnou. (Twigg a Atkin, 1994 in Hubíková, 2017, s. 7) „Významným momentem působícím na pečující osobu je trvale přítomný pocit odpovědnosti. Jedná se patrně o nejvíc zatěžující aspekt osobní péče o osobu blízkou, ať již je to starý člověk nebo jiný opečovávaný člen rodiny.“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 47)

Je důležité mít na paměti, že informovanost pečujících je důležitým aspektem pro lepší průběh této situace. Pečující se často setkávají s tím, že nemají dostatek podpory ze strany lékařů a nikdo jim neposkytuje žádné ucelené informace a dovednosti. (Šmídová, 2018, s. 94) Tyto informace by sloužily primárně na to, aby se pečující mohli zorientovat v této problematice a věděli o možnostech pomoci. (Šmídová, 2018, s. 98) Pokud se jim informace nedostávají, vnímají péči jako stresovou a zažívají negativní emoce. (Šmídová, 2018, s. 95)

Avšak Dragomirecká, Kvirencová a Janečková (2018, s. 39–40) se shodují na tom, že pečující sice může mít potřebné informace a dovednosti, ale „přesto může ohrožovat své zdraví tím, že zanedbává zdravotní prohlídky a zdravý životní styl.“ (Dragomirecká, Kvirencová, Janečková, 2018, s. 39–40) „Pečující by ocenili zejména supervizi, psychologickou podporu, odborné poradenství a pomoc v případě, že z neočekávaných důvodů musí přestat pečovat. Velkým zdrojem nejistoty je pro pečující totiž obava ohledně zajištění péče v případě, že oni sami již péči nezvládnou.“ (Geissler et al. 2015a in Mikanová, 2018, s. 82)

I přes negativa, které pečování obnáší, má i mnoho pozitivních prožitků. Mezi něž patří to, že jedinec má možnost zažít určitou zkušenost, která posílí vzájemný vztah s opečovávaným. (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 108) Pečující může zažívat pocity smysluplnosti a naplnění. (Dragomirecká, Kvirencová, Janečková, 2018, s. 36)

2.1 Psychické dopady

Psychika člověka je velmi křehká věc. Nejčastěji jsou zmiňovány právě psychické poruchy, které jsou výsledkem stresu a psychické náročnosti péče. Hlavně v případech, kdy pečující (převážně ženy) pečují bez jediného odpočinku i několik měsíců až let. (Jeřábek a kol., 2013, s. 49)

„Častými průvodními jevy neformální péče jsou únava, dlouhodobé vyčerpání a z toho plynoucí psychické obtíže.“ (Klvačová, 2017, s. 8) Mezi opakovanými psychickými aspekty, které pečovatelé popisovali byl emocionální neklid, stres, nervozita, strach a deprese. Pečující musí neustále pozorovat stav svého blízkého a musí flexibilně zajistit jeho požadavky a změny. Také se musí umět ve většině případů rychle a samostatně rozhodovat. (Kuručová, 2016, s. 22)

Této nelehké situaci také nepomáhá, že je na ně nějakým způsobem pohlíženo ze strany společnosti. Dle Milligan (2009) se pečující snaží na veřejnosti projevovat pouze pozitivní a přijatelné emoce, aby vypadal jako ta „milující pečující osoba“. Což má pak za následek pocity frustrace, bezmoci, selhávání, zlost, nedocnění atd. (Milligan, 2009 in Hubíková, 2017, s. 8) V téhle situaci se rovněž mohou odhalit konflikty, které nebyly v minulosti vyřešené a mohou nabrat na takové intenzitě, že se u pečujících může objevit úzkost, pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti. (Tošnerová, 2002, s. 12)

Jelikož autoři (např. Michalík (2010) nebo Hubíková (2015)) opakovaně popisovali depresi a stres jako jeden z faktorů při dlouhodobé péči o blízkou osobu, považují za důležité se těmito psychickými aspekty zabývat v následujících řádcích.

2.1.1 Deprese

„Na základě četných výzkumů se udává, že 50–60 % pečovateli dochází až do stádia klinické deprese.“ (Scott 2006 in Hubíková, 2015, s. 52). Problémem však je, že všechny tyto výzkumy nejsou medicínsky podložené. Je to z důvodu, že pečující většinou nemají čas navštívit lékaře, natož tak začít tento problém řešit. Tyto výsledky tak vychází především z kvalitativních nebo kvantitativních výzkumů. Tudíž se jedná spíše o odhady než podložená fakta. (Hubíková, 2015, s. 52)

„Hlavním příznakem deprese je chorobný smutek, kromě toho ztráta energie a zájmů, poruchy sebehodnocení, nechuť k činnosti, pesimistický výhled do budoucna, omezení komunikace s okolím, nesoustředěnost, pocity viny, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy (nechuť k jídlu nebo přejídání), sexuální poruchy, bolesti v těle, někdy i sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu.“ (Matoušek, 2008, s. 42)

Autoři Dellasega a Haagen (2004, s. 48) upozorňují, že symptomy deprese často neodezní i přesto, že péče již skončila (smrt nebo umístění blízkého do instituce). (Dellasega, Haagen 2004, s. 48 in Hubíková, 2015, s. 52)

2.1.2 Stres

Lazarus a Folkmanová (1984) definují stres jako „specifický vztah mezi osobou a prostředím, které podle hodnocení osoby klade příliš náročné požadavky překračující její možnost a ohrožující její zdraví.“ (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19 in Kurucová, 2016, s. 19) V případě, že se stresu nevěnuje dostatečná pozornost, může dojít až do té fáze, že přeroste do patologicky působícího distresu. Tento distres „ohrožuje celkový stav člověka a vystavuje chronicky stresované pečovatele nebezpečí syndromu vyhoření. Vzniká v případě nepoměru mezi zatěžujícími faktory a obrannými schopnostmi zvládat potíže.“ (Kurucová, 2016, s. 25) Pečující může mít vlivem stresu pocit, že jeho blízký se domáhá větší péče, než by bylo nutné, a tak pečující nemá čas na jiné povinnosti. Tyto pocity mohou doprovázet silné emoční reakce. (Matoušek, 2008, s. 133–134)

2.2 Fyzické dopady

Fyzická náročnost, která péči obnáší je často výsledkem různých bolestí a úrazů. Není žádnou novinkou, že nejčastější skupinou pečujících jsou právě ženy. Časté zvedání, manipulování např. se seniorem vyžaduje určitou fyzickou zdatnost, které většina žen nedosahuje.

„Považuje se za prokázané, že u velké části dlouhodobě pečujících se v průběhu času objeví a rozvíjí zdravotní potíže, jako jsou bolesti zad a další fyzické potíže.“ (Glendinning et al. 2009, s. 55 in Hubíková, 2015, s. 53) Nejen, že manipulování s osobami s omezenou pohyblivostí je namáhavé, ale také může skončit poraněním pečovatele i příjemce péče. (Tošnerová, 2002, s. 12)

„Fyzickou zátěž pečovatele způsobuje statické zatížení – výkony kolem pacienta vestoje, zatížení kosterního svalstva a svalového systému, kloubů – při zvedání a manipulaci s pacientem, porušení spánkového rytmu (nepřetržitá péče, nedostatek času na stravování i pitný režim a mnoho jiného.“ (Kurucová, 2016, s. 22)

Jeřábek a kol., (2013, s. 48) hovoří o tom, že fyzická námaha (výhradně u žen) se často dostává do takové fáze, kdy je nutná rehabilitace a léčení těchto poškození.

Již vyšší věk některých pečovatelů je důsledkem zdravotních problémů a péče o blízkou osobu problémy dále prohlubuje. Pečující má často pocit, že je v péči nenahraditelný a nemůže si dovolit zůstat doma kvůli nemoci, jít k lékaři nebo využít pobyt v lázních. (Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 8) Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013, s. 15 in Hubíková, 2015, s. 53) dodávají, že z důvodu poskytování péče nepřetržitě (i v noci) a vstávání k blízkému může vést až k chronickému spánkovému deficitu.

2.3 Sociální dopady

„S poskytováním péče je spojena spousta psychosociálních problémů. Běžná je sociální izolace, která je způsobena časově náročnými činnostmi spojenými s péčí, což pečujícímu brání v kontaktech s ostatními“ (Dellasega, Haagen 2004, s. 48 in Hubíková, 2015, s. 55)

Pečující zažívají osamocení, pocit toho, že nejsou ostatními pochopeni a také obav z toho, co je čeká v budoucnosti. (Michalík a kol., 2011, s. 258) Tím, že se pečující snaží být blízké osobě pořád na blízku, se může dostat i do absolutní sociální izolace. (Geissler, 2015 in Hašplová, 2019, s. 94)

K sociálnímu vyloučení může docházet z mnoha důvodů. Jedním z nich je, že pečující osoba vlastně ani nemá dostatek času na společenský život nebo volnočasové aktivity. (Scott, 2006, s. 4 in Hubíková, 2015, s. 55) Dalším důvodem může být neochota sociálního prostředí přijmout tyto rodiny mezi sebe. Většinou z důvodu obav či předsudků o osobách, o které je pečováno. (Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 10) „Výsledkem může být vztek a odpor k příjemci péče, který je příčinou ztracených společenských kontaktů.“ (Tošnerová, 2002, s. 12)

Pečující většinou musí omezit své volnočasové aktivity, volné víkendy nebo dovolenou. Mnozí to nazývají jako „ztráta pocitu kontroly nad vlastním životem.“ (Degioulí, 2010 in Hubíková, 2015, s. 55) Výzkum, který Jeřábek a kol. (2013, s. 103) zmiňuje ve své knize „Mezigenerační solidarita v péči o seniory“ jasně ukazuje, čeho se pečující musel vzdát a čeho se vzdal dobrovolně. Z výsledků bylo patrné, že „pečující obětuje hlavně čas, který by za normálních okolností věnoval sobě.“ Avšak záleží na intenzitě péče.

Práce znamená mnoho jak po finanční stránce, tak i pro sociální. Pro některé jedince je práce jediným místem, kde přichází do sociálního kontaktu s druhými lidmi. Avšak v této situaci často dochází k tomu, že jsou pečovatelé nuceni práci opustit nebo hledat jinou formu přivýdělnku. Jak zmiňuje Dudová (2015, s. 125–126), práce pro některé pečující představuje příležitost zabývat se chvíli něčím jiným než jen náročnou péčí o blízkého. Aktivity, které vykonávali v práci považovali za méně všední a skličující.

2.4 Finanční dopady

Finanční situace, do které se pečující dostávají bývá ve většině případů výsledkem ztráty zaměstnání, ale také snaha o zaplacení služeb, které s péčí souvisí. Podle Dobiášové a Kotrusové (2017, s. 23) jsou neformální pečovatelé i příjemci péče jednou ze skupin ohrožených rizikem chudoby. „Zaopatření pečovaného je v důsledku jeho zdravotního stavu, různých handicapů a speciálních potřeb často velmi nákladné a jeho vlastní příjmy či finanční rezervy, pokud nějaké má, na všechno nestačí.“ (Hubíková, 2015, s. 58)

Jak již bylo výše zmíněno, pečující musí mnohdy „snížit počet hodin věnovaných zaměstnání či zaměstnání úplně opustit.“ (Klímová Chaloupková, 2013, s. 108) To znamená, že pečující jsou nuceni přijmout méně časově náročnou práci, ale tím i hůře placenou. Pokud tato situace trvá déle, je těžší se dostat zpátky do pracovního trhu. (Glendinning et al., 2009, s. 55 in Dohnalová, Hubíková, 2013, s. 9)

„Domácí péče v rodinách však znamená nezanedbatelnou výhodu i pro stát a jeho veřejné rozpočty. Stále platí, že domácí péče je pro stát daleko levnější než péče poskytovaná u registrovaných poskytovatelů.“ (Michalík, 2011, s. 26) Často nemusí pomoci ani příspěvek na péči, i když zajišťuje určitou udržitelnost příjemce péče v rodině. (Hubíková, 2015, s. 58)

3 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

Na začátek je nutné podotknout, že „neformální pečující nejsou v současné době přímo vymezení ani pro potřeby systému sociálního zabezpečení a sociálního pojištění.“ (Hubíková, 2017, s. 8) Důležitým aspektem pro rozpoznání neformálních pečujících bývá příspěvek na péči, který více popíšu v následujících podkapitolách. Avšak dle mého názoru příspěvek na péči v současnosti stále neodpovídá tomu, čemu by odpovídat měl. Jelikož „nárok na PnP se neodvozuje přímo z náročnosti péče, ale ze zdravotního stavu a funkčního omezení žadatele.“ (Hubíková, 2017, s. 8)

Předpoklady k tomu, zdali bude rodina péči poskytovat a jaké to bude mít důsledky, má velký vliv právě to, jaká pomoc se jim od státu nebo komunity dostane. (Dudová, 2015, s. 26) „Podpora pečujících je komplexní úkol zahrnující mimo jiné systém finančních dávek, opatření umožňující sladit péči o blízkou osobu se zaměstnáním a poskytování dostupných sociálních a zdravotních služeb včetně jejich koordinace.“ (Dragomirecká, Kvirencová, Janečková, 2018, s. 35–36) V tomto však vidí Hašplová (2019, s. 95) nedostatek. Zmiňuje, že v současném systému chybí provázanost zdravotních a sociálních služeb.

I informace si pečující většinou musí hledat sám např. na internetu nebo se informovat prostřednictvím svých známých. (Mikanová, 2018, s. 86)

Možnosti určité podpory neformální péče tu sice jsou. Máme různé služby, které nám dovezou jídlo až domů, také si můžeme objednat úklid domu atd. Ale ty osobní záležitosti jako být přítomen svému blízkému a tišit jeho bolest noc za nocí, na to už tato sféra nestačí. (Jeřábek a kol., 2013, s. 49) Toto se však snaží zlomit Diakonie ČCE, která nabízí vzdělání pro neformální pečující. Také vytvořila různé příručky, kurzy nebo vzdělávací videa. Je tu možnost použít i poradenskou linku či internetové poradenství. Navíc na webovém portále www.pecujdoma.cz mají veškeré informace pro rodiny, které pečující o svého blízkého. (Dragomirecká, Kvirencová, Janečková, 2018, s. 42)

3.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poskytován podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a je účinný od 1.1.2007.

Príspevek na péči (dále jen Pnp) slouží pro osoby starší jednoho roku, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu¹. Potřebují pomoc při zvládnání základních životních potřeb. Pnp spravuje krajská pobočka Úřadu práce České republiky. (§ 7 zákona 108/2006 Sb.)

Ačkoliv „príspevek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoli osobě, která péči zajišťuje“ (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 18), je důležité tento příspěvek zmínit, protože je to často jediný finanční prostředek, který se pečujícím poskytuje (ze strany příbuzných). Záleží však čistě na příjemci příspěvku, jak jej využije. Může ho věnovat osobě, která o něj pečuje, ale také si může zaplatit osobního asistenta nebo jiné služby. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 36) „Príspevek na péči není podle dikce zákona příjmem uživatele (je de facto sociální dávkou určenou na „nákup“ sociálních služeb, jejichž poskytnutí uživatel nezbytně potřebuje.“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 124)

3.1.1 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby

Príspevek na péči se posuzuje na základě úrovně závislosti, která je rozdělena do čtyř stupňů.

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

I stupni (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,

II stupni (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,

III stupni (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,

IV stupni (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

I stupni (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

¹ Dlouhodobě nepříznivým stavem se podle zákona 108/2006Sb., rozumí takový zdravotní stav, „který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.“ (§ 3 zákona 108/2006 Sb.)

II stupni (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

III stupni (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,

IV stupni (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (§ 8 zákona 108/2006 Sb.)

Při posuzování stupně závislosti zákon 108/2006 Sb., § 9 hodnotí schopnost zvládat těchto 10 základních životních potřeb²:

- a) Mobilita (vstávání, usedání, chůze...)
- b) Orientace (orientovat se v čase, místě, smyslová orientace...)
- c) Komunikace (umět se srozumitelně vyjadřovat, porozumět...)
- d) Stravování (schopnost vybrat si nápoj či jídlo, najíst se, napít se, nalít si nápoj...)
- e) Oblékání a obouvání (schopnost správně se obléct/about, vybrat si vhodné oblečení...)
- f) Tělesná hygiena (schopnost provádět hygienu, učesat se...)
- g) Výkon fyziologické potřeby (používání WC, vyprazdňování...)
- h) Péče o zdraví (dodržovat ošetřovatelská opatření, rozpoznat zdravotní problém...)
- i) Osobní aktivity (navazovat kontakty s jinými osobami, vyřizovat své záležitosti...)
- j) Péče o domácnost (obstarat si nákup, úklid...)

(Vyhláška 505/2006 Sb.)

3.1.2 Výše příspěvku na péči

Podle stupně závislosti se poté odvíjí výše příspěvku, která bude pečujícímu měsíčně vyplácena. Také záleží, zdali je osoba v domácí péči nebo v péči zařízení.

² Pro lepší pochopení obsahu uvádím i příklady, které blíže specifikuje příloha č. 1 vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Tabulka 1- Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči do 18 let			Výše příspěvku na péči nad 18 let		
Stupeň	<i>V pobytovém zařízení</i>	<i>V domácí péči</i>	Stupeň	<i>V pobytovém zařízení</i>	<i>V domácí péči</i>
I stupeň	3 300	3 300	I stupeň	880	880
II stupeň	6 600	6 600	II stupeň	4 400	4400
III stupeň	9 900	13 900	III stupeň	8 800	12 800
IV stupeň	13 200	19 200	IV stupeň	13 200	19 200

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí (vlastní zpracování)

3.1.3 Proces příspěvku na péči

Žadatel o Pnp musí projít stanovenými pravidly, které systém příspěvku na péči obsahuje. „Po podání žádosti o příspěvek na péči následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Tohle posouzení provádí sociální pracovník v prostředí, které je pro žadatele přirozené, resp. kde žadatel žije. Poté nastupuje posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení, který hodnotí zdravotní stav, částečně i na základě výsledku sociálního šetření.“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 19) Poté krajská pobočka Úřadu práce vydává rozhodnutí, zdali je příspěvek uznán či nikoliv. Také popisuje, jaký stupeň závislosti byl žadateli přiznán. Proti tomuto rozhodnutí se žadatel může odvolat. (MPSV) Velmi záleží, jak je tato dávka hodnocena hlavně pracovníky úřadu práce a posudkovými lékaři. (Klvačová, 2017, s. 16) Tohle někteří vnímají jako nespravedlivost. Považují hodnocení za neodborné a povrchní, založené spíše na pouhých dojmech a názorech. (Klvačová, 2017, s. 18)

Nyní bych se v pár řádcích chtěla věnovat nedostatkům, který tento proces obnáší pro neformální pečovatele.

Hubíková (2017, s.9) popisuje, že v sociálním šetření může neformální pečující sloužit jako zdroj informací, i přesto se ním sociální pracovník více nezabývá. Údajně je to z důvodu nedostatku času, prostoru a informací o neformální péči. Podle mého názoru by pečujícím pomohlo, kdyby jim sociální pracovník poskytl alespoň základní informace, popř. zjistil, zdali pečující nemá nějaké zásadní otázky.

Také bych zde ráda zmínila situaci, kterou popisuje Dudová (2018, s. 75). Myslím si, že je u žen velmi častá, zvláště při péči o postižené dítě. Ženy většinou chápaly příspěvek, jako ocenění své práce s dítětem. Pokud však došlo k tomu, že se dítě vlivem intenzivní snahy matky více zlepšilo a osamostatnilo, automaticky byl v dalším posouzení přiznán menší stupeň závislosti. Matka tak přišla o určité snížení financí, které sloužily na rozpočet rodiny. (Dudová, 2018, s. 75)

3.2 Sociální poradenství

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách jej dělí na základní a odborné poradenství. „Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace.“ Odborné poradenství se zaměřuje na jednotlivé okruhy sociálních skupin. (Zákon č.108/2006 Sb. § 37)

Poradenství je základem pro pomoc pro rodinné pečující. Základním východiskem odborníka je spolupráce, bezpečné prostředí a motivace. Může být určena pro jednotlivce, pár nebo celou rodinu. (Štěpánková, Höschl, Vidovičová a kol., 2014, s. 112) „Poradenské služby jsou pro pečující osoby (vedle kurzů) často nejnázornějším zdrojem praktických informací o uplatitelných nárocích, pomůckách pro péči a možnostech profesionální pomoci.“ (Jeřábek a kol., 2013, s. 53)

3.3 Služby sociální péče

„Služby sociální péče napomáhají občanům zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje jejich stav, jim zajistit důstojné prostředí a přijatelné zacházení. Podstatou a současně hlavním přínosem terénních služeb je to, že jsou poskytovány doma, v rodině, tedy v přirozeném prostředí člověka s postižením.“ (Novosad, 2009, s. 68)

To, že neformální pečující nejsou vymezeny jako cílová skupina ztěžuje charakteristiku služeb, které jsou poskytovány přímo pečujícím. (Hašplová, 2019, s. 94)

I přesto jsem uvedla několik služeb sociální péče, které by mohly pečujícím sloužit jako pomoc při obtížné situaci. Vždy se snažím co nejvíce danou službu vztahovat k pečujícím.

3.3.1 Osobní asistence

Osobní asistence patří do terénních služeb a je poskytována osobám, které z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení mají sníženou soběstačnost. Mezi činnosti, které tato služba obsahuje patří: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo zajištění stravy a mnoho dalšího. (Zákon č.108/2006 Sb. § 39)

Osobní asistence je do určité míry podobná, jako pečovatelská služba, avšak většinou bývá rozsáhlejší (pomoc i několik hodin během dne). (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 71)

3.3.2 Pečovatelská služba

„Pečovatelská služba je sociální služba, která je zřízena obcemi nebo obcemi v samostatné působnosti. Je poskytována dětem, pokud rodiče nejsou schopni z různých důvodů (nemoc, porod...) zabezpečit péči o dítě. Také je poskytována zdravotně postiženým občanům a starým občanům, kteří z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopni si sami zajistit základní životní potřeby.“ (Arnoldová, 2002, s. 227) Zpravidla se jedná o dovoz jídla, pomoc při hygieně, ale také např. doprovod k lékaři nebo na úřady. (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 33)

Novosad (2009, s. 68) dodává, že tato služba pomáhá lidem s postižením žít v domácím prostředí, a i přesto mít zabezpečeny veškeré životní potřeby a úkony, které sami nezvládají.

3.3.3 Tísňová péče

Tísňová péče poskytuje lidem elektrickou nebo hlasovou komunikaci. Slouží primárně těm, kteří jsou vystaveni stálému riziku ohrožení zdraví nebo života. Takže v situaci, kdy osoba cítí zhoršení svého zdravotního stavu, se může na tuto službu obrátit. (Matoušek, 2008, s. 230)

3.3.4 Odlehčovací služby

Cílem této služby je umožnit pečující osobě nutný odpočinek od náročné péče. Mohou být terénní, pobytové nebo ambulantní. (Zákon č.108/2006 Sb. § 44) „Nejčastěji má formu dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti.“ (Matoušek, 2008, s. 124–125)

3.3.5 Denní stacionáře a týdenní stacionáře

Jde o typ zařízení, který se u nás rozšířil až po roce 1989. Předtím sloužil jako zdravotnické zařízení pro lidi s duševními nemocemi nebo pro pobyt seniorů. „Součástí péče ve stacionáři je stravování, vzdělávání, výcvik v sebeobsluze, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti, pomoc v kontaktu se společenským prostředím a pomoc s uplatňováním klientských práv.“ (Matoušek, 2008, s. 212) Častokrát pečující zmiňují sociální službu stacionář jako formu pomoci, když se potřebovali přes den věnovat práci nebo měli jiné neodkladné povinnosti. (Šmídová, 2018, s. 95)

Čeledová, Kalvach a Čevela (2016, s. 71) dodávají, že tato služba pro pečující slouží také jako překonání času, když jsou blízký mimo domov. Služba poskytuje stravu, hygienu, pohybové aktivity, reminiscenční terapie atd.

3.4 Služby sociální prevence

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (Zákon č.108/2006 Sb. § 53)

3.4.1 Raná péče

U této služby sociální prevence je cílovou skupinou dítě se zdravotním postižením do 4 let věku dítěte (u kombinovaného postižení do 7 let) a také jejich rodiny. Jedná se primárně o výchovné, vzdělávací a aktivizační programy, poskytnutí informací (např. o postižení, o cvičení...), psychoterapie. (Novosad, 2009, s. 72) „V ideálním případě se kontakt profesionálů s rodinami odehrává v přirozeném prostředí (v bytě, v domě).“ (Matoušek, 2008, s. 168)

3.4.2 Sociální rehabilitace

Jde o soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Snaží se rozvíjet specifické schopnosti, dovednosti a návyky pro samostatný život. (Zákon č.108/2006 Sb. § 70)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Předchozí kapitoly byly věnovány vymezením pojmů, které souvisí s neformální péčí. Dle uvedené literatury jsem popsala hlavní dopady, které mohou být pro neformální pečující rizikové. Také jsem se zabývala popisem nabídky sociálních služeb, které neformální pečující mohou využívat.

Následující kapitola je věnována objasnění cíle výzkumu, hlavním a dílčím výzkumným otázkám, hypotézám, výzkumnému souboru, a popisem strategie, která byla při sbírání a analýze dat použita. Vše bylo zpracováno na základě literatury, která se zabývá metodologií (např. Chráska, Kočvarová (2014), (2015), (2016) nebo Punch (2008)).

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou dopady na neformální pečující, a to konkrétně v oblasti psychické, fyzické, sociální a finanční. Dalším cílem je zjistit, jaká je míra pečovatelské zátěže na neformální pečující v závislosti na věku, délce péče, podpory ze strany rodiny a využití sociálních služeb.

4.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Z výše uvedených výzkumných cílů vychází tyto výzkumné otázky a hypotézy:

Jaké jsou dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?

1. Jaké jsou psychické dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?
2. Jaké jsou fyzické dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?
3. Jaké jsou sociální dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?
4. Jaké jsou finanční dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?

Hypotézy:

H₁: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby neexistuje závislost.

H_A: Mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby existuje závislost.

H₂: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu neexistuje závislost.

H_A: Mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu existuje závislost.

H₃: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a podpory ze strany rodiny při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny neexistuje závislost.

H₁: Mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny existuje závislost.

H₄: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb neexistuje závislost.

H₁: Mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb existuje závislost.

4.3 Výzkumný soubor

„Pojmem základní soubor rozumíme všechny prvky (osoby, situace), které patří do zkoumané skupiny.“ (Chrásková, Kočvarová, 2014, s. 14) „Logika šetření založených na dotaznících vyplňovaných respondenty spočívá v tom, že se shromažďují informace od určité skupiny lidí – nebo vzorku lidí. (Punch, 2008) Základním výzkumným souborem jsou v tomto případě lidé, kteří v současné době pečují o osobu blízkou.

Výběrovým souborem byli ti neformální pečovatelé, kteří dlouhodobě a bezplatně vykonávali péči o blízkou osobu v domácím prostředí. Cílem bylo oslovit co nejširší skupinu neformálních pečujících, avšak byly dány určité podmínky:

- Osoba, která vykonává péči minimálně tři měsíce
- Neprofesionální pečovatelé
- Patří do skupiny hlavních pečujících
- Pečující vykonává alespoň 2 činnosti z následujícího seznamu:
 - Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc při oblékání, přesun na lůžko nebo vozík...)
 - Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (např. mytí, česání...)

- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (např. příprava jídla a pití...)
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid a údržba domácnosti...)
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (např. pošta, banka, úřady...)
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (např. zájmové a volnočasové aktivity, společenské hry...)
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovod na společenské a kulturní akce...)
- Popř. jiné činnosti, které se týkají pomoci o blízkou osobu

Výběrový soubor byl zvolen formou tzv. dostupného výběru, jelikož je tato skupina těžko dohledatelná. K vyhledávání jsem zvolila kombinaci několika postupů:

- a) Kontaktování neziskových organizací a institucí s prosbou o zapojení do výzkumu
- b) Kontaktování úřadů práce (pro kontaktování osob, které jsou v evidenci odboru sociálních věcí uvedeny jako hlavní pečující)
- c) Metoda „sněhové koule“ – přes osoby, které znají někoho v této situaci

Rozsah výběrového souboru byl 93 respondentů

4.4 Výzkumná metoda a technika

Pro svou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. „Kvantitativní znamená, že šetření je navrženo tak, aby přineslo numerická data měřením proměnných.“ (Punch, 2008, s. 13) Metodou získání údajů bylo dotazníkové šetření. Podle Chrásky a Kočvarové (2015, s. 41) je hlavní výhodou dotazníku právě rychlý a ekonomicky nenáročný sběr dat, který můžeme získat od většího počtu osob. Avšak dotazník má i určité nevýhody. Např. se respondenti mohou snažit o to, aby vypadali více sociálně přijatelně. Dotazník se skládal z 35 otázek. Z toho se dotazník skládal z 5 uzavřených otázek (otázka č. 1, 3, 4, 6, 9). Respondenti zde označili odpovědi, které jsou již předem formulované. Dále byly zvoleny otázky polouzavřené (otázky č. 5, 7, 8, 10, 32, 33, 34), v případě, že by respondentovi nevyhovovala ani jedna z nabízených odpovědí. Součástí byly také dvě otevřené otázky (otázka č. 2, 35), u jedné z nich však bylo vyplnění dobrovolné a druhá otázka sloužila pro vyplnění věku. Na začátku jsem volila kontaktní položky ke zjištění demografických dat.

Pro otázku číslo 11-31 jsem volila škálové otázky, které popisovaly pečovatelskou zátěž. „Škálová položka nabízí respondentovi výrok nebo otázku, na kterou má reagovat výběrem jednoho bodu na škále mezi dvěma protipóly reprezentujícími určitou míru sledovaného jevu (souhlasu, intenzity, důležitosti apod.).“ (Chráska, Kočvarová 2015, s. 44). Na základě analýzy škálových odpovědí je možné jít trochu dále.“ (Punch, 2008, s. 74) Byla zvolena škála 1–5. U každé otázky bylo popsáno, co které číslo znamená, aby se respondenti lépe orientovali (např. 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – někdy, 4 – dost často, 5 – vždy).

Dotazník byl vytvořen z části použitím vlastních otázek a z části použití Zaritovy škály (ZBI). Tento test se také jinak nazývá „test hodnocení pečovatelské zátěže pro rodinné pečující.“ Podle Tabakové, Václavikové (2008, s. 81) jsou jednotlivé položky zaměřené právě na fyzický, psychický, sociální a finanční pohled pečovatele na pečovatelskou zátěž. Původně se test skládá z 22 otázek, avšak pro svůj výzkum jsem zvolila pouze 21 otázek (otázky 11-31). Otázky jsou zaznamenány na Likertově škále (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – někdy, 4 – dost často, 5 – vždy) a jsou zaměřené na to, jak často pečující vnímá určité pocity (např. pocity nejistoty, napětí, frustrace...). Čím vyšší je skóre, tím větší je zátěž pečovatele. (Zvěřová, 2015, s. 61–62)

Pro vyhodnocení pečovatelské zátěže jsem poté zvolila tyto hodnoty:

- 0–18 značí minimální nebo žádnou zátěž,
- 19–38 mírná až střední,
- 39-58 střední až těžká zátěž
- 59 a více znamená velmi těžkou zátěž

Tyto hodnoty byly zvoleny na základě právě Zaritovy škály. Tuto škálu popisuje i Zvěřová ve svém výzkumu „Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby“ z roku 2015. Avšak v mém případě byla hranice snížena, jelikož jsem odstranila jednu z otázek.

Jedna z otázek (otázka číslo 32) je také částečně převzata z dotazníkového šetření zaměřeného na skupinu neformálních pečujících z roku 2015–2016. Realizátorem tohoto výzkumu byl Život bez bariér, z.ú. (Banýrová, 2016)

V úvodu dotazníku je respondentům uveden záměr mého výzkumu a prosba o jeho vyplnění. Zároveň jsou informováni o anonymitě dotazníku. Respondenti vyplňovali dotazník v rámci internetového zdroje survio.com.

4.5 Metody analýzy dat

Data z dotazníku byla uspořádána do tabulek četností (absolutní četnost a relativní četnost). „Relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu (kategorii hodnot).“ (Chráška, 2016, s. 35)

V některých případech jsem relativní četnost neuváděla, z důvodu možnosti výběru více položek v otázce. Pomocí programu Microsoft Excel jsem zpracovala grafy pro lepší názornost. Konkrétně jsem používala výsečové, sloupcové a pruhové grafy.

V určitých položkách jsem volila analýzu dat na popisné rovině. Pro ověření hypotéz jsem použila test nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku. Hodnoty chí-kvadrátu byly poté srovnány s kritickými hodnotami na stanovené významnosti 0,05. Stupně volnosti byly vypočítány dle vzorce $s.v. = (r-1) \cdot (s-1)$, kdy r je počet řádků a s počet sloupců v kontingenční tabulce.

5 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V této kapitole jsem se zabývala základními údaji o zkoumaném vzorku. Data jsou dány do tabulek četností (absolutní četnost a relativní četnost), popř. jsou zpracovány do výšečových, sloupcových nebo pruhových grafů. Celkový počet respondentů byl 93.

5.1 Základní údaje o zkoumaném vzorku

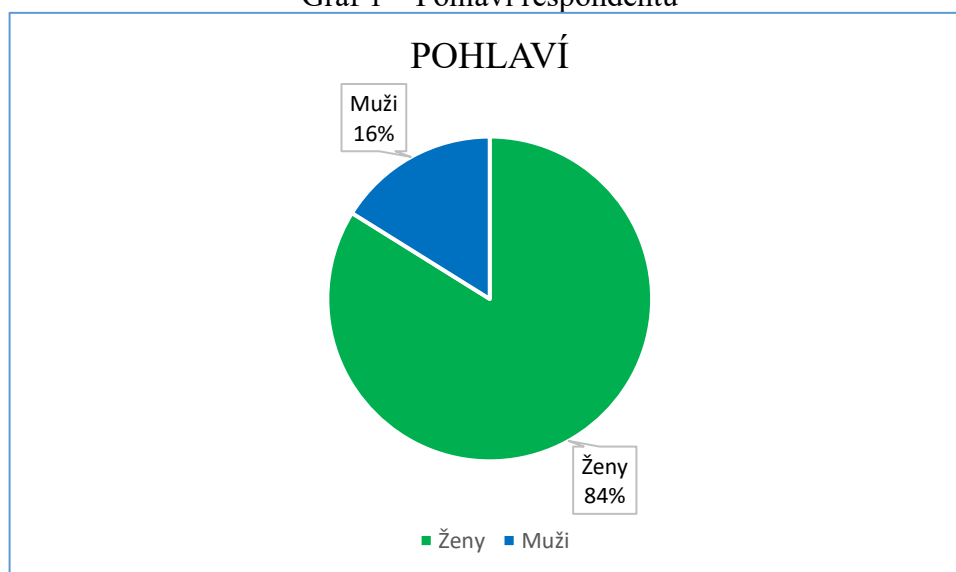
Pohlaví pečujících osob

Na tuto otázku odpovídala položka, která byla v dotazníku jako první. Jak bylo očekáváno, žen bylo podstatně více než mužů. Tato očekávání souvisí s odbornou literaturou, kdy několik českých autorek uvádí, že v 75 až 80 procentech jsou primárními pečovatelkami právě ženy. (Přidalová, 2006; Zavázalová, 2001; Svobodová, 2006 in Dohnalová, 2015, s. 35) V mém výzkumu odpovídalo 78 (84 %) žen a 15 (16 %) mužů.

Tabulka 2 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	78	84 %
Muži	15	16 %
Celkem	93	100 %

Graf 1 – Pohlaví respondentů

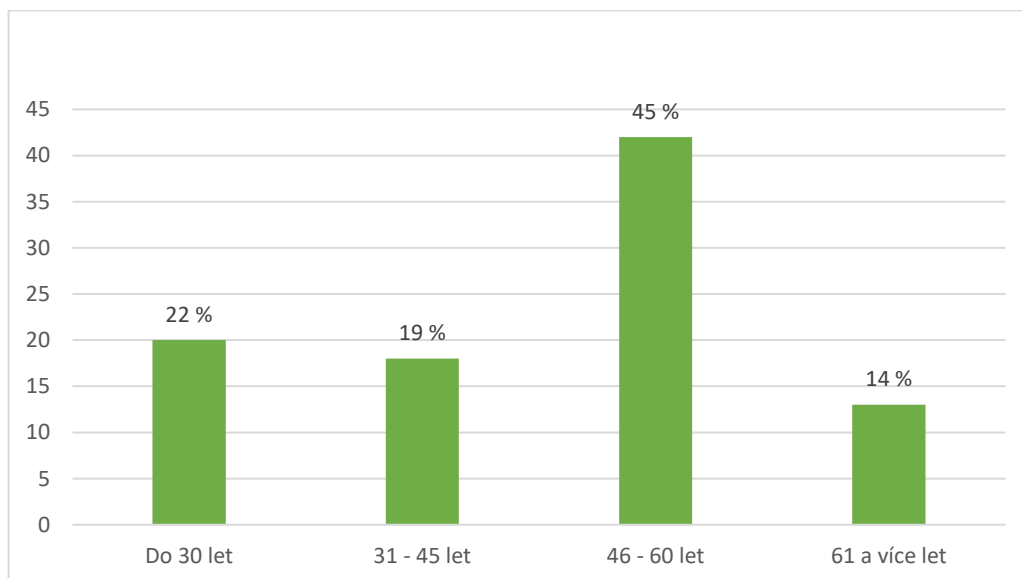


Věk pečujících osob

Tabulka 3 – Složení respondentů dle věku

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 30 let	20	22 %
31–45 let	18	19 %
46–60 let	42	45 %
61 a více let	13	14 %
Celkem	93	100 %

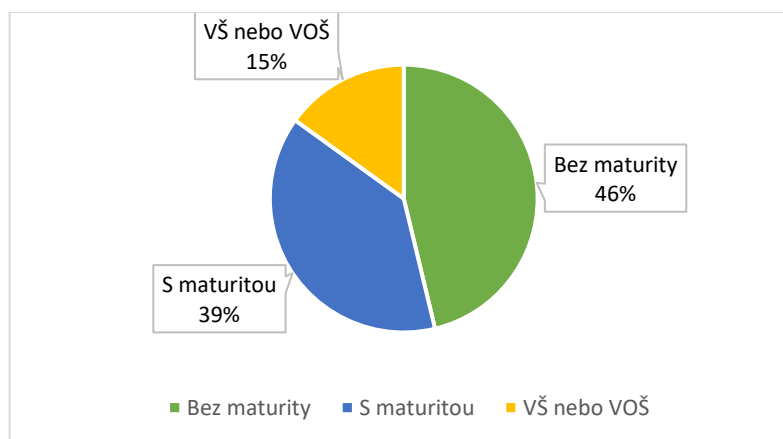
Graf 2 – Složení respondentů dle věku



Věk respondentů jsem rozdělila do 4 skupin: Do 30 let, 31–45 let, 46–60 let, 61 a více let. Z toho nejpočetnější skupina byla ve věkovém rozmezí 46–60 let, kde bylo celkově 42 z 93 respondentů. Naopak nejméně početnou skupinou byli lidé ve věku nad 61 let, kdy na dotazník odpovědělo pouze 13 lidí (14 %).

Vzdělání respondentů

Graf 3 – Dosažené vzdělání respondentů



Jak je z grafu zřejmé, pečujících s Vysokou školou nebo Vyšší odbornou školou je méně, než respondentů s maturitou nebo bez maturity. Na výzkum odpovídalo pouze 14 respondentů z 93 s VŠ nebo VOŠ. Respondentů bez maturity bylo celkově 43, s maturitou 36.

Touto otázkou jsem se zabývala primárně z důvodu rozporů názorů různých autorů. Zajímalo mě, jaký je poměr mezi pečujícími s vyšším vzděláním a lidí bez vyššího vzdělání. Saraceno (2010) uvádí, že u lidí s vyšším vzděláním se předpokládá, že jsou lépe finančně zabezpečeni. Tudiž více než osobní péči preferují zajištění služeb pro své blízké. (Saraceno 2010; Sarasa, Billingsley 2008; Kalmijn 2006; Van Groenou Broese et al. 2006 in Klímová Chaloupková, 2013, s.111) „Ursula Henz na základě britských dat dokládá, že vyšší pravděpodobnost, že kvůli péči o blízké opustí zaměstnání, mají ženy s nižším zaměstnaneckým statusem.“ (Henz, 2006 in Klímová Chaloupková, 2013, s.112) Také Kalminj (2006) zmiňuje, že kvůli pracovním příležitostem se lidé s vyšším vzděláním častěji stěhují než lidé s nižším vzděláním. Což poté může ovlivňovat možnosti osobní péče. (Kalminj, 2006 in Klímová Chaloupková, 2013, s. 112) Avšak „zjištění založené na datech SHARE naopak dokládají, že se dospělé děti s vyšším vzděláním a lepší ekonomickou situací zapojují do pomoci stárnoucím rodičům více než děti s nižším socioekonomickým postavením.“ (Brandt et al. 2009; Attias-Donfut et al. 2005 in Klímová Chaloupková, 2013, s.112)

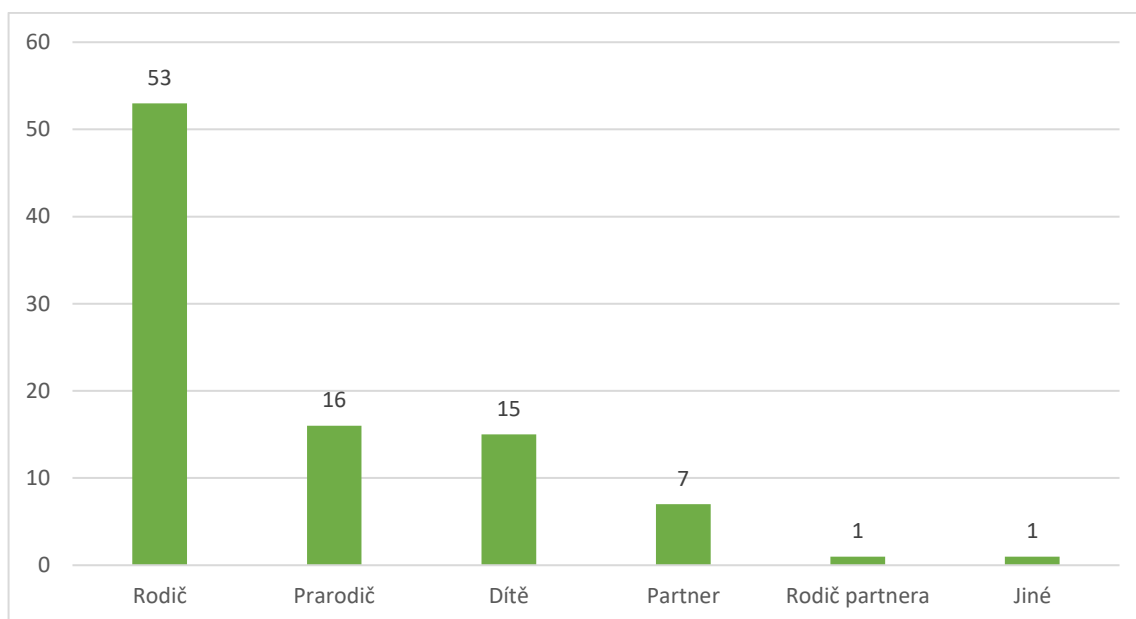
Ze zjištěných údajů lze vypozařovat, že nejčastěji pečuje žena (84 %) ve věku 46–60 let (45 %), se základním vzděláním nebo výučním listem (46 %), žijící ve městě s 5 000 – 19 999 obyvateli (41 %).

Příjemce péče

Tabulka 4 – Příjemce péče

Pečovaná osoba	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dítě	15	16 %
Rodič	53	57 %
Prarodič	16	17 %
Partner	7	8 %
Rodič partnera	1	1 %
Jiné	1	1 %
Celkem	93	100 %

Graf 4 – Příjemce péče



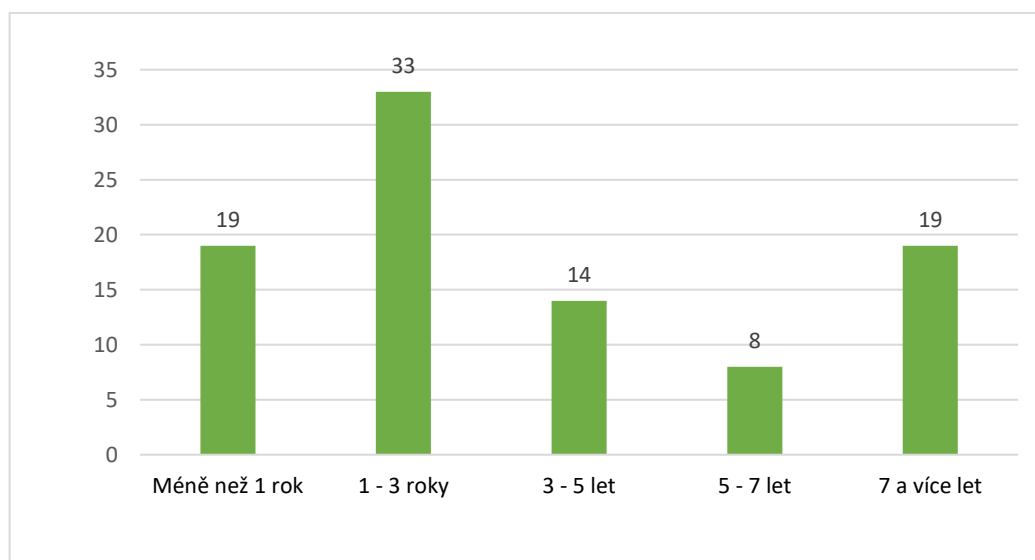
Na položku v dotazníku, které byla pod číslem 5, respondenti odpovídali, kdo je příjemcem péče. Nejčastěji uváděli rodiče (53 respondentů z 93) což odpovídá 57 %. 16 (17 %) respondentů pečuje o prarodiče, 15 (16 %) o dítě. 1 respondent také zaškrtl položku „jiné“, kde bylo uvedeno, že respondent pečuje o svou tetu.

Délka poskytování péče

Tabulka 5 – Délka poskytování péče

Délka poskytování péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	19	20 %
1–3 roky	33	35 %
3–5 let	14	15 %
5–7 let	8	9 %
7 a více let	19	20 %
Celkem	93	100 %

Graf 5 – Celková doba péče o závislou osobu



Celkovou dobu péče o blízkou osobu jsem rozdělila do 5 časových období. Ukázalo se, že respondenti nejvíce pečovali mezi 1–3 roky, kdy tuto položku označilo celkem 33 respondentů. Méně než 1 rok pečovalo 19 respondentů a stejný počet byl i u položky, kdy se pečující zabývali péčí více než 7 let. 3-5 let pečovalo celkem 14 z 93 respondentů. 5–7 let pečovalo pouze 8 respondentů.

Pomoc s péčí – podpora ze strany rodiny

Na otázku „podílí se někdo další na péči“ odpovědělo 43 (46 %) respondentů záporně. 50 (54 %) respondentů odpovědělo „ano“ a zároveň dopsali, o jakou osobu se jedná (vztah k pomáhající osobě). Nejčastěji respondenti uváděli rodiče (spíše matka) a partnera. V tomto zastoupení hrál manžel (popř. přítel) důležitou roli, avšak některé respondentky uváděly, že se jedná spíše o výjimečné situace. Další početnou skupinou byly dospělé děti a za ní

následovala pomoc sourozenců. Nejméně častou skupinou byli prarodiče a jiní příbuzní (teta, švagr...). Také v několika případech respondenti uváděli i více než 2 osoby, popř. uvedli, že se na péči snaží podílet celá rodina.

Vykonávané činnosti

Graf 6 – Vykonávané činnosti



Respondenti označili položky, se kterými blízkému přímo pomáhají. Pro lepší pochopení jsem respondentům v dotazníku uváděla i konkrétní příklady (např. v položce „pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu“ jsem dodatečně do závorky uvedla např. pomoc při oblékání, přesun na lůžko nebo vozík...). Respondent mohl zaznačit více odpovědí. Většina uváděla, že blízké osobě poskytují stravu nebo ji pomáhají při zajištění stravy jiným způsobem. Celkově tuto činnosti vykonávalo 88 respondentů z 93. Nejméně často se respondenti zabývali výchovným, vzdělávacím a aktivizačním činnostem (pouze 28 respondentů) a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (24 z 93 respondentů). Dle mého názoru je to z důvodu nedostatku času na tyto aktivity.

Příspěvek na péči

Tabulka 6 – Výše pobíraného příspěvku na péči závislé osoby

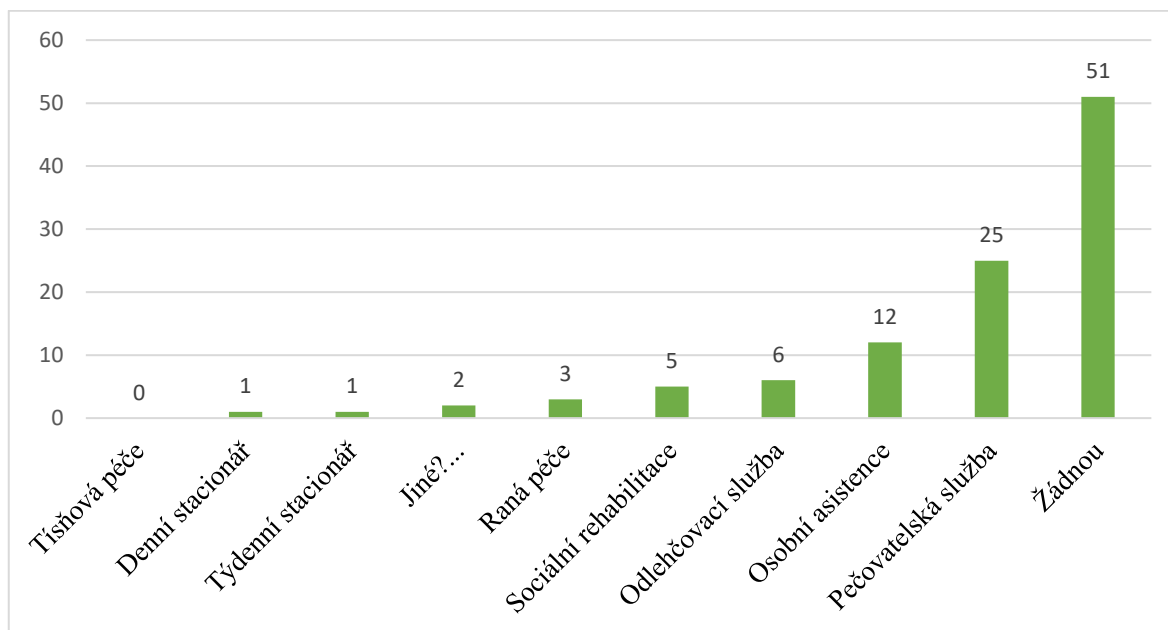
Výše pobíraného příspěvku na péči závislé osoby	Absolutní četnost	Relativní četnost
I. stupeň	18	19 %
II. stupeň	27	29 %

III. stupeň	16	17 %
IV. stupeň	17	18 %
Nepobírá, ale je zažádáno	2	2 %
Nepobírá, žádost byla zamítnuta	3	3 %
Nepobírá a není zažádáno	10	11 %
Celkem	93	100 %

Nejvíce respondenti uváděli II. stupeň a to celých 27 z celkových 93 respondentů. Žádost o příspěvek na péči byla zamítnuta u 3 závislých osobách, o které pečující pečují. Celých 10 (11 %) respondentů uvedlo, že osoba, o kterou pečují, o příspěvek zatím nezažádalo. 2 respondenti uvedli, že o příspěvek na péči bylo sice zažádáno, avšak příjemce péče jej stále nepobírá.

Formální pomoc – využití služeb

Graf 7 – Využití služeb při zajišťování péče



V tomto dotazníkovém šetření většina dotázaných uvedla, že při péči o blízkou osobu nevyužívá žádnou z nabízených služeb. Nejčastěji je využívána pečovatelská služba, za ní následuje osobní asistence. Využívání denního nebo týdenního stacionáře označily pouze 2 osoby. Tísňovou péči neuvedl žádný z respondentů. V položce jiné pak respondenti uváděli, že využívají pouze dovoz stravy pro svou blízkou osobu. Respondenti zde mohli označit i více, než 1 položku, avšak většinou neuváděli více než dvě služby. Seznam služeb jsem

čerpala primárně ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a jsou také popsány v teoretické části mé bakalářské práce.

5.2 Vyhodnocení škály a dopadů

Pečovatelská zátěž

Pečovatelská zátěž byla měřena pomocí otázek, které vychází ze Zaritovy škály. Jedná se o 21 otázek, kdy pečující odpovídá na základě Likertovy škály od 1-5. Čím větší je hodnota, tím větší bývá míra zátěže pečujícího. Odpovědi pečujících jsem shrnula do tří tabulek na základě toho, k čemu se vztahují. Pro lepší orientaci byly data v tabulce převedena na procenta a nejvyšší hodnoty zvýrazněny.

Tabulka 7 – Pečovatelská zátěž A

Otázka	nikdy	zřídka	někdy	dost často	vždy
12. Máte pocit, že v důsledku péče Vám nezbývá dost času na sebe?	4 %	16 %	31 %	38 %	11 %
15. Máte pocit, že péče o nesoběstačného člena rodiny nepříznivě ovlivňuje Vaše rodinné vztahy či vztahy s přáteli?	15 %	15 %	34 %	32 %	4 %
20. Myslíte si, že péče o blízkého Vás zbavuje soukromí?	7 %	8 %	59 %	23 %	3 %
21. Musel/a jste v důsledku pečování omezit své společenské aktivity?	2 %	13 %	26 %	44 %	15 %
22. Pociťujete výše uvedená omezení společenských aktivit nepříjemně?	11 %	24 %	45 %	19 %	1 %

Tato tabulka popisuje časovou, osobní a sociální zátěž pečovatele. Patří jsem např. omezení svých koníčků, času na přátele, dovolené, ale také čas na osobní záležitosti a vztahy. V otázce, zdali má pečující pocit, že v důsledku péče mu nezbývá dost času na sebe (ot.12) odpovídali respondenti nejčastěji „dost často“ (38 %). Pouze 4 % respondentů uvedla, že nikdy nemají pocit, že jim v důsledku péče nezbývá dost času na sebe. Péče o blízkého nepříznivě ovlivňuje rodinné nebo přátelské vztahy (ot.15) pouze u 4 % (tito respondenti zaznačili položku „vždy“ v dotazníku). Nejčastěji u této otázky respondenti odpovídali, že pouze někdy péče ovlivňuje jejich vztahy s rodinou či přáteli. Až 59 % respondentů pociťuje občas ztrátu soukromí. Dost často nebo vždy muselo omezit 59 % respondentů své společenské aktivity (ot.21). Avšak toto omezení (ot.22) vnímá vždy nepříjemně pouze 1 %

respondentů. Z tabulky je zřejmé, že toto omezení pečující nepovažují za obzvláště nepříjemné. 45 % respondentů uvedlo, že pouze někdy tohle omezení vnímají nepříjemně.

Tabulka 8 – Pečovatelská zátěž B

Otázka	nikdy	zřídka	někdy	dost často	vždy
13. Cítíte se stresován/a potřebou péče a ostatními povinnostmi v rodině či práci?	4 %	8 %	41 %	34 %	13 %
16. Míváte starosti, jak do budoucna vyřešíte péči o Vašeho příbuzného?	4 %	10 %	20 %	42 %	24 %
18. Cítíte se ve stresu, když bezprostředně pečujete o svého blízkého?	11 %	23 %	34 %	28 %	4 %
19. Má pečování nepříznivý vliv na Vaše zdraví?	13 %	25 %	25 %	20 %	17 %
24. Myslíte si, že Vaše finanční situace je nepříznivá, takže ovlivňuje Vaše rozhodování o další péči?	8 %	18 %	25 %	32 %	17 %
25. Míváte pocit, že se již déle nebudete moci starat?	25 %	17 %	34 %	20 %	4 %
26. Míváte pocit, že Váš život je zcela podřízen pečování?	14 %	24 %	29 %	28 %	5 %
27. Přál/a byste si, abyste mohl/a břemeno péče přesunout na někoho jiného?	7 %	15 %	31 %	36 %	11 %
28. Cítíte se nejistý/á a nevíte, jak máte pečovat?	16 %	15 %	39 %	29 %	1 %

Tuto tabulku jsem zaměřila na otázky psychické, fyzické a finanční situace pečujících. Zjišťuje, jaká je míra stresu, strachu, úzkosti, nejistoty, financí, zdravotních problémů a jiných dopadů. V otázce, která byla v dotazníku číslována jako otázka č.13 jsem se pečujících ptala na míru stresu, kterou obnáší péče v kombinaci s jinými povinnostmi (např. v rodině či práci). V této položce až 41 % respondentů odpovědělo, že se občas cítí ve stresu. Závažné starosti, jak do budoucna vyřeší péči o svého příbuzného (ot.16) má 24 % respondentů a 42 % odpovědělo, že touto otázkou se zabývá dost často. V situaci, kdy pečující bezprostředně pečuje o svého blízkého uvedlo 34 % respondentů, že se někdy cítí stresováni (ot.18). Nepříznivý vliv na zdraví z důvodu péče zkoumala otázka číslo 19. Respondenti uváděli nejčastěji položky „někdy“ nebo „zřídka“. Pečování nemá žádný vliv na zdraví u 13 % respondentů. Co se týká finanční situace (ot.24), 32 % respondentů uvedlo, že jejich finanční situace je značně nepříznivá (označili položku „dost často“). Otázka č. 25 vymezuje, jak často mají pečující pocit, že se již dále nebudou moci postarat o svého blízkého (z důvodu např. zdravotních či psychických problémů). Pozitivní je, že až 25 % respondentů uvedlo, že tento pocit nikdy nemají. Pocit, že se již déle nebudou moci starat má pouze někdy 34 % respondentů. Pocit podřízení života péči samozřejmě závisí na

několika aspektech. Jedním z nich může být například stupeň omezení soběstačnosti příjemce péče, nebo také celková doba, po kterou pečující pečují. Pouze 5 % respondentů má pocit, že je jejich život zcela podřízen pečování (ot.26). Nejpočetnější část respondentů uvedla v této otázce položku „někdy“ (29 %). Celkem 47 % respondentů si stále nebo dost často přeje, aby mohl břemeno péče přesunout na někoho jiného (ot.27). Pouze někdy se v péči cítí nejistě 39 % respondentů. Z uvedené tabulky je zřejmé, že fyzické, psychické a finanční potíže respondenti vnímají spíše občas nebo dost často.

Tabulka 9 – Pečovatelská zátěž C

Otázka	nikdy	zřídka	někdy	dost často	vždy
11. Máte pocit, že Váš příbuzný od Vás požaduje více péče, než skutečně potřebuje?	13 %	32 %	29 %	25 %	1 %
17. Máte pocit, že Váš příbuzný je na Vás značně závislý?	1 %	13 %	29 %	32 %	25 %
23. Je Vaše péče přijímána jako kdybyste byl jediný/á, na koho se Váš příbuzný může spolehnout nebo na kom je závislý?	10 %	18 %	35 %	23 %	14 %
29. Máte pocit, že byste měl/a dělat pro svého příbuzného více?	23 %	28 %	29 %	18 %	2 %
30. Myslíte si, že byste se mohl/a starat ještě lépe?	10 %	22 %	52 %	15 %	1 %
14. Býváte rozzloben/a, když jste se svým příbuzným?	14 %	37 %	34 %	14 %	1 %

Tabulka odpovídá na otázky subjektivní zátěže pečovatele ve smyslu např. manipulace příjemcem péče, přehnané nároky ze strany příjemce na pečujícího. Hodnotí vztahy mezi příjemcem péče a neformálním pečujícím. Pocit, že příbuzný požaduje více péče, než skutečně potřebuje (ot.11) vnímá jen zřídka 32 % respondentů. Pouze 1 % uvedlo, že takový pocit mají vždy. Pocit značné závislosti příbuzného (ot.17) vnímá dost často až 32 % respondentů. Otázka číslo 23 je podobná jako otázka 17, avšak se částečně ptá i na vztahy v rodině. Myslím si, že pokud je role pečujících rovnoměrně rozdělena mezi členy rodiny, tak má hlavní pečující menší pocit, že je jediný, na koho se příjemce péče může spolehnout. Avšak v některých situacích může vyžadovat příjemce péče k různým intimním úkonům pouze jednu a tu samou osobu. To poté může vypadat tak, že příjemce péče odmítá ostatní členy rodiny a jejich pomoc. 35 % respondentů má občas pocit, že je jejich péče přijímána, jako by byl jediný, na koho se blízký může spolehnout a na kom je závislý. Na otázky, zdali má pečující pocit, že by se mohl starat ještě lépe nebo by měl dělat pro svého příbuzného více (ot.29 a 30), pečující odpovídali spíše „někdy“ nebo „zřídka“. Položku „vždy“ označilo

pouze malé procento respondentů. Pozitivní je zjištění, že 37 % respondentů bývá jen zřídka rozzlobeno, když je se svým příbuzným (ot.14).

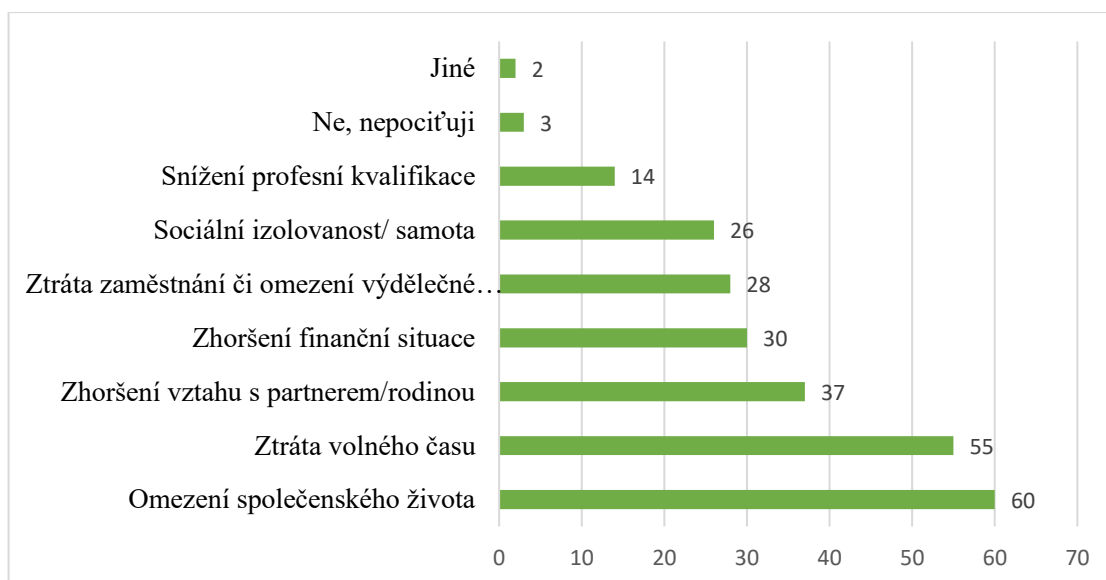
Tabulka 10 – Celková zátěž

Otázka	téměř žádná	malá	průměrná	značná	extrémní
31. Jak hodnotíte celkovou zátěž péče	12 %	18 %	45 %	17 %	8 %

Poslední otázka v sekci „pečovatelská zátěž“ směřovala k hodnocení celkové zátěže. Respondenti spíše hodnotili zátěž jako průměrnou (označilo 42 respondentů z 93). Extrémní zátěž označilo v dotazníku pouze 8 % respondentů.

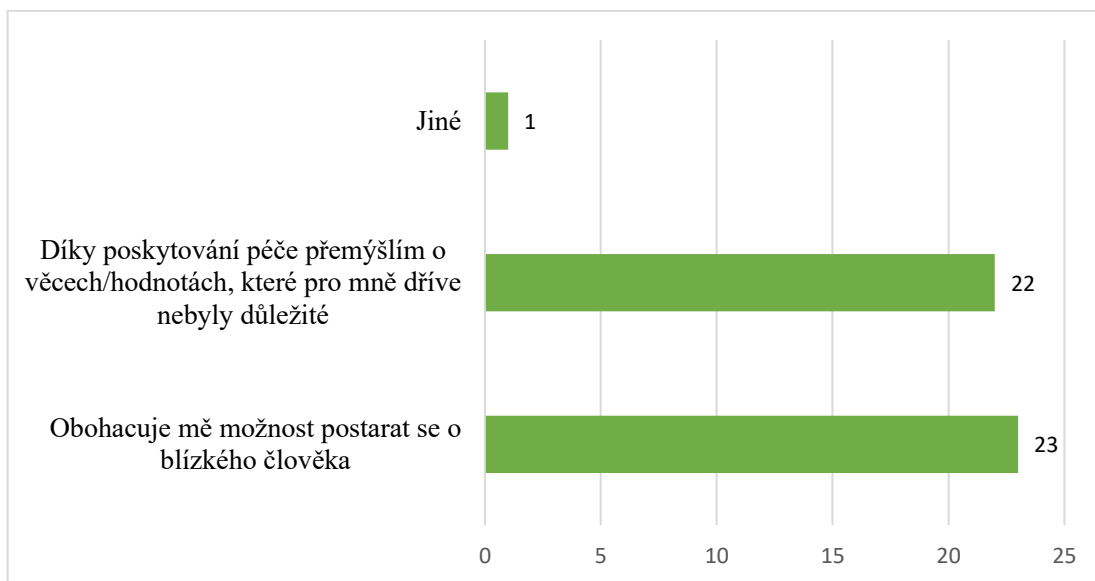
Osobní a společenské dopady

Graf 8 – Osobní a společenské dopady



Respondenti odpovídali na otázku, zdali pocítují nějaké dopady na svou osobu, které jsou důsledkem toho, že se starají o svého blízkého. V této otázce mohli zaznačit i více než jednu odpověď. Jak je z grafu zřejmé, pouze 3 osoby z celkových 93 respondentů nepocítují žádné osobní dopady. Nejvíce se omezení týkají společenských události, jako např. omezení společenského života (60 z 93 respondentů) a ztráta volného času (55 z 93 respondentů). Méně často pečující uváděli sociální izolovanost nebo pocity samoty (26), nebo také snížení profesní kvalifikace (14). 2 respondenti označili položku „jiné“, kde uvedli „připadám si jako v domácím vězení“, což by se dalo stáhnout právě na sociální izolovanost. Další respondent napsal: „víceméně nedokážu přemýšlet o ničem jiném, než o péči o rodiče“.

Graf 9 – Pozitivní dopady



Tyto položky byly součástí předchozí otázky, nicméně jsem je do grafu zařadila samostatně pro lepší přehled. Pozitivní je, že až 23 respondentů vnímá péči o blízkého jako něco, co jej obohacuje a 22 respondentů z 93 označilo, že díky poskytování péče přemýšlí o určitých hodnotách, které pro ně dříve nebyly důležité. V položce „jiné“ respondent uvedl, že péčí vlastně trénuje trpělivost a pokoru, která je v životě velmi důležitá. Respondenti v mnoha případech sice označili několik negativních dopadů, ale zároveň vnímají péči, jako něco obohacujícího.

Zdravotní dopady

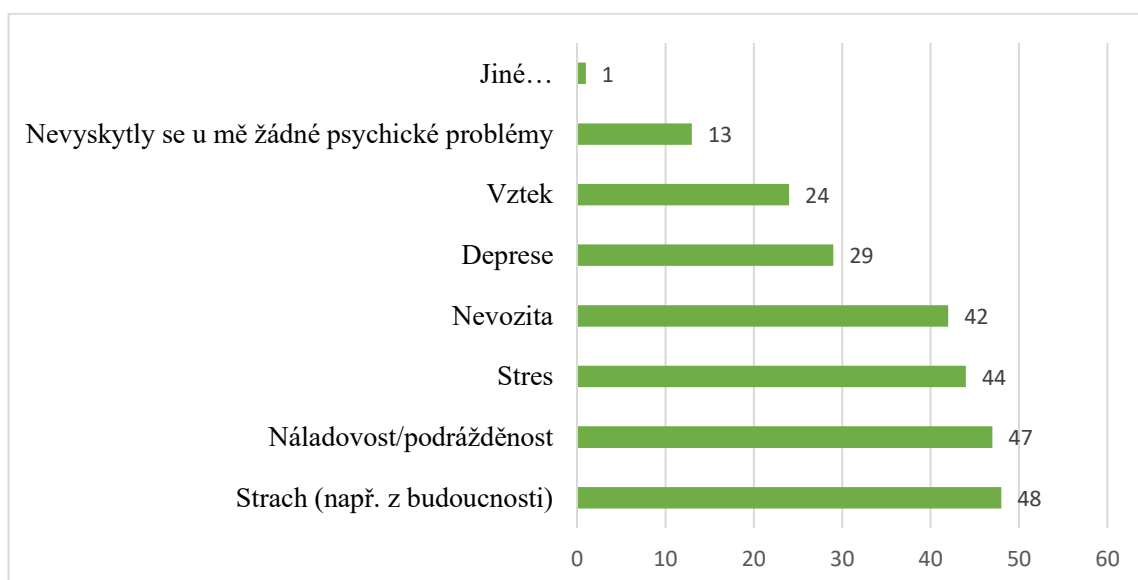
Graf 10 – Fyzické dopady



Seznam zdravotních dopadů jsem čerpala primárně od Kurucové (2016) která ve své publikaci „zátěž pečovatele“ jmenuje několik základních zdravotních (také psychických) problémů. Ukázalo se, že nejčastějším problémem pečujících je únava a vyčerpání, kterou uvedlo až 70 respondentů z 93. Druhou mnohokrát zvolnou položkou byly bolesti pohybového aparátu (např. svalů či kloubů), které zvolilo 47 respondentů. Méně často pak volili nechutenství (14 z 93 respondentů). 15 pečujících uvedlo, že nepociťují žádné zdravotní problémy. Položku „jiné“ neuvedl žádný respondent, proto jsem ji do grafu nekládala.

Psychické dopady

Graf 11 – Psychické dopady



Velká část respondentů uváděla, že mezi psychické dopady, které souvisí s péčí o blízkého pociťují hlavně strach (např. z toho, jak v budoucnu vyřeší určité záležitosti s péčí), což označilo celkem 48 respondentů z celkových 93. Následovala náladovost nebo podrážděnost (47) a stres (44). U 13 pečujících se nevyskytly žádné psychické problémy, které by byly spojené s péčí o blízkého. Jeden respondent označil položku „jiné“, kde uvedl „ztrátu sebevědomí“.

Poslední položka v dotazníku byla dobrovolná. Sloužila k tomu, aby se pečující mohl více rozepsat v případě, že má k tématu ještě nějaké dodatky. Respondenti většinou popisovali svůj příběh v několika krátkých větách. O svoje příběhy nebo pocity se podělilo celkem 8 respondentů. Z důvodu zachování anonymity nebudu uvádět věk ani pohlaví respondenta. Objevovalo se částečně pozitivní vnímání péče: např:

- u respondenta A: „O svého otce se starám již několik let, jeho nemoc je roztroušená skleróza a díky bohu za alternativní medicínu se kterou je otec již rok samostatný. Jeho nemoc je nevyzpytatelná a nevléčitelná, ale s pomocí rodiny držíme a jsem šťastná, když se o otce mohu starat já.“
- Respondent B: „Protože jsem věřící katolička, tak přes některé negativní skutečnosti vnímám péči jako milost a jsem Bohu vděčná, že mi ji umožnil.“
- Respondent C: „Charita v místě bydliště mi neuvěřitelně vyšla vstříc. Cokoliv jsem potřebovala, vše mi vypůjčili a poradili.“

Respondenti, kteří popisovali svůj příběh spíše neutrálně:

- Respondent D: „Můj otec má po malé mozkové příhodě nález na malém mozku, takže trpí poruchou rovnováhy s častými pády a má stařeckou demenci. Jeho zdravotní stav se postupně zhoršuje. Nyní již zcela odkázán na invalidní vozík. Od ledna máme zažádáno o vyšší stupeň příspěvku na péči.“

Respondenti, kteří dodávali své negativní zkušenosti a emoce:

- Respondent E: „Vím, že péče o blízkou osobu by měla obohacovat, ale převládají pocity vyčerpání“
- Respondent F: „Je to velmi náročné“ a respondent G: „jsem už vyčerpaná“
- Respondent D: „Když už můj otec nemohl být sám a vzala jsem si jej domů, nebyl na tom tak špatně, jak je teď. Takže se nároky na mou péči postupně zvyšovaly. Když jsem nejvíce potřebovala pomoc charity, tak mi bylo řečeno, že si musím znovu podat žádost, protože toho mají moc a jsou plní. Co se týká příspěvku na péči, dlouho jsem o něj nezažádala a pak už to bylo potřeba. Není úplně jednoduché a automatické získání patřičného stupně. Také je dost těžké skloubit práci, péči o otce, starost o rodinu. V podstatě potřebuji každý den někoho zaplatit, aby mi na otce alespoň v poledne dohlédl.“

5.3 Ověření hypotéz

Následující kapitola se bude věnovat ověření hypotéz, které jsme si předem určily. Byly stanoveny celkově čtyři hypotézy. Cílem je zjistit závislost pečovatelské zátěže s věkem, délkou péče, podporou rodiny a využitím sociálních služeb.

H₁: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby neexistuje závislost.

H_A: Mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby existuje závislost.

Tabulka 11 – Kontingenční tabulka pro ověření první hypotézy

	Do 30 let	31–45	46–60	61 a více let	Σ
Minimální zátěž	2	1	1	0	4
Mírná – střední zátěž	14	11	6	2	33
Střední – těžká zátěž	4	6	33	9	52
Velmi těžká zátěž	0	0	2	2	4
Σ	20	18	42	13	93

$$x^2 = 35,202$$

$$x^2_{0,05} (9) = 16,919$$

$$x^2 > x^2_{0,05}$$

Vypočítaná hodnota je větší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti. Nulová hypotéza je proto zamítnuta a přijímáme hypotézu alternativní. **Mezi mírou pečovatelské zátěže a věkem pečující osoby tedy existuje závislost.**

Ve výstupní analytické zprávě z roku 2015 autoři popisují i pečující staršího věku a jejich nejčastější obavy. S vlastním stářím totiž přichází i myšlenky, jak se v budoucnosti vyřeší péče o opečovávanou osobu (např. z důvodu zhoršení zdravotního stavu pečovatele nebo jeho smrti). (Uhlířová a Latimier 2013, s. 50-51 in Geissler, Holeňová, Horová, 2015a, s. 29)

H² Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu neexistuje závislost.

H_A: Mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu existuje závislost.

Tabulka 12 - Kontingenční tabulka pro ověření druhé hypotézy

	Méně než 1 rok	1–3 roky	3–5 let	5–7 let	7 a více let	Σ
Minimální zátěž	3	1	0	0	0	4
Mírná – střední zátěž	11	13	7	0	2	33
Střední – těžká zátěž	5	18	7	7	15	52
Velmi těžká zátěž	0	1	0	1	2	4
Σ	19	33	14	8	19	93

$$x^2 = 28,352$$

$$x^2_{0,05} (12) = 21,026$$

$$x^2 > x^2_{0,05}$$

Vypočítaná hodnota je větší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti. Nulová hypotéza je proto zamítnuta a přijímáme hypotézu alternativní. **Mezi mírou pečovatelské zátěže a délkou péče o blízkou osobu tedy existuje závislost.**

Toto také uvádí ve svém výzkumu Šimoník (2015, s. 76). „Silně rizikovým faktorem je v nemalé míře délka a intenzita péče. Čím déle péče trvá a čím náročnější je, tím jsou všechny negativní dopady intenzivnější.“ (Šimoník, 2015, s. 76)

H₃: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny neexistuje závislost.

H₁: Mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny existuje závislost.

Tabulka 13 - Kontingenční tabulka pro ověření třetí hypotézy

	S pomocí rodiny	Bez pomoci rodiny	Σ
Minimální zátěž	3	1	4
Mírná – střední zátěž	22	11	33
Střední – těžká zátěž	24	28	52
Velmi těžká zátěž	1	3	4
Σ	50	43	93

$$x^2 = 5,482$$

$$x^2_{0,05} (3) = 7,815$$

$$x^2 < x^2_{0,05}$$

Vypočítaná hodnota je menší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti. Z tohoto důvodu přijímáme nulovou hypotézu.

Mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny tedy neexistuje závislost.

Toto zjištění je poněkud překvapující. Jelikož několik autorů ve svých výzkumech zmiňuje podporu rodiny jako důležitou při neformální péči. „Při náročné péči je psychická podpora ze strany nejbližších pro pečující významným povzbuzením a možnost sdílení pečovatelských povinností poskytuje hlavní pečující osobě nejen prostor pro odpočinek, ale i prostor pro vlastní seberealizaci a záliby.“ (Bareš et al., 2012, s. 99 in Geissler, Holeňová, Horová, 2015a, s. 27) Avšak ne ve všech rodinách je přítomna osoba, která by mohla plně převzít odpovědnost za příjemce péče místo hlavní pečující osoby. Důvodem je např. vyčerpanost ze zaměstnání, věk nebo zdravotní stav potencionálního zástupce péče. (Klvačová, 2017, s. 21) Klvačová (2017, s. 21- 22) zmiňuje i situaci, kdy hlavní pečující má psychické, morální nebo jiné zábrany přesunout břemeno péče na jinou blízkou osobu. Je velice důležité, aby si pečující uvědomil nutnost sdílení péče s další blízkou osobou.

H4: Existuje závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb při dlouhodobé péči?

H₀: Mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb neexistuje závislost.

H₁: Mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb existuje závislost.

Tabulka 14 - Kontingenční tabulka pro ověření čtvrté hypotézy

	Nevyužití sociálních služeb	Využití sociálních služeb	Σ
Minimální zátěž	2	2	4
Mírná – střední zátěž	25	8	33
Střední – těžká zátěž	22	30	52
Velmi těžká	2	2	4
Σ	51	42	93

$$x^2 = 9,2$$

$$x^2_{0,05} (3) = 7,815$$

$$x^2 > x^2_{0,05}$$

Vypočítaná hodnota je větší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti. Z tohoto důvodu přijímáme alternativní hypotézu a odmítáme nulovou. **Mezi mírou pečovatelské zátěže a využití sociálních služeb tedy existuje závislost.**

„Sdílení péče se sociální službou může pečujícím pomoci kombinovat péči s placenou prací, díky čemuž se mohou vyhnout finanční tísní a negativním dopadům dlouhodobé péče.“ (Geissler, Holeňová, Horová, 2015a, s. 95) Zároveň je to pro pečující možnost si do určité míry odpočinout. (Geissler, Holeňová, Horová, 2015b, s. 15)

6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V průběhu výzkumu jsem se snažila najít odpovědi na předem dané výzkumné otázky:

Jaké jsou dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči?

1. Jaké jsou psychické dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči

Nejčastěji respondenti uváděli jako psychické dopady strach (např. z budoucnosti), náladovost/podrážděnost, a nervozitu. Méně respondentů (24 z 93) poté uváděli, že při péči o blízkou osobu pociťují vztek. Jeden respondent uvedl do položky „jiné“ ztrátu sebevědomí. Což by bylo jistě ve větší četnosti, pokud bychom tuto položku vložili do výběru psychických dopadů. U 13 respondentů se nevyskytly žádné z uvedených psychických dopadů.

2. Jaké jsou fyzické dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči

Fyzické dopady jsem v dotazníku uvedla jako „zdravotní problémy“, jelikož tento termín je pro širokou veřejnost více známý, než „fyzické problémy“. Až 70 z 93 respondentů uvedlo únavu a vyčerpanost jako hlavní problém, který souvisí s péčí o blízkého. Nejméně často pak uváděli nechutenství (pouze 14 respondentů z 93). U 15 respondentů se nevyskytly žádné zdravotní problémy.

3. Jaké jsou sociální dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči

Nejvíce péče ovlivňuje právě čas, který by jinak pečující věnovali sobě. Což se odrazilo i na výsledcích výzkumu, kdy respondenti nejčastěji uváděli omezení společenského života a ztrátu volného času. Také se v důsledku péče často zhoršil jejich vztah s partnerem nebo rodinou (37 respondentů z 93). Méně respondentů (14) uvedlo i snížení profesní kvalifikace. Pouze 3 respondenti nepociťují žádné osobní a společenské dopady, což je z celkového počtu 93 respondentů značně znepokojující. Avšak pozitivní je, že pečujícího často obohacuje možnost postarat se o blízkého člověka a také díky péči přemýšlí o různých hodnotách jinak.

4. Jaké jsou finanční dopady na neformální pečující, kteří poskytují dlouhodobou péči

Až 32 % respondentů uvedlo, že mají dost často pocit, že je jejich finanční situace nepříznivá, a tudíž ovlivňuje rozhodování o další péči. Zhoršení finanční situace pociťovala skoro 1/3 respondentů.

Hypotézy:

Zajímala nás souvislost pečovatelské zátěže s věkem pečující osoby, délkou péče o blízkou osobu, podporou rodiny a využitím sociálních služeb. Bylo zjištěno, že míra pečovatelské zátěže souvisí s věkem, délkou péče a využitím sociálních služeb. Dá se proto předpokládat, že čím je péče o blízkého delší a vykonává jej starší osoba, tím jsou dopady a míra pečovatelské zátěže na neformální pečovatele výraznější. Čím méně pečující využívá sociálních služeb, tím více se dá předpokládat vyšší míra pečovatelské zátěže. Naopak se neprokázala závislost mezi mírou pečovatelské zátěže a podporou ze strany rodiny.

ZÁVĚR

I přesto, že jsou neformální pečující nenahraditelní, stále se setkáváme s nedostatečným oceněním této péče. Pečující se často dostává do situace, kdy je jeho blízký značně závislý na jeho pomoci. Tato situace ovlivňuje psychiku, zdraví i sociální kontakty pečujícího.

Cílem této bakalářské práce bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, jaké jsou dopady na neformální pečující při dlouhodobé péči a co je ovlivňuje.

Nejčastějším pečovatelem jsou právě ženy ve věku 46–60 let, které pečují o své rodiče. Průměrně vykonávají tuto činnost mezi 1–3 roky. Pomáhají primárně při poskytování stravy nebo jejím zajištění, při hygieně nebo chodu domácnosti, jako je např. úklid a údržba domu.

Členové rodiny jsou důležitým prvkem v životě každého z nás. Více než polovina pečujících uvedla, že jim s péčí pomáhá člen rodiny. Nejčastěji mezi tyto osoby patřili partneři, rodiče a děti. Avšak ve výzkumu byla vyvrácena hypotéza závislosti mezi podporou členů rodiny a mírou pečovatelské zátěže. Což může být způsobeno několika aspekty. Pečující možná nevědomě přebíral roli hlavního pečujícího hned v začáteční fázi péče a ostatní rodinní příslušníci se proto zapojují do péče jen na žádost hlavního pečujícího. Člen rodiny také může vykonávat pouze určité doplňkové záležitosti, jako obstarání nákupu, úklid domácnosti apod., což je jistě nepostradatelné. Avšak pokud péče není rovnoměrně rozdělena mezi členy rodiny, tak většina úkonů leží stejně na hlavním pečujícím.

Přestože má pečující k dispozici různé sociální služby, více než polovina jej nevyužívá. Důvodem může být finanční situace pečujících, která se ve výzkumu ukázala jako nedostatečná. Nejčastěji využívaná sociální služba je pečovatelská služba nebo osobní asistence. Ověřilo se, že využití sociální služby má závislost na míru pečovatelské zátěže.

Problém, který pečovatelé nejvíce řeší při péči o blízkého člověka je ztráta volného času, omezení společenského života a také zhoršení vztahů mezi rodinou nebo partnerem. Značná část neformálních pečujících uvedla, že se vlivem dlouhodobé péče cítí unavení a vyčerpaní, také mají často problémy s bolestí pohybového aparátu. Jako závažné psychické dopady pociťují ve velké míře obavy a strach, co přinese budoucnost. Pečující bývá vlivem poskytování péče náladový a podrážděný. Neméně často pak zažívá stres a nervozitu.

Cílem sociálních pracovníků a institucí, které se zaměřují na domácí péči by měla být podpora neformálních pečujících po všech stránkách (jak fyzické, psychické, tak i sociální).

Také pečující by si měli uvědomovat, kde jsou jejich hranice a dodržovat správnou psychohygienu. Často pečující totiž zapomínají myslet sami na sebe. Využít k pomoci můžou různé sociální služby nebo více zapojit členy rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna. *Slovník sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 461 s. ISBN 8072621750.
- [2] BANÝROVÁ, Olga. *Výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na skupinu neformálních pečujících osob* [online]. 2016. 29 s. [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: https://zbb.cz/sites/default/files/soubory/clanky/2016/zbb_dotazniknp_vystupy2016.pdf
- [3] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 9788026200277.
- [4] ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016, 152 s. ISBN 9788024634043.
- [5] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p3-1-d>
- [6] DOHNALOVÁ, Zdeňka et Olga HUBÍKOVÁ. *Problematika lidí pečujících o osobu blízkou v městě Brně* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. 2013. 63 s. [cit. 2020-05-01]. Dostupné také z: <http://docplayer.cz/2006645-Problematika-lidi-pecujicich-o-blizkou-osobu-v-meste-brne.html>
- [7] DRAGOMIRECKÁ, Eva, Anna KVIRENCOVÁ a Hana JANEČKOVÁ. *Psychoedukace pro rodinné pečující o seniora s demencí. Fórum sociální práce* [online]. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2018, **18**(Special Issue), 35–48 [cit. 2020-02-26]. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/104229/Eva_Dragomirecka_-_Anna_Kvirencova_-_Hana_Janeckova_35-48.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [8] DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2015, 199 s. Knižnice Sociologické aktuality. ISBN 9788074191824.
- [9] DUDOVÁ, Radka. Příspěvek na péči jako „zvláštní peníze“: chápání a užívání příspěvku na péči v blízkých vztazích. *Gender a výzkum* [online]. 2018, **19**(1): 58-

81. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.genderonline.cz/cs/issue/45-rocnik-19-cislo-1-2018/534>
- [10] GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie et al. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. 2015a. [cit. 2020-05-13]. Dostupné také z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:K5jnVFYsbb4J:https://kopolis.cz/file/home/download/1206%3Fkey%3D2fd7643342+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz#9>
- [11] GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie et al. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. 2015b. [cit. 2020-05-13]. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/44366257-Zaverecna-zprava-z-fokusnich-skupin.html>
- [12] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199
- [13] HAŠPLOVÁ, Anna. *Potřeba krizové intervence u neformálně pečujících. Fórum sociální práce* [online]. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2019, **19**(2), 91–105. [cit. 2020-02-26]. ISSN 2336-6664. Dostupné také z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/115644/Anna_Hasplova_91-105.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [14] HELD, Virginia. *Etika péče: osobní, politická a globální*. 1. vyd. Praha: Filosofia, 2015, 312 s. Základní filosofické texty. ISBN 9788070074473.
- [15] HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014, 176 s. ISBN 9788024754390.
- [16] HUBÍKOVÁ, Olga. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2017, **17**(6), 5–21. ISSN 1213-6204.
- [17] HUBÍKOVÁ, Olga. *Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie* [online]. Masarykova univerzita, 2015, **15**(1), 43–68. [cit. 2020-02-26].

- ISSN 978-80-210-7865-9. Dostupné také z:
https://is.muni.cz/do/fss/kspsp/knihy_esf/Kubalcikova-e-kniha.pdf
- [18] CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014, 108 s. Pedagogika. ISBN 9788074544200.
- [19] CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015, 132 s. Pedagogika. ISBN 9788074545535.
- [20] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016, 254 s. Pedagogika. ISBN 9788024753263
- [21] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96 s. ISBN 8073681102.
- [22] JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 316 s. Studie. ISBN 9788074191176.
- [23] KAUFMANOVÁ, Petra. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce* [online]. Brno: ASVSP 2004, 4(2), 95-105 [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>
- [24] KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum-SDA Info* [online]. 2013, 7(2), s. 107-123. [cit. 2020-05-10]. ISSN 1802-8152. Dostupné z: http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf
- [25] KLVAČOVÁ, Petra. Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice. *Centrum pro komunitní práci střední Čechy*. [online]. 2017, [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: <http://www.cpkp.cz/index.php/programy-stc/komunitni-planovani-socialnich-sluzeb/pecovat-a-zit-doma-je-normalni/261-pecovat-a-zit-doma-je-normalni>
- [26] KOTRUSOVÁ, Miriam., DOBIÁŠOVÁ, Karolína., HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální*

- politiky* [online]. 2013, **13**(6) s. 10-20. [cit. 2020-03-21]. ISSN 1803-7488 Dostupné z:http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf
- [27] KOŽUCHOVÁ, Mária. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2014, 244 s. ISBN 9788080634148.
- [28] KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. 1. vyd. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013, 243 s. ISBN 9788073262327.
- [29] KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016, 112 s. Sestra. ISBN 9788024757070.
- [30] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 9788024721385.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 9788073673680
- [32] MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.
- [33] MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujících*. 1. vyd. Moravskoslezský kruh, o. s., Brno, 2010, 127 s. ISBN 978-80-254-7333-7.
- [34] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 9788073678593.
- [35] MIKANOVÁ, Anna. Rodinná péče o seniora z pohledu rodinných pečujících. *Fórum sociální práce* [online]. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2018, **18**(8), 81–88. [cit. 2020-03-21]. ISSN 2336-6664. Dostupné také z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/104226/Anna_Mikanova_81-88.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [36] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. MPSV [cit. 2020-4-23]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz>

- [37] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 9788024738727.
- [38] NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 9788073675097.
- [39] PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 150 s. ISBN 9788073673819.
- [40] SLÁMOVÁ, Regina, Alžběta MARKOVÁ, Petra KUBÁČKOVÁ a Barbora ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. 1. vyd. Brno: Edika, 2018, 158 s. ISBN 9788026612797.
- [41] ŠIMONÍK, Pavel. *Podpora neformálních pečovatelů – závěrečná zpráva z výzkumu* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015. [citované 2020-04-22] Dostupné také z: http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM_CSDA00167.pdf?sequence=1
- [42] ŠMÍDOVÁ, Terezie. *Specifické potřeby neformálních pečujících o seniora s demencí v Praze*. *Fórum sociální práce* [online] Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2018, **18**(8), 89–99. [cit. 2020-03-21]. ISSN 2336-6664. Dostupné také z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/104225/Terezie_Smidova_89-99.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [43] ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 288 s. ISBN 9788024626284.
- [44] TABAKOVÁ, Mária. a Petra VÁCLAVIKOVÁ. *Zátěž opatrovatelů v domácím prostředí*. *Profese on-line* [online]. 2008 **1**(2), 77–88 [cit. 2020-05-02]. ISSN 1803–4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/zataz-opatrovateora-v-domacom-prostredi/>
- [45] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Příručka pečovatele: starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* 3. aktualizované vyd. 2002. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-8541-3.

- [46] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018, 387 s. Psyché. ISBN 9788027103782.
- [47] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 9788024721705.
- [48] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2020-04-29]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- [49] ZVĚŘOVÁ, Martina. Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2015 **111**(2), 59-63 [cit. 2020-05-02]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1013>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a spol.	a společnost
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČR	Česká republika
např.	například
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
Ot.	Otázka
Pnp	Příspěvek na péči
Resp.	Respektive
s.v.	Stupně volnosti
tzv.	takzvaně
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
ZBI	Zarit Burden Inventory Interview
Z.ú	Zapsaný ústav

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Výše příspěvku na péči.....	27
Tabulka 2 – Pohlaví respondentů.....	37
Tabulka 3 – Složení respondentů dle věku	38
Tabulka 4 – Příjemce péče.....	40
Tabulka 5 – Délka poskytování péče	41
Tabulka 6 – Výše pobíraného příspěvku na péči závislé osoby	42
Tabulka 7 – Pečovatelská zátěž A	44
Tabulka 8 – Pečovatelská zátěž B.....	45
Tabulka 9 – Pečovatelská zátěž C.....	46
Tabulka 10 – Celková zátěž.....	47
Tabulka 11 – Kontingenční tabulka pro ověření první hypotézy	51
Tabulka 12 - Kontingenční tabulka pro ověření druhé hypotézy	52
Tabulka 13 - Kontingenční tabulka pro ověření třetí hypotézy	53
Tabulka 14 - Kontingenční tabulka pro ověření čtvrté hypotézy	54

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů	37
Graf 2 – Složení respondentů dle věku	38
Graf 3 – Dosažené vzdělání respondentů	39
Graf 4 – Příjemce péče.....	40
Graf 5 – Celková doba péče o závislou osobu.....	41
Graf 6 – Vykonávané činnosti	42
Graf 7 – Využití služeb při zajišťování péče	43
Graf 8 – Osobní a společenské dopady	47
Graf 9 – Pozitivní dopady	48
Graf 10 – Fyzické dopady.....	48
Graf 11 – Psychické dopady	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník	69
---------------------------	----

Příloha 1: Dotazník

Vážená paní, Vážený pane

Jmenuji se Kateřina Čablová a jsem studentka 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií, Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Píši bakalářskou práci na téma "Dopady dlouhodobého poskytování péče na neformální pečující." Zajímám se o pečující, kteří minimálně po dobu 3 měsíců pečují o blízkou osobu se sníženou soběstačností a patří mezi hlavní pečující. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Získaná data budou sloužit jako podklad pro zpracování mé bakalářské práce.

Velice Vám děkuji za Vaši ochotu, čas a upřímnost.

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk?.....

3. Vzdělání

- a) Bez maturity
- b) S maturitou
- c) VŠ nebo VOŠ

4. Velikost obce, ve které žijete

- a) Do 999 obyvatel
- b) 1 000 - 4 999 obyvatel
- c) 5 000 – 19 999 obyvatel
- d) 20 000 – 99 999 obyvatel
- e) 100 000 a více obyvatel

5. Osoba, o níž pečujete je:

- a) Vaše dítě
- b) Váš rodič
- c) Váš prarodič

- d) Váš partner
- e) Rodič vašeho partnera
- f) Váš sourozenec
- g) Jiné.....(*doplňte prosím*)

6. Celková doba péče o závislou osobu

- a) Méně než 1 rok
- b) 1–3 roky
- c) 3–5 let
- d) 5–7 let
- e) 7 a více

7. Podílí se někdo další na péči?

- a) Ne
- b) Pokud ano, napište váš vztah k osobě (např. syn, manžel...)

.....

8. Činnosti, se kterými přímo pomáháte

Pozn: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc při oblékání, přesun na lůžko nebo vozík...)
- b) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (např. mytí, česání...)
- c) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (např. příprava jídla a pití...)
- d) Pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid a údržba domácnosti...)
- e) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (např. pošta, banka, úřady...)
- f) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (např. zájmové a volnočasové aktivity, společenské hry...)
- g) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovod na společenské a kulturní akce...)
- h) Jiné.....(*uved'te prosím jaké*)

9. Výše pobíraného příspěvku na péči závislé osoby

- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň
- e) Nepobírá, ale je zažádáno
- f) Nepobírá, žádost byla zamítnuta
- g) Nepobírá a není zažádáno

10. Jaké služby při zajišťování péče využíváte?

Pozn: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) Osobní asistence
- b) Pečovatelská služba
- c) Tísňová péče
- d) Odlehčovací služba
- e) Denní stacionář
- f) Týdenní stacionář
- g) Raná péče
- h) Sociální rehabilitace
- i) Žádnou
- i) Jiné?.....(uved'te prosím jaké)

Následující tvrzení vyjadřují vaše nejčastější pocity při péči o nesoběstačného člena rodiny nebo blízkého příbuzného.

Označte prosím na stupnici od 1–5 na základě toho, jak často máte takové pocity.

11. Máte pocit, že Váš příbuzný od Vás požaduje více péče, než skutečně potřebuje?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

12. Máte pocit, že v důsledku péče Vám nezbývá dost času na sebe?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

13. Cítíte se stresován/a potřebou péče a ostatními povinnostmi v rodině či práci?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

14. Býváte rozzloben/a, když jste se svým příbuzným?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

15. Máte pocit, že péče o nesoběstačného člena rodiny nepříznivě ovlivňuje Vaše rodinné vztahy či vztahy s přáteli?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

16. Míváte starosti, jak do budoucna vyřešíte péči o Vašeho příbuzného?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – stále

17. Máte pocit, že Váš příbuzný je na Vás značně závislý?

1 - ne 2 - zřídka 3 - někdy 4 - značně 5 – velmi závislý

18. Cítíte se ve stresu, když bezprostředně pečujete o svého blízkého?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

19. Má pečování nepříznivý vliv na Vaše zdraví?

1 - ne 2 - mírně 3 - průměrně 4 - značně 5 – velmi nepříznivý

20. Myslíte si, že péče o blízkého Vás zbavuje soukromí?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

21. Musel/a jste v důsledku pečování omezit své společenské aktivity (např. dovolenou, návštěvy kulturních představení, posezení s přáteli, koníčky atd.)?

1 - ne 2 - výjimečně 3 - někdy 4 – výrazně omezit 5 – zcela omezit

22. Pociťujete výše uvedená omezení společenských aktivit nepříjemně?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

23. Je Vaše péče přijímána jako kdybyste byl jediný/á, na koho se Váš příbuzný může spolehnout nebo na kom je závislý?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

24. Myslíte si, že Vaše finanční situace je nepříznivá, takže ovlivňuje Vaše rozhodování o další péči?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

25. Míváte pocit, že se již déle nebudete moci starat?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

26. Míváte pocit, že Váš život je zcela podřízen pečování?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

27. Přál/a byste si, abyste mohl/a břemeno péče přesunout na někoho jiného?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

28. Cítíte se nejistý/á a nevíte, jak máte pečovat?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

29. Máte pocit, že byste měl/a dělat pro svého příbuzného více?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

30. Myslíte si, že byste se mohl/a starat ještě lépe?

1 - nikdy 2 - zřídka 3 - někdy 4 - dost často 5 – vždy

31. Jak hodnotíte celkovou zátěž péče

1 – téměř žádná 2 - malá 3 - průměrná 4 - značná 5 – extrémní

32. Pociťujete Vy osobně nějaké dopady na svou osobu, které jsou důsledkem toho, že se staráte o svého blízkého?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) Ztráta zaměstnání či omezení výdělečné činnosti
- b) Snížení profesní kvalifikace
- c) Omezení společenského života
- d) Ztráta volného času
- e) Zhoršení vztahu s partnerem/rodinou
- f) Sociální izolovanost/ samota
- g) Zhoršení finanční situace
- h) Obohacuje mě možnost postarat se o blízkého člověka
- i) Díky poskytování péče přemýšlím o věcech/hodnotách, které pro mě dříve nebyly důležité
- j) Jiné?.....(*doplňte prosím*)
- k) Ne, nepociťuji

33. Vyskytly se u Vás nějaké konkrétní zdravotní problémy v souvislosti s péčí o blízkého?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) Únava, vyčerpanost
- b) Časté bolesti hlavy
- c) Poruchy spánku
- d) Bolesti pohybového aparátu (svalů, kloubů...)
- e) Nechutenství

- f) Zhoršení dosavadního onemocnění
- g) Jiné.....(uveďte prosím)
- h) Nevyskytly se u mě žádné zdravotní problémy

34. Vyskytly se u Vás nějaké konkrétní psychické problémy v souvislosti s péčí o blízkého?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- a) Stres
- b) Vztek
- c) Náladovost/ podrážděnost
- d) Nervozita
- e) Strach (např. z budoucnosti)
- f) Deprese
- g) Jiné...
- h) Nevyskytly se u mě žádné psychické problémy

35. Pokud máte k tomuto tématu cokoli dalšího, zde se můžete více rozepsat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. V případě otázek mě neváhejte kontaktovat na emailové adrese k_cablova@utb.cz