

Psychosociální zátěž osob pečujících o seniory v domácím prostředí

Bc. Kamila Halešová

Diplomová práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kamila Halešová**
Osobní číslo: **H21446**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Psychosociální zátěž osob pečujících o seniory v domácím prostředí**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti domácí péče o seniory, psychické a sociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí a sociálních služeb pro seniory v domácím prostředí.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou narativních rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ, 2012. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2020. Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
- DUDOVÁ, Radka, 2015. Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory. Sociologické aktuality. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-182-4.
- HENDL, Jan, 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- NAKONEČNÝ, Milan, 2020. Sociální psychologie. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-842-0.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Martincová, PhD., MBA**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **11. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **19. dubna 2024**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

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

Ve Zlíně dne 11. prosince 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 18.4.2024

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k 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, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

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

3). Odpírá-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.

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

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

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá psychosociální zátěží osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů týkajících se péče o seniora v domácím prostředí. Dále se věnuje tématu podpory neformálních pečujících, které blíže rozpracovává. Zaměřuje se na jednotlivé složky zátěže, kterou pečující osoby prožívají, a zabývá se jejich potřebami.

Praktická část si klade za cíl popsat proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Výzkum byl realizován v kvalitativním výzkumném pojetí prostřednictvím narativních rozhovorů. V praktické části je obsažena analýza a interpretace získaných dat.

Klíčová slova: pečující osoby, psychosociální zátěž, domácí péče, péče o seniory

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the psychosocial burden of people caring for the elderly people in the home environment. The theoretical part defines caregiving for the elderly in the home environment. Furthermore, it mainly focuses on support for informal caregivers and their definition. It focuses on the caregiver's burden and draws attention to the needs of caregivers as part of the caring process and the psychosocial burden associated with it. The practical part aims to describe the process of psychosocial burden of persons caring for the elderly people in the home environment. The research was conducted using a qualitative research approach through narrative interviews. The practical part includes the analysis and interpretation of the obtained data.

Keywords: caregivers, psycho-social strain, home care, older people's care

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Janě Martinové, Ph.D., MBA za vedení mé diplomové práce a poskytnutí cenných rad. Děkuji také všem respondentkám, které se ochotně zapojily do výzkumu a dovolily mi tak nahlédnout do svých životů. Poděkování patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	13
1.1 DOMÁCÍ PÉČE.....	13
1.2 NEFORMÁLNÍ PÉČE O SENIORA	14
1.3 RODINA V PÉČI O SENIORA	15
1.4 PŘIJETÍ ROLE PEČUJÍCÍ OSOBY	18
2 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH	20
2.1 VYMEZENÍ STATUSU PEČUJÍCÍ OSOBY	20
2.2 FINANČNÍ PODPORA PEČUJÍCÍCH.....	21
2.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	23
2.4 SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY	24
2.4.1 Sociální služby	25
2.4.2 Zdravotní služby.....	27
3 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH OSOB	29
3.1 NEGATIVNÍ DOPADY ZÁTĚŽE NA ŽIVOT PEČUJÍCÍCH OSOB.....	30
3.2 STRES	33
3.3 STRACH A ÚZKOST.....	36
3.4 SYNDROM VYHOŘENÍ	37
4 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH OSOB	39
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	44
5.1 CÍLE VÝZKUMU	44
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	45
5.3 DRUH VÝZKUMU	45
5.4 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	45
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	46
5.6 REALIZACE VÝZKUMU	47
5.7 ETIKA VÝZKUMU.....	48
5.8 ZPŮSOB ANALÝZY DAT	49
6 ANALÝZA DAT.....	51
6.1 KATEGORIZACE DAT.....	51
6.2 PARADIGMATICKÝ MODEL.....	66
7 INTERPRETACE DAT	70

ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	90
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	91

ÚVOD

V rámci péče o seniory je zdůrazňována snaha o co možná nejdější setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí. To s sebou přináší nutnost poskytování péče ze strany neformálních pečujících osob. V této diplomové práci se zabýváme tématem psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Na toto téma je důležité upozorňovat z toho důvodu, že může zůstat ve společnosti poměrně skryté. Je tomu tak proto, že rodinná péče o seniora je z velké části společností vnímána jako samozřejmá a pečujícím osobám není obecně věnována velká pozornost. To dokazuje také fakt, že skupina pečujících osob není na úrovni české legislativy přímo ukotvena v zákoně a na celonárodní úrovni neexistuje jednotný oficiální strategický dokument, který by se problematice pečujících osob věnoval. To se však střetává s faktem, který uvádí Colombo et. al. (2011), že Česká republika se řadí mezi evropské země s největším podílem péče, která je poskytována neformálně v poměru k péči institucionální. Z podstaty demografického stárnutí lze vyvodit, že bude přibývat seniorů, jejichž stav bude vyžadovat péči druhé osoby. Tím se tak nároky na počet neformálních pečujících osob budou zvyšovat. Odhalit přesný počet pečujících osob je však velmi komplikované, jelikož jejich počet lze odhadovat na základě seniorů, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, kde je daná pečující osoba uvedena. Počet osob, které pečují o seniory, kteří tento příspěvek nepobírají, není nijak dohledatelný. Z toho důvodu zůstává mnoho pečujících osob skryto. Většina sociálních služeb je cílena přímo na samotné seniory, potřeby pečujících osob často zůstávají bez povšimnutí.

Péče o seniora v domácím prostředí je velmi náročná a pečující osoby musí zvládat nejen poskytování pečovatelských úkonů, ale také se musí vyrovnávat s náparem povinností a zátěží, kterou, tento typ péče přináší. Z důvodu velkých časových nároků a dlouhodobého charakteru poskytování péče, jsou pečující osoby ohroženy na svém psychickém i fyzickém zdraví, sociálním vyloučení a také se mohou potýkat s finančními problémy.

Osoby do péče často vstupují bez jakýchkoli předchozích zkušeností a dostatečných informací o tom, co péče o seniora obnáší a jaké možnosti pomoci mohou využít. Za krátký čas se tak musí přetransformovat do role téměř profesionálních pečovatelů, kteří navíc, pokud jsou v pracovním procesu, musí skloubit péči se zaměstnáním nebo ze zaměstnání odejít a naplno se péči věnovat. Péče také ve velké míře ovlivňuje rodinné vztahy a celkový osobní život pečujících osob, které se jej často na úkor péče zcela vzdávají.

V teoretické části diplomové práce se věnujeme poznatkům zpracovaným na základě odborné literatury. Zaměřujeme se na vymezení tématu péče o seniory v domácím prostředí. Rozpracováváme informace o podpoře neformálních pečujících osob, jejich statusu, finanční podpory i možnosti využívání sociálních a zdravotních služeb. Dále je rozpracováno téma zátěže pečujících osob na základě jejich jednotlivých složek a zpracovány jsou také potřeby, které pečující osoby při poskytování péče a v důsledku působení zátěže mají.

V praktické části naší diplomové práce si klademe za cíl popsat proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Zaměříme se na to, co do tohoto procesu vstupuje, ovlivňuje jej, a jak se v průběhu péče o seniora vyvíjí a mění. Chceme také zjistit, jaký má péče dopad na psychický stav pečujících osob, na jejich rodinné vztahy, které jsou péčí ovlivněny, dále na sociální začlenění pečujících osob a také na strategie, které pečující osoby volí k vyrovnávání se s psychosociální zátěží, která na ně v důsledku péče dopadá.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Přirozenou úlohou společnosti by mělo být dle Hrozenské, Dvořáčkové (2013) přijetí stáří a seniorské části populace jako její součástí. Stárnoucí člověk by neměl být od celkové společnosti oddělován, ale přijímán. Millward (1999) In Mikanová, Dvořáková (2020) hovoří o pomoci seniorům jako o službě či podpůrné pomoci, která je starým osobám poskytována k zajištění blahobytu a štěstí. Tato činnost probíhá na základě omezení či onemocnění, jež brání seniorům potřebné činnosti vykonávat. Jarošová (2006) uvádí, že péče o seniora v domácím prostředí, je přirozený model péče, která je poskytovaná od nejstarších dob. Stárnoucí populaci by měla být poskytnuta nabídka vhodné a smysluplné péče, která bude k seniorům respektující a bude naplňovat jejich potřeby, aby tak díky péči mohli senioři zůstat co nejdéle zapojeni do společnosti. U některých rodin byla tradiční rodinná péče narušená institucionalizací, v jiných rodinách tradiční model péče o seniora přetrvává dodnes. Povinnost a zodpovědnost rodiny za komplexní péči o seniora není explicitně vyjádřena v zákoně (Jeřábek a kol., 2013). Záleží tedy na dané rodině, jak se k situaci, kdy stav seniora vyžaduje péči druhé osoby, postaví a pro jaký typ péče o seniora se rozhodne, ale také na tom, jaké má rodina v závislosti na jejich aktuální situaci možnosti.

1.1 Domácí péče

Domácí péče představuje takovou péči, která umožňuje co nejdéle setrvání seniora v domácím neboli přirozeném prostředí, a to za podpory a péče rodiny. Pro seniory představuje domácí prostředí a rodinné zázemí důležitou sociální jistotu a stává se zdrojem pomoci. Domácí prostředí také přispívá k větší psychické pohodě seniora (Jarošová, 2006). Nejedná se pouze o péči laickou poskytovanou rodinami seniorů, případně dobrovolníky, ale také zapojení sociálních a zdravotních služeb do procesu péče o seniora v domácím prostředí (Jeřábek a kol., 2013). Jedná se tedy o komplexní péči, která obsahuje různé složky pomoci.

Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že péče je také poskytována na základě toho, s jakou naléhavostí senior péči potřebuje a co vše bude jejím obsahem. Péče o seniora je rozděluje to tří stupňů:

Péče podpůrná – v rámci podpůrné péče, je seniorům poskytována nepravidelná podpora při zajištění běžných činností, jako jsou doprovod k lékaři, pomoc s opravami v místě bydliště, pomoc v rámci finančního zajištění nebo např. pomoc s vyřizováním na úřadech. Tento stupeň péče nevyžaduje po pečujících osobách velké množství času ani nutnost zajištění společného bydlení.

Neosobní péče – je druhým stupněm poskytované pomoci. Radíme sem zejména pomoc v domácnosti seniora (vaření, praní, úklid apod.). Tato péče již bývá časově náročnější a zpravidla je nutné ji vykonávat pravidelně. Jedná se však o takový typ péče a pomoci, který může být zajišťován například terénní sociální službou. Nevyžaduje tedy neustálou participaci rodiny.

Osobní péče – tento stupeň péče je nejnáročnější, jak z hlediska časových nároků, tak ve formě velké fyzické a psychické zátěže. Jedná se o přímou péči o daného seniora. V tomto stupni je nutné zajistit každodenní stálou přítomnost pečující osoby. Pečující osobou jsou poskytovány úkony osobní hygieny, pomoc s použitím toalety, podání stravy, dohled na užívání léků, pomoc s přesuny, polohování, manipulace s osobou a další.

1.2 Neformální péče o seniora

Definice pojmu neformální péče není jasně vymezena. Můžeme se také setkat s označením péče rodinná či laická. Neformální péče se dá vyjádřit jako projev péče o osobu, která již není soběstačná a je částečně nebo úplně závislá na pomoci pečující osoby. Neformální péče je poskytována neprofesionální osobou, kterou v poskytování péče nezaštiťuje žádná instituce (COFACE 2009 In Mikanová, Dvořáková, 2020). Klímová Chaloupková (2013) uvádí, že neformální péče je takový typ péče, který je neplacený a poskytuje jej rodina, přátelé, sousedé nebo dobrovolníci. Do neformální péče může být řazena jak pomoc příležitostná, tak ustavičná. Neformální pečující poskytují pomoc při činnostech běžného denního života a to dočasně nebo trvale (COFACE 2009 In Mikanová, Dvořáková, 2020).

Reml (2020) uvádí rozdělení předpokladů pro poskytování neformální péče o seniora ze strany rodinných příslušníků. Lze je rozdělit do třech úrovní:

Makro-úroveň

Základním předpokladem pro rozvoj a poskytování neformální péče je nastavení společnosti, která je otevřená a reaktivní vůči potřebám osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Jedná se o nabídku pomoci a podpory ze strany společnosti směrem k neformálním pečujícím. Jde tedy o nastavení podmínek pro vykonávání neformální péče tak, aby byla neformálním pečujícím poskytnuta adekvátní podpora.

Mezo-úroveň

V rámci této úrovně je pro realizaci péče o seniora v domácím prostředí důležitá dostupnost a možnost využití terénních sociálních služeb. Dále se na této úrovni projevuje spolupráce při péči v rámci rodiny nebo možnosti využití pomoci z širšího sociálního okolí. Díky možnosti využití sdílení péče o nesoběstačného seniora mohou tento způsob péče volit i osoby, které by se jinak přikláněly k péči ve formě pobytového zařízení pro seniora.

Mikro-úroveň

Spočívá v rozhodnutí pečujících osob péči poskytovat. Předpokladem k tomuto rozhodnutí je přítomnost vysoké míry mezigenerační solidarity. Pečující osoby při vstupu do péče zvažují své časové možnosti, finanční zajištění a celkové podmínky pro možnost poskytování péče. Během péče dochází u pečujících osob k rozvoji jejich kompetencí.

1.3 Rodina v péči o seniora

Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že péče o nesoběstačného člena rodiny je již historicky vnímána jako přirozená součást lidského života. Rodina, jejíž součástí je senior, je základní jednotkou lidské společnosti a pro seniory sehrává významnou roli (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). U seniorů, kteří žijí se svými rodinami, se zvyšuje pravděpodobnost, že kvůli přicházejícím zdravotním problémům a stárnutí budou potřebovat ze strany rodiny pomoc s péčí o vlastní osobu. V rodině, kde senior žije, dochází k postupnému procesu, kdy senior přestává být pro rodinu oporou a stává se tím, kdo od svých blízkých pomoc přijímá (Jarošová, 2006). Zejména v rodinách, kde se projevuje rodinná soudržnost je

velmi důležité zajištění zdraví jejich členů, tedy i stárnoucích členů rodiny (Jeřábek a kol., 2013). Pro seniory je péče rodiny v přirozeném prostředí nenahraditelná. Toto soužití nesoběstačných seniorů s jejich rodinami umožňuje seniorům pozitivnější a šťastnější prožívání každodenního života. Starší člověk tak má v rodině oporu v těžkých situacích, které prožívá. Senioři tak mohou setrvávat ve větší psychické pohodě a rodinná péče také sehrává roli v emocionální a sociální podpoře seniora. Senioři i přes svá omezení mohou v rámci rodiny stále prožívat pocity užitečnosti, což může vést k pozitivnímu vlivu na kvalitu prožívaného života, zdraví a také délku života seniora. Rodinná péče může také prodlužovat délku doby, kdy zvládne být senior samostatný (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Péče v rodině je nejčastěji poskytována stárnoucím rodičům ze strany jejich dětí. V době, kdy se senior stává závislým na pomoci svých dětí, nastává asymetrie v jejich postavení a dostávají se tak do bodu, kdy se jejich postavení a role mění. V mezigeneračním soužití dochází k rozporům souvisejících s rozdílnými hodnotami, potřebami a zájmy. Zúčastněné osoby situace jinak prožívají a jinak o nich uvažují. Důsledkem mohou být napětí a neshody mezi seniorem a jeho dospělým pečujícím dítětem. Osoba pečující o své rodiče za tuto péči přebírá zodpovědnost a tím přebírá i určitou autoritu (Vágnerová, 2007). Liu, Heffernan, Tan (2020) uvádí, že v rodině může docházet k tzv. konfliktům více odpovědností, jelikož pečující členové rodiny nesehrávají pouze role pečovatelské, ale mohou to být také role manželské, rodičovské, příbuzenské. Tyto role se snaží pečující osoby adekvátně vyvážit. V momentě kdy náročnost péče narůstá, může pro pečující osobu představovat velkou zátěž a také se může stát zdrojem konfliktů v rodině (Vágnerová 2007). To potvrzuje také Jeřábek a kol. (2013), který uvádí, že vysoké nároky, které péče o seniora v domácím prostředí dlouhodobě přináší, se projevují negativně na členech pečující rodiny a to především projevujícími se pocity zvýšené zátěže. Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013) uvádějí, že vzhledem k náročnosti péče může docházet k působení negativních vlivů na prožívání vztahů v rodině. To může být způsobeno především nedostatkem času, který hlavní pečující osoba pro své blízké v důsledku péče má. Konflikty v rámci rodinné péče mohou ale také vznikat mezi pečující osobou a seniorem, o kterého je pečováno. Může to být následkem špatné komunikace a také přesycením vztahu mezi pečující osobou a seniorem o kterého pečuje.

Základem pro to, aby péče v rodině mohla být uskutečněna, je dle Jeřábka a kol. (2013) rodinná sounáležitost. Ta může být vnímána jako nutná podmínka pro poskytování rodinné péče o seniora. Velký význam v rámci rodinné péče má pak mezigenerační solidarita.

Solidaritě jako takovou můžeme označit jako soudržnost nebo pospolitost mezi lidmi určité skupiny, v našem případě rodiny. Tato podpora se projevuje na rovině morální, materiální a je pro ni specifická vzájemná úzká spolupráce mezi jednotlivými členy (Hartl, Hartlová, 2015).

Jeřábek a kol. (2013) uvádí model mezigenerační solidarity podle V. L. Bengtsona a jeho teoretická východiska. Jedná se o dimenze mezigenerační solidarity, kterými jsou:

- **Asociační solidarita** – tuto solidaritu spatřujeme v četnosti a typu kontaktu s osobou, o kterou je pečováno (rodičem).
- **Citová solidarita** – jedná se o vyjadřování citů člena rodiny směrem k druhému.
- **Solidarita souhlasu** – představuje shodné postoje rodiny v rámci hodnot, jejich přesvědčení a také toho, jakou podobnost v rámci těchto postojů osoby navzájem sdílí.
- **Funkční solidarita** – vyjadřuje, jaká je mezigenerační podpora mezi členy rodiny a také jaká je její četnost. Může jít o podporu materiální, technickou a také emocionální.
- **Normativní solidarita** - uvádí vzájemná očekávání rodičů a dětí vzhledem k závazkům, které od sebe vzájemně očekávají. Tento typ solidarity může být vyjádřen jako síla rodinných závazků.
- **Strukturální solidarita** – je vyjádřením konkrétních podmínek pro péči v rámci možnosti pomoci a podpory potřebné osobě.

Péče o seniora v rodině bývá zasazena do vztahů mezi jednotlivými členy rodiny a také jejich vzájemných závazků. V rámci rodiny bývají navázané blízké a emoční vztahy a vazby. V rámci poskytování péče se jedná o pozitivní faktor, ale na tomto základě také může dojít k různým rizikům a ohrožení (Hubíková, 2017). V rodinách, které pečují o seniora, bývá často problém v rozdělení tohoto břemene. Péče tak bývá často rozložena nerovnoměrně a dochází k nadměrnému přetěžování hlavní pečující osoby. Sama pečující osoba pak mnohdy nechce, aby jí ostatní členové rodiny v péči pomáhali, jelikož je chce ochránit před zátěží způsobenou péčí. V takových případech hrozí, že pečující osoba překročí vlastní síly a možnosti. Tímto postojem uzavírá možnosti sdílené péče v rodině a celá tíha pak dopadá na jednu hlavní pečující osobu,

kteřá tak na péči zůstává sama. Závazky takto přetíženého člena rodiny pak přesahují možnosti, které má (Jarolímová, 2020).

1.4 Přijetí role pečující osoby

Zahájení péče o seniora v domácím prostředí s sebou nese předpoklad, že je v rodině či okolí seniora někdo, kdo se chce péče ujmout. Závisí však také na tom, zda tuto roli daná osoba přijmout může a jestli má předpoklady pro poskytování péče druhému člověku (Janečková, Dragomirecká, Jirkovská, 2017).

Na samotném začátku péče, se pečující osoby rozhodují pro přijetí této své role. Tento proces je velmi individuální, u každé pečující osoby má jiný průběh a odehrává se v různém časovém rozmezí (Jeřábek a kol., 2013). Dle Jarolímové (2020) si budoucí pečující osoby na začátku péče často nejsou vědomi toho, jaká je velikost závazku, který na sebe s přijetím této role berou. Zejména v počátcích péče není jasné, co vše péče o seniora obnáší a zahrnuje. Pečovatelská role často přichází náhle bez možnosti předchozí přípravy a předchozích zkušeností. To jak se pečující osoba s touto rolí identifikuje, přijme ji, a jak tuto roli bude dále prožívat, vnímat a hodnotit, je závislé na mnoha vnějších faktorech. Vnější faktory mohou vycházet ze situace, ve které se rodina právě nachází. V rámci přijímání role pečující osoby působí také faktory jako je smysl pro povinnost, vděčnost osobě, o kterou má být pečováno a odpovědnost pečujícího. Je zde zahrnut také altruismus, projevy lásky, celková náklonnost, sympatie a vztah k příjemci péče. Nakonečný (2020) uvádí, že altruismus je takové prosociální chování, které se projevuje na základě empatie a oběti. Altruismus může být motivován právě empatií a také pocíťovanou lítostí.

Už samotný způsob přijetí role pečující osoby má vliv na další průběh péče, ale i na prožívanou kvalitu života a to nejen pečující osoby, ale také celé zúčastněné rodiny (Klevetová, Dlabalová, 2008). Může se stát, že motivy pro poskytování péče mohou být i zjištěné (Geissler et al., 2015) a dle Dragomirecké (2020) může být motivem také egoistické smýšlení člověka či pocíty viny. Jeřábek a kol. (2013) shodně s Hubíkovou (2017) upozorňují, že přijetí role pečující osoby nemusí být zcela svobodnou volbou. Jarolímová (2020) uvádí, že přijetí role pečující osoby v rodině často vyplývá z rodinných vztahů. Pečující osoba se do této role může dostávat také v důsledku tlaku a očekávání okolí. U daných osob je očekáváno, že za seniora a péči o něj přeberou zodpovědnost. Shodně o tom hovoří Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013), kdy rozhodnutí

o blízkého člověka pečovat nemusí vždy znamenat rozhodnutí dobrovolné, pečující osoba tuto roli může přijímat právě pod vlivem vnějších faktorů. Pokud osoba přijme tuto roli z povinnosti a ne ze zcela svobodného vlastního rozhodnutí, je zde výraznější možnost prožívání následků zátěže. V těchto případech vzniká také riziko zanedbávání péče. Případně také vyplývající rozhodnutí pro předčasné umístění seniora do pobytového zařízení (Zvěřová, 2015 In Jarolímová, 2020).

Existují tři normativní koncepty, které vysvětlují motivaci pečujících osob k pomoci osobám, které péči vyžadují. Jedná se o **normu sociální odpovědnosti**, jejímž základem je očekávání pomoci v případě potřeby péče o seniory v domácím prostředí, bez které se osoby neobejdou. Dále **norma spravedlnosti**, která v sobě obsahuje pomoc potřebnému člověku, kterému se děje úkon nespravedlnosti. Představuje nutnost poskytnutí pomoci člověku, který ji potřebuje. Na tomto základě se osoba rozhoduje, zda pomoc poskytne či nikoli. Uplatnění této normy může být založeno na tom, zda osoba, která pomoc může poskytnout, vyhodnotí utrpení daného člověka, přiměřené jeho „zásluhám“ (Feldman, 1985 In Jeřábek a kol., 2013). Znamená to, že pečující osoba může péči poskytovat na základě vděčnosti danému člověku za prokázanou pomoc v minulosti. Nye (1979) In Dudová (2015) uvádí také teorii sociální směny, dle které se projevuje **norma reciprocity**. Reciproční norma, staví na vzájemnosti, kdy po prokázání prosociálního chování přichází očekávání budoucí odměny. Platí zde, že osoba, která ve svém životě obdržela více pomoci, je připravena o člověka, který pomoc potřebuje, ochotněji pečovat. Může být ovlivněna také mnoha faktory vycházejícími z různých situací. Jedná se o obecný větší sklon k pomoci těm, kteří v dřívější době pomohli nám (Feldman, 1985 In Jeřábek a kol., 2013). V souvislosti s teorií reciprocity můžeme uvést **teorii závazku**, která znázorňuje, že péče o rodiče je postavena na základě norem, které jsou uznávány danou společností. V této souvislosti se jedná o normy kulturní a morální. Tento závazek můžeme také spatřovat, v rámci světových náboženství, ve kterých má své zakotvení (Dudová, 2015).

2 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

V České republice stojí sociální péče na poměrně rozsáhlém zapojení rodiny, případně dalších blízkých osob do poskytování péče. To předpokládá schopnost rodinných pečujících všechny nároky spojené s péčí pokrýt a pečovatelskou činnost zvládnout a to, i pokud se jedná o nutnost poskytování dlouhodobé a velmi náročné péče. Zde se však setkáváme se skutečností, že problémy a ohrožení rodinných pečujících, jsou vnímány spíše jako záležitosti týkající se pečujících osob a jejich rodin. Pohled na osoby, které pečují o seniory v domácím prostředí, je často takový, kdy je brána péče o seniora ze strany pečujících osob jako samozřejmá, přitom jsou však pečující v této situaci ponechány, aby se s náročností péče vyrovnali vlastními silami (Hubíková, 2017).

2.1 Vymezení statusu pečující osoby

Neformální péče nemá jasně ukotvený koncept. Hubíková (2017) shodně s Mikanovou, Dvořákovou (2020) poukazují na fakt, že v důsledku nedostatečného vymezení skupiny neformálních pečujících osob, není s neformální pečujícími pracováno jako se samostatnou cílovou skupinou v rámci poskytování sociálních služeb. V důsledku toho je poskytování podpory, kterou by pečující osoby potřebovaly značně ztížené. Na tento nedostatek upozorňuje také (Geissler a kol., 2015). V legislativě České republiky jsou pečující osoby vymezeny pouze nepřímo, a to v § 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde jsou vymezeny osoby závislé na péči druhé fyzické osoby v souvislosti s přiznáním nároku na příspěvek na péči.

V rámci české legislativy neexistuje na celonárodní úrovni oficiální strategický dokument zabývající se danou problematikou. Mikanová, Dvořáková (2020) uvádí, že problematika pečujících je zmiňována v dokumentech, které se přímo nezaměřují na skupinu pečujících osob, zabývající se např. stárnutím populace, sociálními službami, prorodinnou politikou apod. Dokumenty, které se tématiky neformálních pečujících dotýkají, jsou např. Strategický rámec Česká republika 2030 a Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 - 25.

V rámci Fondu dalšího vzdělávání, který je příspěvkovou organizací MPSV, vznikl projekt s názvem Podpora neformálních pečujících II. Hlavním výstupem z tohoto projektu je

Návrh strategického dokumentu na podporu neformální péče. Byl vypracován jak ve spolupráci s expertním týmem, tak také se samotnými pečujícími osobami. Součástí dokumentu je také návrh na konkrétní opatření. To, zda bude tento dokument implementován či nikoli je v kompetenci ministerstva práce a sociálních věcí. Míra podpory pečujících osob je také závislá na podpoře jednotlivých krajů, která je však v závislosti na daném kraji velmi odlišná (Mikanová, Dvořáková, 2020).

Hubíková (2017) uvádí, že z toho důvodu, není neformální rodinná péče dostatečně ukotvena a status pečující osoby není explicitně vymezen, dochází k překážkám v rámci vytváření sociální politiky a sociální práce přímo se skupinou neformálních pečujících osob. Implicitně jsou pečující osoby vymezeny v rámci příspěvku na péči, tím však dochází k určitému způsobu deformace vymezení pečujících osob v rámci neformální péče o seniory. Toto vymezení vede k „neviditelnosti“ pečujících osob, jež péči poskytují seniorům, kteří nejsou příjemci příspěvku na péči.

2.2 Finanční podpora pečujících

Důležitým prvkem podpory pečujících jsou finance. V právním systému České republiky nemají pečující nárok na žádnou zvláštní dávku kromě dlouhodobého ošetřovného. Dlouhodobé ošetřovné bylo přijato 1. června 2018 zákonem č. 310/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění. Pečující osoby mají ve spojitosti s příspěvkem na péči, který pobírá senior, o kterého pečují, možnost po registraci na Úřadu práce, jakožto hlavní pečující osoby, využívat v rámci zdravotního a sociálního pojištění zvýhodněných sazeb. Pečující osobě se pak bude doba, kdy pečuje o osobu závislou započítávat do doby sociálního pojištění jako náhradní doba pojištění a to dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. V době kdy pečující osoba péči nesoběstačnému seniorovi poskytuje, je také osvobozena od platby zdravotního pojištění, a to dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Mikanová, Dvořáková, 2020). Pečující osoba je zproštěna platby zdravotního pojištění po dobu, kdy péči vykonává a to, pokud tato osoba nemá jiné zaměstnání a je plně pečující osobou. Pokud pečující osoba pracuje, může požádat o úpravu pracovní doby poté, co prokáže svému zaměstnavateli, že dlouhodobě pečuje o osobu pobírající příspěvek na péči ve II., III., nebo IV. stupni. Zaměstnavatel musí tomuto požadavku vyhovět, pokud mu nejsou zábranou vážné podmínky provozu (Pešlová, 2023).

Ošetrovné

Podmínkou pro možnost využití ošetrovného je nemoc nebo úraz osoby blízké, kdy její stav vyžaduje péči druhé osoby. K tomu, aby osoba měla na tuto dávku nárok je také podmínkou bydlení ve společné domácnosti. Pokud osoby tuto podmínku nesplňují, musí mít příbuzenský vztah a to na úrovni rodič, dítě, sourozenec, manželé a jejich rodiče a také registrovaní partneři a jejich rodiče. Pro osobu, která bude ošetrovné pobírat je také nezbytné, aby byla účastna na nemocenském pojištění, jinak tento nárok nemá. Čerpat tuto dávku je možné maximálně po dobu 9 kalendářních dní (ČSSZ © 2023).

Dlouhodobé ošetrovné

Jedná se o dávku vyplácenou ze systému nemocenského pojištění. Tuto dávku mohou pobírat osoby, které jsou účastny na nemocenském pojištění (Mikanová, Dvořáková, 2020). Dle § 41a) zákona č. 310/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění má nárok na dlouhodobé ošetrovné osoba, která pečuje o osobu v domácím prostředí, jejíž stav vyžaduje dlouhodobou péči a pokud nemá zaměstnání, z něhož by mu dlouhodobé ošetrovné náleželo. Ošetrovanou osobou, o kterou je v domácím prostředí pečováno, je osoba, v jejímž zdravotním stavu došlo k závažnému porušení, které mělo za následek hospitalizaci této osoby a to alespoň v délce trvání sedmi kalendářních dní a po propuštění z hospitalizace vyžaduje její stav péči druhé osoby alespoň po dobu 30 kalendářních dnů. Podmínkou pro přiznání nároku na dlouhodobé ošetrovné je, že daná osoba je ve vztahu k osobě ošetrované manželem/manželkou nebo jsou v registrovaném partnerství. Dále se jedná o příbuzné v přímé linii a jejich manžely, registrovanými partnery. Nebo může být péče také poskytována druhem/družkou s podmínkou žít ve společné domácnosti s osobou, o kterou je pečováno. Je také možné, aby se pečující po dobu dlouhodobého ošetrovného, vzhledem k náročnosti péče, vystřídal s jinou osobou (Dvořáková, 2018 In Mikanová, Dvořáková, 2020).

Mikanová, Dvořáková (2020) uvádějí, že pro pečující osoby dlouhodobé ošetrovné představuje možnost připravit se na dlouhodobé poskytování neformální péče, pokud to bude potřebné. V rámci přípravy na dlouhodobou domácí péči může být v této době požádáno o příspěvek na péči.

2.3 Příspěvek na péči

Základními právními předpisy, které upravují příspěvek na péči, jsou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a také vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na péči je určen osobám, které jsou v dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu, který vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Výše tohoto příspěvku je stanovena v takovém rozsahu, který odpovídá rozsahu zvládaných životních potřeb dané osoby. Tuto pomoc představuje osoba blízká, asistent sociální péče uvedený v § 83 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nebo poskytovatel sociální služby, zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb. Rozhodnutí o výši a přiznání příspěvku na péči připadá krajským pobočkám Úřadu práce (108/2006 Sb., © 2010-2024).

Příspěvek na péči je vyplácen ve čtyřech stupních, dle stupně závislosti dané osoby. Míra závislosti je určena lékařským vyšetřením a sociálním šetřením, které provádí Úřad práce. Míra závislosti je posuzována podle počtu úkonů, které již posuzovaná osoba není schopna provádět sama (Mikanová, Dvořáková, 2020).

Hodnoceny jsou schopnosti posuzované osoby zvládat základní životní potřeby, jsou jimi: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (§9 zákona 108/2006 Sb., © 2010-2024).

Dle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách činí výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc:

- stupeň I. 880 Kč (lehká závislost)
- stupeň II. 4 400 Kč (středně těžká závislost)
- stupeň III. 12 800 Kč (těžká závislost)
- stupeň IV. 19 200 Kč (úplná závislost)

Od 1. 7. 2024 bude příspěvek na péči ve II. III. a IV. stupni navýšen:

- stupeň I. 880 Kč (lehká závislost)
- stupeň II. 4 900 Kč (středně těžká závislost)
- stupeň III. 14 800 Kč (těžká závislost)
- stupeň IV. 23 000 Kč (úplná závislost)
- stupeň IV.+ 27 000 Kč (jedná se o osoby s úplnou závislostí, jimž je péče poskytována mimo pobytové služby)

(MPSV Tisková zpráva © 2024)

2.4 Sociální a zdravotní služby

Dle Kubalčíkové In Hrozenská, Dvořáčková, (2013) je podmínkou toho, aby mohl senior, jehož stav vyžaduje péči druhé osoby žít dále ve svém přirozeném prostředí, využití sociálních služeb, jejichž fungování bude dobře nastaveno. To shodně uvádí také Mikanová, Dvořáčková (2020). Při dlouhodobé péči o seniora, který je závislý na péči druhé osoby, je možné a velmi často nezbytné využití, jak sociálních, tak také zdravotních služeb. V České republice jsou tyto složky od sebe odděleny dle resortu. Nelze tak uplatňovat komplexní přístup, který by byl žádoucí. Komplikací je různost jak ve financování těchto služeb, tak také různorodost jejich poskytovatelů. Aby pečující osoby mohly využít pomoc v maximální možné míře, musí se v systému poskytování péče dobře zorientovat. V rámci dlouhodobé péče o seniora jsou sociální a zdravotní aspekty péče vždy propojeny, mohly by být označeny za neoddělitelné (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Sociální služby pro seniory plní úlohu nejen pro své uživatele, ale také pro jejich rodiny. Sociální služby se v péči o seniory v domácím prostředí snaží o to, aby jedinec mohl setrvat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a zachovat, v co největší možné míře, svoji soběstačnost. Takováto pomoc vždy vychází z individuálních potřeb daného seniora. Jedná se tak o podporu aktivizace vlastních sil a rozvoj nebo alespoň zachování si takové míry samostatnosti, jaká je v dané situaci možná (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

2.4.1 Sociální služby

Dle Geissler a kol. (2015) z důvodu nedostatečného legislativního ukotvení pečujících osob jsou neformální pečující v postavení, kdy pro ně samotné neexistuje mnoho sociálních služeb, které by mohli využívat. Nárok na jejich využívání vzniká zpravidla jako navazující na služby, které využívá senior, o kterého osoba pečuje. Služby, které dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mohou neformální pečující využívat, jsou odlehčovací služby a případně také odborné sociální poradenství. Pro pečující osoby jako cílovou skupinu, jsou však určeny pouze odlehčovací služby.

Glaser a kol. (2015) dále uvádí, že pečující osoby by měly zájem o poskytování služeb určených přímo pro jejich sociální skupinu. Jako služby, které by byly pro pečující osoby nejvíce potřebné, se jeví supervize, psychologická podpora, pomoc v případě náhlé události nebo náhlé potřeby, případně pomoc při nemožnosti pečujících osob péči poskytovat, např. pokud pečující osoba onemocní a dále poradenství určené pro pečující osoby.

Odlehčovací služba

Jedná se o jediný typ služby určený přímo osobám, které pečují o seniory v přirozeném prostředí. Colombo, et. al. (2011) uvádí, že tato služba může pečujícím osobám umožnit odpočinek přerušením každodenně vykonávaných pečovatelských činností. Cílem služby je dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (© 2010-2024): „*umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek*“. Služba je poskytována v terénní, ambulantní i pobytové formě. Je poskytována osobám, které se nacházejí ve svém přirozeném sociálním prostředí a jejichž pečující osoby potřebují v péči odlehčit. Pečující osoby tak mohou nabrat jak fyzické tak psychické síly a odreagovat se od náročné péče (Mikanová, Dvořáková, 2020). Glaser a kol. (2015) upozorňuje, že přesto, že tato služba cílí na pečující osoby, nejsou ani v tomto případě v postavení příjemců služby.

Sociální poradenství

Pečující osoby i samotní senioři mají možnost využít tzv. **základní sociální poradenství**. Tato služba je dostupná všem, jelikož každá osoba má dle zákona nárok na poskytnutí informací při řešení nepříznivé sociální situace a tomu jak jí předejít (§ 37 zákona

č. 108/2006 Sb. © 2010-2024). Základní sociální poradenství mají povinnost zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb, a toto poradenství je součástí všech druhů poskytovaných sociálních služeb. Kromě základního sociálního poradenství je možné využít také **odborné sociální poradenství**, které je zaměřené již na konkrétní sociální skupiny. V rámci odborného sociálního poradenství mohou pečující osoby získat kontakty na služby a instituce, které mohou ve své situaci využít. Pečujícím osobám může být v rámci sociálního poradenství také poskytnuta psychosociální podpora, zvýšení kompetencí při provádění pečovatelských úkonů, dále také pomoc a podpora při řešení nenadálých situací a další (Gaissler a kol., 2015).

Osobní asistence

Jedná se o terénní službu, určenou osobám se sníženou soběstačností a potřebou pomoci jiné osoby. A to z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Osobní asistence je službou, která je poskytována nepřetržitě bez časového omezení. Je poskytována u činností, které daná osoba potřebuje, ale pouze vlastními silami je již nevládne. Služba probíhá v přirozeném sociálním prostředí klienta (§ 39 zákona č. 108/2006 Sb., © 2010-2024).

Pečovatelská služba

Cílovou skupinou jsou stejně jako u osobní asistence osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a navíc také rodiny s dětmi, které jsou v situaci, jež vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována v domácnostech klientů, případně v zařízeních sociálních služeb, a to ve sjednaném čase a zaměřuje se na vymezené úkony. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc s úkony péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti a také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (§ 40 zákona č. 108/2006 Sb., © 2010-2024). Do poskytovaných úkonů pečovatelské služby spadá také zajištění nákupů, přeprava osob nebo např. doprovod k lékaři (Mikanová, Dvořáková, 2020).

Centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře

Další možností využití pomoci a tím i úlevy pro samotné pečující, jsou centra denních služeb a denní stacionáře (Mikanová, Dvořáková 2020). Jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností. Jedná se o ambulantní služby s širokým spektrem činností, kterými jsou pomoc při péči o vlastní osobu, hygiena, zajištění stravy, uplatňování práv a oprávněných zájmů. Týdenní stacionáře jsou určeny pro stejnou cílovou skupinu jako denní stacionáře, tedy pro osoby vyžadující pomoc druhé osoby. U týdenních stacionářů se již jedná o pobytovou službu. Je zde poskytováno ubytování nebo pomoc při jeho zajištění a strava (§ 45 - § 47, zákona č. 108/2006 Sb. © 2010-2024).

Rozhodování o pobytové službě

Rozhodnutí pro umístění seniora do pobytového zařízení a tím ukončení péče v domácím prostředí, bývá pro pečující osoby velmi náročné. Toto rozhodnutí vyplývá z vyčerpávající péče, která si nárokuje více než má pečující osoba a rodina v dané situaci k dispozici. Nároky tak přesahují zdroje. Pečující často prožívají obavy z nekvalitní institucionalizované péče a velmi záleží také na tom, jaké možnosti pobytových služeb nabízí daný region (Dragomirecká a kol., 2020).

2.4.2 Zdravotní služby

V rámci dlouhodobé péče o seniora v domácím prostředí je často nezbytnou složkou využívání zdravotních služeb. Pro osoby, které pečují o seniory v domácím prostředí, je často velmi problematický, ale také nezbytný kontakt se zdravotnickými službami. Obtížná je dle Dvořákové (2018) In Mikanová, Dvořáková (2020) orientace v oblasti zdravotnických služeb. Problematický je nedostatek informací o tom, kam se pečující osoby mohou v dané chvíli obrátit, o co by mohly žádat nebo také přehled o tom, na co vše má senior vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nárok. Této podpory se dostává zpravidla těm seniorům, kteří v rámci dlouhodobé hospitalizace v nemocnici nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných přijdou do kontaktu se zdravotně sociálními pracovníky, kteří seniory a jejich pečující osoby informují o možnostech, které v rámci další péče mají (Mikanová, Dvořáková, 2020).

Velmi důležitou roli v této oblasti sehrává praktický lékař seniora, který má také možnost své pacienty vyšetřovat v jejich domácím prostředí. Zde je ze strany lékaře prostor pro

poskytnutí poradenství seniorům i jejich pečujícím osobám. Dle výzkumu Kotrusové, Dobiášové a Hošťálkové (2013) však tato spolupráce ze strany lékařů nevyužívá svého potenciálu.

Zdravotní péče může být dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách poskytována v domácím prostředí pacienta. Jedná se o poskytování ošetrovatelské péče, léčebně rehabilitační péče či péče paliativní.

3 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH OSOB

Zhu, Heffernan, Tan, (2020) se o zátěži pečujících osob vyjadřují jako o mnohostranné zátěži, která je pečujícími osobami pocíťována. Tuto zátěž můžeme popsat jako odpověď lidského organismu na stresující faktory, které během procesu péče o seniora přicházejí. Pečující osoby se nacházejí v procesu, kdy požadavky péče zpracovávají a vyrovnávají se s nimi. Do pečovatelské zátěže jsou zahrnuty problémy pečujících osob na rovině psychické, fyzické, emocionální a sociální (Jarolímová, 2020).

Triantafillou et. al. (2010) uvádí, že to, jakou míru zátěže bude pečující osoba během péče pocíťovat, velmi záleží na tom, zda péči bude vykonávat sama či se jí dostane pomoci při péči v rámci rodiny. To potvrzuje také Dragomirecká a kol. (2020), která též upozorňuje, že závisí na tom, v jaké míře do péče vstoupí další členové rodiny, případně další osoby, které jsou ochotny se do péče zapojit.

Zátěž pečujících osob můžeme dělit na zátěž objektivní a subjektivní. Faktory objektivní zátěže jsou dle Jedlinské, Hlúbika, Levové (2009): délka doby, po kterou pečující osoba svou roli vykonává, zda pečující osoba žije se seniorem ve společné domácnosti, v jakém zdravotním stavu se senior, o kterého je pečováno nachází, délka času který pečující osoba denně stráví péčí o seniora, a také na druhu handicapu, který osoba, o kterou je pečováno má. Tyto faktory jsou doplněny o nutnost vypořádání se s emočními potřebami, která má závislý senior, interakce v rodině a dopady péče na každodenní rodinný život, volný čas pečující osoby nebo čas, který tráví s rodinou, ovlivnění pracovního života pečující osoby, vliv na zdraví pečujícího a to jak na zdraví tělesné tak také duševní, dále ovlivnění sítě sociálních vztahů a finanční zátěž pečující osoby. Subjektivní rovina pečovatelské zátěže, je ovlivněna tím, jak sám pečující svou roli vnímá a prožívá. Je také ovlivněna řadou dalších faktorů, jako jsou faktory psychosociální, vztahy v rodině, prostředí, ve kterém osoba žije i faktory kulturní (Millward (1999); Franke (2006) In Jarolímová 2020). Zátěž, kterou pečující osoby pocíťují, vyplývá také z přístupu pečujících osob ke způsobu, jakým posuzují objektivní nároky na svou roli (Dragomirecká a kol. 2020). Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že poskytovaná péče je často prováděna za doprovodu pocitů, jako jsou beznaděj, bezmoc a také pocit osamělosti pečující osoby.

3.1 Negativní dopady zátěže na život pečujících osob

Neformální péče o seniory je pro pečující osoby náročným a zpravidla dlouhodobým obdobím. Za tímto typem péče lze na jednu stranu vidět pozitivní aspekty, kdy se pečující osoba s laskavým přístupem stará o své blízké. Na druhou stranu má neformální péče negativní dopady, které mohou zásadně ovlivňovat život pečujících osob a následně se podepsat na kvalitě jejich života (Bareš et. al. 2012 In Geissler et. al. 2015). Pečující osoby péči poskytují velmi často na úkor sebe, svého času, potřeb a zájmů. Z těchto důvodů jsou přetíženy, až dospívají k pocitu, že nejsou schopny vyhovět všem požadavkům a nárokům, které jsou na ně kladeny (Ondrušová, Krahulcová 2020). V důsledku velké zátěže a vyčerpání pečujících osob a z důvodu nedostatku sil, kdy se projevuje jak fyzická tak i psychická zátěž, může také dle Michalíka a kol. (2011) docházet ke kvalitativnímu zhoršení poskytované péče ze strany pečující osoby. Bužgová a Endelová (2010) In Janečková, Dragomirecká, Jirkovská (2017) spojují selhání pečujících osob v rámci poskytované péče s pocitem snížené kvality života dané pečující osoby. Kvalita života, kterou jednotliví pečující subjektivně pociťují, závisí na vnímání jejich celkové situace, která je tvořena tím, v jakém zdravotním a psychickém stavu se pečující osoby nacházejí, jak se dokáží uplatnit v rámci společnosti, dále jejich celkové finanční zajištění, ale také zakotvení a opora v rámci náboženství. Payne (2005) In Čevela, Kalvach, Čeledřová (2012) uvádí, že kvalita života dané osoby se projevuje na její subjektivně pociťované celkové spokojenosti se životem. V objektivním pojetí je to pak míra toho, nakolik osoba naplňuje požadavky týkající se podmínek života.

Negativní důsledky pečovatelské zátěže se projevují v mnoha oblastech života pečujících osob. Dle Dragomirecké a kol. (2020) se projevují zejména v oblasti psychické, somatické, sociální a finanční. V životech pečujících osob se velmi často projevuje prožívaný stres a také pocity frustrace. Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013) uvádějí, že pečující osoby pociťují zátěž vyplývající z péče jako nedostatek času, jelikož čas, který péči věnují je tak rozsáhlý, že již nezbývá prostor pro vlastní aktivity. Pečující osoby často upřednostňují potřeby osoby, o které pečují před tím, aby naplňovaly potřeby vlastní. Dále se péče projevuje v rámci zdravotních a psychických obtíží pečujících osob, kdy nemají dostatek prostoru pro odpočinek a nabrání nových sil. Autorky dále zmiňují projevující se problémy v mezilidských a rodinných vztazích. Dále pečující osoby pociťují nejistotu spojenou s obavami z budoucnosti a také obtíže v oblasti finanční. Ondrušová, Krahulcová (2020) uvádějí, že mezi faktory, které zátěž pečujících osob ovlivňují, se řadí také

dostatečná informovanost a orientace ve formách pomoci, které může pečující osoba při péči využívat.

Ondrušová, Krahulcová (2020) uvádějí, že daleko výraznější zapojení do péče o seniory v rodině se projevuje u žen. Péče žen bývá také v mnohých ohledech poskytována v intenzivnější míře, než je tomu u mužů, proto jsou také projevující se negativní dopady péče silnější právě u žen.

Psychická zátěž

Janečková, Dragomirecká, Jirkovská (2017) uvádějí, že právě psychická zátěž se řadí mezi nároky a náklady péče, které můžeme označit jako skryté, jelikož si je pečující osoba na začátku péče nemusí plně uvědomovat a v rámci svého zapojení do péče s nimi nepočítá, psychická zátěž se však postupně objevuje a vyvíjí v rámci procesu péče o seniora. Může vést až k syndromu vyhoření či prožívanému trvalému stresu, který se dále podepisuje na celkovém zdraví pečující osoby. Dle Michalíka a kol. (2011) se pečující osoby mohou potýkat s celkovou únavou, vyčerpaností a také úbytku či ztráty optimistického postoje v životě. Dle Geissler a kol. (2015) se na psychickém stavu pečujících osob také negativně podepisuje prožívání strachu a to konkrétně strachu, že v rámci péče selžou. (Vágnerová, 2007) uvádí, že u pečujících osob může nastat situace, kdy daná osoba již nebude schopna splnit všechny požadavky, které jsou na ni kladeny. To může u pečující osoby vést k narůstajícím pocitům viny, neschopnosti vlastní osoby a také k pocitům celkové nespravedlnosti.

Tím, co psychickou zátěž pečujících osob velmi ovlivňuje, jsou faktory, které na ni objektivně působí. Na zvyšování psychické zátěže působí doba, po kterou pečující osoba tuto svou roli vykonává. Čím je tato doba delší, tím také roste pravděpodobnost zvyšování psychické zátěže, ale závisí to také na době, kterou pečující osoba péči v rámci každého dne věnuje. Na míře psychické zátěže se také podílí fakt, zda pečující osoba žije s osobou, o kterou pečuje ve společné domácnosti. Ale také na tom, v jakém zdravotním stavu se senior, kterému je péče poskytována nachází a jak je tento stav závažný a zvládnutelný pro pečující osobu (Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009). Jeřábek (2009) uvádí, že s tím, jak se postupně během péče zvyšuje její náročnost, kdy se například zhoršuje zdravotní stav seniora, kterému je potřebné věnovat více péče než předtím, roste společně s těmito zvyšujícími se požadavky psychická zátěž a tím náročnost péče. Dle Zvěřové (2015) mohou pečující osoby pociťovat na základě psychického i fyzického vyčerpání pocitu

nepochopení ze stran svého okolí a tím způsobené pocity osamělosti v náročné situaci, ve které se nachází. Na psychické zátěži pečujících osob se podepisuje již zmíněná vysoká míra zodpovědnosti, kterou pečující osoby za člověka, o kterého pečující přebírají. Psychická zátěž společně se zátěží fyzickou, která je pečujícími prožívána dlouhodobě, může vést k celkovému vyčerpání organismu pečující osoby (Geissler et. al., 2015).

Fyzická zátěž

Na hlavní pečující osobě se kromě psychické zátěže podepisuje také zátěž fyzická, způsobená péčí o seniora. Jak uvádí Geissler et. al. (2015) na péči se v častých případech podílí pouze jedna pečující osoba, která péči poskytuje bez nároku na odpočinek denně po dobu měsíců až let. Dle Formánkové, Novotného, Efenberkové (2012) se tato zátěž se u mnohých pečujících osob podepisuje na jejich zdravotním stavu.

Zvýšená fyzická zátěž může být také způsobena nezajištěním vhodných pomůcek pro péči nebo jejich špatným používáním. I na základě nedostatku informací může být samotná manipulace se seniorem při pečovatelských úkonech prováděna nevhodných a pro pečující osoby zatěžujícím způsobem. To může být také zapříčiněno tím, že domácnost, ve které je o seniora pečováno, není vybavená vhodnými kompenzačními pomůckami. Dále mohou být pomůcky nevhodně umístěny nebo nevhodně používány, popřípadě domácnost nemusí být vhodně upravena tak, aby odpovídala zdravotnímu stavu seniora. Tyto faktory mohou nepříznivě působit na zdraví pečující osoby a mohou způsobovat fyzické přetížení (Reml, 2016). Tabaková, Václaviková (2008) uvádějí, že používání kompenzačních pomůcek na jedné straně sníží zátěž, která je kladena na pečující osobu v rámci přímé fyzické péče o seniora a mohou pomoci zvýšit bezpečnost v rámci poskytovaných úkonů. Na straně druhé, mohou tyto pomůcky také přispívat k větší samostatnosti seniora, jelikož mu pomůžou v činnostech, které by již sám nezvládl. Může se jednat například o chodítka, madla, toaletní židli apod.

Sociální zátěž

Péče o seniory v domácím prostředí znamená pro pečující osoby, změnu v jejich dosavadním sociálním fungování. Domácí péče o seniora má pro pečující osoby izolující charakter. Pečující osoba tak nemá možnost sociálních kontaktů v takové míře, v jaké byla zvyklá. K určité izolaci však dochází také u osoby, které je péče poskytována (Jeřábek a kol., 2013). Tím co k velké míře sociální izolace pečujících osob může vést, je dle

Kotrusové, Dobiášové, Hošťálkové (2013) především nedostatečná časová kapacita, jelikož péče o seniora je velmi časově náročná. O sociální izolaci hovoří také Formánková, Novotný, Efenberková (2012), kteří zmiňují, že sociální izolaci a ztrátu sociálních kontaktů pečující osoba prožívá v důsledku neustálé připravenosti pomoci osobě, která je na jeho péči závislá. Pumprová In Ondrušová, Krahulcová (2020) uvádí, že tento vliv může pečující osobu dovést až do stavu, kdy pocituje nechuť dále v péči pokračovat. Avšak pokud se některé z takto vyčerpaných pečujících osob rozhodnou z důvodu nutnosti odpočinku využít např. odlehčovací službu, objevuje se u nich v této situaci často pocit viny.

Pečující osoba intenzivně prožívá péči a vztah s člověkem, o kterého pečuje, má ale také závazky vůči dalším osobám, jako jsou např. partner a děti. Dále se péče střetává s povinnostmi v zaměstnání pečující osoby, ale také s jejími osobními problémy, které daná osoba musí řešit, ať už se jedná o problémy zdravotní či např. finanční nebo bytové (Ondrušková, Krahulcová 2020). Dle Jedlinské, Hlúbika, Levové (2009) dochází v průběhu poskytování péče převážně k negativním změnám v rámci mezilidských vztahů. Může se jednat o rodinné spory, omezení komunikace, také spory a hádky se seniorem, o kterého osoba pečuje. Výskyt sporů v rodině a následné omezení nebo zhoršení vztahů v rodině v době poskytování péče o seniora uvádí také (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013).

3.2 Stres

Cooper, Appley (1966) In Hartl, Hartlová, (2015) „*definují stres jako stav organismu, kdy jeho integrita je ohrožena a organismus musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu*“. Pešek, Praško (2016) uvádějí, že když osoba prožívá stres, je organismus dané osoby zatížen vlivem působení rozličných stresorů. Dle Hartla, Hartlové (2015) jsou stresory činitelé, které na osobu působí zevnějšku a v organismu daného člověka tak vyvolávají stres. Dle Paulíka (2010) se jedná o takový stav, kdy pocíťovaná zátěž přesahuje určitou únosnou míru a to ze strany adaptačních možností, které za momentálních podmínek organismus dané osoby má. Jedná se o situace, které osoba pocíťuje jako obtížné, ohrožující, a které velmi výrazně narušují její celkovou rovnováhu organismu. Hladký (1993) In Paulík (2010) uvádí, že míra pocíťované únosnosti stresu závisí na podílu expozičních a dispozičních faktorů. Expozičními faktory se rozumí

všechny ty, kterým je osoba vystavena a musí se s nimi potýkat. Dispoziční faktory jsou naopak ty, které jsou určeny osobnostními předpoklady dané osoby, na kterou stresová situace působí. V rámci stresové situace pak dochází k rozporu mezi těmito faktory.

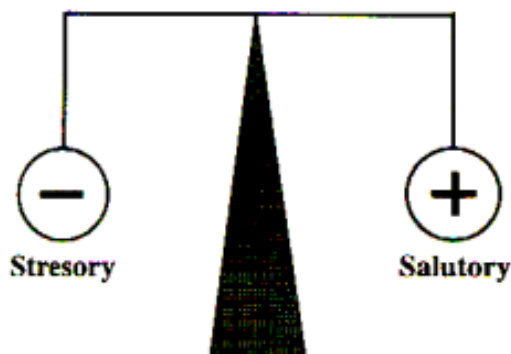
Míra prožívaného stresu záleží jak na stresorech primárních, tak na sekundárních, které na pečující osoby v rámci péče působí, ale také na individualitě každého z pečujících, především pak na jeho schopnostech adaptace v rámci působící pečovatelské zátěže a stresu a také na zdrojích, které má pečující osoba k dispozici (Jarolímová, 2020). Dle Ondrušové, Krahulcové (2020) se může prožívaný stres odvíjet od věku pečující osoby, pohlaví, osobnosti, ale i vnímání a hodnocení sebe, vlastního života, uznávaných životních hodnot, vzdělání nebo také vlastní předchozí zkušenosti, které pečující osoba v rámci prožívání stresu má a schopností, které může v dané chvíli na zvládnutí prožívaného stresu vynaložit.

Stresory, které na lidský organismus působí, v něm spouští pohotovost, ve které je organismus osoby udržován dokud, stresory a jimi způsobené ohrožení nepominou. Reakce organismu na stres se projevuje postojem „útok“ nebo „útěk“. V případě, že tyto reakce nejsou úspěšné, může organismus přecházet do stavu rezignace (Pešek, Praško, 2016). Dle Paulíka (2010) můžeme stresory působící na danou osobu dělit na reálné (ty které aktuálně narušují život osoby) a potenciální (jsou to aspekty, které při dosažení určité míry intenzity, naléhavosti, kumulace nebo také doby po kterou mohou u dané osoby vyvolat stres).

Pumprová In Ondrušová, Krahulcová (2020) uvádějí, že při dlouhodobé péči, kterou pečující osoba poskytuje, pociťuje stres a celkové vyčerpání. Osoby, které pečují o seniora v domácím prostředí, pociťují kromě akutního stresu, který přichází v podobě náročných a krizových situací, především dlouhodobou zátěž. Vymětal (2008) uvádí, že dlouhodobá zátěž má při působení na lidský organismus horší následky než stres, který je prožíván akutně.

Stres jako takový můžeme dělit na: eustres to je takový druh stresu, kdy člověk, přesto že stres a zátěž prožívá, svou situaci vnímá jako výzvu. A na distres, ten je u osob spojen s nepříjemnými prožitky a projevuje se v situacích, kdy člověk vnímá svou situaci jako negativní (Vymětal, 2008). Plamínek (2013) o distresu uvádí, že má na lidský organismus neblahý vliv, způsobuje vyčerpání a osobu, která jej prožívá ničí.

Při stresu na sebe vzájemně působí dva soubory. Jedná se o stresory, které jsou projevem zátěže a salutory, které se projevují jako schopnost obrany při zvládnání náročných situací. Pokud však stresory převažují salutory, u dané osoby se projeví stres (Křivohlavý, 2012).



Obrázek 1: Vyrovnaná životní situace

Ondrušová, Krahulcová (2020) uvádějí, že stresory, které v rámci péče na pečující osoby působí, mohou být rozděleny na stresory primární, které vycházejí přímo z pečovatelské zátěže. A stresory sekundární, ty na primární stresory navazují, můžeme je tedy označit jako následek, toho co do péče bylo investováno. Stres, který pečující osoby prožívají a pociťují dlouhodobě, se může projevovat také v tom, že pečující osoby mají ve vztahu k pečovatelské zátěži sníženou míru její tolerance. Dále se může jednat o celkovou podrážděnost dané osoby, spánkové poruchy a v oblasti zdravotní také sklonem k častější nemocnosti (Zvěřová, 2015),

Křivohlavý (1994) uvádí příznaky stresového stavu, které dělí na:

Fyziologické příznaky – jako jsou zvýšení činnosti srdečního rytmu, nechutenství, bolesti břicha, bolesti hlavy, migrény, napětí svalů a další.

Emocionální příznaky – jsou provázené náhlými a silnými změnami nálad, neschopností projevovat emoce a náklonnost, zvýšená starostlivost o vlastní zdraví atd.

Behaviorální příznaky – jedná se o projevy osob ve stresové situaci, mohou se projevovat jako nerozhodnost, nehodovost, horší kvalita práce, podpora závislostí, nechutenství nebo naopak přejídání, poruchy paměti a orientace, zvýšená únava apod.

3.3 Strach a úzkost

Mezi pocity spojené s pečovatelskou zátěží můžeme zařadit také prožívání strachu a úzkosti. Dle Vymětala (2008) prožívá člověk úzkost a strach v různé míře po celý život. V jednotlivých životních fázích, v závislosti na okolnostech se však mění jejich forma a také jejich prožívaná intenzita. Úzkost a strach se navzájem ovlivňují, podmiňují a také spolu často splývají, není proto možné je od sebe zcela oddělovat.

(Harding a kol. 2012 In Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013) uvádějí, že pečující osoby často provází strach z toho, jak se bude jejich situace a situace člověka, o kterého pečují dále vyvíjet. Pociťují úzkost a pocity nejistoty z toho co nastane v budoucnosti. Může přicházet strach z vývoje zdravotního stavu seniora. Dále to může být strach ze situace, kdy by došlo k úmrtí pečující osoby nebo zhoršení zdravotního stavu pečující osoby natolik, že by nebyla schopna péče. Tedy obavy z toho, kdo jiný by pečoval. Dále je to také strach z příchodu špatné životní situace, obavy o budoucí začlenění pečující osoby do pracovního procesu a začlenění sociálního.

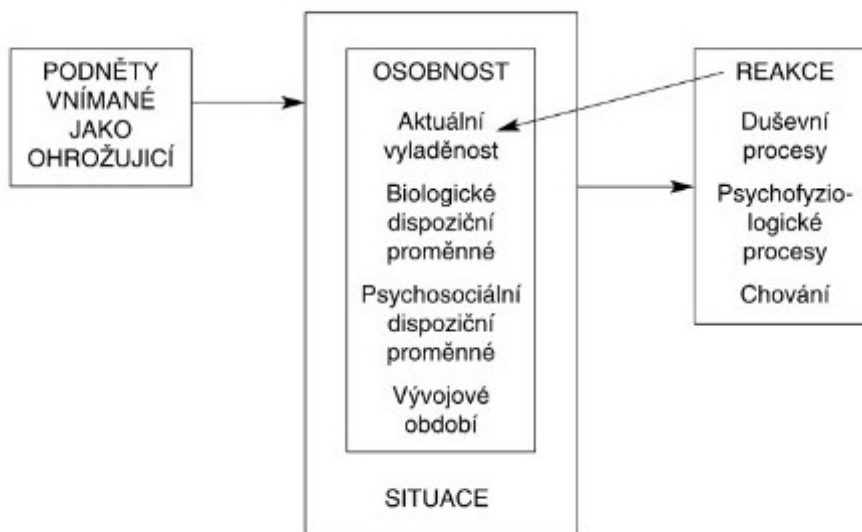
O **strachu** hovoří Vymětal (2008) jako o prožitku, který daná osoba pociťuje jako negativní a velmi nepříjemný. Tento prožitek se vztahuje k určité situaci, se kterou se osoba setkává. Je zdrojem obav a ohrožení dané osoby. Jde o reakci osoby na hrozící nebezpečí, funkcí stresu je signalizovat osobě nutnost zapojení obranné funkce.

Úzkost je pak stejně jako strach nepříjemným prožitkem, ale rozdíl mezi strachem a úzkostí je takový, že při úzkosti si osoba, která ji prožívá, často neuvědomuje její přímou příčinu. Úzkost je tedy reakcí, která je založena na takovém nebezpečí, které daná osoba tuší, ale je jí neznámé. Na jejím základě je možné konstatovat, že úzkost bývá pro osoby, které ji prožívají horší a nepříjemnější než prožívaný strach (Vymětal 2008).

Úzkost a strach se projevují v životech osob na základě různých dějů a jejich dynamiky.

Jevy, které na osoby působí a vyvolávají jim strach nebo úzkost mohou být způsobeny vnějšími nebo vnitřními podněty a to často na nevědomé úrovni. V momentě kdy osoby strach nebo úzkost pociťují, danou situaci a z ní plynoucí ohrožení zhodnotí, posoudí a přiřadí mu určitý význam. Děje se tak na základě předchozích zkušeností, které daná osoba má. Další vývoj situace poté závisí na tom, jak je osoba v dané chvíli pro zvládnutí situace vybavena a v jakém celkovém rozpoložení těla i mysli se nachází. Pokud člověk v dané chvíli vyhodnotí podněty jako ohrožující, nastává reakce organismu čili

fyziologické změny, kterými se projeví reakce na situaci (Vymětal, 2008). V následujícím grafu je dle Vymětala (2008) znázorněn vznik a rozvoj úzkosti a strachu.



Obrázek Chyba! V dokumentu není žádný text v zadaném stylu.2: Vznik a rozvoj úzkosti a strachu

3.4 Syndrom vyhoření

Křivohlavý (2012) uvádí jako jednu z definic syndromu vyhoření definici dle Pinesové, Aronsona: „Jedná se o stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké.“

Tyto druhy vyčerpání dále rozpracovávají:

- Fyzické vyčerpání – v rámci fyzického vyčerpání osoba pociťuje ve své situaci snížení energie, která je spojená s dlouhodobou únavou a na osobě se také výrazně podepisuje celková slabost.
- Emocionální vyčerpání – toto vyčerpání se u osob projevuje pocity beznaděje.
- Mentální vyčerpání – projevuje se zaujímáním negativního postoje ke své vlastní osobě, k činnosti, kterou člověk vykonává, ale i na globální úrovni ke svému životu i světu.

V rámci procesu syndromu vyhoření se nejedná o jev, který by mohl být považován za statický. Při tomto procesu můžeme pozorovat dynamický vývoj, který má svůj počátek, průběh a také určité vyvrcholení (Křivohlavý, 2012). Ondrušová, Krahulcová (2020) popisují syndrom vyhoření jako určitý bod, po jehož překročení u daného člověka velmi klesá schopnost zvládat nároky a požadavky, které jsou na něj kladeny. V důsledku toho je ovlivněna jak osoba pečující, tak také senior, o kterého je pečováno.

Hartl, Hartlová (2015) uvádí tři stádia vývoje syndromu vyhoření:

První stádium – v tomto stádiu se u dané osoby objevují symptomy jako je neustálý spěch a pocit, že daná osoba nic nestíhá. Činnosti, kterým se během dne věnuje, začínají postrádat systém.

Druhé stádium – u osoby se může objevovat neuróza, pocit neustálého tlaku a pocit potřeby dané osoby, že musí neustále něco dělat, výsledkem tohoto stadia se pak stává chaos.

Třetí stádium – u dané osoby se mění postoj přístupu k životní náplni. Poté co dříve pociťovala velké množství věcí, které musí vykonat, nyní pociťuje opak a to, že nemusí nic. Přítomnost jiných pociťuje jako obtěžující. Vytratil se zájem a motivace k provádění činností. Osoba v tomto stádiu pociťuje silnou únavu a také zklamání.

4 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH OSOB

Zvěřová (2015) uvádí, že zátěž pečujících osob je možné zmírnit za pomoci vhodné intervence, která může být pečujícím osobám poskytnuta. Pro pečující osoby je velmi důležité, aby měly při poskytování péče zajištěn dostatek potřebné podpory, ale také informací a rad, které pečujícím osobám mohou jejich situaci ulehčit. Reml (2016) upozorňuje na nutnost poznání potřeb, které pečující osoby mají. Na základě určení potřeb pečujících osob je následně možné uplatňovat snahu o to, aby péče byla co nejlépe nastavena. Tak, aby péče byla poskytována co nejkvalitněji a byla pro potřebného člověka co nejvíce účinná. A také, aby vykonávání péče bylo pro pečující co nejdéle možné a udržitelné. Na základě provedeného výzkumu určil skupiny potřeb u neformálních pečujících osob, řadí mezi ně:

Vzdělávací potřeby

Do skupiny vzdělávacích potřeb je zařazena informovanost, která je pro pečující osoby v procesu péče velmi důležitou složkou. Nedostává se jim však v takové míře, v jaké by pečující osoby potřebovaly. Pečujícím osobám chybí základní informace související s péčí a nemají dostatečné povědomí o možnostech, které mohou během péče využívat. To se týká využívání sociálních služeb, nároků na příspěvky a nedostatečné informovanosti o příspěvku na péči. Ale chybí také informace o zdravotním stavu, ve kterém se senior nachází a také informace o tom, jak se jeho onemocnění bude dále Reml (2016). Janečková, Dragomirecká, Jirkovská (2017) uvádějí, že pro pečující osoby je proces počátečního získávání informací o péči dlouhotrvající a vyčerpávající. Pečující osoby do poskytování péče často vstupují bez jakýchkoli znalostí a předchozích zkušeností s péčí. Nejčastějším zdrojem informací jsou pro pečující osoby zdroje internetové, ale také informace získané od přátel a známých, kteří je mohou informovat o svých zkušenostech nebo také pracovníci sociálních služeb. Z důvodu nízké informovanosti, by potřebou pečujících osoby bylo možnost absolvování vzdělávacích akcí a kurzů, které by jim pomohly v samotném poskytování péče a také zajištění její kvality.

Sociální potřeby

Reml (2016) spatřuje jako problematické především nedostatky v komunikaci. Ať už se týkají komunikace se samotným seniorem o kterého je pečováno nebo také v rámci komunikace s lékaři a sociálními pracovníky. Komunikační problémy se také projevují v rámci rodiny a ve spolupráci s rodinnými příslušníky v rámci procesu péče. Pečující osoby v důsledku náročnosti péče také pociťují úbytek sociálních kontaktů, cítí se tak v péči osamoceni a postrádají možnost sdílení.

Psychologické potřeby

Pečující osoby se potýkají s nedostatečným nastavením si vlastních limitů, jelikož dochází k častému přeceňování vlastních sil. Toto přetížení se následně projevuje jak na psychickém, tak fyzickém zdraví pečujících osob. Psychologické potřeby pečujících osob se během procesu péče mění. Na začátku péče se pečující osoby setkávají s potřebou vypořádat se se silnou zátěží způsobenou například nečekaným a rychlým přijetím role pečující osoby nebo náhlou změnou ve zdravotním stavu seniora. Následně během péče v obdobích, kdy se nedějí akutní změny ve zdravotním stavu seniora, prožívají osoby péči spíše stereotypně. U pečujících osob nastává nutnost vypořádat se s pocity objevujícími se v důsledku syndromu vyhoření (Reml, 2016).

Emoční potřeby

Emoční potřeby pečujících osob bývají spojené s nutností vyrovnat se se situací blížícího se konce života osoby, o kterou pečují. V této souvislosti se pečující osoby potýkají s obavami z budoucnosti. Prožívají nejistotu v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu nebo délky doby poskytování péče. Jedná se ale také o vypořádání se s bolestí a pocity lítosti, které pečující osoba společně se seniorem prožívá a sdílí (Reml 2016).

Finanční potřeby

Dle Mikanové, Dvořákové (2020) jsou právě finance takovým nástrojem pro podporu pečujících osob, který se může velmi výrazně podílet na míře pečovatelské zátěže. Tato zátěž se projevuje na základě nutnosti vynaložení finančních nákladů na poskytování péče. U finančních nákladů také záleží na informovanosti pečujících osob o nárocích na finanční podporu, která jim na péči náleží. Nejčastěji se pojí s neinformovaností pečujících osob o možnostech v rámci využívání sociálních služeb. Finanční potřeby jsou u jednotlivých pečujících osob také určovány jejich rozhodnutím setrvat v zaměstnání nebo naopak

rozhodnutím pro jeho opuštění kvůli poskytování péče. Jelikož mezi pečujícími je vysoký podíl osob nad padesát let jeví se jako jeden ze stresorů obava o postavení na trhu práce. Z důvodu ztráty zaměstnání nebo na základě nedostatečného množství financí může dojít v životě pečujících osob na změnu v jejich životní úrovni (Reml 2016).

Zdravotní potřeby

U pečujících osob se z důvodu náročnosti péče a celkového přetížení objevují různé zdravotní problémy a komplikace. Týká se to také zdravotního stavu v souvislosti s věkem, jelikož pečující osoby pečují o své rodiče, kdy jsou často sami již sami ve starobním důchodě. Pečující osoby tak prožívají obavy o své vlastní zdraví (Reml 2016).

Praktické potřeby a materiálně-technické potřeby

Tato skupina potřeb se týká provádění úkonů, které musí pečující osoby během péče zvládnout. Jsou to pečovatelské úkony spojené s polohováním, koupáním či podáváním stravy. Může jít také o dovednosti spojenými s obsluhou technického vybavení, které je nezbytné pro poskytování péče, kdy jde o různé přístroje a pomůcky. Důležitá je také vhodnost zázemí, kde bude péče poskytována a nutnost úprav prostředí domu nebo bytu. Může se jednat o zajištění bezbariérového přístupu, úpravy pro možnost pohybu seniora například s chodítkem nebo instalaci madel a dalších pomůcek např. při vybavení koupelny. Je zde zahrnuta také potřeba změny bydliště seniora nebo pečující osoby, tak aby mohli žít ve společné domácnosti, pokud již senior nemůže být sám a potřebuje neustálou péči druhé osoby (Reml 2016).

Jelikož je zátěž, kterou pečující osoby v rámci poskytování péče prožívají velmi vysoká, musí individuálně volit takové strategie, které jim pomohou tuto zátěž zmírnit. Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013) uvádějí, že pokud pečující osoba vnímá svou roli jako smysluplnou a péči provádí jako tzv. „práci z lásky“ pečovatelskou zátěž tento postoj sníží. Tím, co může pečujícím osobám v rámci celého procesu péče o seniora pomoci je poskytování poradenství zaměřeného na podporu pečujících osob. V rámci tohoto poradenství by mohly pečující osoby získávat komplexní informace o postupu při péči. Pro pečující osoby je také velmi přínosná možnost využívání podpůrných skupin, kde se mohou ve společenství setkávat s dalšími pečujícími osobami a sdílet své zkušenosti.

Pečující osoby také mohou využívat možnosti psychoterapie, pomocí které mohou lépe zpracovávat prožívané negativní pocity spojené s pečovatelskou zátěží, ale také využít pomoc v situaci, kdy se nachází ve stavu úzkosti, deprese či na sobě pocítují syndrom vyhoření. Dále mohou pečující osoby využívat různých relaxačních technik ke zmírnění zátěže (Dragomirecká a kol. 2020).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Náš výzkum se zaměřuje na zkoumání psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. V rámci výzkumu se budeme zabývat tím, jaký je stále se vyvíjející proces psychosociální zátěže, kterou pečující osoby při péči o seniora v domácím prostředí prožívají. Samotný počátek tohoto procesu spočívá v rozhodnutí osoby pečovat a přijmout roli pečující osoby. Průběh péče je ovlivněn mnoha faktory a okolnostmi, které do procesu péče vstupují. Jelikož péče o seniora v domácím prostředí bývá dlouhodobá, pečující osoby v rámci péče prožívají jak situace stereotypní, tak se také setkávají se situacemi zcela novými, které do péče mohou zasahovat v důsledku vyvíjejícího se zdravotního stavu seniora, o kterého pečují. V našem výzkumu jsme zjišťovali, jakou psychosociální zátěž pečující osoby při péči o seniory v domácím prostředí prožívají, ale také co tuto psychosociální zátěž ovlivňuje a do procesu psychosociální zátěže vstupuje. Budeme se zabývat podněty vstupujícími do péče o seniora, které mohou psychosociální zátěž pečujících osob ovlivňovat. Péče o seniora v domácím prostředí má také vliv na rodinné vztahy pečujících osob i vzájemný vztah pečující osoby a seniora, o kterého pečuje. Chceme také zjistit, jaké strategie zvládnání pečovatelské zátěže pečující osoby volí a co jim psychosociální zátěž způsobnou náročností péče pomáhá zvládnout a odbourat.

Výsledky našeho výzkumu je možné využít ve službách zaměřujících se přímo na cílovou skupinu pečujících osob, případně mohou sloužit pro jejich rozvoj. Dále v sociálních službách určených primárně pro seniory s potenciálem pozitivně ovlivnit také životní situaci pečujících osob. Výsledky našeho výzkumu mohou představovat náhled do životů pečujících osob a procesu psychosociální zátěže, kterou prožívají.

5.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem naší diplomové práce je popsat proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Záměrem výzkumu je také identifikovat, jak péče o seniory v domácím prostředí ovlivnila rodinné vztahy pečujících osob. Také chceme popsat, jaký dopad má péče o seniory v domácím prostředí na sociální začlenění pečujících osob do běžného života. Analyzovat dopad péče o seniory v domácím prostředí na psychický stav pečujících osob. A v neposlední řadě také zjistit, jaké jsou strategie zvládnání zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jaký je proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí?

Díličí výzkumné otázky:

- Jaký dopad má péče o seniory v domácím prostředí na psychický stav pečujících osob?
- Jak péče o seniory v domácím prostředí ovlivnila rodinné vztahy pečujících osob?
- Jaký dopad má péče o seniory v domácím prostředí na sociální začlenění pečujících osob do běžného života?
- Jaké jsou strategie zvládnání zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí?

5.3 Druh výzkumu

Pro náš výzkum jsme zvolili **kvalitativní výzkumné pojetí**. Kvalitativní výzkumné pojetí nám umožňuje zkoumat daný jev do hloubky. Díky tomu můžeme nahlédnout do života osob pečujících o seniory v domácím prostředí a detailně popsat proces psychosociální zátěže, kterou prožívají. Využití kvalitativního výzkumného pojetí nám umožní komplexní vhled do dané problematiky.

5.4 Výzkumný nástroj

Na základě zvoleného kvalitativního výzkumného pojetí jsme se rozhodli pro volbu **narativního (biografického) rozhovoru**. Narativní rozhovor je uskutečňován formou vyprávění příběhu dotázaných osob. Respondentům je tak ponechána volnost ve vyjádření se. Díky tomu se může v rozhovorech prokázat širší subjektivní pojetí daného respondenta a mohou tak být rozsáhleji odhaleny jeho zkušenosti. Narativní rozhovor může být proveden formou vyprávění životního příběhu jako celku, nebo se jako v našem případě, zaměří na určitou část z respondentova života.

Narativní rozhovor je rozdělen do čtyř fází, jsou jimi: stimulace, vyprávění, kladení vyjasňujících otázek a dále otázky zobecňující (Hendl, 2016).

V první fázi stimulace výzkumník získává důvěru respondenta. Výzkumník představuje a popisuje téma, na které bude výzkum prováděn. Následně výzkumník položí hlavní otázku, která musí být dostatečně široká a respondenta by měla podněcovat k vyprávění. Nami zvolená hlavní výzkumná otázka směrem k respondentům zní: *Jak prožíváte svůj život jako pečující osoba?* Následně jsme nechali respondenty volně vyprávět. Po ukončení respondentova vyprávění se výzkumník snaží nalézat odpovědi na nejasné otázky. I při těchto otázkách odpovídá respondent formou vyprávění. V poslední fázi výzkumník pokládá otázky, kterými doplní respondentovo vyprávění. Dotazování zahrnuje možnost využití internálních a externálních otázek. Internální otázky se vztahují k tomu, o čem respondent vyprávěl. Externální otázky jsou takové otázky, které se týkají témat, která ve vyprávění respondenta zmíněna nebyla, ale pro výzkumníka jsou důležité a zajímavé. Po samotném vyprávění respondentů na téma hlavní položené otázky jsme dále rozhovor rozvíjeli právě těmito typy otázek (Rosenhalová, 1995 In Hendl, 2023).

5.5 Výzkumný soubor

Výběrovým souborem pro náš výzkum byly osoby pečující o seniory v domácím prostředí, které v různé míře využívají terénní pečovatelskou službu nebo osobní asistenční službu. Výzkumný soubor byl vybrán na základě **záměrného výběru**. Záměrný výběr by měl být proveden tak, aby kopíroval základní soubor. Právě díky využívání sociálních služeb se nám podařilo získat kontakty na respondenty. Bylo vytipováno několik osob, které o seniory v domácím prostředí dlouhodobě pečují.

Oslovení respondenti museli splňovat následující kritéria:

- Pečují o seniora v domácím prostředí.
- Jsou hlavní pečující osobou nebo mají na péči o seniora hlavní podíl.
- Péče, kterou seniorům poskytují je dlouhodobá.

Náš výzkumný soubor tvoří respondentky, ženy, které dlouhodobě pečují o seniory v domácím prostředí. U jednotlivých respondentek je péče poskytována jejich rodičům, manželovi a blízké příbuzné. Absence muže jako pečující osoby mimo jiné také poukazuje na to, že roli pečující osoby přijímají ve velké míře převážně ženy. Zastoupení mužů, kteří v domácím prostředí pečují o seniory, se nám pro náš výzkum získat nepodařilo.

5.6 Realizace výzkumu

Náš výzkum byl realizován rozhovory v rámci osobních setkání s respondentkami. Pomocí e-mailové komunikace bylo osloveno devět pečujících osob, které byly požádány o poskytnutí rozhovoru. Bylo jim stručně popsáno téma a účel rozhovoru. Rozhovory se podařilo zrealizovat se sedmi z celkového počtu oslovených pečujících osob. Na konkrétním místě a čase setkání za účelem rozhovoru jsme se s respondentkami domlouvali telefonicky nebo e-mailem.

Pilotní rozhovor byl realizován v prosinci roku 2023. Realizace dalších rozhovorů pak proběhla v lednu roku 2024. Respondentky měly možnost zvolit prostředí, které jim pro uskutečnění rozhovoru nejlépe vyhovovalo. Pro tyto účely byla také nabídnuta možnost využití kanceláře osobní asistenční služby. Této možnosti využily čtyři respondentky, další tři rozhovory byly realizovány v domácnostech respondentek.

Rozhovory byly realizovány v časovém rozsahu cca 30 – 90 min. Rozhovory byly nahrávány a poté přepisovány do písemné podoby. Výpovědi respondentek byly následně analyzovány a interpretovány.

Výzkumu se zúčastnily tyto respondentky:

1. Paní Jana - 57 let. Paní Jana pečuje jako opatrovník o svou matku, se kterou bydlí ve společné domácnosti. Paní Jana odešla z práce, aby se mohla věnovat péči o svou matku, která je trvale upoutaná na lůžko, není již schopna pohybu ani verbální komunikace. Při péči jí pomáhá manžel a příležitostně také sourozenci. Paní Jana pro svou matku využívá pečovatelskou službu v rozsahu 1x týdně. Matka paní Jany pobírá příspěvek na péči ve IV. stupni.

2. Paní Růžena - 64 let. Paní Růžena je již ve starobním důchodu, což jí umožňuje věnovat se péči o matku. V péči se střídá společně se svou sestrou. Matka paní Růženy je imobilní, upoutaná na lůžko a využívá pečovatelskou službu v kombinaci s osobní asistenční službou. Pobírá příspěvek na péči ve III. stupni.

3. Paní Ilona - 52let. Paní Ilona pracuje a pečuje o oba rodiče, se kterými žije ve společném domě. Otec paní Ilony je imobilní se zdravotními omezeními, denně využívá pečovatelskou službu a pobírá příspěvek na péči ve III. stupni. Dále paní Ilona pečuje také o svou matku, které byla diagnostikována demence. V péči o rodiče pomáhá paní Iloně manžel a dle potřeby také její děti.

4. Paní Lenka - 45 let. Paní Lenka pečuje o matku, nyní je bez zaměstnání. Bydlí ve vzdáleném městě a za matkou dojíždí vždy na 14 dní. Zbytek péče pokrývá pomocí kombinace sociálních služeb, jedná se o: pečovatelskou službu, osobní asistenční službu a také denní stacionář. V této době se do péče zapojuje také bratr paní Lenky. Matka paní Lenky trpí Alzheimerovou chorobou a pobírá příspěvek na péči ve III. stupni.

5. Paní Marta - 68 let. Paní Marta je ve starobním důchodě a pečuje o vzdálenou tetu, která je imobilní a je upoutaná na lůžko. Do její domácnosti denně dojíždí. Paní Marta je na péči o tetu sama, jelikož syn tety není schopen s péčí pomoci, využívá proto alespoň pomoc sousedů. Teta paní Marty využívá denně pečovatelskou službu a pobírá příspěvek na péči ve III. stupni.

6. Paní Petra - 59 let. Paní Petra pracuje a sama pečuje o matku, se kterou bydlí ve společné domácnosti. V důsledku špatného zdravotního stavu matka paní Petry potřebuje pomoc druhé osoby, zvládne se pohybovat po bytě. Matka paní Petry využívá denně pečovatelskou službu a dle potřeby využívají také službu odlehčovací. Pobírá příspěvek na péči ve výši II. stupně.

7. Paní Dagmar - 70 let. Paní Dagmar je ve starobním důchodě a pečuje o svého manžela, který trpí závažným srdečním onemocněním. Paní Dagmar o manžela pečuje sama. Manžel paní Dagmar potřebuje péči druhé osoby, pomalým tempem zvládne pohyb po domě a drobné vzdálenosti také ve venkovním prostoru. Manžel paní Dagmar využívá osobní asistenční službu v době, kdy jeho manželka na delší dobu odjíždí. Pobírá příspěvek na péči ve výši II. stupně.

5.7 Etika výzkumu

Respondentky byly informovány o účelu rozhovoru, bylo jim sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh. Byly seznámeny s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku. Před začátkem rozhovorů byly respondentky srozuměny s tématy, které budou v rámci rozhovoru probírány. Byly srozuměny s hlavní otázkou rozhovoru a také výčtem doplňujících otázek, které jim byly pokládány po ukončení jejich vlastního vyprávění.

Respondentky byly dotázány, zda souhlasí s nahráváním a následným přepisem rozhovorů. Byly srozuměny s tím, že v rozhovorech bude zachována anonymita. Nikde nebude uvedeno jméno či jiné osobní údaje, díky kterým by mohly být respondentky

identifikovány. V rámci zachování anonymity byla respondentkám v rámci výzkumu změněna jejich jména. Souhlas s poskytnutím rozhovoru, jeho nahráváním a následným přepisem stvrdily respondentky svým podpisem v dokumentu Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru.

5.8 Způsob analýzy dat

Jako způsob analýzy dat v našem výzkumu jsme zvolili zakotvenou teorii. Zakotvená teorie stojí na principu zakotvení v datech, které výzkumník během prováděného výzkumu získává.

Jak uvádí Strauss, Corbinová (1999) In Svaříček, Šedřová (2007) tento způsob analýzy dat je zaměřen na vznik výsledné teorie po provedení metodologického postupu. Předem je definována oblast zájmu, ale výzkumník přistupuje k výzkumu tak, že z něj nechává vyplynout to, co bude ve zkoumaném tématu důležité. Na základě zjištěných dat jsou zkoumány vztahy mezi proměnnými. V rámci zakotvené teorie jsou zkoumány procesy a popis dění, nejedná se pouze o statický stav. Zakotvená teorie poukazuje na různé změny v reakcích aktérů, které se dějí na základě změn v podmínkách, které působí nebo různým způsobem ovlivňují jejich jednání.

V rámci zakotvené teorie je využíváno kódování. Dle Hendla (2023) se jím rozumí proces rozkrývání dat vedoucí k jejich následné interpretaci, vytvoření konceptů a následně nové integraci. Strauss, Corbinová (1999) In Hendl (2023) kódování dělí na tři druhy. Jedná se o postupy zacházení s textem, získaným během výzkumu. Je zde zahrnuto kódování otevřené, axiální a selektivní. Analýza získaných dat vždy začíná uplatněním otevřeného kódování.

Otevřené kódování je procesem, v rámci kterého je text rozčleněn do jednotlivých úseků dle témat ke kterým se vztahují. Takto vzniklým částem textu jsou přiřazovány kódy, které můžeme označit jako „nálepky“ vystihující danou část zkoumaného textového materiálu. Tyto kódy jsou přezkoumávány a seskupovány na základě společného kritéria do tzv. kategorií. Takto vzniklé kategorie jsou základem pro vznik nové teorie. V průběhu analýzy dat a kódů je využíváno poznámkování (Švaříček, Šedřová, 2007).

V další fázi, tedy v rámci axiálního kódování jsou vzniklé kategorie propojovány. Výzkumník hledá souvislosti a vazby mezi jednotlivými kategoriemi, které podrobuje dalšímu zkoumání. Aby byly tyto souvislosti a vztahy odhaleny, musí být zkoumáno, které kombinace fragmentů jednotlivých kategorií jsou navzájem propojeny s kategoriemi

jinými (Hendl, 2023). Pro znázornění těchto vztahů je využit paradigmatický model, v rámci něž je identifikován jev, příčinné podmínky, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakcí a následky (Strauss, Corbinová, 1999 In Hendl, 2023). Tento model jsme v našem výzkumu zpracovali graficky.

V poslední fázi kódování se věnujeme kódování selektivnímu, které vychází z axiálního kódování. Dle Hendla (2023) identifikujeme hlavní téma a kategorie, ve kterých by měly být integrovány ostatní témata a kategorie. Tato hlavní témata a kategorie se stanou středem, ze kterého vychází vznikající teorie.

6 ANALÝZA DAT

6.1 Kategorizace dat

Seznam kategorizačních skupin:

1. Péče doma
2. Rodina jako podpora i zátěž
3. Sociální služba - pomoc nejen pro seniory
4. Pečující osoba jako součást společnosti
5. Psychická zátěž pečujících osob
6. Strategie zvládnání zátěže

Kategorie 1 - Péče doma

Z provedených rozhovorů jsme zjistili, jak péče o seniory v domácím prostředí probíhá a co vše péče obnáší. Základním faktorem, díky kterému se poskytovaná péče u respondentek velmi liší, je zdravotní stav, ve kterém se osoba přijímající péči nachází. To je rozhodujícím východiskem pro to, jak se bude veškerá péče odvíjet. Respondentky uvedly, že péči poskytují v řádu let. Ve většině případů nemůžeme jasně datovat, kdy se osoba stala osobou pečující, jelikož potřeba péče o seniora často přichází postupně. Samotný začátek péče může být pozvolný, kdy se stav potřebného člověka postupně zhoršuje. Respondentky uváděly, že péče začíná občasnou pomocí například s nákupy, doprovody k lékaři, pomocí v domácnost, poté postupně pomoc s hygienou, podáním stravy apod. Některé z respondentek se tak postupně dostávají do bodu, kdy denně pečují o imobilního člověka, který je trvale upoután na lůžko. Tento postupný charakter přijímání role pečující osoby zažila například paní Jana, která pečuje jako opatrovník o svou matku. Péče pro ni představuje práci na plný úvazek. Opačný případ zažily respondentky, u kterých nutnost začít poskytovat péči přišla nečekaně, nebo nastala po velkém zhoršení zdravotního stavu člověka, o kterého doposud pečovaly v menším rozsahu. To zažila paní Dagmar, která o tom hovořila takto: „*Takže oni to radikálně vyřešili a postavili nás před takovou věc. A kdo se o něj bude starat? A já jsem vlastně ani nevěděla, co po mě chce. Až pak jsme se dozvěděli, že on je v takovém stavu, že nutně potřebuje kolem sebe jiného člověka.*“ Pečující osoby, jsou tak postaveny do velmi náročné situace, kdy se rozhodují, zda tuto roli přijmou a budou schopny ji vykonávat. Tento počáteční stav je pro pečující osoby velmi stresující a s novou rolí se musí sžít.

V počáteční fázi je pro pečující osoby velmi důležitá informovanost. Respondentky uváděly, že informace o péči získávaly především ze zkušeností svých blízkých, přátel, rodiny a známých. Některé z respondentek měly s péčí již předchozí zkušenosti, kdy pečovaly nebo pomáhaly s péčí o některého z členů rodiny. Nejvíce informací a zprostředkovaných zkušeností se pečujícím osobám dostalo jednoznačně poté, co se rozhodly pro využití sociální služby pro osoby, o které pečují. Respondentky shledaly nedostatek v poskytnutí informací ze strany lékařů, kteří by pečující osoby v začátcích mohli informovat o možnostech pomoci, která se v péči o seniora v domácím prostředí nabízí. Pečující osoby také nemají dostatek ucelených informací o tom, na co by osoby, o které pečují, měly nárok v rámci zdravotního pojištění. Tak může docházet ke zbytečným investicím, které by mohla pokrýt zdravotní pojišťovna.

Pro pečující osoby je poměrně náročné zorientovat se v systému sociálních a zdravotních služeb. Respondentky uváděly značnou zátěž způsobenou nastavením systému zdravotnictví. Kdy jim péči v domácím prostředí velmi komplikují potřebná vyšetření nebo zákroky specialistů, a to převážně u imobilních osob. Paní Marta řešila tento problém, když potřebovala, aby jí lékař předepsal pro tetu, o kterou pečuje, léky na ředění krve. Paní Marta se ke komunikaci s lékařem vyjádřila takto: „*Poslouchejte, paní je ležící člověk a pro mě přivezení k vám znamená hasičské cvičení. Já musím obstarat hasiče, ti ji snesou ze třetího patra, protože ona si ani na tom vozíku nesejde, takže jenom v leže. Né, tak on ten lék nepředepíše. Ne, já říkám prosím vás, vy přece nemáte jednoho ležáka na okrese, tak mi řekněte, jak to děláte u těch jiných?*“ Situace nakonec byla vyřešena přes obvodní lékařku, jelikož ta za pacientkou mohla přijít do domácnosti. Pokud je ale potřeba vyšetření specialisty, vždy to pro osoby, o které je pečováno v domácím prostředí znamená převoz, který však velmi špatně snáší a často bývá problematický. Pro potřebnost zdravotní péče v domácnosti je možnost využití službu Domácí zdravotní péče, kdy zdravotní sestry dojíždějí do domácností pacientů.

Zásadním krokem je vyřízení příspěvku na péči, případně dalších příspěvků, na které má senior nárok. Jeho výše je dle respondentek, dostačující k tomu, aby pokryla většinu nákladů spojených s péčí. Paní Růžena uvedla: „*Maminka má ten třetí stupeň a dá se to z toho zvládnout. Nezůstane nám nic, ale nechybí nám.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že v kombinaci se starobním důchodem, který senioři pobírají, nepocitují pečující osoby v této oblasti zvýšenou zátěž. Problémy s financemi uvedla pouze respondentka paní Marta, ty však vyplývaly spíše z problémů dalších osob v rodině, než z nedostatku finančních prostředků pro osobu, o kterou pečuje. Respondentky vypověděly, že příspěvek

na péči využívají především k pokrytí nákladů sociálních služeb. Pouze paní Jana je v situaci, kdy se vzdala svého zaměstnání ve prospěch péče o matku, příspěvek na péči tedy využívá místo svého platu a věnuje se naplno péči. Paní Marta vnímá příspěvek na péči částečně také jako finanční ohodnocení pečující osoby.

V rámci péče o seniora v domácím prostředí je také potřebné zajištění různých kompenzačních pomůcek a dalších pomůcek například k zajištění mobility, hygieny apod. Péče o seniora může být také spojena s provedením nezbytných úprav v domácnosti, může jít například o úpravy stavební, jako je zřízení bezbariérové koupelny, bezbariérových vstupů, případně příprava speciálního pokoje pro seniora a další.

Péče o seniora také vyžaduje nutnost naučit se pečovatelským úkonům, manipulaci s osobou, a všem úkonům, které stav seniora vyžaduje. Pro pečující osoby bývá také náročné překonání studu v rámci intimity při péči. Je to však velmi individuální. Pro paní Martu to neznamenal žádnou překážku. Naopak pro paní Ilonu jsou tyto situace velkým výstupem z komfortní zóny. Péče a manipulace se seniorem představuje pro pečující osoby velkou fyzickou zátěž, která jim způsobuje zdravotní problémy. O to náročnější tato situace je, kdy jsou sami pečující osoby již v důchodovém věku. Přesto z výzkumu vyplynulo, že fyzická zátěž spojená s péčí, není pro většinu respondentek zásadním problémem. Tuto zátěž lze také zmírnit četnějším využíváním sociálních služeb.

Důležitý je také postoj, se kterým pečující osoby k osobě, o kterou pečují, přistupují. Všechny respondentky se shodly v tom, že se snaží k pečovanému přistupovat nejenom pozitivně a motivačně, byť je to pro ně velice náročné, ale také aktivizačně. Snaží se jej zapojit do aktivit, které jsou v jeho silách, tak aby byl člověk neustále zapojen do běžného denního života. Snaží se poskytnout dostatek podnětů tak, aby člověk udržoval pozornost a stále se zapojoval do činností té míry, do jaké mu to jeho stav dovolí. Tím je vedou alespoň k částečné samostatnosti. Paní Lenka uvedla: *„Já myslím, že tohle je pro starý lidi hrozně důležitý, aby viděli, že prostě je někdo neodložil a že s nima furt mluví, a že je bere jako součást té rodiny a toho dění. A vím, že ta neuroložka říkala, že každý takový impuls je pro ty lidi dobrej a plus.“*

Velmi důležitá je při péči o seniora komunikace. Ta může být na základě mezigeneračních rozdílů obtížná. Respondentky, které pečují o své rodiče, se dostávají do pozice, kdy jsou jakoby nad rodiči a přebírají za ně zodpovědnost. Tíha této zodpovědnosti dopadající na pečující osoby, má vliv na jejich celkové přetížení. Pečující osoby jsou neustále pod tlakem povinností. Respondentky uvedly, že prožívají obavy z toho, kdo by je v roli pečující osoby zastoupil, pokud by například kvůli onemocnění pečovat nemohly. Paní

Petra, která má také svá zdravotní omezení o tom se svou maminkou, o kterou pečuje, otevřeně hovoří: „*Mamce jsem říkala, že pokud budu zdravá a v pohodě, tak že se o ni prostě postarám, ale pokud nebudu, já ti to nezaručím, co s tebou bude, to už ti nezaručím. Ale napřímo, říkám, pokud by se něco stalo, tak asi budeš v domově.*“

Kategorie 2 - Rodina jako podpora i zátěž

Péče o seniora v domácím prostředí ovlivňuje nejen život hlavní pečující osoby, ale ve větší, či menší míře také rodinu a nejbližší pečujícího. Péče se nejvíce dotýká manželů nebo partnerů pečujících osob a do manželského vztahu vždy zasahuje různým a způsobem a v různé míře jej ovlivňuje.

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky v našem výzkumu byly ženy, budeme popisovat vztah pečující osoby (tedy ženy) a jejího manžela. Míra negativního dopadu péče na manželský vztah pečujících osob je velmi ovlivněna tím, jaký byl jejich vztah před začátkem péče. V procesu péče se právě na manželském vztahu ukazuje míra rodinné soudržnosti. Respondentky v rozhovorech popsaly pomoc a zapojení svých manželů do péče. Paní Ilona uvedla: „*Jo, tak jako manžel mi koupe tatínka. To je fakt, že ano, on mi velice pomáhá.*“ Podobně to má i paní Jana: „*Jsem hrozně ráda za mého manžela, že je takový, že má takovou povahu.*“ Ze strany manžela nemusí jít vždy o přímou pomoc s péčí, ale například o pomoc s chodem domácnosti apod. Pečující osoby vnímají zapojení svých manželů do péče různě. Paní Ilona to popisuje takto: „*Přitom já to tak ale taky беру, že to patří k tomu životu. Prostě bydlí se mnou, tak jako proč by mi neměl pomáhat.*“ Pečující osoby, kterým manžel při péči o rodiče pomáhá, pociťují také vděčnost vůči svým manželům a uvědomují si, že pomoc z jejich strany nemusí být samozřejmostí. Jako například u paní Růženy, která konstatovala: „*Manžel se do toho moc nezapojuje, nechce být do toho nějak zainteresovaný.*“ I přes tuto skutečnost není ze strany paní Růženy cítit, že by manželovo nezapojení do péče negativně prožívala. Zkušenost s nezapojením manžela do péče sdílí také paní Petra, která se navíc nachází v roli, kdy na péči o maminku zůstala úplně sama.

Respondentky uvedly, že se nacházejí v životní situaci, kdy jsou jejich děti již dospělé a bydlí odděleně. Situaci popisuje paní Ilona: „*Dalo by se říct, že bychom si mohli s manželem začít užívat, že děti vyletěly z hnízda.*“ Místo společného trávení volného času, odpočinku a společných aktivit, však do jejich životů vstupuje velice časově náročná péče o rodiče. Jak vyjádřila paní Jana „*Nemůžeme odejít spolu.*“ Při péči, která musí být poskytována nepřetržitě nebo je velmi časově náročná, není možné, aby oba manželé

opouštěli domácnost společně, případně za sebe musí vždy zajistit zastoupení. Manželské páry, jež jsou zatíženy péčí o seniora, musí vynakládat nemalé úsilí pro zachování stále fungujícího vztahu.

V rámci péče do vztahu mezi manžely i osobou o kterou pečují, vstupují také konfliktní situace. Paní Ilona uvedla: *„můj muž to samý, ten to těžce nese, ale já říkám vždycky: prosím tě, mamka za to nemůže, protože ten zuří. Já to chápu.“* Z rozhovorů vyplynulo, že se respondentky snaží konfliktům vyhýbat, předcházet jim, případně se ovládnout a neprojevat negativní emoce před osobami přijímajícími péči.

V manželském páru, kdy žena pečuje o svého manžela, je vztah potřebou péče také velmi ovlivněn. Přes náročnost a všechny těžkosti spojenými s péčí paní Dagmar uvedla: *„Ale tak ano, ano, možná že jsme se tak více i s manželem jakoby sblížili nebo co, opravdu spolu strávíme hodně času a jsme v naprostém klidu, my jsme rádi spolu. Alespoň já to tak prožívám.“*

Další rodinné vztahy, na které má péče významný vliv jsou vztahy sourozenecké. Z výpovědí respondentek bylo zřejmé, že právě v prožívání sourozeneckých vztahů pociťují velkou zátěž. Když jeden ze sourozenců přijímá roli pečující osoby, vždy do jisté míry počítá s pomocí svých sourozenců. Respondentky vnímají, že jejich sourozenci mají stejnou povinnost se o rodiče postarat jako ony, které roli pečující osoby přijaly. Paní Jana se vyjádřila takto: *„Stejně, každý je rád, že to nemusí dělat oni. Jako všichni máme stejnou povinnost se o ty rodiče postarat.“* To, do jaké míry a s jakou ochotou se sourozenci pečujících osob do péče zapojí, velmi ovlivní jejich vztahy. Paní Ilona se k postoji svých sourozenců k péči vyjádřila takto: *„Tak máš je doma, tak se starej no.“* Ten ze sourozenců, který bydlí nejbližší, žije s rodičem ve společné domácnosti nebo má pro péči celkově nejlepší podmínky, se této role obvykle ujímá a jeho sourozenci s tím často počítají a berou to jako samozřejmost. Nemusí to však být pravidlem, jako u paní Lenky, která o maminku dojíždí pečovat ze vzdáleného města. Pečující osoby pociťují vůči sourozencům pocity vzteku, křivdu, výčitky, zklamání, pocity zrady, smutku, samoty až po pocity rezignace, což má za následek úplné narušení sourozeneckých vztahů. Pouze paní Růžena uvedla pozitivní vliv péče na vztah se sestrou, se kterou díky péči může trávit více času. Se sestrou se také v péči střídá. A i když se další z jejich sourozenců do péče příliš nezapojují, uvádí jako pozitivum společné rozhodování se sourozenci, na péči se necítí sama.

Respondentky uvedly, že v začátcích péče o seniora bývají sourozenci a další rodina pomoci naklonění, zájem a zapojení se do péče však postupně ochabuje. Paní Petra uvedla: *„To jsou jenom ty řeči. No, ale jak se říká, skutek utek.“*

U respondentek, které mají se sourozenci nastavený režim pravidelného střídání v péči, se pečovatelská zátěž rozloží mezi sourozence a pečující osoba tak má možnost odpočinku. Další z respondentek uváděly, že ze strany sourozenců probíhají pouze občasné návštěvy, bez jakékoliv pomoci. Někde se sourozenci zapojí alespoň jako krátký zástup, když má pečující osoba jiné povinnosti. Roli sehrává vzdálenost sourozenců, jejich pracovní a osobní život, ale také kvalita sourozeneckých vztahů před začátkem péče. Výpovědi respondentek však ukazují, že ve většině případů dochází ke konfliktu se sourozenci a jejich rodinami i tam, kde původně byly tyto vztahy velmi dobré. Jako důvod rozporů mezi sourozenci respondentky zmiňovaly mimo jiné finanční a materiální neshody, kdy šlo například o dědictví, příspěvek na péči apod.

Z výpovědí respondentek se ukázalo, že pokud sourozenci docházejí pečovat do domácnosti rodiče, střídání v péči funguje lépe. Pokud si jeden ze sourozenců přestěhuje rodiče k sobě nebo s rodičem bydlí ve společné domácnosti, ostatní sourozenci se již v péči tolik neangažují. Paní Jana uvedla: „*A oni pak řeknou: ty jsi tak hodná, že se o tu mamku staráš a ty budeš za to v nebi a ještě se tam za nás budeš přimlouvát, ty máš takový zásluhy. A já mám chuť jim říct, ať jdou do háje, můžou být taky tak hodní.*“ Sourozenci mohou mít také zkreslené představy o tom, co péče ze strany hlavní pečující osoby zahrnuje a jak je náročná. To se může dít i v důsledku špatné komunikace mezi sourozenci. Paní Jana, chtěla s manželem odjet po dlouhé době na výlet, díky neochotě sourozence ji v péči zastoupit, chtěla výlet zrušit a rezignovat. Chování sourozenců, kteří v péči pravidelně nepomáhají, bývá někdy neempatické.

Sourozenecké spory v kontextu péče působí i na rodiče, o které je pečováno, jako na příkladu paní Petry, která uvedla: „*Já věřím, že ji (maminku) to taky štve, že ona by tak ráda ho ještě za něco pochválila toho svého syna. Ale já říkám, přede mnou to nedělej.*“ Míra ochoty pomoci ze strany sourozenců je velmi odlišná. U sourozenců se také objevuje pocit nejistoty, strachu a obav z toho, zda oni sami péči, byť i jen v zastoupení hlavní pečující osoby zvládnou, tak jako sestra paní Jany: „*Ta sestra se třeba bojí, ona je schopná ji přebalit, to jo, dejme tomu, ale ona má z toho hrůzu.*“

Do rodinné péče o seniory vstupují také mužské a ženské role. Pečovatelská role je zpravidla očekávaná od žen. Respondentka paní Petra uvedla, že ze strany svého bratra očekává zapojení do péče ve stejné míře jako je zapojena ona. I z tohoto důvodu dochází mezi sourozenci k neshodám.

Další skupinou osob, kterou respondentky v zapojení do péče o seniora zmiňovaly, jsou děti pečujících osob a jejich vnoučata. Většina respondentek je ve věku, kdy na jedné

straně pečující o seniora (svého rodiče nebo manžela) a na straně druhé se chtějí zapojovat do pomoci svým dětem a věnovat se vnoučatům. Své děti chtějí před starostmi a povinnostmi spojenými s péčí zpravidla chránit. Respondentky se shodly na tom, že na své děti se obracejí pouze v nejnútnejších případech. Nechtějí je však od péče zcela izolovat. Paní Ilona se sice snaží své děti nezatěžovat, ale na druhou stranu vypověděla: *„Prostě zapojuju ty děti, aby to prostě braly, že je to součást života, že to není přítěž.“*

Respondentky uváděly, že jejich děti se chovají vstřícně a pokud je to v jejich silách, snaží se jim pomáhat. Problémem bývá velká vzdálenost bydliště dětí. Paní Dagmar, jejíž synové bydlí daleko, trpí s manželem odloučením jak svých dětí, tak i vnoučat. Paní Dagmar uvedla: *„Mohla bych třeba si za něma zajet, ale já bych za něma přijela a tam bych jenom brečela.“*

Pečující osoby si také rády užívají svých vnoučat. Vnoučata jsou těmi, kdo náročné a smutné chvíle vyvažují svou pozitivní energií. Paní Jana, která se při péči o maminku snaží hlídat i vnoučata uvedla: *„Takže je to takový dobrý pro nás, jednak jsme užiteční a jednak jsme rádi. A taky si myslím, že když to vidí, že se to tak dělá, že to v nich taky zůstane.“* Zapojení dětí do péče vnímají pečující jako přínos pro děti i pro osoby, o které pečují, jelikož se mohou navzájem velmi obohacovat. Paní Lenka, která děti nemá, je také toho názoru, že by se děti měly k péči o seniory vést.

Kategorie 3. Sociální služba - pomoc nejen pro seniory

Všechny respondentky, mají zkušenost s využíváním sociálních služeb pro seniory, o které pečují. Z výzkumu vyplynulo, že přesto, že tyto služby necílí na pečující osoby, jsou právě ony tím, co zátěž pečujících osob ve velké míře zmírňuje. Respondentky vypověděly, že senioři, o které v domácím prostředí pečují, využívají tyto služby: pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář pro seniory, odlehčovací služba nebo také kombinace těchto služeb.

Díky využití sociálních služeb mohou respondentky pečovat o své blízké v domácím prostředí, ale zároveň mohou dále chodit do zaměstnání. Paní Petra se vyjádřila takto: *„Ta Charita, ta mi vytrhla trn z paty, jako já nevím, jak bych to jinak dělala.“* Sociální služby jsou schopné pokrýt péči o seniora v době, kdy je pečující osoba v práci, záleží však na zdravotním stavu a rozsahu péče, který vyžaduje. Paní Jana, která se plně věnuje péči o maminku, využívá pečovatelskou službu 1x týdně při pomoci s hygienou. Což paní Janě, přesto, že by to zvládla i sama, dodává jistotu, že o maminku bude dobře postaráno. Pečovatelskou službu také oslovila v případě, kdy potřebovala odjet z domu. V těchto

případech využívá i paní Dagmar služeb osobní asistence, která pomůže jejímu manželovi setrvat v domácím prostředí i když paní Dagmar odjede na dovolenou: *„Protože, to je vlastně ta jediná taková možnost, kam se mohu obrátit o tu pomoc. A jako že se v průběhu toho roku obrátím několikrát. A když by to bylo jenom kvůli tomu, že si chci zajet na nějaký zájezd tak to by bylo dobře.“* Respondentky, které jsou již samy ve starobním důchodu, si díky sociálním službám mohou odpočinout, věnovat se svým vlastním aktivitám, ale také přenechat fyzicky náročnou péči o seniory sociální službě a starat se o danou osobu jen do té míry, nakolik jim to jejich vlastní síly a zdravotní stav umožňují. Využití sociálních služeb je často jednou z podmínek toho, aby mohla osoba, o kterou je pečováno zůstat v domácím prostředí.

Terénní sociální služby dle respondentek ale nesehrávají pouze roli pomoci v určitý sjednaný čas a s určitými úkony. Je to další subjekt, často jediný, který do procesu péče vstupuje zvenčí. Pečovatelky nebo asistentky, které do domácností dojíždějí, dokážou pečující osobu svými radami a pomocí velmi povzbudit, a to především v začátcích péče, ale také v jejím průběhu. Paní Ilona to popsala takto: *„Tak třeba přijdu a zeptám se, jak se přebaluje nebo jak ho otočit, abych se s ním nenadřela. Tak ta pečovatelka mi to ukáže, jak je to jednoduchý.“* Pečující osoby tak nemají pocit, že jsou na všechno sami. Mohou získat cenné rady, jak v průběhu péče, tak především v jejích začátcích. Paní Ilona uvedla: *„Takže opravdu díky nim jsem získala zkušenosti, že postel jsem koupila polohovací, toaletní křeslo, poradily mi kosmetiku pro ty seniory, prostě všechno mám od nich, to je pravda. Řekli mi i na co mám nárok od pojišťovny, toto vám taky nikdo neřekne, doktor už vůbec ne. Jaké má mít pleny, podložky, všechno mám od nich.“*

Zásadní roli sehrává vstup služby do domácnosti v době, kdy je pro pečující osobu všechno nové a péči o potřebného člověka se učí. Pečující osoby se dostávají do nové role, setkávají se s novými situacemi a často si neví rady. To se stává tehdy, kdy se senior vrací například z nemocnice nebo se jeho stav zhorší natolik, že se již o sebe nezvládne postarat sám. Paní Dagmar: *„Tak já jsem se obrátila, abych vůbec věděla, co bych mohla očekávat. Pomohlo mi to v té první fázi, že jsem si řekla, tak kdyby v krajním případě třeba se i semnou něco stalo, tak v tom prvním okamžiku jsou tady nějakí lidi, kteří by mi jako pomohli.“* Dalším obdobím, kdy se pečující osoby na sociální služby obracejí, je období, kdy již o seniora dlouhodobě pečují, ale v danou chvíli sami onemocní nebo z nějakého jiného důvodu nejsou schopny péče v plném rozsahu, tak jak uvedla paní Marta: *„Myslím, že jsem byla jednou nemocná a v té chvíli jsem začala využívat pečovatelskou službu.“* Sociální služby právě v těchto situacích poskytují pečujícím osobám jistotu. Výhodou také je, že terénní

služby jsou schopny reagovat na potřeby pomoci poměrně rychle, to se však odvíjí od možností služeb v daném regionu a také naplněné kapacity sociální služby.

Pomoc terénní služby a tím vstup dalších osob do péče o seniora je pro pečujícího i seniora zpestřením v často stereotypním denním režimu a péči. Senior, který tráví většinu času doma s pečující osobou nebo rodinou tak má jiné podněty a kontakty. Respondentky uváděly, že péče poskytovaná sociální službou má na seniory zpravidla pozitivní vliv. Paní Ilona vypověděla: *„On právě naopak, ještě když přijede sestřička, tak to ho postaví málem na nohy. Ona si ta pečovatelka s ním aj povykládá.“* Jelikož tyto podněty mají na seniory pozitivní vliv, ovlivní to také vztahy mezi seniorem a pečující osobou, popřípadě rodinou. Dochází k uvolnění napětí ve vztahu pečující osoby a seniora, také v komunikaci a tíha celé péče nedopadá pouze na jednu pečující osobu, ale je rozložena i pracovníky sociální služby. Jelikož se jedná o pracovníky profesionály, mohou jim pečující osoby s klidem svěřit seniora, o kterého pečují a ví, že o něj bude dobře postaráno. Sníží se tak také míra zátěže spojená se zodpovědností za seniora. Respondentky uvedly, že od pracovníků sociálních služeb se jim také dostává podpory a nacházejí u pracovníků terénních služeb pochopení, možnost sdílení, radu i psychickou podporu a povzbuzení. Jak senioři, tak osoby, které o ně pečují, mohou zažívat pocity izolovanosti. Pomoc sociální služby také dodá pečujícím osobám jistotu, že je péče seniorům poskytována profesionálně a správně. Respondentky také uváděly, že jim pracovnice sociálních služeb přinášejí cenné informace, rady a také praktické vysvětlení toho, jak pečovatelské úkony provádět.

Pečujícím osobám se také nabízí možnost využití odlehčovací služby. Zde velmi záleží na celkovém zdravotním i psychickém stavu seniora a také jeho vnitřním nastavení. Paní Petra tuto službu využila a uvedla: *„Už i v loni, když jsem teda jela na dovolenou, abych zase nabrala nějakou sílu. Ale ona tam byla velice spokojená. Takže tohle mi pomohlo.“* Naopak v případě paní Ilony využití odlehčovací služby není možné, uvedla pro to tento důvod: *„Ne, já bych je tam fakt nedala. Já myslím, že děda by se mi tak sprčil, že on by do toho auta nenasedl. Babička by brečela. Ta by řekla, že se jí chci zbavit a takové ty řeči, takže ne.“*

Pečující osoby vnitřně také často řeší otázku umístění seniora do pobytového zařízení. Paní Lenka o tom hovořila takto: *„Ono je to jako složitý. Občas si říkám, že kdyby ta maminka měla celodenní péči v nějakým takovýmto domě, tak jako by to bylo super. Ale pak si říkám, bude ona tam šťastná? Jo, pořád si v duchu řeším ne, co by bylo dobrý pro mě, ale co by bylo dobrý pro ni.“* Velmi záleží na zdravotním stavu osoby, o kterou je pečováno. Respondentky uvedly, že by se chtěly o seniory, o které pečují, postarat do té doby, dokud

to budou zvládat a bude to pro ně únosné. Paní Růžena uvedla: „*Ale já říkám, dokud se s ní domluví, tak mi to nevadí. V momentě, kdybych se s ní už nedomluvila, tak ji klidně nechám umístit.*“ Velmi záleží na vazbě, kterou na sebe mají pečující osoba a senior navázanou.

Kategorie 4 - Pečující osoba jako součást společnosti

Jelikož je péče o seniory v domácím prostředí velmi časově náročná a celkově vyčerpávající, mohou se pečující osoby ve svém životě potýkat s pocity sociální izolace. Sociální začlenění pečujících osob je velmi individuální a záleží na osobním nastavení a potřebách každého z pečujících. Další faktorem, který sociální začlenění ovlivňuje je zdravotní stav a rozsah poskytování péče, kterou pečující osoby zajišťují. Pokud jde o péči o člověka, jehož stav vyžaduje velkou míru pomoci, je sociální izolace více výrazná než u člověka, který potřebuje pomoci jen s běžnými denními aktivitami a zvládne si věci kolem sebe v určité míře zajistit sám. Záleží také na míře zapojení dalších členů rodiny i na možných zdrojích pomoci, které pečujícím osobám umožní alespoň částečné zapojení do sociálního života, tak jak byli zvyklí před přijetím této role.

Z výpovědí respondentek bylo zřejmé, že ty respondentky, které při péči chodí do zaměstnání, nepocítují, že by byly nějak zásadně sociálně izolovány. Pracovní prostředí jim umožňuje sociální kontakt, který jejich potřeby z velké míry zaplní. To co se u těchto respondentek jeví jako problematické, je nedostatečné množství volného času, které by respondentky rády věnovaly své rodině, manželovi nebo partnerovi, možnosti výletů, dovolených a svým osobním aktivitám. Paní Lenka popsala svou situaci takto: „*Soukromej život udržuju tak jako u ledu, protože to moc nestíhám. Takže třeba sport je u ledu, protože to jsem tak vyčerpaná, protože na to nemám úplně sílu.*“

Paní Jana, která práci opustila, aby mohla doma pečovat o matku je stále obklopena rodinou, a snaží se čas rozložit také mezi svá vnoučata. Sociální izolovanost popisuje v rovině nutnosti stálého setrvávání v domácnosti. Jelikož pečuje o maminku, jejíž stav vyžaduje nepřetržitou péči, jsou pro ni odchody z domácnosti velkým problémem a paní Jana si je může dopřát jen zřídka. Možnost dovolené nebo výletu v její situaci představuje velký problém. Paní Jana volný čas využívá k práci na zahrádce, ale především se snaží věnovat svým vnoučatům. Ve vztahu k vnoučatům paní Jana uvedla: „*My si je vezmeme, ale musíme s něma být tady, na dvoře, jenom tady. Nemůžeme si je vzít a jet s něma třeba do Zoo.*“

Další skupinu tvoří respondentky, které jsou již v důchodě tak, jako paní Dagmar, která pečuje o svého manžela. S manželem byli zvyklí na společenský a aktivní životní styl. Ráda by se zapojila do aktivit se svými vrstevníky, nabízí se jí spousta možností. Paní Dagmar, která si aktivní postoj snaží udržet i přes náročnost péče uvedla: *„Tak jsem se naprosto stáhla do pozadí. A už jsem vlastně jen v situaci, kdy se čas od času, jakoby přidám a to jsem ještě vděčná, že se můžu přidat. Takže vlastně tam je ta izolovanost. Jsem mimo ten jejich svět. Čili já jsem zatížená, rozpolcená, ráda bych šla a ještě do toho života nahlédla a účastnila se a z druhé strany jsem vázaná a nějak držená jinde.“* Setkává se s nepochopením od svých vrstevníků, kteří si stále užívají aktivního života. Přesto se paní Dagmar stále nevzdává a své aktivity si udržuje alespoň v takové míře, v jaké jí to péče o manžela umožní. Zde se ukazuje důležitost snahy pečujících osob o zachování si vlastních aktivit a sociálních vztahů.

Z výpovědí respondentek bylo patrné, jak velmi jim pomáhá možnost svou situaci sdílet s někým, kdo má podobné zkušenosti a pochopení. Mohou to být kamarádky nebo kolegyně, pracovnice sociálních služeb, které využívají, sdílení situace v rámci rodiny nebo i náhodná setkání s osobami, které právě prožívají totéž.

Kategorie 5 - Psychická zátěž pečujících osob

Pečující osoby jsou často vystaveny vysoké míře psychické zátěže. Psychickou zátěž pečujících osob ovlivňuje velké množství faktorů, kterými jsou například zdravotní stav v jakém se osoba, o kterou pečují nachází, rodinné zázemí, zapojení dalších osob do péče, zapojení sociálních služeb, pocity sociální izolovanosti, práce pečující osoby, volný čas a podobně. Respondentky nejčastěji popisují velkou nesvobodu, kterou ve spojení s péčí o seniora v domácím prostředí prožívají. Při péči o seniora se totiž v různé míře vzdávají svého vlastního volného času, pracovního i osobního života. Pečující osoby také prožívají nejistotu, musí se podřídit a přizpůsobit. Paní Dagmar uvedla: *„To znamená, že se ten život v podstatě přizpůsobuje možnostem toho blízkého rodinného příbuzného, o toho mojeho nejbližšího člověka, jak ten se cítí, tak vlastně já mohu ten den jakoby se rozběhnout, buď více, nebo méně.“*

Péče o seniora představuje každodenní povinnost, často bez nároku na odpočinek. Paní Marta uvedla: *„Vy musíte do toho auta sednout, vy sem musíte přijet. A jestli je venku právě náledí nebo prší nebo chumelí nebo je tam 40 stupňů, je to úplně jedno.“* Z této povinnosti vyplývá velká nesvoboda, která se projevuje pocity potřeby úniku nebo útěku ze situace. Respondentky uváděly pocity, kdy mají potřebu všechno za sebou nechat

a alespoň na chvíli odejít a uvolnit se ze svých neustávajících každodenních povinností a starostí. Paní Ilona uvedla: „*Proto já vždycky mám takové pocity utýct z tama aspoň na ten vikend někam pryč. Ale jak říká můj chlap: není kde.*“ Podobně se vyjadřovala také paní Marta: „*Já nemám z toho úniku, já nemám kde utéct. Neumím si představit, jako že ju nechám tak, jako já nevím jaký je z toho řešení? Žádný.*“ Čím je péče dlouhodobější, tím více vyčerpávající může být, na začátku je péče náročná ve smyslu toho, že je situace pro pečující osoby nová. S přibývajícím časem se stává spíše stereotypní a to může být důvodem ke stále se zvyšující psychické zátěži a pocitu tísně. S pocitem nesvobody také souvisí pocity beznaděje. A to nejen beznaděje týkající se potřeby odpočinku a uvolnění pečujících osob, ale také v souvislosti s utrpením člověka, o kterého je pečováno. Respondentky uváděly situace, kdy osobě, o kterou pečují, nebyly schopny v danou chvíli pomoci. Paní Ilona se vyjádřila takto: „*Mě prostě vadilo to, že tatínek už nemůže a já mu nemůžu pomoc, rozumíte? On mi bečel na posteli, prostě měl šílený bolesti. On prostě fakt, vždycky mě držel za ruku a já jsem hrála tu statečnou před ním. Jakože dědo, to bude dobrý, to zvládnem, a když vás drží za ruku a brečí a říká: pomoz mi, mě to strašně bolí. Tak prostě fakt jsem brečela za rohem, jak se říká a nedávala jsem to psychicky.*“ Respondentky uváděly, že před osobami, o které pečují, se snaží na sobě nedat znát své celkové vyčerpání, beznaděj a další pocity, které by mohly narušit psychické rozpoložení osob, o které pečují. Dlouhodobé snášení takového stavu vede pečující osoby k pocitu, že situace je nad jejich síly. To může vést k celkovému vyčerpání organismu a mohou se projevit také zdravotní problémy pečujících osob, tak tomu bylo také v případě paní Ilony, která uvedla: „*Protože já jsem si furt říkala, že to prostě dám, furt jsem byla taková ve stresu a pak to odnesl žaludek. Takže taková žaludeční neuróza.*“ Respondentky uváděly vysokou míru stresu, se kterým se dlouhodobě potýkají. Stres a celková náročnost péče se podepisuje i na spánku. Paní Jana uvedla: „*Hlavně, málo spánku s tou babičkou, prostě člověk, když není vyspaný tak je takový nervózní, a když je to dlouhodobé to nevyspaní, tak si někdy připadám jako dlouhodobě nervózní.*“

Pečující osoby mohou také prožívat pocity lítosti a úzkosti v kontextu ubývání sil člověka, o kterého pečují. Paní Dagmar velmi těžce nese, že s manželem, o kterého pečuje, již nemohou realizovat společné aktivity jako dříve. Pokud jde o péči, kde pečuje jeden z manželů o toho druhého, může pečující osoba zažívat pocity velké osamělosti.

Péči provází také velká nejistota spojená se zhoršením zdravotního stavu nebo různými zdravotními komplikacemi. Tak jako u paní Dagmar, která pečuje o svého manžela: „*Čili jsme obklopeni stále v té atmosféře toho, že jsme se sice ráno probudili a vstali, ale*

nevíme, jak ten den dopadne.“ Mohou se objevit také pocity viny. Paní Petra pocit viny uváděla v situaci, kdy se mamince zhoršil zdravotní stav, měla strach, aby něco nepokazila a přicházely výčitky, že mohla udělat víc. Ve chvílích, kdy se s člověkem, kterému je péče poskytována něco děje, přichází obrovský strach. Respondentky také popisovaly strach ze smrti osob, o které pečují. Paní Ilona uvedla: „*Děsím se toho dne, kdy to nastane. Já vím, že to nastane, ale nedokážu si to představit.*“

Respondentky uváděly, že se při péči dostávají do situací, kdy je velmi náročné ovládnout své emoce. Nejedná se pouze o pocity lítosti, strachu a úzkosti. Pečující osoby se dostávají do situací, kdy musí bojovat s pocity vzteku. Může to být v situacích, kdy se senior vystavuje nebezpečí, dochází ke sporům, problémům v komunikaci, pokud senior trpí například demencí, mohou některé stále se opakující situace vést k rozrušení a vzteku pečující osoby. Paní Petra uvedla: „*Oni jsou taky neposlušní ti staří. Ale to je tak jako když máte strach o to malé dítě, tak člověk zakřičí. Pak vás to mrzí.*“ Paní Ilona se vyjádřila takto: „*Ze začátku jsem nevěděla, že je na tom mamka tak špatně, tak člověk i zvýšil hlas. A pak mi vlastně došlo, že nemůžu na ni zvyšovat hlas, protože ona je vlastně nemocná, ona za to nemůže. A to je tak se vším, hledám něco, co má strčit do ledničky, tak je to ve špajzce nebo je to v koupelně. Já už to neřeším, já už se neptám: mami, proč jsi to tam dala? Já jdu a uklidím to.*“

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že neustále prožívají zátěž v podobě starostí a povinností. Na člověka o kterého pečují stále myslí, přemýšlí, zda je zařízeno vše potřebné. V momentech, kdy pečující osoba s daným člověkem není, její zátěž se nedá zcela odbourat. Paní Lenka uvedla, že si neodpočine ani na dovolené: „*Takže i na tu dálku jsem řešila nějaký věci, to si úplně neodpočinete. Přijedete sice třeba opálená, protože je vedro, ale jako psychicky odpočatá až tolik ne. Protože třeba od té práce si odpočinete, ale od tady té péče, je tady ten typ stresu, ten tam furt jako dříme.*“ Ani dovolená tudíž pro pečující osoby nemusí znamenat odpočinek a relax, mnohdy se nedokážou od péče odpoutat, jelikož situaci nemají pod kontrolou a věci musí řešit na dálku. To uváděla také paní Dagmar: „*Protože jak já si to vlastně užiju? Já nejsem svobodný člověk že, takže stále myslím na něho, co je doma a musím to zabezpečit, to domácí zázemí pro něho.*“

Jsou pečující osoby, které při péči psychickou zátěž nepocítují. Paní Růžena popsala, že pro ni péče nijak psychicky náročná není a to především díky tomu, že se v péči o zcela imobilní maminku střídá se sestrou a využívá sociálních služeb v kombinaci pečovatelské a osobní asistenční služby.

Kategorie 6. Strategie zvládnání zátěže

Zátěž, kterou pečující osoby v rámci péče o seniora v domácím prostředí prožívají, dopadá na různé oblasti v jejich životech. Tato péče bývá dlouhodobá a pečující osoby volí různé strategie, jak se se zátěží vypořádat. Vnímání zátěže a způsoby vypořádání se s ní, závisí na resilienci a osobním nastavení každého z pečujících.

Respondentky v rozhovorech popisovaly, jakými způsoby se snaží svou zátěž plynoucí z péče zmírnit. Z výpovědí vyplývá, že je pro pečující osoby důležité nejprve poznat své limity a omezení. Respondentky uváděly, že za dobu, po kterou pečují o člověka v domácím prostředí, prošly obdobími velkého vyčerpání. Na základě těchto zkušeností již ví, kdy potřebují odpočinek a kdy již překračují své vlastní síly. Paní Marta se vyjádřila takto: *„Já jsem přišla na to, že po třech měsících, já si musím dát od nich odmach.“* Respondentky si dle svých zkušeností vytvořily různé relaxační návyky. Jelikož stav člověka, o kterého pečující pečují, může být velmi proměnlivý, jsou pečující osoby ve svých aktivitách limitovány jeho aktuální situací.

Paní Jana, která bojuje při péči o maminku s nedostatkem spánku, má pravidelně každý týden stanovený čas, kdy ji v péči zastoupí manžel a ona využije času pro odpočinek. Paní Dagmar má pevně stanovený rozvrh svých aktivit, kterým se snaží pravidelně věnovat, uvedla: *„No tak mám tam jeden den večer je cvičení, jeden den je sauna, jeden den je ježdění do bazénu, což je pravidelně, to jsou jako 3 večery.“*

Pro pečující osoby, které chodí při péči do zaměstnání, představuje odreagování jejich práce. Uvedly, že práce by se na úkor péče vzdát nechtěly. Paní Ilona vypověděla: *„Mě by to psychicky úplně zdeptalo. Já do té práce ráda chodím, já se tam odreaguju, prostě pobavím se. Mohla bych, ale ne, toho se fakt děším někdy zůstat doma.“*

To, co přináší pečujícím osobám naplnění a uvolnění je čas strávený s rodinou, především pak čas s jejich vnoučaty. Ty přinášejí do života pečujících osob energii a odreagování se od náročné péče. Čas strávený s vnoučaty hodnotily respondentky, jako dobu, kdy mohou načerpat nejvíce sil. Paní Ilona uvedla: *„To jsem zpozorovala na sobě, že když oni přijedou, tak já úplně vypnu, ty myšlenky jsou jiné. Toto mě nabíjí, jiná atmosféra, nasmějeme se.“*

Dále respondentky uvedly, že zdroje odreagování se od péče nacházejí ve svých zájmech. Pro ty sice není moc prostoru, ale i tak si pečující osoby najdou alespoň omezený čas, kdy se mohou věnovat aktivitám, které je baví. Při těchto aktivitách se pečující osoby mohou částečně odpojit od svých starostí a zaměřit svou energii a mysl na něco zcela jiného. Paní Dagmar uvedla: *„Asi i v té takové bídě je potřeba jaksi udržovat ten život v těch naučených*

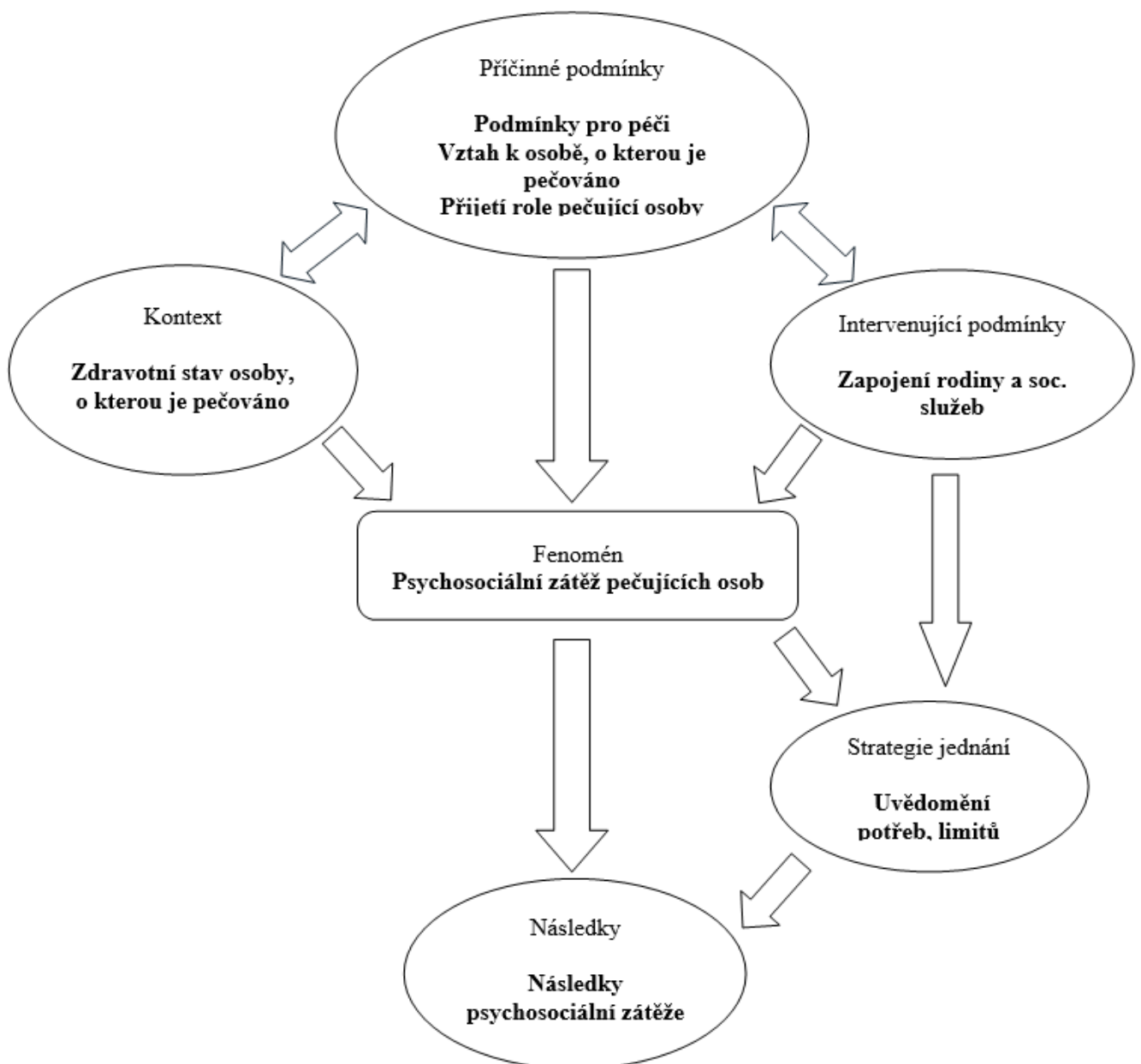
a v těch oblíbených a možných aktivitách, které byly před tím.“ Respondentky uváděly například práci na zahradě, obdiv přírody, květin, ale i řízení auta, malování, pletení a další kreativní aktivity. Paní Lenka vypověděla: *„Je pravda, že člověk musí myslet i sám na sebe a na svoji psychickou hygienu a svůj osobní život, to jako každopádně. Nesmí se nechat pohltit, aby sám byl nemocnej. Ale zase se nesmí stavět do oběti, že to na něj všechno spadlo.*“ I když se pečující osoby snaží hledat si čas pro sebe a svou relaxaci, je nutné uvést, že náročnost péče je často taková, že pečujícím osobám nezbývá nic jiného než prostě vydržet. Žene je dopředu potřeba jejich péče a touha druhému člověku pomoci. Respondentky uváděly, že se snaží žít přítomností, nepřemýšlet nad tím co bude, nestrachovat se dopředu, ale řešit to, co je právě tady a teď a snažit se o pozitivní přístup. Snaží se situaci přijímat takovou jaká je, nehroutit se a vnitřně se s ní vyrovnat. Respondentky také zmiňovaly, že se snaží k péči přistupovat pozitivně. Paní Lenka uvedla: *„Samozřejmě, že když už toho stresu je hodně, tak se doma třeba rozbrečím a říkám si, jakoby ten nahromaděnej tlak nějak prostě jako odešel.*“ Velmi potřebné je, aby pečující osoby uvolňovaly své emoce, stres, strach a úzkost, které se v nich mnohdy hromadí. Jejich uvolnění si dovolí zpravidla o samotě, případně před nejbližšími a přáteli, u kterých najdou pochopení.

Pečující osoby se snaží přistupovat pozitivně také samy k sobě. Respondentky uvedly, že je pro ně důležité ocenit v roli pečující osoby samu sebe. Pochválit se za to, že mnohdy zvládají situace, kdy musí neustále vystupovat ze své komfortní zóny. Poté co těmito situacemi projdou, pocítují hrdost a sílu do další péče. Například jako paní Ilona, která při péči o tatínka překonala situaci, které se velmi obávala. Pro pečující osoby je také velmi povzbudivý pocit, když ví, že péči o potřebného člověka zvládají, a že ji dělají dobře. Když vidí, že to danému člověku pomáhá, to je to, co jim dodává sílu. Pocit zadostiučinění z dobře odvedené práce a pomoci, což zvyšuje jejich sebevědomí a jistotu.

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že jako velmi silný faktor vnímají pocit čistého svědomí. Celková snaha udělat v dané situaci pro člověka, o kterého pečují, maximum, jim dodává pocit klidu a motivaci do další péče. Paní Petra uvedla: *„Já si furt říkám, že já budu mít i pro sebe čistý svědomí, že jsme udělala, co jsem mohla.*“ Některým z respondentek při zvládání náročné situace také pomáhá víra, spiritualita, případně vyznávané životní hodnoty, o které se mohou opřít.

6.2 Paradigmatický model

Na základě uplatnění axiálního kódování jsme sestavili paradigmatický model, který je ztvárněn v následujícím grafu.



Obrázek Chyba! V dokumentu není žádný text v zadaném stylu.3: Paradigmatický model

Fenoménem je v našem výzkumu psychosociální zátěž osob pečujících o seniory v domácím prostředí. Jedná se o ústřední koncept, propojující všechny části. Do fenoménu vstupují **Příčinné podmínky, Kontext a Intervenující podmínky**. Díky využití paradigmatického modelu se nám podařilo odhalit vztahy mezi jednotlivými složkami, které psychosociální zátěž pečujících osob utváří, ovlivňují, a které navzájem interagují.

Příčinné podmínky, které můžeme dle Hendla (2023) označit jako „*podmnožinu příčin a jejich vlastností*“ se v našem výzkumu projevují jako podmínky pro péči, které daná pečující osoba má. Jedná se o podmínky jak při vstupu do procesu péče, tak také v jejím průběhu, jelikož se mění a vyvíjejí. Mohou zde být zahrnuty podmínky materiální, prostorové, finanční, dále zaměstnání pečující osoby, časová dispozice, kterou pečující osoba pro péči má, životní období, ve kterém se pečující osoba nachází, v jakém celkovém psychickém stavu pečující osoba je, ale také například jaká je její resilience. Z výzkumu vyplynulo, že celkové podmínky pro péči, které pečující osoba má, stojí na informovanosti pečující osoby o možnostech, které může v rámci poskytování péče využít. Pokud má pečující osoba o těchto možnostech přehled, vede to na jedné straně k lepšímu zajištění podmínek pro péči a na straně druhé ke snížení psychosociální zátěže. Záleží také na vztahu, který má pečující osoba s osobou, o kterou bude pečovat. Zda se jedná o rodiče, manžele nebo např. jiného blízkého příbuzného. Tento vztah je postaven na vzájemné komunikaci. Ta se však také odvíjí od zdravotního stavu osoby, o kterou je pečováno. Roli zde sehrává také samotné přijetí role pečující osoby, které ovlivňuje mnoho faktorů. Záleží na tom, jestli je toto přijetí role pečující osoby postupné nebo náhlé, zda se pečující osoba pro toto přijetí role sama rozhodla nebo zda do toto rozhodnutí byla nucena vnějšími okolnostmi. Tento fakt se také přímo projevuje na psychosociální zátěži pečujících osob, jelikož přístup osoby, která tuto roli přijala svobodně, bude daleko pozitivnější a i pocíťovaná pečovatelská zátěž tak bude nižší. Tyto podmínky přímo ovlivňují fenomén, čili psychosociální zátěž pečujících osob, kterou pečující osoby v různé míře prožívají. Všechny tyto podmínky fenomén mění, utvářejí a směřují.

Tím, co fenomén také ovlivňuje je **kontext**. Jedná se o určitou množinu podmínek, která následně ovlivňuje příčinné podmínky a fenomén, jejich vzájemné působení a propojování. V našem výzkumu kontextem rozumíme zdravotní stav osoby, o kterou je pečováno. I zde dochází opět k přímému ovlivnění fenoménu, jelikož z výzkumu vyplývá, že zdravotní stav osob, o které je pečováno má velký vliv na prožívanou psychosociální zátěž pečujících osob. Psychosociální zátěž pečujících osob se tak do značné míry odvíjí od zdravotního

stavu osoby, o kterou je pečováno. Pečující osoby často během péče pociťují strach ze zhoršení zdravotního stavu seniora, nebo že v důsledku špatného zdravotního stavu seniora nastane situace, kterou nebudou schopny zvládnout. Projevuje se u nich strach ze selhání.

Ve vztahu k příčinným podmínkám sledujeme reakci v působení kontextu na příčinné podmínky, které jsou na základě kontextu ovlivňovány a modifikovány. V jisté míře může stejně tak dojít k ovlivnění kontextu ze strany příčinných podmínek. Tedy může docházet k vzájemnému ovlivňování zdravotního stavu seniora a podmínek pro péči. V důsledku špatných podmínek ve smyslu materiálně technického zabezpečení obydlí a pomůcek potřebných pro péči, může dojít ke zhoršení zdravotního stavu seniora. Stejně tak může na jeho psychické i fyzické zdraví působit celková nepohoda v důsledku problémů ve vztahu a komunikaci s pečující osobou a další rodinou.

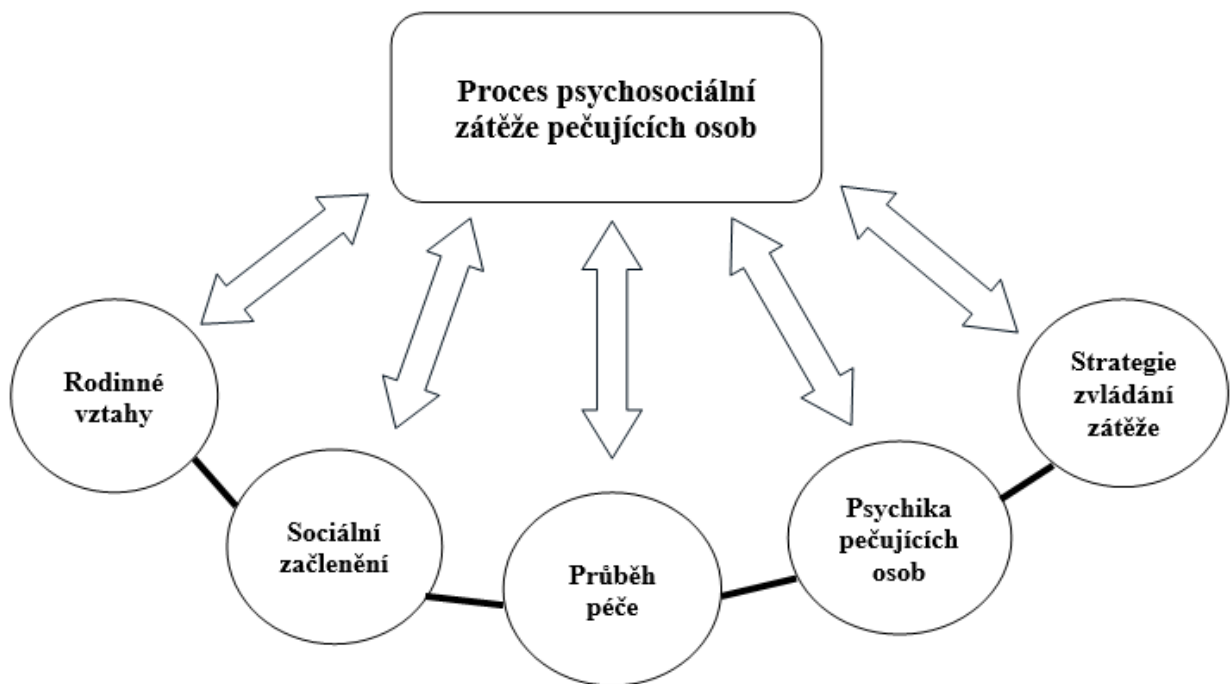
Vztah **intervenujících podmínek** a fenoménu, pojmáme jako vztah mezi zapojením rodiny a sociálních služeb do péče o seniora a psychosociální zátěže pečujících osob. V námi určených intervenujících podmínkách dochází k vlivu pomoci pečující osobě tzv. „zvenčí“, tedy pomoci ze strany rodiny a sociálních služeb. Právě tyto intervenující podmínky ve výpovědích našich respondentek silně ovlivňovaly fenomén, u kterého svým působením výrazně snižovaly jeho negativní dopady. Pokud jsou do péče zapojeny kromě jedné pečující osoby i další členové rodiny, pečovatelská zátěž se tak rozprostře a nedopadá v takové intenzitě pouze na hlavní pečující osobu. Také zapojení sociálních služeb do péče je v rámci zmírnění pečovatelské zátěže zásadní. Nejen, že pracovníci dané sociální služby mohou pečující osobě při náročné péči alespoň částečně odlehčit nebo jí například pokrytím péče v době, kdy pečující osoba pracuje, umožní setrvání v zaměstnání. Ale na psychosociální zátěži se působení sociálních služeb projeví také v rovině, kdy má pečující osoba možnost požádat pracovníky o radu, vysvětlení, jak pečovatelské úkony správně provádět nebo např. jaké pomůcky při péči používat. To pečujícím osobám velmi výrazně pomáhá. S pracovníky sociálních služeb, také mohou alespoň částečně sdílet zátěž, kterou péče přináší a získat tak porozumění, pochopení a také podporu. Příčinné podmínky s intervenujícími podmínkami korespondují v míře vzájemného působení a podpory, což může vést k pozitivnímu či negativnímu ovlivnění fenoménu. Příčinné podmínky mohou ovlivňovat intervenující podmínky a ty tak nezůstávají neměnné, ale mohou na ně dle potřeby reagovat.

Nyní se zaměříme na **strategie jednání**. Dle Hendla (2023) se v případě strategií jednání jedná o odpověď na fenomén a intervenující podmínky. Jako strategie jednání jsme určili uvědomění si potřeb a limitů pečujících osob. Ty reagují na fenomén v podobě psychosociální zátěže pečujících osob a jsou ovlivněny intervenujícími podmínkami, které jsou zastoupeny zapojením rodiny a sociálních služeb do péče. Na základě pečujícími osobami zvolených strategií jednání dochází k ovlivnění následků vystupujících z fenoménu. Vlivem působení těchto strategií jednání může docházet k markantnímu ovlivnění následků, neboli ovlivnění projevů fenoménu v podobě psychosociální zátěže pečujících osob. Míra zapojení rodiny a sociálních služeb do péče ovlivní to, jaké strategie jednání a v jakém rozsahu budou pečující osoby volit. Pečující osoby si individuálně v různých fázích péče na základě prožívané psychosociální zátěže uvědomují své limity a také potřeby v rámci poskytování péče. K tomuto uvědomění však zpravidla dochází, až po určité době, kdy začnou pečující osoby pociťovat péči jako velmi zatěžující. Po tomto uvědomění přichází nastavení si takových opatření, které pečující osobě umožní během péče zařadit více odpočinku či čas pro vlastní aktivity. Ne vždy je to ale možné. Pokud si pečující osoba tyto limity nastaví a udělá příslušná opatření, její psychosociální zátěž se zmírní nebo alespoň ustálí tak, aby v poskytování péče mohla dále pokračovat. Pečující osoby se však dostávají do situací, kdy je péče tak náročná a okolnosti, které přicházejí, jsou tak zatěžující, že pro uplatňování opatření nemají prostor ani možnosti. Pečující osoby však často nemají možnost situaci řešit jinak než péči dále vykonávat. Takto zatížené pečující osoby jsou však silně negativně ovlivněny na svém psychickém i fyzickém zdraví.

Následky psychosociální zátěže pečujících osob jsou výstupem jak z fenoménu, tedy jsou fenoménem přímo ovlivněny a utvářeny, tak jsou výsledkem vstupu strategií jednání, které pečující osoby užívají. Jedná se o následky, působení psychosociální zátěže, ale jsou ovlivněny všemi do fenoménu vstupujícími prvky. Následky psychosociální zátěže jsou souhrnem působení všech faktorů, které do péče vstupují. Jak již bylo zmíněno, následky psychosociální zátěže pečujících osoby se mohou projevovat na zdraví jak fyzickém tak psychickém. Následkem zátěže může být vyčerpání pečující osoby, syndrom vyhoření či deprese. Tyto následky závisí na tom, jakým způsobem a jak účinně budou působit strategie jednání dané pečující osoby.

7 INTERPRETACE DAT

V rámci selektivního kódování jsme jednotlivé kódy a kategorie přeskupili, vznikla nám tak jedna centrální kategorie. Selektivní kódování jsme znázornili v následujícím grafu, který nám pomůže nalézt odpovědi na položené výzkumné otázky.



Chyba! V dokumentu není žádný text v zadaném stylu. 4: Selektivní kódování

Jako centrální kategorii jsme zvolili **Proces psychosociální zátěže pečujících osob**. Po přeskupení kódů a kategorií jsme zjistili, co vše do procesu psychosociální zátěže vstupuje, proces utváří a ovlivňuje jej. Kategoriemi, které do procesu psychosociální zátěže vstupují, jsou: rodinné vztahy, dále sociální začlenění pečujících osob, celkový průběh péče, psychika pečujících osob a také strategie zvládnání zátěže, které pečující v procesu psychosociální zátěže využívají. Celý proces psychosociální zátěže se od těchto kategorií odvíjí. V rámci grafu selektivního kódování jsou jednotlivé kategorie znázorněny, vzájemně na sebe působí a ovlivňují se. Tento model selektivního kódování budeme popisovat v rámci hlavní výzkumné otázky a dále rozvíjet ve výzkumných otázkách dílčích.

Hlavní výzkumná otázka našeho výzkumu zní: **Jaký je proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí?**

Samotný proces psychosociální zátěže se odvíjí od průběhu péče o seniora. Začíná již při rozhodování o přijetí role pečující osoby a následně samotném přijímání této role. Pokud je péče přijímána z povinnosti, ovlivní tento postoj psychosociální zátěž zpravidla negativně. Leblanc (2021) upozorňuje, že péče o seniora může být v závislosti na mnoha okolnostech činem lásky nebo povinnosti. To s jakým motivem pečující osoby tuto roli přijímají, ovlivní celý její další vývoj. Toto samotné rozhodnutí znamená pro pečující osoby přijetí nového způsobu života, jehož velkou a často největší část zabírá právě péče. Toto rozhodnutí v určitém rozsahu vždy pro pečující osoby znamená omezení svých vlastních potřeb, zvyků a zcela svobodného nakládání s časem. Začátek péče bývá velmi náročný a pocíťovaná psychosociální zátěž je v této době velmi intenzivní. Pečující osoba musí zjišťovat a přijímat spoustu nových informací. Kožuchová (2014) uvádí, že pečující osoby pocíťují nedostatek informací jako hlavní problém v procesu péče. Jelikož pečující osoby v tomto období často nemají potřebné informace ani zkušenosti, bývá pro ně toto období velmi stresující, pocíťují beznaděj a často nevidí možnosti řešení situace. Pečující osoby také musí zabezpečit prostředí, ve kterém bude péče o seniora probíhat a zajistit vše potřebné pro péči. Často to může znamenat sestěhování se do společné domácnosti, což bývá dalším stresujícím faktorem i zdrojem konfliktů mezi pečující osobou, seniorem i rodinou. Na pečující osobu dopadá vysoká míra zodpovědnosti za poskytování péče. Leblanc (2021) potvrzuje, že v souvislosti s touto zodpovědností prožívají pečující osoby strach.

S nabýváním zkušeností se postupně zátěž v podobě silného stresu a nejistoty snižuje a péče se stává více stereotypní, stres a nejistota však nemizí. Před pečujícími osobami se stále objevují nové výzvy a nové situace, kdy musí vystupovat ze své komfortní zóny a často se překonávat. V tomto směru do péče vstupuje zdravotní stav seniora, který se může v průběhu péče měnit. Dle aktuálního zdravotního stavu se také odvíjí aktuální psychosociální zátěž pečujících osob, jelikož se mohou zvyšovat a různě měnit nároky na péči.

Velkou pomoc a úlevu pocíťují osoby se zahájením využívání sociálních služeb. Psychosociální zátěž může klesat, jelikož je péče rozptýlena, kromě pečující osoby také na pracovníky sociálních služeb. Ti pečujícím osobám nabízejí cenné rady, ale i porozumění

a podporu. Do procesu psychosociální zátěže také zasahuje rozhodnutí ekonomicky aktivních pečujících osob, zda se budou péči věnovat na plný úvazek nebo setrvají ve svém zaměstnání. Kombinace práce a péče může být pro pečující osoby velmi náročná. Z našeho výzkumu však vyplývá, že respondentky, které se rozhodly, ve svém zaměstnání setrvat pociťují, že jim práce ve zvládnání psychosociální zátěže pomáhá.

Celým procesem psychosociální zátěže pečujících osob také prostupuje zapojení rodinných příslušníků do péče. Pokud se rodina do péče zapojí, znamená to pro pečující osobu snížení zátěže. Zapojení rodiny však není pravidlem. Z výzkumu vyplývá, že téměř u všech respondentek ovlivnila péče o seniora jejich rodinné vztahy a nějakým způsobem do nich zasáhla. Held (2015) uvádí, že emocionální rozpoložení osob je silně ovlivňováno prožívanými vztahy s dalšími lidmi. Což se ve výpovědích respondentek silně projevuje, především u sourozeneckých vztahů, kdy dochází velmi často k neshodám, nezapojení sourozenců do péče a tyto vztahy často pod vlivem zátěže upadají. Jejich narušení pečující osoby trápí a zvyšuje to jejich psychosociální zátěž. Vztahy manželské a vztahy s dětmi i vnoučaty trpí především nedostatkem času, který jim pečující osoby mohou věnovat.

Zatěžující je pro pečující osoby také komunikace se seniorem. Z pocitů vyčerpání totiž pramení nervozita a pečující osoby se v rámci komunikace často dostávají do situací, kdy si svou reakci zpětně vyčítají. Dragomirecká a kol. (2020) uvádí, že pro pečující osoby je v rámci péče často náročné volit vhodné způsoby komunikace. Pro pečující osoby je zásadní, naučit se v rámci péče trpělivosti a také ovládnání svých emocí. Z výzkumu vyplývá, že se pečující osoby snaží své emoce spíše zadržovat. Což způsobuje další rovinu psychosociální zátěže, kdy by pečující osoby potřebovaly situaci s někým sdílet, často ale tato jejich potřeba zůstává nenaplněna. Z tohoto důvodu nastává u pečujících osob sociální izolace, kdy pečující osoba tráví většinu času se seniorem a nemá možnost se začlenit do společnosti dle svých představ. Psychosociální zátěž se projevuje v pocitech osamělosti a přispívá k celkovému vyčerpání. V rámci sdílení pečovatelské zátěže a prožitků s ní spojených se nabízí rodina, kterou však pečující osoby nechtějí příliš zatěžovat. Pomoc pak přichází v podobě pracovníků sociálních služeb, do kterých pečující osoby vkládají důvěru a mohou si s nimi o péči otevřeně promluvit.

Velký stres, strach a pocit vyčerpání prožívají pečující osoby zejména na začátku péče. Těmito pocity jsou však provázeny v různých intervalech během celého procesu péče. Poté, co se péče ustálí a pečující osoba si v péči najde určitý systém, stává péče spíše stereotypní. Stále je však přítomen pocit nejistoty z možnosti zhoršení zdravotního stavu

seniora, o kterého je pečováno a možnosti příchodu různých zdravotních komplikací. Při delším období, kdy je péče poskytována se dostávají trvalé pocity vyčerpání, celkového přetížení, únavy a pocity ztráty vlastní svobody. Pečující osoby často vyjadřují své pocity potřebou úniku ze situace. V těchto okamžicích poznávají pečující osoby své vlastní limity a možnosti, které v rámci výkonu péče mají. V průběhu této fáze se pečující osoby snaží nastavit si určité postupy, které jim pomohou psychosociální zátěž zvládnout. Může se jednat o nastavení si režimu, do kterého bude zařazeno více času pro sebe, více odpočinku a spánku, nastavení si pravidelných aktivit a možností k odreagování, vymezení více prostoru pro trávení času s vnoučaty a rodinou nebo například dovolenou. Stanovené aktivity se pečující osoby snaží dodržovat jako prevenci následků psychosociální zátěže. Této potřeby se však pečujícím osobám v adekvátní míře zpravidla nedostává a pocity spojené s psychosociální zátěží se tak vynořují velmi často. Proces psychosociální zátěže je u pečujících osob velmi individuální, na každou osobu působí zátěž a stres v jiné míře a jinak se s nimi dokáže vyrovnávat. Setrvalý stav vyčerpání, zátěže a nepohody může u pečujících osob vést až k syndromu vyhoření či depresi nebo ovlivnit jejich zdraví. Proces psychosociální zátěže pečujících osob se neustále vyvíjí a mění, a to vždy v závislosti na okolnostech a především na zdravotním stavu seniora, o kterého je pečováno.

Jak péče o seniora v domácím prostředí ovlivnila rodinné vztahy pečujících osob?

Rodinné vztahy jsou oblastí, kterou péče o seniora vždy v různé míře ovlivní. Péče zasahuje do vztahů s nejbližšími, se kterými pečující osoba žije nebo mají společnou vazbu k osobě o kterou je pečováno. Primární změny v rovině vstupu péče do vztahu můžeme vidět na manželských vztazích pečujících osob. Kdy manžel dané osoby zaujímá k zapojení do péče určité stanovisko. Dudová (2015) uvádí, že pečující osoby vnímají zapojení manželů do péče jako významnější než zapojení sourozenců. Sourozenecké vztahy v rámci péče o rodiče se jeví jako velmi zatížené. A to především v situaci, kdy jeden ze sourozenců přijímá roli hlavního pečujícího a ostatní sourozenci se do péče zapojují minimálně. Z našeho výzkumu vyplývá, že se pečující osoby setkávají se snahou zapojení sourozenců do péče převážně na začátku, poté jeho intenzita postupně opadá. Jejich neúčasti na péči o rodiče jsou za strany jejich pečujících sourozenců pocíťovány pocity vzteku, výčitek, zklamání, pocity zrady, smutku, samoty, které vedou až k úplné rezignaci na sourozenecký vztah. Dudová (2015) uvádí, že sourozenecké vztahy se v rámci

péče stávají komplikovanými a někdy i bolestnými. Dochází k narušení vztahů a ke konfliktům. Jako problém v sourozeneckých vztazích spatřujeme dle výzkumu nedostatečnou komunikaci. Kokorelias et. al. (2021) uvádí, že ke konfliktům mezi sourozenci dochází převážně při nerovnoměrném rozdělení úkolů v rámci péče. Pokud komunikace mezi rodinnými příslušníky funguje, dochází ke zmírnění stresu a také žádoucímu efektivnějšímu rozdělení úkonů v rámci péče. Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že pokud rodina přijímá péči společně, projevuje se solidarita jejích členů a je předpokladem pro lepší zvládnutí pečovatelské zátěže, protože zapojením více osob do péče pečovatelská zátěž klesá. V rodinných vztazích dochází z důvodu náročnosti péče ke konfliktům, jelikož jsou překračovány stereotypy a komfortní zóny v životech osob, které se péče účastní nebo se jich určitým způsobem péče dotýká. Vstup péče do rodinného života se může projevovat negativně právě na těchto vztazích mezi manžely, partnery nebo i ostatními členy rodiny. Dochází ke konfliktním situacím, a to nejen ve vztazích osob zapojených do péče, ale také ve vztahu s osobou, o kterou je pečováno (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013). V rámci ovlivnění těchto vztahů sehrává roli také bydlení, a to zda se v rámci péče jedná o sdílení domácnosti se seniorem, o kterého osoby pečují nebo zda do domácnosti seniora dojíždí. Péče o seniora však na sourozenecké a rodinné vztahy nemusí mít pouze negativní vliv. Děje se tak pokud se sourozenci a rodina na péči podílí. Zde může docházet ke sblížení a stmelení rodiny, což má základ v soudržnosti a solidaritě v dané rodině. V rámci sourozeneckých a rodinných vztahů pečující osoby naráží na mužské a ženské role a jejich zapojení do péče. V péči o rodiče se do péče většinou zapojují dcery. Pečující ženy v našem výzkumu jsou zpravidla toho názoru, že by péče měla být rozdělena rovnoměrně bez ohledu na pohlaví. Tento problém se zapojením do péče vede opět ke konfliktním situacím. Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že ženy jsou těmi, kdo péči nejčastěji poskytují, zapojují se do ní a mají na ní největší podíl, ať už se jedná o manželky, dcery nebo snachy. Pečující osoby jsou často ve věku a postavení, které je typické pro tzv. „sendvičovou generaci.“

To znamená, že na jedné straně poskytují péči svým stárnoucím rodičům a na straně druhé chtějí být také nápomocny svým dětem a věnovat se vnoučatům. Pečující osoby uváděly, že nežádají o pomoc svých dětí v takové míře, v jaké by potřebovaly, jelikož je nechtějí zatěžovat. Dalším tématem, které bylo v rámci rodinných vztahů pečujících osob v našem výzkumu otevřeno, bylo zapojení vnoučat (dětí) do péče. Toto zapojení bylo hodnoceno

velmi kladně, jelikož dochází k vzájemnému obohacení dětí a seniorů, děti se učí nápomoci a může to pro ně být významná životní zkušenost.

Jaký dopad má péče o seniora v domácím prostředí na sociální začlenění pečujících osob do běžného života?

Péče o seniora v domácím prostředí je pro pečující osoby náročným obdobím, během kterého se pečovatelská zátěž podepisuje také na jejich sociálním začlenění a sociálních vztazích. Děje se tak často z důvodu omezeného času, který pečující osoby v důsledku péče mají. Jelikož se pečující osoby nemohou pohybovat ve společnosti v takové míře jako před zahájením péče, dochází k tomu, že sociální vztahy těchto osob ochabují. Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013) poukazují na to, že se pečující osoby v rámci péče o seniora velmi často vzdávají svých potřeb a účasti na běžném životě ve prospěch péče. To se týká aktivit, jako je trávení společného času s přáteli, věnování se vlastním koníčkům, dovolené nebo i participaci v zaměstnání. Tento postoj a projevy pečujících osob mohou vést až k úplné ztrátě kontaktu se společenským prostředím. To opět potvrzují Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013), které uvádějí, že tento postoj pečujících osob může přinášet sociální izolaci případně až sociální vyloučení. Ze subjektivního pohledu pečujících osob velmi záleží na tom, jak byla pečující osoba zvyklá svůj život trávit před zahájením péče a jakou důležitost svým vlastním aktivitám přikládá. V této oblasti proto můžeme u jednotlivých pečujících osob spatřovat značné rozdíly. Disparátní pojetí sociální izolace nacházíme v objektivním a subjektivním pohledu prožívání konkrétní osoby. Záleží na osobnostním nastavení pečující osoby a jejích potřeb socializace. Sociální izolace může být zřejmá z hlediska objektivního měřítka, zatímco ze subjektivního pohledu pečující osoby je daná situace v pořádku. Naopak pečující osoba může mít pocity osamělosti i přesto, že objektivně nedochází k úbytkům sociálních kontaktů (Hawkley, Cacioppo, 2010). Pečující osoby mají ve větší či menší míře potřebu prožívané těžkosti spojené s péčí sdílet. Často však naráží na odlišné životní zkušenosti blízkých osob, v důsledku kterých se neseťkávají s potřebným pochopením a podporou. Vasileiou et al., (2017) in Velloze et. al. (2022) uvádí, jako příčinu pocitu nedostatečného sociálního kontaktu, nedostatečnou interakci, kterou by pečující osoby mohly ve vztahu k sociálnímu okolí uplatňovat. Kontakt se společenským prostředím mohou pečující osoby také postrádat v důsledku nedostatečné participace rodiny a blízkých na péči.

Možnost pečujících osob trávit svůj čas vlastními aktivitami a ve společenském prostředí velmi závisí na tom, v jakém zdravotním stavu se nachází senior, o kterého pečují. To se podepisuje na časových dispozicích, které daná osoba má. V této souvislosti také spatřujeme na jedné straně míru ochoty vzdát se pro péči svých vlastních aktivit a na straně druhé rozhodnutí pro setrvání v těchto aktivitách v rámci zachování si své vlastní psychické pohody. Pečující osoby, které jsou v produktivním věku, také stojí před rozhodnutím, zda si zachovají své zaměstnání nebo se rozhodnou plně se věnovat péči o seniora. Z našeho výzkumu vyplývá, že právě zaměstnání je pro pečující osoby důležitým faktorem v zachování si vlastního společenského života. Práce je pro tyto osoby rozptýlením, možností kontaktu s lidmi, zapojením se do kolektivu a odreagováním se od mnohdy stereotypních a zahlcujících činností v rámci péče. V našem výzkumu jsme zjistili, že pečujícím osobám v rámci sociální interakce velmi pomáhá komunikace s pracovníky sociálních služeb, které do domácností docházejí za účelem péče o seniory. Jsou totiž těmi, které mohou pečujícím osobám nabídnout pochopení a podporu. Je velmi vhodné a pečujícím osobám jistě nápomocné využívání svépomocných a podpůrných skupin, kde mohou o problémech komunikovat a dostát se jim pochopení. Velloze et al. (2022) uvádí peer podporu jako nejvíce využívanou intervenční metodu pro podporu pečujících osob. Jsou zde spojovány osoby s podobnou zkušeností a mají tak možnost vzájemné podpory a sdílení. Tento způsob podpory může velmi příznivě ovlivňovat psychosociální zátěž pečujících osob. V našem výzkumu však bylo zřejmé, že pečující osoby nemají dostatek informací využití těchto podpůrných možností.

Jaký dopad má péče o seniora v domácím prostředí na psychický stav pečujících osob?

Psychický stav je u většiny pečujících osob péčí o seniora v domácím prostředí výrazně ovlivněn. Na začátku péče i v jejím průběhu na pečující osoby působí velká psychická zátěž, která je danou osobou vnímána subjektivně. To znamená, že psychická zátěž u pečujících osob je individuální na základě jejich prožitků. V našem výzkumu se však setkáváme s určitými společnými jmenovateli psychické zátěže pečujících osob.

Jako rozhodující se jeví zdravotní stav seniorů, o které je pečováno. Od tohoto stavu se psychická zátěž odvíjí. Obecně lze říci, že pokud senior trpí určitou formou demence, Alzheimerovou chorobou, případně dalšími duševními onemocněními, projevuje se dopad na psychiku pečujících osob daleko výrazněji.

Z důvodu velkého množství času, který pečující osoby péči věnují, pociťují nedostatek svobody. Respondentky často vyjadřovaly pocit potřeby útěku, úniku do samoty nebo nutkání ke změně prostředí. Vágnerová (2007) únikem z tíživé situace označuje obrannou reakci na stres, kdy osoba pociťuje svou situaci jako neřešitelnou. U pečujících osob se také projevuje pocit tlaku a celkové tísně.

Se zdravotním stavem seniorů, o které je pečováno, souvisí také pocity pečujících osob, jako jsou beznaděj, úzkost a lítost. Ty se u pečujících osob projevují, když spatřují utrpení svého blízkého a nejsou mu schopny pomoci. V této souvislosti může také přicházet strach pečujících osob z vlastního pochybení a následného pocitu viny. Ty se společně s lítostí však také mohou objevovat, když pečující osoba a senior, o kterého pečuje, již nemohou dělat společné aktivity, jak byli zvyklí. To můžeme pozorovat převážně v situacích kdy, je péče poskytována manželům.

Dalším projevem psychické zátěže je strach. Již jsme zmínili strach o zdravotní stav seniora, který je podložen především strachem ze zhoršení zdravotního stavu, ale může to být i strach ze smrti. Leblanc (2021) uvádí, že se také může jednat o hlubší strachy, jako jsou strach ze změny, odpovědnosti nebo např. strach pečující osoby z vlastního selhání.

Pečující osoby prožívají celkové přetížení a vyčerpání, a to bez možnosti potřebného odpočinku. Nemožnost odpočinku se u pečujících osob kromě přímého poskytování péče projevuje neustálým upoutáním myšlenek na člověka, o kterého pečují. Dochází k tomu i v situacích, kdy je pečující osoba např. na dovolené, kde si v tomto důsledku nedokáže odpočinout tak, jak by potřebovala. Problematický je také nedostatek spánku, odpočinku a prostoru k relaxaci. Pešek, Praško (2016) uvádějí, že u osob, které dlouhodobě a intenzivně prožívají stres, často nastávají problémy se spánkem. V opačném směru může naopak nekvalitní spánek a jeho poruchy ke stresu vést. Z tohoto celkového přetížení vychází téměř trvalý pocit neklidu, nervozity a stresu.

Pro pečující osoby také bývá náročné v rámci pociťované zátěže ovládat nebo naopak dávat najevo své emoce. Respondentky uváděly, že své emoce a pocity zadržují, jelikož nechtějí osobu, o kterou pečují zneklidňovat. Může to být na jedné straně snaha ovládnout vztek a nervozitu, na straně druhé je to pak zadržování projevů lítosti, úzkosti, beznaděje, pláče apod. Bednařík, Andrášiová (2020) uvádějí, že je důležité, aby člověk své emoce vnímal a uvědomoval si je. Pokud však pečující osoby tyto pocity určitým způsobem neventilují, opět se zvyšují pocity tlaku a zátěže. V těchto chvílích také může přicházet pocit osamělosti, kdy se pečující osoby nemají možnost svěřit nikomu, u koho by našly

ve své tíživé situaci pochopení. Dlouhodobá psychická zátěž se může projevit ve zdravotních problémech pečujících osob, syndromu vyhoření či depresi. Grünbecková In Raška (2021) uvádí, že péče představuje pro pečující osoby velký psychický nápor. Pečující osoby navíc často zanedbávají na úkor péče sami sebe (Raška ©, 2021). Pečující osoby jsou často na pokraji svých sil, ale i přesto v péči pokračují, jelikož žádnou jinou cestu nevidí nebo jim není dostupná.

Jaké jsou strategie zvládnání zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí?

Pro pečující osoby je v rámci poskytování péče a s ní spojené prožívané psychosociální zátěže nezbytné nastavení si svých vlastních možností a limitů. Ty představují určitou hranici pro zachování si alespoň takové míry psychické pohody, která je v dané situaci možná. Pečující osoby, které tyto své limity poznají, se snaží volit si takové individuální strategie zvládnání zátěže, které jim umožní v péči setrvat a jejich zátěž spojenou s péčí zmírnit. Motivaci nacházejí také v zachování si dobrého zdravotního stavu, aby mohly péči o seniora i nadále zastávat. Respondentky uváděly, že nejčastěji volí relaxační činnosti, aktivity a zájmy, které jim jsou dle jejich možností dostupné. Čas pečujících osob, který mohou využít pro sebe je značně omezený. Opět závisí na tom, jak byla osoba zvyklá svůj čas trávit před zahájením péče. Aktivitami, které respondentkám nejvíce pomáhaly zvládnout psychosociální zátěž, byly nejčastěji aktivity spojené s prací na zahradě, přírodou, kreativními činnostmi a dle možností také využití odpočinku na dovolených nebo např. pravidelného docházení na určitou zájmovou aktivitu, která pečujícím osobám pomáhá odbourat stres z péče a přicházet na jiné myšlenky. Jarolímová (2020) uvádí příklad strategií zvládnání zátěže pečujících osob, jako určitou kompenzaci negativních vlivů, oporu, humor, radost a další. Přesto, že tyto aktivity jsou pečujícím osobám ve zmírnění zátěže nápomocny, ne všechny pečující osoby se u nich dokážou zcela uvolnit a odbourat stres. Velmi výrazným aspektem, který pečujícím osobám s odbouráním jejich psychosociální zátěže pomáhá, je čas strávený s rodinou, především pak s vnoučaty. Ty do života pečujících osob vnášejí novou energii. Z výzkumu vyplynulo, že právě za přítomnosti vnoučat jsou schopny pečující osoby nejvíce relaxovat a zcela svou pozornost zaměřit jinam.

To, co je z výzkumu patrné, je, že velmi často pečující osoby zaujímají takový postoj, kdy se danou náročnou situací či obdobím snaží přetrpět, překonat a vydržet. Kdy není čas ani prostor pro uplatňování relaxačních technik ani odpočinku. Přesto se mnohé z nich snaží

i v této situaci o zachování si pozitivního postoje, i když se to ne vždy daří. Zde se projevuje míra resilience u jednotlivých osob, která se liší dle jejich osobnostního nastavení a předpokladů. Dle Kebzy (2005) se resiliencí rozumí určité prvky ochrany, které pečující osoba volí ve vztahu k sobě samé, svému zdraví a pocitu psychické pohody. Respondentky se při péči o seniora snaží soustředit na přítomný okamžik a ten prožívat. U respondentek také spatřujeme snahu nepodléhat pocitu sebelítosti. Pomáhá jim to v překování pocitu strachu z budoucnosti a dalších negativních pocitů např. ze zhoršování zdravotního stavu osoby, o kterou pečují. Mohou se tak vyhnout zbytečným obavám a stresu.

Odměnou pečujícím je při náročné péči, respondentkami často zmiňovaný a velmi silně prožívaný pocit „čistého svědomí.“ Ten se projevuje v momentě, kdy si pečující osoby uvědomují, že udělaly všechno, co bylo v jejich silách, a to jim přináší klid. Z výzkumu jsme zjistili, že pečující osoby také povzbuzuje vědomí dobře vykonané práce. To jim přináší pocit jistoty, vyššího sebevědomí a také možnost ocenit a pochválit sebe samu. Poté, co pečující osoby projdou a zvládnou některou z náročných a obávaných situací, pociťují sílu a smysl pokračovat v péči dál. Některým z respondentek při zvládání náročné situace také pomáhá víra, spiritualita, případně vyznávané životní hodnoty, o které se mohou opřít. Respondentky uváděly, že jim také velmi pomáhá, když mohou svou situaci sdílet, ať s rodinou, přáteli či pracovníky sociálních služeb. Pocit podpory a pochopení ze strany druhých je pro pečující osoby velmi zásadní.

ZÁVĚR

V naší diplomové práci jsme se zabývali tématem psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí.

V teoretické části jsme se nejprve zaměřili na popis tématu péče o seniory v domácím prostředí a vymezení základních pojmů. Dále jsme se zabývali oblastí podpory neformálních pečujících osob, jejich vymezením v rámci legislativy, finanční podporou, kterou mohou pečující osoby v rámci péče o seniora využívat i možnosti využívání sociálních a zdravotních služeb. Navázali jsme tématem zátěže pečujících osob, kde jsme popsali její jednotlivé složky pečovatelské a negativní dopady, které se mohou v životech pečujících osob projevovat jako následky psychosociální zátěže. V neposlední řadě jsme se zabývali potřebami pečujících osob, které při poskytování péče a v důsledku prožívané psychosociální zátěže pociťují.

Cílem naší práce bylo popsat proces psychosociální zátěže osob pečujících o seniory v domácím prostředí. V rámci tohoto cíle jsme popsali, jak se proces psychosociální zátěže u pečujících osob vyvíjí, co jej ovlivňuje a jak se v průběhu péče mění a přetváří. Zaměřili jsme se také na to, jaký dopad má péče o seniora v domácím prostředí na psychický stav pečujících osob. Dále jsme zmapovali, jak péče o seniory v domácím prostředí ovlivňuje rodinné vztahy pečujících osob a také to, jaký vliv má péče o seniora na sociální začlenění pečujících osob do společnosti. Dále jsme se snažili zjistit, jaké strategie zvládnutí psychosociální zátěže pečující osoby při péči o seniory volí. Pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní výzkumné pojetí. Stanovili jsme výzkumné cíle a výzkumné otázky. V rámci volby výzkumného nástroje jsme se rozhodli pro využití narativních (biografických) rozhovorů, které jsme po oslovení respondentů zrealizovali. Získaná data jsme zpracovali za pomoci otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Následně jsme provedli analýzu a interpretaci dat.

Z výzkumu vyplývá, že proces psychosociální zátěže pečujících osob se začíná odvíjet od rozhodnutí pečující osoby tuto roli přijmout. Závisí také na tom, s jakou motivací daná osoba do péče vstupuje. Na začátku péče o seniora pociťují pečující osoby velmi intenzivní stres a zátěž. Děje se tak především v důsledku nedostatku informací. Většina pečujících osob do procesu péče vstupuje bez předchozích zkušeností s péčí a neví na koho se obrátit a co vše je nutné zařídit. Potřebných informací se jim však dle jejich zkušeností spíše nedostává. Především začátek péče by jim tak velmi usnadnil ucelený systém sociálních a zdravotních služeb, v rámci kterého by pečujícím osobám byly poskytovány informace,

kteří jim pomohou se v systému zorientovat a díky kterým by se mohly na péči adekvátně připravit. Postupem času, kdy pečující osoby nabírají zkušenosti s péčí, se pro ně péče stává spíše stereotypní. Z důvodu velkého množství času, který musí pečující osoby pro poskytování péče vynaložit, je celý proces velmi vyčerpávající. Tento proces se projevuje jak zátěží fyzickou tak především zátěží psychickou, která může vést k celkovému vyčerpání organismu, syndromu vyhoření a dalším problémům.

Na psychosociální zátěž pečujících osob má velký vliv zapojení rodiny do péče a také vztahy, které jsou v rodině prožívány. Z výzkumu vyplynulo, že péče o seniora vztahy v rodině vždy ovlivní a to zpravidla negativně. Nejvíce se tento fakt projevuje na vztazích mezi sourozenci, kde dochází ke sporům zpravidla z důvodu nerovnoměrného zapojení sourozenců do péče o rodiče. Ovlivněny jsou ale také vztahy manželské, partnerské a vztahy s dětmi a vnoučaty. Děje se tak především v důsledku nedostatku času, který jim pečující osoby mohou věnovat. Problém také nastává v komunikaci a to, jak s rodinnými příslušníky, tak také s osobou, o kterou je pečováno.

Pečující osoby také v různé míře vykazují sociální izolaci. Přesto, že mají touhu a často i velkou snahu žít tak, jak byly zvyklé před zahájením péče, není to možné. Zapojení do společnosti a aktivit vyžaduje jejich velké úsilí v organizaci péče, tak aby byla zajištěna i v době jejich nepřítomnosti. Jelikož všechny respondentky, které se do výzkumu zapojily, pečují o seniory využívající při péči také sociální služby, bylo z výzkumu patrné, jak velkou pomoc pro ně tyto služby představují. Stávají se pro ně zdrojem informací, a možností získání praktických rad v rámci poskytování pečovatelských úkonů. Ve výzkumu byla velmi patrná také pomoc ze strany sociálních služeb na rovině psychosociální podpory pečujících osob. Přesto, že pracovníci sociálních služeb, kteří docházejí do domácností, zaměřují svou pomoc na nesoběstačné seniory, dokáží velmi povzbudit také osoby pečující, nabídnout pochopení, radu i podporu, která se jim z jiných stran mnohdy nedostává.

Z výzkumu také vyplynulo, že osoby, které při péči chodí do zaměstnání, byť je tato kombinace velmi náročná, pociťují sociální izolaci méně než osoby, které se plně věnují péči o seniora.

Pečující osoby v procesu psychosociální zátěže rozeznávají své potřeby a limity. K tomuto poznání dochází zpravidla, až ve chvíli, kdy se dostávají do bodu velkého vyčerpání. Pečující osoby se snaží nastavit si pravidelné aktivity a zařadit do svého režimu více odpočinku. Pociťují však, že i přes veškerou svou snahu je dlouhodobá péče o seniora natolik vyčerpávající, že na své aktivity a odpočinek nemají prostor. Pečujícím osobám

nezbývá nic jiného než i přes velké vyčerpání v péči dále pokračovat. Dostávají se tak do bezvýchodné situace, kdy již vyčerpaly všechny své zdroje a jiná pomoc se jim nenabízí. V tomto stavu jim pomáhá, uvědomění si smysluplnosti péče, kterou poskytují, a pocit jistoty, že dělají to, co je v danou chvíli v jejich silách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Grada. ISBN 978-80-271-2288-2. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/komunikace-s-nemocnym-7276/>.
2. COLOMBO, Francesca, et. al., 2011. *Help wanted? Providing and paying for long-term care, OECD Health Policy Studies*. Online. OECD Publishing. Dostupné z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page3. [cit. 2024-04-18].
3. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Ošetřovné – když zdravý zaměstnanec pečuje o svého blízkého, 2023. Online. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/-/osetrovne-kdyz-zdravy-zamestnanec-pecuje-o-sveho-blizkeho>. [cit. 2024-04-14].
4. ČESKO. Zákon č. 310/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Zákony pro lidi 2010-2024*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-310>. [cit. 2024-04-14].
5. ČESKO. Zákon č. 187/2006 Sb. Zákon o nemocenském pojištění. In: *Zákony pro lidi 2010-2024*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-310>. [cit. 2024-04-14].
6. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi 2010-2024*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-310>. [cit. 2024-04-14].
9. ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 9788024739014.

10. DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2020. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
11. DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Knižnice Sociologické aktuality. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 9788074191824.
12. FORMÁNKOVÁ, Petra; NOVOTNÝ, Aleš a EFENBERKOVÁ, Marcela, 2012. Problematika realizace rodinné péče o osobu se sníženou soběstačností. Online. *ProQuest Central*. Roč. 14, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2012.018>. [cit. 2024-04-14].
13. GEISLER, Hana; HOLEŇOVÁ, Anežka; HOROVÁ, Terezie; JIRÁT, Daniel; SOLNÁŘOVÁ, Dagmar et al., 2015. Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR: Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002. Online. In: . Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/1_V%C3%BDstupn%C3%AD-analytick%C3%A1-zpr%C3%A1va.pdf. [cit. 2024-04-14]. [cit. 2024-04-14].
14. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 9788026208730.
15. HAWKEY, Louise C. a CACIOPPO, John T., 2010. *Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms*. Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874845/>. [cit. 2024-04-18].
16. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 9788026209829.
17. HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

18. HELD, Virginia. *Etika péče: osobní, politická a globální*. Základní filosofické texty. Praha: Filosofia, 2015. ISBN 9788070074473.
19. HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 9788024741390.
20. HUBÍKOVÁ, Olga, 2017. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Online. *Sociální práce*. Roč. 17, č. 6/2017. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>. [cit. 2024-04-14].
21. JANEČKOVÁ, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JIRKOVSKÁ, Blanka, 2017. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. Online. *Sociální práce*. Roč. 17, č. 6/2017. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>. [cit. 2024-04-14].
22. JAROLÍMOVÁ, Eva, 2020. Dopady péče o seniora s demencí na rodinu. In: *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
23. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 8073681102.
24. JEDLINSKÁ, Martina; HLÚBIK, Pavol a LEVOVÁ, Jana, 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. Online. *Profese on-line*. Roč. II/1. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pol.2009.003>. [cit. 2024-04-14].
25. JEŘÁBEK, Hynek, 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. Online. *Sociologický časopis*. Sociologický ústav AV ČR,. Dostupné z: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2009/02/03.pdf>. [cit. 2024-04-14].

26. JEŘÁBEK, Hynek, 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Studie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 9788074191176.
27. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 8020013075.
28. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Grada. ISBN 978-80-247-2169-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/motivacni-prvky-pri-praci-se-seniory-1492/>.
29. KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana, 2013. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/270708908_Informal_care_in_the_family_socio-demographic_characteristics_of_caregivers.
30. KOKORELIAS, Kristina M.; RITTENBERG, Nira a CAMERON, Jill, 2021. Brothers and sisters sharing in the care of a parent with dementia. Online. In: <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/14713012211053970>. [cit. 2024-04-14].
31. KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína a HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka, 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. Č. 6/2013. [cit. 2024-04-14].
32. KOŽUCHOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 9788080634148.
33. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. ISBN 8071691216.
34. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Orientace. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 9788071955733.

35. LEBLANC, Lise, 2021. *Sebepéče pro pečující: průvodce vědomou péčí*. Praha: Alferia. ISBN 978-80-271-1395-8.
36. LIU, Zhu; HEFFERNAN, Catrina a TAN, Jie, 2020. *Caregiver burden: A concept analysis*. Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301216?via%3DiHub>.
37. MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 9788073673680.
38. MICHALÍK, Jan a kol., 2011. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Online. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2018/10/Michalik_QoL_osob_pecujic%C3%ADch_UP_2011.pdf. [cit. 2024-04-14].
39. MIKANOVÁ, Anna a DVOŘÁKOVÁ, Andrea, 2020. Rodinná péče o seniory a formální nástroje její podpory. In: *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Od července vzroste příspěvek na péči.: Tisková zpráva. Online. Praha. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/7095934/TZ_prispevek_na_peci_navyse_ni_09022024.pdf/fa8467c7-0b4b-71a6-1667-be70c4fb62ff. [cit. 2024-04-14].
42. NAKONEČNÝ, Milan, 2020. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-842-0.
43. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024643830.

44. PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 9788024729596.
45. PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 9788088163008.
46. PEŠLOVÁ, Radka, 2022. *Jsem pečující osobou, co z toho plyne?* Online. Kalis. ISBN 978-80-907238-9-4 (pdf). [cit. 2024-04-14].
47. PLAMÍNEK, Jiří, 2013. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: Praktický atlas sebezvládnutí - 3., doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-4751-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/sebezpoznani-seberizeni-a-stres-2291/>.
48. RAŠKA, Jan. Magdaléna Grünbecková: Domácí péče je náparem na psychiku pečujících, mnohdy je důsledkem sociální izolace i chudoba, 2021. Online. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/diskuze/29395/magdalena-grunbeckova-domaci-pece-je-naporem-na-psychiku-pecujicich-mnohdy-je-dusledkem-socialni-izolace-i-chudoba>. [cit. 2024-04-14].
49. REML, Jiří, 2016. *Potřeby pečujících jako východisko pro evaluaci příslušných intervencí*. Praha: Filozofická fakulta, Univerzita Karlova. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/313880293_Potreby_pecujicich_jako_vychodisko_pro_evaluaci_prislusnych_intervenci.
50. REML, Jiří, 2020. Potřeby pečujících. In: *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
51. ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 9788073673130.

52. TABAKOVÁ, Mária a VÁCLAVIKOVÁ, Petra, 2008. Zátěž opatrovatela v domácím prostředí. Online. *Profese on-line*. Roč. 1, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pol.2008.008>. [cit. 2024-04-18].
53. TRIANTAFILLOU, Judy. et al., 2010. Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Project Interlinks. Online. Vienna. Dostupné z: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf
54. VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024613185.
55. VELLOZE, Isabelle G.; JESTER, Dylan J.; JESTE, Dilip V. a MAUSBACH, Brent T., 2022. *Interventions to reduce loneliness in caregivers: An integrative review of the literature*. Online. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178122001226?via%3Dihub>. [cit. 2024-04-14].
56. VYMĚTAL, Jan, 2008. *Lékařská psychologie: 3., aktualizované vydání*. Portál. ISBN 80-7178-740-X. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/AccountSaml/SignIn/?idp=https://shibboleth.utb.cz/idp/shibboleth&returnUrl=/kniha/lekarska-psychologie-3173/>.
57. ZVĚŘOVÁ, Martina, 2015. Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osob. Online. *Česká a slovenská psychiatrie*. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_59_63.pdf. [cit. 2024-04-14].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
č.	číslo
et. al.	a kolektiv
kol.	kolektiv
min.	minimálně
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	„například“
tzv.	takzvaně
Sb.	sbírky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Vyrovnaná životní situace	35
Obrázek 2: Vznik a rozvoj úzkosti a strachu	37
Obrázek 3: Paradigmatický model	66
Obrázek 4: Selektivní kódování	70

