

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

Psychologické aspekty péče dospělých dětí o své rodiče



Diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Greplová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

Olomouc

2010

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci 23. 3. 2010

Děkuji doc. PhDr. Ireně Sobotkové, CSc. za odborné vedení práce a mnoho cenných rad a podnětů.

OBSAH

ÚVOD.....	7
Teoretická část.....	8
1. VYMEZENÍ PROBLEMATIKY PÉČE	9
2. RODINA JAKO MÍSTO POMOCI	12
2. 1 Pojem rodina	12
2. 2 Systémový přístup.....	13
2. 3 Typy rodin.....	14
2. 4 Funkce a poslání rodiny	15
2. 5 Rodina jako místo péče	15
3. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE	20
3. 1 Rozhodování	20
3. 1. 1 Partneři v dialogu	23
3. 1. 2 Charakteristiky pečujícího jedince	24
3. 1. 3 Limity péče.....	26
3. 1. 4 Motivy k péči	27
3. 2 Vlastní péče.....	30
3. 2. 1 Pečující muži, pečující ženy.....	31
3. 2. 2 Péče realizovaná sourozenci	32
3. 2. 3 Rodinní příslušníci a péče	34
3. 2. 4 Negativní dopady péče.....	35
3. 2. 5 Obecná preventivní opatření	37
3. 2. 6 Pozitivní dopady péče	39
4. FÁZE PO SKONČENÍ PÉČE	43
4. 1 Ukončení rodinné péče.....	43
4. 1. 1 Změna intenzity péče	43
4. 1. 2 Přenesení péče na instituci	44
4. 1. 3 Smrt rodiče	45

4. 2 Období po smrti rodiče.....	45
4. 2. 1 Smrt blízkého jako krizová situace	46
4. 2. 2 Truchlení	47
4. 3 Poohlédnutí se za péčí.....	49
Výzkumná část.....	51
5. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	52
6. METODOLOGIE VÝZKUMU	53
6. 1 Plán výzkumu.....	53
6. 2 Výzkumný soubor	54
6. 2. 1 Výběr výzkumného souboru	54
6. 2. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	55
6. 3 Způsob získávání dat.....	58
6. 4 Způsob sběru dat	59
6. 5 Způsob zpracování dat	60
7. VÝSLEDKY ANALÝZY	61
7. 1 Proces stávání se pečující.....	61
7. 2 Péče a rodina	66
7. 3 Péče a sociální vztahy pečujících	78
7. 4 Péče a zaměstnání	83
7. 5 Péče a zdraví pečujících	86
7. 6 Strategie zvládnání péče.....	87
7. 7 Prožívání pečujících.....	90
7. 8 Potřeby plynoucí ze situace péče	95
7. 9 Zpětné hodnocení péče.....	98
7. 10 Vize budoucnosti po skončení péče	100
8. DISKUZE.....	103
8. 1 Dopady péče v oblasti rodinných vztahů pečujících.....	104
8. 2 Dopady péče v oblasti sociálních vztahů pečujících.....	105

8. 3 Vliv péče na pracovní oblast pečujících.....	106
8. 4 Dopady péče na zdravotní stav pečujících	107
8. 5 Uplatňované individuální strategie pečujících	108
8. 6 Potřeby plynoucí ze situace péče	109
8. 7 Prožívání pečujících v situaci péče	110
9. ZÁVĚR.....	114
10. SOUHRN	116
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	119

ÚVOD

Narozením vzniká mezi rodiči a dětmi vztah, který v průběhu života prochází jistými modifikacemi. Tak, jak se vyvíjí a mění jednotliví aktéři, se vyvíjí a mění i vztah mezi nimi. Můžeme uvažovat o proměně jak v kvalitativní, tak v kvantitativní rovině. Jde o vztah, který může nabývat řadu různých kvalit a podob, ale vždy je přítomen. Jen málokdo se zarazí nad tvrzením, že rodiče jsou odpovědní za své děti a jsou povinni o ně pečovat, dokud to tyto vyžadují. Role pečujícího rodiče je nazírána jako zcela přirozená a jednoznačně žádoucí, ale jak jsme již naznačili, vztah mezi rodiči a dětmi prochází proměnou. Děti dospívají, staví se tzv. na vlastní nohy, zatímco jejich rodiče pomalu stárnou a jsou nuceni potýkat se s nejrůznějšími problémy s tím spojenými. V důsledku přibývajících potíží může nastat a často také nastává situace, kdy se staří rodiče již neobejdou bez pomoci ze strany druhé osoby. S tím vyvstává otázka, kdo potřebnou péči zajistí. Jednou možností je, že se péče ujmou jejich potomci.

Tato práce se zaměřuje právě na situaci, kdy již dospělé děti převezmou péči o své rodiče. Budou nás zajímat psychologické aspekty takové péče. Vyjdeme z předpokladu, že v případě péče se jedná o složitý proces, do nějž se promítá celá řada nejrůznějších faktorů.

Teoretická část mapuje problematiku rodinné péče o stárnoucího rodiče jako celek. Zvláště se zaměřuje na způsoby zajištění péče v rodině, možné limity péče a v neposlední řadě také na důsledky, které s sebou situace péče přináší. Zabývá se ale i dalšími faktory, které s problematikou péče úzce souvisí. Jde především o okolnosti, které vlastní péči předcházejí, jako samotný proces rozhodování se pro péči, ale také události doznívající po skončení této péče, které se odvíjí od způsobu ukončení péče. Velkým tématem je tu problematika truchlení, spojená s úmrtím rodiče.

Navazuje výzkumná část této práce, tvořená kvalitativní studií, která si klade za cíl zmapovat problematiku péče o rodiče z pohledu pečujících a zaměřit se při tom právě na psychologické aspekty této péče. Samotná studie je realizována prostřednictvím polostrukturovaného interview a následné kvalitativní analýzy. A jejím prostřednictvím hledáme odpovědi na otázky, jak pečující prožívají situaci péče, jak se skutečnost péče promítá do ostatních oblastí jejich života, jaké individuální strategie pečující uplatňují a v neposlední řadě také, jaké potřeby plynou ze situace péče.

Teoretická část

1. VYMEZENÍ PROBLEMATIKY PÉČE

Zaměříme se na situaci, která vyplývá ze změny role mezi rodiči a dětmi. Dítě přichází na svět jako absolutně závislé na svém okolí, hlavní břemeno péče leží zpravidla na jeho rodičích, během života se však postavení dítěte mění. Dalo by se říct, že k první velké změně dochází v období mladé dospělosti, kdy se vztah mezi rodiči a dětmi začíná stávat rovnocenným. Rodiče i jejich děti se tu setkávají v roli dospělých se všemi právy a povinnostmi, které z toho vyplývají a z tohoto pohledu můžeme tento vztah nahlížet jako symetrický. Po určité době tato symetrie ve vztahu opět mizí, ale tentokrát se do jisté míry dominantního postavení vůči svým rodičům dostávají jejich dospělé děti.¹

Zatímco na problematiku mapující situaci péče rodičů o děti se zaměřuje bezpočet monografií, odborných studií a článků, ty, které se snaží popsat problematiku péče dospělých dětí o své rodiče, nacházíme u nás jen sporadicky. Skoro by se mohlo zdát, že se jedná o téma určitým způsobem okrajové, týkající se jen malé skupiny osob. Po bližším prostudování dané problematiky však zjistíme, že toto téma je minimálně stejně důležité, navíc některé změny, k nimž dochází, jej činí stále naléhavějším. Podívejme se tedy na jednotlivé aktéry této situace zblízka.

V této kapitole si nejprve vymežíme cílovou skupinu a současně se zastavíme u některých pojmů souvisejících s danou problematikou. Čili ujasníme si v obecné rovině, kdo je tím, o něž je pečováno a tím, kdo pečuje.

V současné době se především v západních zemích čím dál častěji mluví o stárnutí populace. Aniž bychom chtěli jakkoli generalizovat, faktem zůstává, že lidé ve vyšším věku mají signifikantně více zdravotních problémů (zejména nejruznějších chronických onemocnění) a nejen v důsledku toho potřebují častěji pomoc svého okolí.

Ze studií provedených v ČR vyplývá, že zhruba od roku 1997 převyšuje počet lidí ve věku nad 60 let počet dětí mladších 15 let.² Podle údajů Českého statistického úřadu tvořili v roce 2006 14,4% naší populace lidé starší 65 let. 3,3% z celkové populace pak

¹ Srov. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. s. 391-392.

² Srov. Mašková, M. (2004). Evolution of social care services for older population in the Czech Republic. In: *Czech welfare state : Changing Environment, changing institutions*. Praha: CESES UK FSV. s. 2-3.

představovaly osoby ve věku nad 80 let. Dosavadní vývoj naznačuje, že počet lidí v tomto věku se bude i nadále zvyšovat.

Do roku 2030 se očekává nárůst až na cca 23%, v případě starších 65 let a 7% u osob starších 80 let.³ Pro nás to znamená, že se zvyšuje počet lidí, kteří budou potenciálně potřebovat nějakou formu pomoci.

Dle odhadů pomoc ve většině každodenních aktivit (tj. průběžnou každodenní péči) potřebuje kolem 2% lidí starších 65 let a 8% starších 80 let. Což je celkem 0,76% (cca 75 tisíc lidí), v roce 2030 se toto číslo odhaduje již na 1,5% všech obyvatel ČR. Starší lidé vyžadující alespoň občasnou pomoc pak tato čísla ještě znásobí.⁴

Jak vidíme, v této sociální skupině je a i do budoucna tu bude řada lidí vyžadujících pomoc. Bezsporně existuje hned několik způsobů, jak jim potřebnou pomoc poskytnout. Zjednodušeně by se dalo říct, že na jedné straně tohoto spektra možností stojí péče zajištěná prostřednictvím nejrůznějších institucí, tj. institucionální, na straně druhé pak neinstitucionální péče poskytovaná rodinnými příslušníky v rodinném prostředí. V této práci se zaměříme právě na tu druhou možnost.

Jádrem problematiky, která nás zajímá, je tedy poskytování péče starým, nebo chceme-li stárnoucím lidem. Takovéto konstatování je však bezsporně značně široké a samo o sobě nám toho moc neřekne. Zkusme si proto nyní vydefinovat, co se touto péčí myslí.

V anglicky psané literatuře se běžně setkáme s označením elder care a nabízí se nám hned několik definic tohoto spojení. Christiane Millward chápe tuto péči jako „opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo službu vykonávanou pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti vykonávat samy“.⁵ Důraz je tu kladen na štěstí a blahobyt osob, o něž je pečováno. Tedy nejde jen o to zajistit základní péči, ale zajistit ji tak, aby se člověk cítil šťastně a spokojeně.

Hilary Graham jde ve svém chápání péče ještě dál, když říká, že „péče je prožívaná jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne“.⁶ V popředí této definice je vztah, přesněji láskyplný vztah mezi osobou, jež pečuje a osobou, o níž je

³ Srov. [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/\\$File/40070701.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/$File/40070701.pdf)

⁴ Srov. Jeřábek, H. et al. (2005). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. s. 10.

⁵ Millward, C. In Jeřábek, H. et al. (2005) *Rodinná péče o staré lidi...* s.10.

⁶ Graham, H. In Jeřábek, H. et al. (2005) *Rodinná péče o staré lidi...* s.10.

pečováno. Reflektován je tu rovněž fakt, že tato péče nemusí být právě jednoduchou záležitostí, naopak může se pojit s řadou těžkostí, kterým je nutné čelit a vyrovnat se s nimi.

Jak bude konkrétní péče vypadat, se odvíjí od rozsahu, v němž je třeba potřebnou péči poskytovat. Podle intenzity a naléhavosti potřeb lze péči rozdělit na podpůrnou, neosobní a osobní. V případě podpůrné péče není nutné společné bydlení s osobou, o níž je pečováno. Podpora zde spočívá v občasně výpomoci, např. doprava k lékaři, jednání s úřady apod. Zpravidla nejde o příliš časově náročné záležitosti. Náročnější jak z hlediska času, tak vynaložené námahy je tzv. neosobní péče, spočívající v pravidelné péči o domácnost včetně vaření, praní atd. Nejvyšší a také nejnáročnější formou je péče osobní. Zde jde o nepřetržitou péči, zahrnující pomoc ve všech oblastech lidského života. Zpravidla je u ní již nutné, aby pečující osoba byla neustále přítomna, neboť starý člověk je na její pomoci přímo závislý.⁷

Přikláníme se k tomu, že klíčovým momentem pro kvalitní poskytování péče je vztah. Na jedné straně tohoto vztahu stojí osoba, jež potřebuje pomoc, na druhé straně se očekává osoba, která tuto pomoc poskytne. Podíváme-li se opět do anglicky psaných textů, narazíme na pojem *caregivers*, označujícím rodinné příslušníky, přátele nebo sousedy poskytující neplacenou pomoc osobě s chronickým onemocněním, nebo jiným způsobem oslabenou, případně znevýhodněnou. Český překlad tohoto slova jako „ošetřovatelé“ není úplně přesný. Odvozuje se od slova ošetřovat, poskytovat ošetření, ale to je jen jeden z možných kamínků tvořících mozaiku pomoci a péče. Ne vždy je třeba ošetřovat, především je nutné zajistit spokojenost a důstojnost starého člověka. V následujícím textu budeme proto mluvit o pečujících. Těmito pečujícími budou, jak již bylo řečeno, dospělé děti starající se o své rodiče.

Budeme-li uvažovat o rodinné péči, pak s ohledem na výše uvedená čísla se tato situace týká poměrně velkého počtu rodin, proto se nyní problematice rodiny budeme věnovat trochu podrobněji.

⁷ Srov. Jeřábek, H. et al. (2005) *Rodinná péče o staré lidi...* s. 31-32.

2. RODINA JAKO MÍSTO POMOCI

Rodina je v našich podmínkách chápána jako základní společenská jednotka a má pro společnost zvláštní význam. Představuje společenství osob a je dokonce starší než společnost. Všechny pokusy o její zrušení nebo nahrazení skončily v minulosti neúspěšně. Pro jednotlivce představuje zázemí a jistotu, zvláště dobře fungující rodina je člověku zárukou pomoci, a to jak psychické, fyzické i hmotné.⁸ Dá se předpokládat, že případná nesoběstačnost starého člověka se tak stává mnohem menším problémem než v případě její absence.

V této kapitole se zaměříme jednak na vymezení pojmu rodiny, formy v níž se vyskytuje, pak také na poslání a funkci rodiny a konečně na rodinu jako místo péče o starého rodiče.

2.1 Pojem rodina

V současné době máme k dispozici celou řadu nejrůznějších definic rodiny. Důvodem je nepochybně skutečnost, že rodina je významným tématem pro řadu vědních disciplín a je vymezována právě z jejich pohledu a pak také z hlediska různých oblastí téže vědy, různých systémových přístupů a na základě různých aspektů, jako jsou např. funkčnost, vztah, proces socializace atd.⁹

Bezpočet definic a možných pohledů na rodinu naznačuje, o jak složitý jev se jedná. Bylo by naivní domnívat se, že je možné tuto složitost postihnout jednou vyčerpávající definicí, a proto chápeme jednotlivá vymezení jen jako dílčí pohled zdůrazňující jen některé aspekty rodiny. Např. podle sociologické definice jde o formu dlouhodobého solidárního soužití, a dále se vymezuje pomocí znaků, které jsou sociokulturně podmíněny, jako např. společné bydlení nebo příslušnost ke společné příbuzenské linii, ale také společná produkce a konzumování statků atd.¹⁰ Psychologický

⁸ Srov. Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. (Zpráva z empirického výzkumu) Brno: VÚPSV. s. 57.

⁹ Srov. Výrost, J., & Slaměnik, I. et al. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál. s. 304.

¹⁰ Srov. Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál. s. 206.

slovník definuje rodinu jako společenskou skupinu, která je spojena manželstvím nebo pokrevními vztahy, ale kromě toho také odpovědností a vzájemnou pomocí.¹¹

Vidíme, že oba pohledy, jak psychologický, tak sociologický, v sobě zahrnují chápání rodiny mimo jiné jako skupinu osob, v jejímž rámci se očekává určitá míra solidarity a vzájemné pomoci. V následujícím textu budeme právě toto chápat jako možný potenciál rodiny.

Další věc, kterou budeme mít na paměti, bude pohled na rodinu jako na systém. Protože systémový přístup představuje náš způsob pohledu na rodinu, krátce se u něj zastavíme.

2. 2 Systémový přístup

Systémový přístup sehrál v historii práce s rodinou, zejména v rodinné terapii důležitou roli. Systemický rodinný výzkum započal v padesátých letech v Palo Alto. Původně byla za ústřední pojem teorie systémů považována homeostáza, tento koncept byl však následně přehodnocen. Rovnováha už nebyla tak zajímavá jako změna v systémech. Tato změna nastává často nepředvídatelně a způsobuje vývoj z původně stabilního systému do nových a překvapivých forem.¹²

Samotný pojem systém převzaly sociální vědy z Bertalanffyho Obecné teorie systémů. Jeho význam je jednoduše chápán jako „množina vzájemně vztahných částí.“¹³ Bertalanffy také poukazuje na to, že pro pochopení systému je mnohem důležitější věnovat pozornost vzájemným vztahům mezi prvky než pouze těmto prvkům samotným.¹⁴ Převáděno na rodinu jsou částmi systému její členové a systém je určen vztahy mezi nimi. V rámci tohoto rodinného systému existuje i řada subsystémů a i rodina samotná může být nahlížena jako subsystém většího celku, jímž může být např. společnost.

Takovýto pohled nám umožňuje vnímat rodinu jako dynamický celek, který je disponován měnit se a vyvíjet se, přitom si však zachovává i jistou míru stálosti.

¹¹ Srov. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. s. 512.

¹² Srov. Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta. s. 38.

¹³ Srov. Gjuríčková, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie - Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. s. 78.

¹⁴ Srov. Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48. s. 246.

2. 3 Typy rodin

Jak již bylo řečeno výše, rodina představuje poměrně složitý jev, který je obtížné, ne-li nemožné postihnout vyčerpávající definicí. Může existovat v řadě forem.

Podle toho, koho považujeme za členy rodiny, můžeme rozlišovat rodinu nejužší, kde členy jsou pouze rodiče a jejich děti, a rodinu rozšířenou, kam se počítá i širší příbuzenstvo. Další dělení by mohlo být na rodinu úplnou a neúplnou, podle toho, zda v ní jsou přítomni oba rodiče. Podle možnosti vstoupit do interakce s rodinou dělíme rodiny na otevřené, kde existuje spousta vazeb na širší sociokulturní prostředí, a rodiny vytvářející uzavřený systém, které se vlivům přicházejícím z venku z nejrůznějších důvodů brání.

Zde je dobré poukázat na skutečnost, že rodinám, které se před svým okolím uzavírají, časem hrozí určitá rigidita, tj. neschopnost přiměřeně a účinně reagovat na případné změny. Pro její členy to znamená, že je jim v podstatě bráněno v jejich rozvoji, protože schopnost adaptovat se patří k významným kritériím zdravého vývoje.¹⁵

Pro nás bude důležité rozlišení rodiny původní, tj. té v které člověk vyrůstal, a prokreační, tj. kterou založil. Tyto dva rodinné systémy se vznikem pečujícího vztahu velmi úzce prolínají.

Z pohledu kvality rodinného života rozlišujeme rodinu funkční, založenou na kvalitní interakci všech jejích členů a vhodným způsobem naplňující její funkce a poslání, taková rodina je soudržná a stabilní, schopná respektovat jedinečnost každého svého člena, podporovat jeho rozvoj, samostatnost, odpovědnost apod., proti tomuto modelu stojí rodina nefunkční, projevující se narušením v některé z oblastí rodinného života. Oba tyto stavy představují ovšem jen krajní póly poměrně širokého spektra možností. Každá rodina jakožto jedinečný systém představuje originál. Žádné dvě rodiny nejsou zcela totožné. Proto i když označíme skupinu rodin jako funkční resp. nefunkční, můžeme mezi nimi navzájem najít značné rozdíly. Stejně jako svět není jen černý nebo bílý i zde platí, že prostor mezi čistou funkčností a nefunkčností je vyplněn nejrůznějšími odstíny šedi, skrývající v sobě něco z obou barev.

Obecně se od rodiny očekává, že bude schopna plnit určité specifické funkce, přičemž právě způsob, jímž se rodina s těmito úkoly vyrovnává, je tím, co ji odlišuje od jiných sociálních skupin. Podívejme se nyní, co je vlastně považováno za úkoly rodiny.

¹⁵ Srov. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Prahy: Portál. s. 25.

2. 4 Funkce a poslání rodiny

Obecně se rozlišují čtyři základní funkce rodiny. Reprodukční, materiální, výchovná a emocionální. Přestože jsou tyto chápány jako tradiční funkce rodiny, její role je tu dnes poněkud oslabenější než tomu bylo v minulosti.

Dříve nezastupitelná úloha rodiny v procesu reprodukce je v poslední době poněkud oslabena vlivem rozvoje genetiky a technického rozvoje v medicíně, lidem se tak nabízí kromě řady alternativ soužití i alternativy reprodukčního procesu. Stejně tak materiální funkce byla dříve mnohem zjevnější a významnější. V současnosti, pokud rodina v této funkci selže, je možné hledat pomoc v rámci systému sociální podpory, odpovědnost tak na sebe přebírá společnost jako celek.¹⁶

V následujících dvou funkcích, tj. výchovné a emocionální, je rodina nahraditelná jen obtížně, a pokud je to vzhledem k situaci přece jen nutné, většinou se to neobejde bez vážných důsledků pro život člověka.

Z těchto čtyř základních funkcí rodiny nás z pohledu našeho tématu bude zajímat především funkce emocionální. Soudíme, že právě ta je pro situaci péče o potřebného člověka klíčová.

Rodinné prostředí je zcela specifickým místem, a i když v minulosti došlo k přenosu některých úkolů rodiny na stát, který se je snaží naplňovat pomocí nejrůznějších institucí, nepodařilo se rodinu jako takovou zcela nahradit. Neosobní prostředí instituce nemůže nikdy nahradit láskyplný vztah rodičů a dětí, probíhající v rámci fungující rodiny.

2. 5 Rodina jako místo péče

Způsob rodinného soužití prošel v průběhu času určitým vývojem. V minulosti nebylo nijak neobvyklé společné soužití více generací. Před nástupem industrializace byla většina rodin, zejména pak na vesnicích třígeneračních, tj. skládající se z prarodičů, rodičů a jejich dětí. Navíc i společnost jako celek vypadala jinak, než jak jsme zvyklí dnes. Typická pro ni byla relativní neměnnost a stabilita, ale také velmi nízká geografická a sociální mobilita.

¹⁶ Srov. Výrost, J., & Slaměník, I. et al. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie...* s. 325 – 326.

Dá se předpokládat, že péči o staré lidi poskytovala téměř výhradně rodina, společnost jako celek se v tomto směru poměrně dlouhou dobu vůbec nijak nezapojovala. Důsledkem toho ovšem bylo, že pokud rodina z jakýchkoliv důvodů na potřebnou péči nestačila nebo nemohla, případně nechtěla ji zajistit, staří lidé se poměrně rychle dostali až na periferii společnosti,¹⁷ která nebyla připravena jim pomoci.

Péče o staré a nemocné byla tedy vnímána jako patřící naprosto přirozeně do rodinného prostředí. Staří lidé bydleli spolu s dětmi, i když odděleně, tzn. ve zvláštní místnosti nebo jiné části stavení. Mezigenerační výměna a tolerance, k níž zde docházelo, působila jako výchovný model ovlivňující celkové emocionální ladění rodiny. Pro děti přítomné v rodině to znamenalo možnost pozorovat chování svých rodičů vůči prarodičům. Přirozeně se tak učily poskytovat péči starému člověku. Zde je ovšem nutno dodat, že péče o starého člověka v rodině měla dříve poněkud jiný rozměr. Především nebylo třeba vypořádat se s velkými územními vzdálenostmi mezi bydlištěm dětí a rodičů nebo řešit problémy související s omezením v zaměstnání. Pak také situace dlouhodobé péče o nemocného rodiče prakticky nenastávala, protože staří lidé byli nemocní zřídka a když už, tak jen krátkou dobu. To bylo nepochybně dáno jak nedostupností lékařské péče, tak tehdejší úrovní medicínského poznání. Pokud už starý člověk onemocněl, poměrně krátce nato umíral.¹⁸ Dá se předpokládat, že v takto fungující rodině bylo pro její členy mnohem jednodušší vnímat procesy jako stárnutí, poskytování péče nebo i umírání jako naprosto přirozenou a neodmyslitelnou součást lidského života.

S postupujícími změnami ve společnosti však pospolitost třígenerační rodiny žijící na stejném místě pomalu mizí a dochází zde k zajímavému paradoxu. Rodina chápána jako legalizovaný svazek se zmenšuje, přestože početně se zvětšuje. Díky pokrokům na poli medicíny není dnes žádnou výjimkou existence čtyř i více generačních rodin. Ovšem oproti minulosti příslušníci těchto rodin spolu nežijí na jednom místě. Mnohem častější je situace, kdy společné bydlení sdílejí pouze rodiče a jejich děti. Prarodiče případně praprarodiče již bydlí jinde.¹⁹ Navíc značná vzdálenost mezi bydlišti jednotlivých členů může být objektivní překážkou poskytování potřebné péče.

K předávání dřívější odpovědnosti rodiny státu začíná docházet v industriální době a toto předávání se stává výrazným rysem i postindustriální rodiny.²⁰ Dochází tak k tomu,

¹⁷ Srov. Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. s. 159.

¹⁸ Srov. Tamtéž, s. 216.

¹⁹ Srov. Tamtéž, s. 81.

²⁰ Srov. Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon. s. 32.

že péči o nemocné, handicapované a staré lidi, která dříve zcela přirozeně patřila do rodiny, je dnes možné přenést mimo rodinu na půdu nejrůznějších institucí.

Změny ve společnosti s sebou však zřejmě přinesly ještě jeden paradox, na nějž poukazují někteří autoři, a sice, že došlo ke změně v prožívání vztahu ke svým blízkým. Zdá se, že tyto vztahy postupně zesílily a jejich prožívání se stalo mnohem intenzivnějším. Ne že by dříve lidé nemilovali své blízké, ale přece jen obtíže každodenního života a starost o zajištění základní životních potřeb neponechávaly moc prostoru pro prožívání vztahu. V tomto směru je možné vidět určitou paralelu s romantickou láskou, která se jako fenomén objevuje prakticky až v devatenáctém století,²¹ do té doby zpravidla nebyla láska tím, co by určovalo, že spolu dva lidé budou žít.

Odborníci mluví o existenci tzv. modifikované rodinné integrace, tj. situaci, kdy i navzdory vnější distanci je mezi zástupci rodinných generací pěstována tzv. vnitřní blízkost.²² Toto posílení vztahů nebo zintenzivnění prožívání vztahů může být jedním z faktorů ovlivňujícím, proč i přes sílící angažovanost společnosti se řada lidí - dospělých dětí - rozhodne navzdory všem potížím s tím spojeným pečovat o své stárnoucí a pomoc potřebující rodiče sama, v domácím prostředí a bez pomoci druhých.

Další věcí, která nepochybně hraje roli, je hodnotová orientace. Přestože primárně jde vždy především o hodnoty daného jednotlivce, který stojí před rozhodnutím, neměli bychom zapomínat ani na společnost. Neboť každý jednatel je součástí společnosti. A je to právě společnost, která prostřednictvím rodiny do značné míry ovlivňuje postoje a hodnoty jedince. Naše společnost je postavená na základech židovsko - křesťanské tradice, která jasně určuje, jak by se měly děti chovat ke svým rodičům. Děti jsou povinny své rodiče ctít a v případě potřeby jim poskytnout péči. Tato povinnost dětí vůči rodičům je považována za jedno z božích přikázání, které je třeba dodržovat, chce-li člověk dosáhnout spásy.

Odpovědnost rodičů vůči dětem a posléze dětí vůči rodičům stejně jako řada dalších pravidel nezůstala jen na úrovni církevního práva, ale byla zapracována i do světských norem regulujících lidské chování. V našich podmínkách jde především o zákon o rodině upravující nejrůznější otázky týkající se rodinných vztahů. Např. §35 uvádí: *dítě je povinno své rodiče ctít a respektovat.*²³ Tato pasáž je jasnou demonstrací snahy převést morální přesvědčení do zákona. Je ovšem otázkou, nakolik je možné dodržení konkrétně tohoto

²¹ Srov. Možný, I. (2006). *Rodina a Společnost*. Praha: Slon. s. 133.

²² Srov. Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. s. 217.

²³ Zákon o rodině 94/1963 § 35

ustanovení vynutit zákonem. V části věnované vyživovací povinnosti je tato povinnost zakotvena oboustranně. V §87 se přímo říká, že *děti...jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují.*²⁴ Další normou, která se svým obsahem vztahuje k onomu uznávanému základnímu principu vzájemné odpovědnosti, je zákon upravující dědictví, kde je rodičům dána možnost vydědit svého potomka mimo jiné v případech, kdy *tento v rozporu s dobrými mravy neposkytl zůstaviteli potřebnou pomoc v nemoci, ve stáří nebo v jiných závažných případech; o zůstavitele trvale neprojevuje opravdový zájem, který by jako potomek projevovat měl.*²⁵ Toto všechno posiluje a utvrzuje v člověku vědomí toho, že je jeho povinností postarat se o rodiče, který to potřebuje. V případě, že to neudělá, může se potýkat nejen s jistou mírou pocitů viny, ale také odmítání ze strany svého okolí.

Fungování rodiny je vlastně zajištěno díky solidaritě, která tu vládne. Z pohledu naší problematiky je zajímavá především otázka mezigenerační solidarity. Solidarita je chápána jako vědomí příslušnosti k celku nebo porozumění pro jednotlivce nebo celek. Být solidární pak odkazuje na vzájemnou podporu.²⁶ Rodiny a jejich členové jsou s existencí této solidarity obeznámeni a počítají s ní. Jak již bylo naznačeno, obecně jde o něco, co se od rodiny očekává.

Výzkumy potvrzují, že většina populace je přesvědčena o povinnosti dospělých postarat se o své staré rodiče. Přes 80% dětí seniorů starších šedesáti let uvedlo, že by v případě nesoběstačnosti rodičů volilo poskytnout jim péči v domácím prostředí. Více než polovina dospělých dětí zvažovala osobní péči za pomoci ostatních sourozenců.²⁷ Pokud byly na preference způsobu zabezpečení potřebné péče dotázáni sami senioři, rovněž ve většině případů (cca 60%) upřednostňují péči v domácnosti za pomoci rodiny.²⁸ Oslovení respondenti v ČR se jednoznačně přiklánějí k tomu, aby péči seniorům poskytovali nejbližší rodinní příslušníci, tj. manžel, manželka nebo děti.²⁹

Jak jsme mohli vidět, na rodinu se dá dívat z mnoha různých pohledů. Jde o nesmírně složitý fenomén, existující v řadě podob a provázející lidstvo prakticky od jeho

²⁴ Zákon o rodině 94/1963 § 87

²⁵ Zákon č. 40/1964, Občanský zákoník § 469a

²⁶ Srov. *Akademický slovník cizích slov*. (2000). Praha: Academia. s. 700.

²⁷ Srov. Veselá, J. (2002). *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. (zpráva z výzkumu) Praha: VÚPSV s. 19.

²⁸ Srov. Veselá, J., & Janata, Z. 1999. *Sociální služby ve světle připravovaných reforem (II.díl). Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci*. Brno: VUPSV. s. 15.

²⁹ Srov. Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí...* s. 24.

počátku. I když se zaměříme pouze na jeden její aspekt, stále před námi stojí složitý jev, kterému je obtížné porozumět. Také proto upřednostňujeme pohled na rodinu jako na systém žijící si svým životem, za živý organizmus, který se neustále mění a vyvíjí. Pro člověka bezesporu představuje významný bod v jeho životě. Rodina je často vnímána jako zázemí, určitý bod jistoty v okolní nejistotě. To se nejvíce projevuje právě v obtížných životních situacích. Je to právě rodina, ať už ta, v níž člověk vyrůstal, nebo ta, na jejímž založení se sám podílel, kam se v případě potřeby často obracíme o pomoc a s jejíž pomocí počítáme. Ukázali jsme, že řada lidí spojuje potřebu poskytnout péči stárnoucímu člověku právě s rodinou. Prvními, od nichž se pomoc očekává, jsou rodinní příslušníci.

V následující kapitole nás bude zajímat samotná situace péče a nejrůznější okolnosti s tím spojené.

3. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PÉČE

S přibývajícím věkem se rodiče dostávají do situace, kdy již potřebují pomoc druhého člověka. Nejčastějším důvodem je zhoršující se zdravotní stav. U stárnoucího člověka postupně dochází ke ztrátě sociálních rolí v řadě oblastí. Ve spojení s postupujícími involučními procesy to má negativní vliv na rozvoj horizontálních sociálních vztahů starého člověka. Na síle získávají především vztahy vertikální. Rozhodujícími se stávají vztahy s dospělými dětmi a vnoučaty, právě ty tvoří významný zdroj emocionální satisfakce a spojení se světem.³⁰

V první kapitole jsme uvedli, že pro péči je důležitý vztah, jehož hlavními aktéry jsou na jedné straně pečující osoba a na straně druhé ten, o nějž je pečováno. V našem případě tedy dospělé děti a jejich stárnoucí rodiče. Jak uvidíme v následujícím textu, v konečném důsledku se situace péče týká zpravidla mnohem většího počtu lidí.

Nyní se budeme zabývat péčí jako celkem, pro jednoduchost budeme tuto péči vnímat jako proces, který je čistě pro názornost možné rozdělit na jasně oddělené fáze. Samozřejmě jsme si vědomi, že v reálném životě takovéto rozčlenění není tak jednoznačné a jednotlivé fáze se mohou prolínat, u různých rodin mohou být různě dlouhé a také zatížené zcela specifickými problémy.

Postupně se tedy zaměříme na fázi předcházející vlastní péči, označme si ji jako fázi rozhodování a fázi vlastní péče. Každá z těchto fází zahrnuje řadu momentů, jimž je třeba věnovat pozornost.

3. 1 Rozhodování

Rozhodování se pro péči. Na první pohled by se mohlo zdát, že jde o proces, který zcela přirozeně a samozřejmě předchází vlastní péči. Ve skutečnosti to ovšem není tak jednoduché.

V podstatě byly identifikovány dva základní způsoby, jak se člověk stane pečujícím. V prvním případě skutečně dochází k určitému vědomému rozhodování, kdy

³⁰ Sýkorová, D. (1996). *Prázdné hnízdo - šance nebo břemeno?* Olomouc: Univerzita Palackého. s. 62.

jedinec předjímá situaci péče a často dochází k explicitnímu vyjednávání na toto téma s ostatními rodinnými příslušníky. Druhý způsob převzetí péče však tuto fázi rozhodování jakoby postrádá. Explicitní vyjednávání péče v tomto případě chybí. Pečující se do své role dostává spíše sledem okolností. Najednou prostě pečuje bez toho, aby si byl jasně vědom nějakého zlomu v podobě rozhodnutí. Jde o dvě odlišné situace, jimž může být pečující vystaven, přesto ani mezi nimi neexistuje zcela jasná hranice. V konkrétním případě se pak může ukázat, že došlo k prolínání nebo kombinaci obou způsobů.³¹

Ať už k rozhodnutí dochází explicitně, nebo na základě spíše implicitních předpokladů, základním výsledkem tohoto procesu je odpověď na otázku, zda péči o stárnoucího rodiče převzít, nebo ne. Nyní se pokusíme zmapovat situaci, při níž k nějakému rozhodnutí přece jen dochází. Jak už jsme uvedli v předcházející kapitole, poskytnutí péče ze strany nejbližších příbuzných a vnímaná povinnost dětí starat se o rodiče je v našem sociokulturním prostředí silně zakořeněna a má tak nezanedbatelný vliv na konečné rozhodnutí jednotlivce.

Samotným rozhodnutím se pro péči však to, co jsme nazvali fází rozhodování, ve skutečnosti nekončí, ale spíše začíná. Před budoucím pečujícím stojí totiž řada otázek týkajících se odpovědi na to, jak vlastně tato péče bude vypadat. Důležité je, aby se vědomé rozhodování, pokud k němu již dochází, nedělo jen na osobní rovině konkrétního pečujícího. Do tohoto procesu by měli být zapojeni v ideálním případě všichni, jichž se daná situace, ať už přímo nebo nepřímo, dotýká.

Co tedy vlastně patří do procesu rozhodování o péči? Především mluvíme o procesu nikoli časově omezeném okamžiku. Na to, zda se nakonec dospělé dítě ujme rodinné péče o svého rodiče, má zpravidla vliv celý dosavadní život jedince, v jehož průběhu získává zkušenosti a vytváří se jeho postoje. Z tohoto pohledu tento proces začíná dlouho před tím, než se péče o starého rodiče stává realitou.

Dospělé děti jsou postupně konfrontovány se změnou vnímání svých rodičů, přičemž tato změna může být velmi náročná především pak v emocionální rovině³².

Člověk se musí vyrovnat se zhoršujícím se zdravotním stavem a úbytkem schopností svých rodičů. Ti, kdo mu po dlouhá léta byli oporou, se nyní stávají závislými na jeho pomoci.

³¹ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. Brno: FSSMU, s 20-21.

³² Srov. http://fcs.tamu.edu/families/aging/elder_care/helping_when_health_fails.php

Navíc jak rodiče stárnou a přibývá problémů s tím spojených, stává se čím dál naléhavější i otázka smrtelnosti rodiče. Najednou se ukazuje, že okamžik smrti doposud vnímaný jako něco dost vzdáleného, se poměrně rychle přibližuje. Už samotné přemýšlení o tomto faktu může být dost náročné, provázené nepříjemnými pocity strachu, úzkosti, ale také třeba hněvu nebo viny. Smrt rodiče je bezesporu jedna ze situací, na níž se lze jen velmi obtížně, pokud vůbec, připravit. Člověk má zpravidla přirozenou tendenci úvahy na toto téma odkládat na co nejpozději. Bolest spojená s připuštěním této skutečnosti nás často vede k vyhýbání se těmto úvahám a k jejich více či méně vědomému odmítání.

Již přemýšlení o situaci péče, o možnostech, jak ji řešit, zvažování různých alternativ, se dá považovat za součást rozhodování se o péči, ale tím, že se je člověk z výše uvedených důvodů snaží co nejvíce oddálit, z něj činí ještě více nepřipraveného. V případech, kdy dojde k náhlému, nikoli pozvolnému zhoršení zdravotního stavu rodiče, jsou pak jejich děti postaveny před problém převzít každodenní péči prakticky ze dne na den bez toho, aby mohly využít některou z předem zvažovaných alternativ. V tomto případě by šlo o onen výše zmiňovaný druhý způsob převzetí péče. Fáze explicitního rozhodování se tu zmenšuje na minimum a prakticky se prolíná s vlastní péčí. Náhle vzniklá nutnost celodenní péče tak může zastihnout potenciální pečující mnohem více nepřipravené, než kdyby o této možnosti již předtím přemýšleli. Připustíme-li, že samotný fakt převzetí péče o rodiče může být vnímán jako do jisté míry krizová situace, pak naprostá nepřipravenost na něj může tuto krizi ještě prohloubit.

Možností, jak redukovat nepřipravenost na situaci péče o starého rodiče, je na prvním místě o ní přemýšlet a posléze i mluvit ještě před tím, než nastane, a to navzdory všem nepříjemným nebo neurčitým pocitům, které s tím souvisí. Už „pouhý“ rozhovor o těchto pocitech s někým, kdo bude naslouchat, může pomoci. Navíc je třeba si uvědomit, že i rodič může mít a pravděpodobně má podobné pocity. Musí se přizpůsobit jisté míře závislosti, ztrátě kontroly a soběstačnosti. To může být provázeno celou plejádou pocitů, včetně dopadů na sebevědomí starého člověka.³³

Protože dospělé děti již zpravidla mají svoje rodiny, je třeba brát ohled také na ně. I ostatní členové rodiny vnímají situaci stárnoucího člověka a vytvářejí si postoj k tomu, jakým způsobem zajistit případnou péči. Navíc, pokud má dospělý sourozenec, může se z celé situace stát téma i pro několik rodin. Stern poukazuje na skutečnost, že možnost zapojit do péče ostatní sourozence je ze strany primárního pečujícího často opomíjena,

³³ Srov. http://fcs.tamu.edu/families/aging/elder_care/helping_when_health_fails.php

přestože tito jsou v rámci svých možností připraveni při péči vypomáhat.³⁴ Zcela zbytečně se tak pečující připravují o další možnosti zlepšení kvality péče. Jiná situace nastává, pokud je člověk jedináček. Rozhodne-li se jedináček pro rodinnou péči o svého rodiče, je jasné, že tím, kdo se stává primárním pečujícím, je on sám.

3. 1. 1 Partneri v dialogu

O možnosti zajištění péče je tedy dobré mluvit ještě předtím, než tato skutečně nastane, a do diskuze je třeba zapojit všechny, kdo mohou být případně nápomocni, nebo jichž se tato situace dotkne.

Pokud to jeho stav umožňuje, je třeba mluvit s rodičem, protože on je ten, o něhož je nebo bude pečováno, a jestliže je z rozhodnutí vynechán, může to vést k prohloubení jeho pocitů izolace, bezmocnosti, úzkosti, apod. Vůči okolí bude pravděpodobněji zlostnější a náročnější. Navíc zvolený plán péče často selhává právě proto, že není ze strany opečovávaného akceptován.³⁵ Obecně je třeba si uvědomit, že osoba, o níž je, nebo má být pečováno, není pouhým objektem péče, ale spíše subjektem, který se na podobě péče výrazně podílí. Pokud jsou její mentální a rozumové schopnosti v pořádku natolik, že je schopna sdělit své názory a přání, pak není důvod je při samotném rozhodování opomíjet.

Také je třeba mluvit s partnerem a dětmi, protože převzetí péče o stárnoucí rodiče má nepochybně dopad na celou rodinu. Každému by měla být dána příležitost říct svůj názor a tento by měl být považován za hodnotný. Všichni včetně dětí musí dostat příležitost vyjádřit své pocity, emoce a případně obavy. Již dopředu by se mělo mluvit o tom, jakým způsobem se kdo může zapojit do péče, aby to nikomu ze zúčastněných nevadilo.³⁶ Péče totiž může nabývat řady podob a ne všechny musí být pro jednotlivé pečující přijatelné. Je zbytečné zvyšovat napětí a zátěž plynoucí ze situace péče tím, že bude jedinec nucen dělat něco, co je mu nepříjemné, přestože je možné využít pomoci jiného člena rodiny, kterému právě tato část pomoci nevadí. Zde bezesbytku platí, že lidé

³⁴ Srov. Checkovich, T. J., & Stern, S. (2002). Shared Caregiving Responsibility of Adult Siblings with Elderly Parents, *The Journal of Human Resources*, 37 (3), 441-478.

³⁵ Srov. http://fcs.tamu.edu/families/aging/elder_care/helping_when_health_fails.php

³⁶ Srov. <http://www.revolutionhealth.com/healthy-living/caring/basics/family/parent-move-in>

jsou různí a každý člověk je dobrý v něčem jiném. Prakticky ze stejného důvodu je třeba mluvit se sourozenci, protože i oni mohou být významně nápomocni péči.

Zcela na místě je tedy otevřená komunikace, zvažování všech možností, ale také je třeba mít na paměti, že řešení, které se dnes jeví jako to nejlepší, nemusí být tím nejlepším za několik měsíců nebo let.

To, co jsme nazvali fází rozhodování, v sobě vlastně zahrnuje plánování a přípravu na to, co přijde. Jak známo, dobrý a propracovaný plán zpravidla následně usnadňuje realizaci toho, co je plánováno. Člověk v dané situaci nemusí teprve začít hledat způsoby jak postupovat, protože to už udělal a má k dispozici v ideálním případě hned několik vhodných způsobů, jak vzniklý problém začít řešit. Dá se říct, že fáze předcházející samotné situaci péče, ať už ji nazveme jakkoli, je nesmírně důležitá, a za předpokladu, že je jí věnovaná dostatečná pozornost, je výborným prvním krokem k realizaci úspěšné péče.

Přestože jsme jasně uvedli přesvědčení, že rozhodování by nemělo zůstat jen na osobní rovině pečujícího, nyní se k této osobní rovině na chvíli vrátíme a podíváme se na fázi, jež předchází samotné péči z pohledu jedince, který se pro péči rozhoduje.

3. 1. 2 Charakteristiky pečujícího jedince

Výzkumy ukazují, že tím, kdo se nakonec v drtivé většině případů ujme primární péče o starého rodiče, je jeho dcera. Poměr zastoupení mužů a žen při poskytování péče rodičům se tedy liší. Podíváme-li se na péči o seniory obecně, ženy tvoří až tři čtvrtiny (76%) všech pečujících. Ve více než polovině případů jde o mezigenerační vztah. Péče o starého rodiče se ujímá nejčastěji jeho dospělý potomek (49%). Tři čtvrtiny pečujících žijí v době péče v manželství, nebo partnerském vztahu a čtyři pětiny z nich mají vlastní děti. Navíc 41% pečujících kombinuje tuto činnost s prací. Délka péče dosahuje průměrně pět let.³⁷

Vysvětlení poměru nebo spíše nepoměru v zastoupení mužů a žen se opírá o klasické genderové rozdíly mezi muži a ženami. Z tohoto pohledu je poskytování péče o starého nebo nemocného člověka postaveno na úroveň domácí práce, tj. práce, za níž nenáleží finanční odměna a která je vnímána do značné míry jako přirozená a naprosto samozřejmá. Pokud vyjdeme z klasického pohledu, který se dívá na muže jako na toho, od

³⁷ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 8.

něž se očekává finanční zajištění rodiny a na ženu, na níž zcela přirozeně leží starost o domácnost, pak se péče očekává právě od ní.

Navíc pro rodinu je důležitá i otázka financí. Proto je pro ni výhodné, pokud se v případech, kdy je to nutné, vzdá výdělečné činnosti a kariéry ten, kdo vydělává méně a to je zpravidla žena.³⁸

Jiné vysvětlení se opírá o perspektivu samotného pečujícího. Přestože muži se prakticky účastní péče, často sami sebe jako pečující neoznačí, zatímco ženy se za pečující označí mnohem častěji. Otázkou ovšem zůstává, zda se muži nezdráhají přijmout označení pečující právě proto, že tuto roli chápou primárně jako roli ženskou.

Otázka pohlaví pečujícího je důležitá, protože i přes veškeré snahy zrovnoprávnit postavení mužů a žen se jejich pozice přece jen liší. Je-li primárním pečujícím žena, vstupují nám do hry trochu jiné faktory, než když je jím muž. Jak zjistíme v části věnované vlastní péči, obsah poskytované péče se v závislosti na pohlaví pečujícího významně liší. Navíc se ukazuje, že staří rodiče preferují přijímání péče od potomka stejného pohlaví³⁹.

V minulosti byly učiněny pokusy o vytvoření profilu typického pečujícího nebo přesněji řečeno pečující. Jde totiž o ženu zaměstnanou na plný, nebo alespoň částečný úvazek ve věku 46 let, s 1 dítětem ve školním věku, pečující o svou 78letou matku, přičemž této péči věnuje kolem 18ti hodin týdně.⁴⁰ I z novějších výzkumů vychází, že pečujícím je nejčastěji dcera pozdně středního, nebo už důchodového věku, kombinující péči o rodiče s povinnostmi vůči své prokreační rodině a v polovině případů i s prací.⁴¹ Je třeba ovšem mít na paměti, že jde jen o to vytvořit si hrubou představu, protože každý takový „typický profil“ představuje jen zprůměrnování dostupných dat. Za těmito daty se ovšem skrývají jednotliví lidé, které dost dobře zprůměrnovat nejde.

Každopádně to, že ženy se stávají pečujícími mnohem častěji než muži, je doložený fakt. Ty, které mají děti v pozdějším věku, což je v současné době čím dál častější, se tak dostávají do situace, kdy jejich rodiče jsou staří, ale jejich děti jsou stále ve věku vyžadujícím jejich pomoc. V souvislosti s tím se začalo mluvit o sandwichové generaci.⁴² Tedy generaci, která je pod tlakem z obou stran: na jedné straně jsou to vlastní děti, často

³⁸ Srov. Rubášová, M. (2005). Solidarita v rodině: genderové role v péči o závislé osoby In Jeřábek... s. 44.

³⁹ Srov. Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2000). Aging Children and Their Older Parents: The Coming Generation of Caregiving. *Journal of Women & Aging*, 12 (12), s. 189-204.

⁴⁰ Srov. *Business NH Magazine*. (2003). 20 (9), 50.

⁴¹ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 8.

⁴² Srov. Pierret, CH. R. (2006). The „sandwich generation“: women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, 3-9.

školního věku, které ještě vyžadují péči, na straně druhé stojí rodiče ve věku, kdy už vyžadují péči. Rabušic mluví o ženě po třicítce jako o permanentní pečovatelce, kdy péče o malé dítě je vystřídána souběhem starostí s pubescentem a stárnoucími rodiči, po níž následuje již intenzivní péče o přestárlé rodiče. Vyloučena pak není ani potřeba péče o nemocného manžela. Nepotvrdil se obecný předpoklad, že se stoupající aktivitou žen na trhu práce, se bude snižovat jejich aktivita a práce vykonávaná v rodině. Žena středních let se tak dostává do pozice „vyždímané superženy“, která musí čelit problémům plynoucím z velké zátěže a přepracování.⁴³ Z této situace plyne pro pečující řada praktických důsledků, o nichž se více zmíníme v části věnované vlastní péči. Každopádně ve fázi, kdy se člověk rozhoduje pro péči a kdy, jak jsme si řekli, v optimálním případě plánuje budoucí kroky, je třeba i s touto skutečností počítat. Jsou-li v rodině malé děti, je o to víc potřeba zvažovat možnosti zapojení ostatních členů rodiny do procesu péče.

Proces rozhodování a následně i péče se tedy bude lišit v závislosti na pohlaví pečujícího. Jak se ukázalo roli hraje i rodinný stav. Výzkumy prokázaly, že svobodní poskytují více péče než ti, co mají své rodiny.⁴⁴

Tím se dostáváme k tomu, že existují určité faktory, kterým je ze strany potenciálních pečujících věnována pozornost zpravidla více než jiným a které mohou být důvodem limitujícím poskytování péče. Které to jsou a jak moc zasahují do rozhodování o péči, se podíváme nyní.

3. 1. 3 Limity péče

Jako limitující faktor je na prvním místě jednoznačně obava z omezení nebo ztráty zaměstnání. Jak uvádí Veselá, vede právě tato obava seznam těch, které by mohly v konečném důsledku zásadním způsobem ovlivnit rozhodování o péči. Pro dvě třetiny dotázaných dcer a více než tři čtvrtiny synů by to mohl být důvod, proč by nakonec dali přednost institucionální péči. Další nejčastěji uváděné obavy souvisí zejména s nezvládnutím potřebné odborné péče, její přílišnou časovou náročností nebo nezvládnutím zátěže spojené s praktickým výkonem této péče.⁴⁵ Celá jedna skupina obav plynoucích z péče se dá vztáhnout k rodinnému životu. Mohli bychom sem zařadit např. ty

⁴³ Srov. Rabušic, L. (1995). *Česká společnost stárne*. Brno: MU a GEORGETOWN. s. 153.

⁴⁴ Srov. Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2000). *Aging Children and Their Older Parents...* s. 190.

⁴⁵ Srov. Veselá, J. (2001). *Sociální služby a jejich poptávka*. (zpráva z výzkumu) Praha: VÚPSV. s. 20.

týkající se postoje životního partnera k výkonu péče⁴⁶ nebo vypořádání se rodiny s některými nutnými omezeními, jako například přestěhování rodiče do vlastního bytu. Řada těchto úvah a následně rozhovorů se zainteresovanými jedinci může být a často také je pro člověka, který stojí před rozhodnutím, poměrně nepříjemná. Člověk může zjistit, že podobný typ rozhovoru se svými blízkými ještě nikdy nevedl, nebo neví, jak se zeptat na určité věci, které se mu třeba honí hlavou, u některých témat (jako třeba zvažování okolností, za nichž by bylo lepší svěřit rodiče do péče nějaké instituce) může mít pocit, že je naprosto nepříjemné, aby se jimi vůbec zabýval nebo na takové varianty myslel.

Zkušenosti však ukazují, že je lepší zvažovat i zdánlivě nepříjemné varianty předem, než se tak říkajíc po hlavě, nepřipraven a navzdory všem a všemu vrhnout do každodenní péče, nezvládnout její nároky a selhat v ní jen proto, že došlo k podcenění možné přípravy.

V následujícím textu se budeme věnovat tomu, co tvoří hlavní motivační faktory, které způsobí, že se člověk navzdory všem možným potížím rozhodne převzít péči o starého rodiče.

3. 1. 4 Motivy k péči

Již dříve jsme uvedli, že to, jak člověk vnímá poskytování péče, je do značné míry ovlivněno židovsko-křesťanskou tradicí, která zakládá podstatu našeho chápání kategorií správného a nesprávného. Postarat se o své rodiče je prostě považováno za správné a řada dospělých dětí to tak skutečně chápe. Vědomí povinnosti určitě ovlivňuje konečný postoj jedince, ale rozhodně to není to jediné, co má vliv. Do hry vstupuje celá řada dalších motivů.

Přidalová ve své studii identifikovala pět základních kategorií, do nichž bylo možné rozdělit motivy a faktory uváděné samotnými pečujícími. První z nich byly označeny jako **praktické** a jsou spojovány s vnějšími charakteristikami zvyšujícími kapacitu jedince převzít péči. Patří sem např. geografická vzdálenost mezi bydlištěm dospělého dítěte a bydlištěm jeho rodiče. Děti, které bydlí nedaleko, nebo dokonce přímo v jedné domácnosti s rodičem, jsou v tomto směru lépe disponovány převzít potřebnou péči.⁴⁷ Pro děti žijící v podstatně větší vzdálenosti od rodičů než jejich sourozenci je tento fakt často

⁴⁶ Srov. Veselá, J. (2002). *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům.* (zpráva z výzkumu) Praha: VÚPSV. s. 8.

⁴⁷ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 23-24.

dostatečným důvodem a legitimní omluvou, proč se na přímé péči nepodílet, nebo ji dokonce odmítnout. Naopak, pokud by péči odmítnul potomek žijící přímo s rodičem nebo v jeho těsné blízkosti, musel by s největší pravděpodobností čelit odmítání, jak ze strany rodiny, tak i širšího sociálního okolí. Opět se zde dostáváme ke vnímané samozřejmosti a povinnosti pečovat. Je-li dítě fyzicky přítomno, je pro něj „nepečování“ v situaci, kdy je to potřeba, mnohem těžší zdůvodnit.

Dalším logickým motivem je již zmíněná situace, kdy pečující je jedináček. Za třetí logický motiv byla označena genderová příslušnost. I když gender jako důvod nebyl explicitně udáván, pečujícím ženám přišlo mnohem samozřejmější a přirozenější převzít péči o rodiče, než ji přenechat svým bratrům, případně jiným mužským členům rodiny. Druhou skupinu faktorů tvořily ty **spojené se vztahem rodič-dítě**. Do této skupiny byly zařazeny všechny motivy související se vztahy v původní rodině. Velmi dobrý vztah s rodičem přispívá k přirozenému převzetí péče. V této situaci, pokud zde nejsou jiné překážky, chápou pečující převzetí péče jako naprostou samozřejmost. Ovšem i spíše negativně zabarvený nebo až chladný vztah mezi dítětem a rodičem může vést k rozhodnutí dítěte poskytnout péči. Tento paradox se vysvětluje snahou těchto, nyní již dospělých dětí, napravit narušený vztah. Tato snaha po jakési dodatečné nápravě vztahu může být jak vědomá tak i nevědomá.⁴⁸ Ne vždy se nakonec ujme péče ten ze sourozenců, od něž bychom to vzhledem k okolnostem čekali. Pokud byla v původní rodině situace taková, že rodiče viditelně činili rozdíl mezi jednotlivými dětmi, tzn. že jeden nebo několik z nich bylo upřednostňováno na úkor ostatních, neznamenal to automaticky, že se potřebné péče nakonec ujali právě ti „oblíbení“. Naopak jsou zaznamenány případy, kdy se ze všech sourozenců stává pečujícím ten, který byl brán jako outsider. Jako by chtěl dodatečně všem dokázat, že mu bylo křivděno neoprávněně, protože je a vždycky byl stejně dobrý, ne-li lepší než ostatní.⁴⁹ Dalším motivem spadajícím do kategorie spojené se vztahem dítě-rodič je motiv reciprocity, snaha odvděčit se za dřívější pomoc a péči.⁵⁰ Za faktor, který významně ovlivňuje vztah rodič-dítě, je považován např. i rozvod v rodině. Jde o skutečnost zakládající odlišný vztah k jednotlivým rodičům. Zpravidla ten z rodičů, který v důsledku rozvodu opouští rodinu, má následně mnohem menší pravděpodobnost, že o něj jeho děti v případě potřeby budou pečovat. Významným faktorem, který nepochybně vstupuje do hry, je vnímání viny - koho z rodičů děti považují

⁴⁸ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 23 - 27.

⁴⁹ Srov. Haškvcová, H. (1990). *Fenomén stáří...* s. 225.

⁵⁰ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 27.

za viníka rozpadu rodiny. Vztah k tomuto „viníkovi“ je pak často ambivalentní, nebo dokonce nepřátelský. Za takových okolností není nikterak nepředstavitelné, že zatímco poskytnutí péče jednomu z rodičů (často jde o matku) je vnímáno jako naprostá samozřejmost a dochází k ní zcela přirozeně, v případě druhého z rodičů je takové rozhodnutí pro dítě nepřijatelné. Narážíme zde na téma spravedlnosti. Požadavek pečovat o svého rodiče může být dětmi vzhledem k dřívější kvalitě vztahů chápán jako nespravedlivý a pokud vidí svého rodiče primárně jako toho, kdo ve své rodičovské roli naprosto selhal, i jako nehorázný. Na hladinu vyplouvají nejrůznější křivdy z minulosti a tyto se mohou stát neprostupnou hrází pro potřebný proud pomoci.

Třetí skupinu motivů tvoří dle Přidalové **socializační faktory**, do nichž je řazeno vše, co člověk získal v průběhu socializace a co mělo vliv na rozhodnutí pečovat. Patřil by sem vliv nápodoby a výchovy, tzn. toho, co mohl nynější pečující vidět v chování svých rodičů a co mu bylo prezentováno jako žádoucí chování. Právě do této kategorie bychom pravděpodobně řadili i onen pocit všeobecně vnímané povinnosti zmiňovaný výše. Významnou roli hrají i **faktory vázané na osobu samotného rodiče**. Těmito jsou myšleny představy a přání samotného stárnoucího rodiče. Tato přání nemusí nutně zaznít právě teď v situaci, kdy se potencionální pečující rozhoduje, vliv mají i ta, které zazněla z úst rodiče již dříve. Je poměrně časté, že stárnoucí člověk občas nahlas přemýšlí o budoucnosti, vyjadřuje své názory na různé způsoby zajištění péče, komentuje případy, k nimž dochází v jeho okolí. Dává tím vlastně najevo svou vlastní představu o poskytování péče.⁵¹ Ukazuje se, že starý člověk v drtivé většině případů preferuje zůstat doma. S přibývajícím věkem se ať už vědomě nebo nevědomě přimyká ke konkrétnímu příbuznému, který má dostatečný potenciál poskytnout pomoc v případě, kdy to bude nutné. Haškovcová poukazuje na zajímavý paradox, který se s touto fází života pojí. Již jsme zmínili, že není zas až tak neobvyklé, že se péče z nejrůznějších důvodů ujímá dosud spíše opomíjené dítě. Toto paradoxní chování však můžeme pozorovat nejen na straně dětí, ale i na straně samotného rodiče. Tím, ke komu se s přibývajícím věkem sám přimyká, často rovněž není „nejoblíbenější“ z dětí. Jedním z možných motivů takového chování může být snaha nekomplikovat svému nejmilejšímu dítěti život a nepřidělovat mu starosti spojené s případnou péčí.⁵²

Poslední skupinu tvoří **faktory spojené s externími tlaky**. Takovým tlakem může být např. nedůvěra k institucionální péči, či přímo špatná zkušenost s takovou péčí,

⁵¹ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové*. ...s. 28 - 34.

⁵² Srov. Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. ...s. 225.

nedostatečná nabídka nebo i absence služby, která by nejlépe odpovídala potřebám pečující rodiny, ale také finanční situace pečujících, přestože posledně jmenovaný důvod není z jejich strany uváděn jako hlavní, v některých případech byla možnost spojení dvou domácností a příjmů vnímána jako *vylepšení materiálního statusu, o který by přišly, kdyby byl rodič svěřen do péče instituci*.⁵³

Samozřejmě, že jakékoliv dělení v podobných případech je víceméně umělé. V reálném životě jde situace daleko nad rámec všech zjednodušujících pohledů a výsledné rozhodnutí je často výsledkem celé směsice nejrůznějších motivů a vlivů okolností, přispívajících k tomu, že jedinec nakonec začne nebo nezačne pečovat.

Opustíme nyní námi vymezenou fázi rozhodování a v následujícím textu se již budeme věnovat samotné péči a okolnostem s ní souvisejícími.

3. 2 *Vlastní péče*

Především je poměrně obtížné určit začátek toho, co nazýváme vlastní péčí. V dobře fungující rodině je zcela běžné a přirozené, že si její členové vzájemně pomáhají a podporují se. Každý zde občas během svého života potřebuje s něčím pomoci nebo poradit. A někdo druhý tuto pomoc nebo radu naprosto přirozeně poskytne. S přibývajícím věkem přibývá i těchto situací vyžadujících pomoc ostatních. Je otázkou, dokdy takovou pomoc stárnoucím rodičům označovat za běžnou, a odkdy ji již vymezit jako poskytování péče. Dá se předpokládat, že to hodně závisí na subjektivním vnímání těch, kdo pomáhají resp. pečují. Stanovit nějakou obecnou hranici není vzhledem k rozmanitosti jednotlivých případů dost dobře možné. Jak jsme ukázali, k péči může dojít právě takto postupně, tj. po určitém období postupného zhoršování stavu, které umožňovalo péči předvídat a připravit se na ni, nebo také náhle bez zjevného předchozího varování. Ať už byl vývoj jakýkoliv, přecházíme nyní k tomu, že dospělé dítě nebo děti již péči o stárnoucího rodiče převzaly a tato se stává běžnou součástí jejich dne. Stojí před nimi nelehký úkol prakticky zkombinovat péči s běžným životem. Pro každého jedince a každou rodinu to může představovat jinou sumu problémů, s nimiž je třeba se vyrovnat. Záleží jak na tom, kdo se této péče ujímá, to se samozřejmě liší v závislosti na počtu dospělých dětí, ale také na konkrétním omezení, s nímž se starý rodič potýká. Důležité je také vzít v potaz délku samotné péče. Jde o faktor, který předem neznáme. Intenzivní péče může trvat několik

⁵³ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové*. . . s. 34.

týdnů, ale také několik let. Průměrná délka péče se odhaduje na pět let. I to poukazuje na neobyčejnou náročnost poskytování péče.

V minulosti byly popsány tři možné typy toho, co bychom mohli nazvat pečující systém. Za první typ lze považovat tzv. primární model, tedy situaci, kdy je tu jen jedna osoba nesoucí veškerou odpovědnost za péči. Ve druhém případě by šlo o model spolupráce. Zde se již péče relativně rovným dílem dělí mezi dva potomky, tito mají mezi sebou rozdělené pravomoci, možnost činit zásadní rozhodnutí a také odpovědnost za vykonávanou péči. Pokud jsou tu přítomny ještě další dospělé děti, mohou být do této péče rovněž zapojeny, ale jejich role je v tomto případě výrazně menší. Třetí možností je pak péče v týmu, ten je charakterizovaný především způsobem chápání rozdílných rolí jednotlivých členů.⁵⁴ Vzhledem k celkové náročnosti péče se jako výhodnější, a to pro všechny zúčastněné, jeví spíše formy založené na spolupráci ať už prosté nebo realizované v týmu, než péče poskytovaná permanentně pouze jednou osobou.

Ještě před tím, než se budeme zabývat problematikou péče poskytované sourozenci, podívejme se krátce na rozdíly v péči mezi muži a ženami.

3. 2. 1 Pečující muži, pečující ženy

Již jsme uvedli, že mezi péčí poskytovanou muži a ženami je určitý rozdíl. Obecně tento rozdíl spočívá především v typu práce vykonávané konkrétními pečujícími, nikoli ve vnímání závazku vůči rodičům.

Jak muži tak ženy se při vyjadřování postojů shodují na tom, že dospělé děti by se měly postarat o své rodiče, pokud tito potřebují pomoc. Odlišnosti je možné najít až v konkrétní představě o tom, jak péči fakticky realizovat. Muži více preferují zajistit osobní péči o rodiče zprostředkováním služeb, které mohou nahradit jejich přímé zapojení.⁵⁵

Výzkumy ukazují, že ženy se mnohem častěji věnují úkolům spojeným s osobní péčí zahrnující ošetřování, hygienu, přípravu jídla apod. Nutno dodat, že právě tyto úkoly jsou spojeny s větší zátěží - jde totiž o činnosti, které je třeba vykonávat každodenně.

⁵⁴ Srov. Keith, C. (1995). Family caregiving systems: Models, resources, and values. *Journal of Marriage and the Family*, 57, s. 183.

⁵⁵ Srov. Přidalová, M. (2006). *Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové)*. Gender, rovné příležitosti, výzkum, 1.

Oproti tomu muži převládají při výkonu činností nevyžadujících jejich každodenní zapojení. Jde např. o pomoc spojenou s údržbou domu.⁵⁶ Pokud jde o pomoc při činnostech, které by se vzhledem k zažitým stereotypům daly označit jako maskulinní nebo neutrální, pak mezi muži a ženami není při jejich poskytování výraznější rozdíl. Jde-li ale o činnosti považované za femininní, účastní se jich muži viditelně méně. Pro kvalitní péči není důležitá jen praktická pomoc, ale také emoční podpora starých rodičů. Ukázalo se, že v tomto směru nejsou mezi syny a dcerami výraznější rozdíly. Vše naznačuje tomu, že muž i žena jsou schopni, pokud na to dojde, poskytnout rodiči stejně kvalitní péči, víc než na pohlaví tak záleží spíše na přístupu konkrétního jedince. Přesto platí, že muž se stává primárním pečujícím nejčastěji tehdy, není-li jiná možnost, většinou jde-li o jedináčka, případně když v sourozenecké konstelaci chybí sestra.⁵⁷

Dostáváme se k tomu, jak vypadá nebo může vypadat péče realizovaná sourozenci a v čem se liší od péče, kde sourozenci nespolupracují, případně vůbec nejsou přítomni.

3. 2. 2 Péče realizovaná sourozenci

Především je třeba si uvědomit, že trend klesající porodnosti se projevuje i v počtu sourozenců v rodině. Velké sourozenecké skupiny se pomalu, ale jistě stávají výjimkou. Naopak přibývá rodin jen s jedním dítětem. Jde o další věc, která poněkud problematizuje zajištění péče o staré rodiče.

Goetting charakterizuje sourozeneckou spolupráci při zajištění péče rodiči jako zvláštní a důležitý vývojový úkol brzké a střední dospělosti.⁵⁸ Domníváme se, že spojení tohoto druhu péče s vývojovým úkolem je zcela na místě. Jak jsme již ukázali výše, převzetí péče o vlastní rodiče předpokládá do značné míry změnu role mezi rodiči a dětmi. Bezesporu jde o významný zásah do dosavadního života, s nímž je třeba se vyrovnat. Dalo by se říct, že jde o situaci, která prověřuje kvalitu dosavadních vztahů v rodině.

Ukazuje se, že v závislosti na počtu pečujících sourozenců se mění poměr poskytované péče. Je-li v rodině více dětí, tak to v konečném důsledku vede ke snížení míry péče poskytované každým dítětem, ačkoli celkově tato míra roste. Kromě toho se

⁵⁶ Srov. Bartoňová, J. (2005). *Modely rodinné péče o starého člověka* In Jeřábek, H. a kol. *Rodinná...s.* 36.

⁵⁷ Srov. Horowitz, A., Harris, P. (2006). In Přidalová, M, *Mezigenerační solidarita a gender.*

⁵⁸ Srov. Dayton, I. B., & Neal, M. B. et al. (2003). Collaboration Among Siblings Providing Care for Older Patente. *Journal of Gerontological Social Work*, 40 (3), s. 52.

ukázalo, že přirozená sourozenecká rivalita vede k větší pomoci ze strany všech dětí. Pokud by se ale většiny pomoci ujal pouze jeden z potomků, pomoc ostatních se snižuje.⁵⁹

V podstatě byly popsána minimálně tři důvody, proč je důležité porozumět dynamice sourozenecké spolupráce:⁶⁰

1. Pokud sourozenci spolupracují, poskytují svým rodičům pravděpodobně kvalitativně lepší péči. Často si totiž poskytují podporu a rovnováhu jeden druhému, což jim umožňuje lépe zvládat nároky péče.
2. Pečující se cítí lépe, pokud mohou spolupracovat. Ukáže-li se, že jsou schopni společně pečovat o staré rodiče, dochází často k posílení jejich vztahu. Tento je často obohacen o zcela nový rozměr.
3. Nedostatečná nebo nezvládnutá spolupráce sourozenců při zajišťování péče o rodiče může vést až k vážným konfliktům mezi nimi, což výrazně negativně ovlivňuje jejich celkový vztah a narušuje tak fungování širší rodiny.

Bylo identifikováno pět vzorců sdílení péče mezi sourozenci. První vzorec, nazvaný **nulová spolupráce**, zachycuje situaci, kdy sourozenci při poskytování péče vůbec nespolečně spolupracují, jejich kontakt je minimální. Péči zajišťuje jen jeden z potomků, přičemž ostatní se o průběh této péče nezajímají. Více než o sdílení, lze v tomto případě mluvit o nesdílení péče sourozenci. Ani v druhém popsaném případě se sourozenci na péči nepodílejí. Mluvíme o **distanční podpoře** a rozdíl oproti předchozí situaci spočívá v míře kontaktu. Sourozenci s péčí sice nepomáhají, ale zajímají se o průběh, udržují kontakt i prostřednictvím návštěv, které jsou ovšem nepravidelné, nárazové a mají charakter společenského kontaktu. K distanční podpoře dochází často u sourozenců, kteří žijí ve značné vzdálenosti od pečujících. Ve zbylých třech typech již můžeme mluvit o faktické spolupráci. Pokud je přítomen alespoň jeden sourozenec, který je v případě potřeby schopen kompletně převzít péči o starého rodiče, jde o tzv. **nárazovou zálohu**. O stupeň intenzivnějším typem spolupráce je **pravidelná záloha**, která nastupuje v předem dohodnutých intervalech, čili nepřebírá péči jen nárazově v době dovolené, ale pravidelně na pár dní po určité době. Nejvyšším typem sourozenecké spolupráce při péči o rodiče je **rovnovážné sdílení**, v tomto případě se podílí na péči stejným dílem. Prakticky jsou dvě

⁵⁹ Srov. Checkovich, T. J., & Stern, S. (2002). Shared Caregiving Responsibility of Adult Siblings with Elderly Parents, *The Journal of Human Resources*, 37 (3). s. 441-478.

⁶⁰ Srov. Dayton, I. B., & Neal, M. B. et al. (2003). Collaboration Among Siblings Providing Care... s. 52-53.

možnosti, jak to udělat. První je střídání se po určité době v bytě rodiče, druhou pak převážení rodiče mezi byty jednotlivých sourozenců.⁶¹

Při spolupráci více pečujících musí být jejich činnost především dobře koordinována. Začátek domlouvání se ohledně rozdělení úkolů, případně vhodného využití potenciálu každého ze sourozenců, by měl ležet již ve fázi přípravy. V okamžiku samotné péče je pak možné začít uplatňovat postupy, na nichž se již domluvili, a postupně je doladovat podle nároků aktuální situace. Jedna z prvních praktických záležitostí, kterou je třeba vyřešit a od níž se vlastní podoba péče bude odvíjet, je domluvení se na místě, kde bude péče probíhat. Zda půjde o domácnost pečujícího, nebo domácnost rodiče, kam budou pečující docházet. To se samozřejmě odvíjí především od zdravotního stavu rodiče. Výrazně zhoršený zdravotní stav vyžadující intenzivní celodenní péči je často indikací pro přestěhování rodiče do bytu pečujícího. V případech vyšších forem spolupráce je dále třeba dohodnout se na intervalech, v nichž se budou sourozenci u rodiče střídat.

Tím, kdo se podílí na péči, samozřejmě nemusí být pouze sourozenec pečujícího, zdroje pomoci je možné hledat i u ostatních členů rodiny pečujícího. Už jsme naznačili, že při poskytování péče má každý určitý potenciál a tento může být využit buď vhodně nebo nevhodně, ale také může být naprosto ignorován.

3. 2. 3 Rodinní příslušníci a péče

Uvedli jsme, že velká část pečujících žije v manželském nebo partnerském vztahu a má vlastní děti. Situace péče představuje natolik významnou změnou v životě, že prakticky vždy má nějaký vliv na fungování celé rodiny a dotýká se všech přítomných. Tito mohou zůstat stát zcela mimo a do péče se nijak nezapojovat, ale mnohem častější je, že se na péči nějakým způsobem podílejí, nebo ji alespoň podporují. Pro bezproblémový průběh péče je nezbytné, aby manžel nebo partner pečujícího s touto péčí souhlasil. V opačném případě to může vést k vážným rodinným konfliktům, které jen zvyšují zátěž pro všechny zúčastněné.

Ze strany pečujících (zpravidla manželek) je již pouhá tichá tolerance ze strany partnera, jejíž součástí není praktická pomoc, ale jen přijetí skutečnosti, že k péči dochází, považována za významnou podporu. O něco vyšším stupněm pomoci je pak podpora verbální, v tomto případě je manžel nejen ochoten a schopen péči tiše tolerovat, ale také

⁶¹ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 42-43.

vyslechnout manželku a v případě potřeby poskytnou útěchu. Dává jí tak důležitý prostor k ventilaci nahromaděných emocí a prožitků. Jako určitá rarita je pak vnímaná pomoc ze strany manžela v podobě přímé asistence při péči. Ženy pečovatelky v podstatě neočekávají od manželů přímou pomoc, a pokud k ní dojde, chápou ji často jako něco neobvyklého a nadstandardního. Pokud jde o děti pečujících, jejich pozice je trochu jiná. Čím jsou tyto děti mladší, tím víc platí, že ve vztahu k pečující matce nejsou v symetrickém postavení. Zapojení se do péče jim může být přikázáno. Lze je totiž chápat ne primárně jako péči o prarodiče, ale jako pomoc svému rodiči. Jinou možností je samozřejmě nenutit děti do péče, ale počkat, zda se samy nezapojí. Často tak učiní a stávají se důležitou oporou svým pečujícím rodičům. Je zajímavé, že pokud jde o pomoc ze strany vnoučat, do značné míry se stírají genderové rozdíly, tak patrné v pozdějším věku. Chlapci výborně zvládají veškeré nároky péče o prarodiče a zapojují se i při ošetrovatelských činnostech nebo hygieně. Vnoučata obecně začínají být někdy v porovnání se svými rodiči považována dokonce za vhodnější kandidáty na roli pečujících o prarodiče. Úvahy se pak ubírají v tom směru, že zkombinovat jejich školní povinnosti s péčí by mohlo být jednodušší než kombinace péče a zaměstnání v případě jejich rodičů.⁶²

3. 2. 4 Negativní dopady péče

Úkolem pečujících je zajistit celkovou spokojenost osoby, o níž je pečováno. Za úspěšnou tak můžeme z tohoto pohledu považovat takovou péči, při níž bude starým rodičům nebo rodiči zajištěna taková péče, která povede nejen k uspokojení jejich základních potřeb, ale k celkovému zlepšení kvality života. Řada pečujících se ale může natolik upnout na poskytování co nejlepší péče, až při tom zapomene na skutečnost, že vztah v našem případě pečující je vždy záležitostí minimálně dvou lidí. Samozřejmě je dobré přemýšlet nad tím, jak co nejlépe zajistit péči o svého rodiče. Řada pečujících si při této příležitosti klade otázku, zda dělá dost, zda by nešlo udělat ještě něco navíc. V řadě případů by skutečně odpověď na podobné otázky zněla kladně. Ano, jako pečující může člověk často udělat něco, co povede k významnému zlepšení celkové péče. Kupodivu nejde o zvýšení intenzity nebo rozšíření repertoáru prováděných činností. Ke zlepšení paradoxně nemusí vést jen to, že pečující objeví způsob, jak věnovat ještě víc pozornosti opečovávanému rodiči, ale také situace, kdy začne věnovat více pozornosti sobě, svým

⁶² Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové*. . . s. 46-48.

pocitům a potřebám. Toto tvrzení by mohlo řadu pečujících zarazit, vždyť přeci tím, kdo potřebuje péči, je rodič, on je na tom špatně, mu je třeba věnovat pozornost, my jako pečující jsme ti silní, jejichž povinností je péči zvládnout. Argumenty zpochybňující obrácení pozornosti k pečujícímu, nebo dokonce označující takový přístup za sobecký rozhodně nejsou na místě. Nevěnovat pozornost sobě samému v době péče o starého rodiče, která, jak jsme si již ukázali, představuje náročné období v životě člověka, může mít pro pečujícího vážné důsledky. Spíše by měla platit úměra, že čím lepší péči chtějí pečující děti svým rodičům poskytnout, tím více pozornosti by měly věnovat také sobě samotným. Důvod je jednoduchý, pokud by v důsledku péče přišel k újmě sám pečující, kdo pak bude pečovat? Čili nikoli sobectví, ale vysoce zodpovědný přístup. Tím, že pečující chrání sám sebe, chrání i toho, o nějž pečuje. Dá se tedy říct, že v konečném důsledku dochází spíše ke zlepšení než zhoršení poskytované péče.

Na to, že možné negativní důsledky poskytování dlouhodobé péče nejsou nikterak zanedbatelné, ukazuje celá řada výzkumů. U pečujících se v porovnání s těmi, kdo nepečují, objevuje mnohem více zdravotních problémů. Obecně schopnost organismu bránit se nemoci je u nich snížena, to se projevuje např. i v pomalejším hojení zranění. Ve větší míře se u nich vyskytují bolesti hlavy, poruchy spánku nebo gastro-intestinální problémy. Zaznamenáno bylo i zvýšené riziko srdečních onemocnění. A vyšší je u této skupiny také počet hospitalizací a míra úmrtnosti.⁶³

Jak vidíme, možné dopady na somatické zdraví pečujícího mohou dosahovat vysoké míry závažnosti. Ignorovat vlastní potřeby a případné potíže z tohoto úhlu pohledu hraničí až se sebeobětováním, což je ovšem postoj, který není výhodný pro nikoho ze zúčastněných. Platí také, že zdraví nesouvisí jen se somatickým stavem. Současné pojetí člověka je mnohem komplexnější a snaží se postihnout všechny důležité dimenze, proto se mluví o bio-psycho-sociálně-spirituálním rozměru jedince. Tyto dimenze jsou chápány jako vzájemně propojené a ovlivňující se, tzn., že případné narušení v jedné oblasti se může promítnout do všech ostatních. Oblast somatického zdraví je jen jednou z možností, kde se mohou projevit nepříznivé důsledky související s péčí. Další velkou oblast představuje psychika člověka. Vzájemné ovlivňování somatického a psychického stavu je dostatečně známé z poznatků psychosomatické medicíny. Ať už problémy začnou jako somatické nebo jako psychické, nakonec mohou být postiženy obě oblasti. Obdobně to platí i pro zbývající dimenze člověka.

⁶³ Srov. http://www.aarp.org/families/caregiving/caring_parents/caregiver_health.html

Jde-li o psychické dopady péče, bylo u pečujících zaznamenáno signifikantně více depresivních poruch než u nepečujících. Protože jsou více vystaveni stresové zátěži, stoupá i riziko výskytu dalších problémů, jako např. vznik úzkostné poruchy, vyrovnávání se s pocity viny, ale také vyšší výskyt sebevražd. V emocionální rovině jde především o důsledek stresu a vyčerpání pramenící z prožívání několika různých rolí.⁶⁴ Značně stresující jsou každodenní úkoly, kterým je pečující vystaven. Náročná může být už pouhá komunikace se starým rodičem. Péče ale obnáší i neustálou konfrontaci s celkovou změnou, k níž u rodiče dochází, uvědomování si smrtelnosti rodiče a vlastně i očekávání smrti milované osoby, to vše výrazně prohlubuje u pečujícího míru psychické zátěže a zvyšuje riziko vzniku nejrůznějších obtíží.⁶⁵ Objevuje se hněv na sebe, ale i na opečovávaného rodiče, negativně zabarvené myšlenky, problémy se soustředěním apod. Tohle všechno se může promítat také do sociálních vztahů např. v podobě stažení se z okruhu přátel, zanechání nejrůznějších aktivit, ale také problémů v práci nebo v nadměrném užívání alkoholu, případně jiných látek.⁶⁶ Je třeba si uvědomit, že výše popsané negativní dopady mohou souviset nejen přímo se samotným výkonem péče, ale i s důsledky, které péči provázejí. Ukazuje se, že v řadě případů má rozhodnutí pečovat dopad v oblasti zaměstnání pečujících. Typicky je popisován i významný zásah do jejich společenského života. Můžeme například pozorovat omezení sociálních kontaktů nebo redukci volnočasových aktivit. Toto všechno může v konečném důsledku znamenat omezení v oblasti seberealizace pečujících. Uvědomění a prožívání těchto „ztrát“ pak může být příčinou některých zmíněných potíží. Řešení těchto problémů je poměrně náročné, a proto je výhodnější předcházet jejich vzniku. Existuje řada doporučení, která by mohla pomoci jako prevence nepříznivých dopadů poskytování péče.

3. 2. 5 Obecná preventivní opatření

Přiměřené věnování se vlastním potřebám je dobrým prvním krokem při předcházení negativním následkům. Je nezbytné, aby si pečující dokázali najít dostatek času na sebe i v nelehké situaci péče. Nikdo nemůže pracovat nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně, sedm dnů v týdnu. Pokud si chce člověk udržet svou výkonnost, musí se práce pravidelně střídát s dostatečným odpočinkem. Zde se ukazuje, jak je důležitá

⁶⁴ Srov. http://www.aarp.org/families/caregiving/caring_parents/caregiver_health.html

⁶⁵ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové*. .s. 66.

⁶⁶ Srov. http://www.aarp.org/families/caregiving/caring_parents/caregiver_health.html

spolupráce s dalšími osobami, které mohou v případě potřeby primárního pečovatele vystřídat.

Pokud nikdo takový není, je dobré zjistit si informace o možnosti respitní péče. Informovat se o všech možných aspektech péče, např. prostřednictvím nejrozličnějších vzdělávacích programů, je jedno z doporučení, jak předcházet případným komplikacím. Vhodné jsou také nejrozličnější organizace nebo podpůrné skupiny sdružující osoby nacházející se v podobné situaci. Pečující tak získávají možnost vyměnit si mezi sebou nejen informace a zkušenosti, ale také se vzájemně podpořit ve svém úkolu. V dnešní době bychom také rozhodně neměli zapomínat na možnost využití internetu. I u nás existují specializované weby⁶⁷, které se přímo zaměřují na problematiku pečujících. Kromě řady užitečných rad, souvisejících přímo s péčí, nabízejí i potřebnou pomoc a podporu samotným pečujícím, ať už formou zprostředkování vhodného poradenství nebo umožněním sdílení zkušeností s jinými pečujícími.

Protože řada negativních důsledků se týká dopadů na zdravotní stav, je třeba nezanedbávat pravidelné preventivní návštěvy lékaře. Zapomínat by se nemělo ani na kroky pomáhající člověku zůstat zdravý. Na místě je věnovat pozornost výživě ve smyslu jíst pokud možno pravidelně nutričně vyváženou stravu nebo najít si prostor pro cvičení. Dobré je osvojit si nejrozličnější relaxační techniky, provádět dechová cvičení apod.⁶⁸ I když pečující nepracují jako skupina nebo tým, je třeba, aby měli dostatečnou sociální oporu. Opora, kterou jedinec získává od druhých lidí má, vliv na to, jak se vyrovnává s náročnými situacemi a může tak ovlivňovat i jeho duševní pohodu a zdraví. Zdroje sociální opory je možné hledat v systému sociálních vztahů, proto je tak důležité udržovat přiměřené množství vztahů s okolím a i v tak složité situaci, jakou je situace péče, na tyto vztahy nerezignovat. Některá zjištění dokonce nasvědčují tomu, že lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a těší se celkově lepšímu zdraví. Udržování pozitivních mezilidských vztahů pomáhá zvládat nemoci, kvalitní vztahy mohou fungovat jako zdroj identity, pozitivního hodnocení reality nebo sebeuplatnění. Navíc sociální opora má zřejmě pozitivní vliv nezávisle na úrovni působícího stresu, to by znamenalo, že bez ohledu na obtížnost situace je sociální opora tím, co může alespoň trochu přispět ke zlepšení stávajícího stavu.⁶⁹ Opora přicházející ze strany sociálního okolí rozhodně není uniformní záležitostí. Neexistuje jen v jedné podobě, ale v celé řadě různých podob. Jednotlivé typy

⁶⁷ Např. www.pecujici.cz, www.pecujdoma.cz

⁶⁸ Srov. http://www.aarp.org/families/caregiving/caring_parents/caregiver_health.html

⁶⁹ Srov. Šolcová, I. (1999). Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*, 1, s. 20-22.

opory se od sebe mohou lišit. Hause rozlišil emocionální oporu spočívající v poskytování emocí jako jsou láska, empatie, víra apod. Dále hodnotící oporu chápanou jako hodnocení komunikace, která je důležitá pro sebehodnocení. Zprostředkování informací nebo rad je podstatou informační opory a praktické druhy pomoci pak řadí do opory instrumentální.⁷⁰

Zmínili jsme se o zdrojích sociální opory. Za tyto zdroje jsou považovány především rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, dále pak komunita nebo nejrůznější profesionálové.⁷¹ Zde všude lze hledat a nalézt oporu, vztahy ve všech těchto dimenzích tvoří jedinečnou sociální síť člověka a mohou být v závislosti na jejich kvalitě prospěšné. Je to právě kvalita vztahu, která se zdá být rozhodujícím faktorem proto, zda opora bude v důsledku působit jako pozitivní. Přestože je existence sociální opory ve většině případů skutečně vnímána jako pozitivní, pro úplnost je třeba uvést, že se předpokládají i její možné negativní vlivy. Jde zejména o případy, kdy je poskytovaná pomoc v rozporu s představou příjemce, kdy ohrožuje jeho sebeúctu nebo sebedůvěru, navozuje pocit bezmoci nebo neodpovídá jeho potřebám⁷². Zde se opět ukazuje, jak moc je důležitá dobrá komunikace, vzájemná úcta a respekt mezi všemi, kdo se vztahu účastní.

3. 2. 6 Pozitivní dopady péče

Naznačili jsme řadu možných negativních důsledků plynoucích z poskytování péče. I když jde o velmi náročnou situaci, je možné tu vystopovat nejen negativa, ale i pozitivní výsledky, které by se více než v termínech ztrát daly prezentovat jako zisky. Přestože výzkumů věnujících pozornost právě ziskům z péče je mnohem méně než těch, které upozorňují na možná rizika, přece jen nějaké k dispozici máme. Jejich autoři často operují s termíny jako osobnostní růst, větší životní smysl, posílení autonomie nebo duchovní zisk. Někteří mluví o ziscích ve smyslu poznávání starších lidí více jako jedinečných, svébytných bytostí, jiní v souvislosti s příležitostí splatit rodičům mnohaletou láskyplnou péči nebo možností zažít osobní uspokojení z vykonávání dobré práce. Jako pozitivum byla shledána i schopnost radovat se z maličkostí, k níž situace poskytování péče vedla. Blízký a intenzivní vztah, který vzniká při péči, také vytváří prostor pro řešení zranění

⁷⁰ Srov. House (1999). In Šolcová, I. *Sociální opora jako významný...*s. 25.

⁷¹ Srov. Trady (1999). In Šolcová, I. *Sociální opora jako významný...*s. 25.

⁷² Srov. Šolcová, I. (1999). *Sociální opora jako významný...* s. 29-30.

nebo konfliktů, k nimž v minulosti mezi rodinnými příslušníky došlo.⁷³ Čas péče o starého člověka je časem, v němž dochází k řadě změn, spousta s nich je k horšímu. Přece jen jde o období, kdy převládají involuční procesy.

Z rozhovorů s pečujícími vyplynulo, že člověk se v této situaci stává mnohem vnímavějším k událostem nebo okamžikům, které by dříve přešel bez povšimnutí. Prostřednictvím pečujícího vztahu se tak učí radovat se z maličností, prožívat vztah se svým rodičem mnohem intenzivněji, to, co by dříve třeba vůbec nezaznamenali, se nyní může stát hlavní událostí dne, u které se nejde nezastavit a neradovat se z ní. Řada pečujících také uvedla, že poskytováním péče rodiči získali prostor pro vyřešení dřívějších nedorozumění nebo konfliktů. Při poskytování intenzivní péče se jim vynořovaly, ať už díky úmyslné reflexi nebo neočekávaně, záležitosti z minulosti. Díky časovému i zkušenostnímu odstupu a obohacení o zážitek poskytování péče obsahující přímou a důvěrnou interakci s opečovávaným, měli možnost podívat se na tyto události z jiného pohledu a uvědomit si nebo pochopit to, co dříve neviděli a co tím pádem vyvolávalo pocity neurčitosti nebo nepochopení. Péče se stává příležitostí k osobnímu rozvoji, pečující se učí např. zvládat krize tvořivým způsobem nebo přijímat realitu svého vlastního stárnutí. Zanedbatelná není ani skutečnost, že jejich práce se stává vzorem pro mladší generaci.⁷⁴

Autoři studie zaměřené na zjištění dopadů rodinné péče na adolescenty, žijící v rodině pečujícího, popsali čtyři hlavní kategorie zisků:⁷⁵

1. Zvýšení sourozenecké aktivity - 73% dotázaných adolescentů popisovalo situaci péče jako spíše pozitivně ovlivňující jejich rodinné vztahy, ve smyslu trávení více času se sourozenci.
2. Větší pochopení pro staré dospělé - stejné procento definovalo samo sebe jako někoho, kdo má v důsledku péče větší pochopení a více porozumění pro starší lidi.
3. Výrazné posílení vztahu matka-adolescent - protože většina primárních pečujících byla identifikována jako matky (82%), respondenti uváděli větší blízkost ve vztahu s nimi.
4. Vliv na vrstevnické vztahy, výběr a udržování - adolescence je obecně obdobím, kdy vrstevnická skupina hraje významnou roli v životě mladých lidí, zároveň sílí

⁷³ Srov. Hogstel, M. O., Curry, L. C., & Walker, CH. (winter 2005, 2006) Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9 (2), s. 55-60.

⁷⁴ Srov. Hogstel, M. O., Curry, L. C., & Walker, CH. (winter 2005, 2006) Caring for Older Adults... s. 55-60.

⁷⁵ Srov. Beach, D. L. (1997). Family caregiving: The positive impact on adolescent relationships. *The Gerontologist*, 37 (2). s. 233-238.

touha mladých odpoutat se od rodiny. Zdá se, že situace péče významně ovlivňuje vzory a výběr vrstevnické skupiny.

V případě, že pečující byli ve svém úsilí podporováni svými rodinami, které se na péči ať už „pouhou“ podporou nebo přímým zapojením podílely, označovali péči ve svém důsledku za významně obohacující jejich vztah. Společné sdílení povinností a starostí v sobě skrývá potenciál stmelit danou rodinu. Nezanedbatelným pozitivem je rozhodně dobrý pocit ze sebe sama, ze zvládnutí zajištění péče o rodiče způsobem, za který se člověk nemusí stydět. Tento pocit může být ještě umocňován pozitivními reakcemi ze strany sociálního okolí. Každá poznámka o vzorném dostání povinnosti, záslužnosti nebo vhodnosti péče o rodiče učiněná lidmi z okolí utvrzuje pečujícího o tom, že jeho rozhodnutí bylo správné. I takový krok jako opuštění zaměstnání z důvodu péče mohou někteří považovat za zisk. S ohledem na povahu dřívějšího zaměstnání to pro ně může být výhodnější už třeba tím, že získají více času pro aktivity nebo vztahy, na které předtím neměli dostatek prostoru. Již bylo řečeno, že v některých případech si rodiny díky převzetí péče mohou polepšit i finančně.⁷⁶

Určitě není možné uvést všechny pozitivní, resp. negativní důsledky péče o stárnoucího rodiče. Významným faktorem je subjektivní vnímání každého pečujícího. To, co jeden vnímá jako zisk, může pro druhého, z důvodu rozdílné hodnotové orientace, představovat ztrátu, s níž nebylo úplně lehké se vyrovnat. Stejně tak podobnou situaci může jeden pečující prožívat jako ještě ne tak špatnou, ale pro jiného to již může být na hranici, nebo již za hranicí zvladatelnosti. Záleží na osobnostních dispozicích každého jedince.

Platí také to, že jednotlivá pozitiva a negativa jsou v průběhu péče provázána, mohou se střídát, ale mohou být prožívána i zároveň a zvyšovat tak určitou ambivalenci pečujícího vztahu. V každém případě se však zapíše do života jedince a rozšíří jeho zkušenostní rámec. Možné je také následné přehodnocení konkrétních událostí. To, co je dnes vnímáno jako zisk nebo ztráta, nemusí tak být hodnoceno za několik let.

Rozhodně jsme se nedotkli všech okolností, které ovlivňují proces péče o starého rodiče v rodině, ale i z toho, co bylo řečeno, je patrné, o jak složitou záležitost se jedná. Rozhodování o péči a následně péči samotnou ovlivňuje celá řada skutečností. Roli hraje, kdo se péče účastní, za jakých podmínek nebo v neposlední řadě to, co vlastní péče

⁷⁶ Srov. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové...* s. 69.

o konkrétního jedince obnáší. Mluvili jsme o péči jako o procesu, do něž se promítá rodinná historie a události, k nimž došlo dávno před tím, než samotná péče nastala. Tak jako to, co v rodině péči předchází, má vliv na její podobu, průběh, ale i zvládnutí, tak i skutečnost péče nepochybně ovlivňuje to, co bude následovat po jejím skončení. Období po skončení péče, které bychom si mohli vymezit jako třetí fázi pečujícího procesu, je pro rodinu stejně důležité jako obě předcházející a nemělo by být opomíjeno. I zde je řada momentů, na které je třeba se zaměřit, podíváme se na ně blíže v následující kapitole.

4. FÁZE PO SKONČENÍ PÉČE

Ukončení péče představuje pro rodinu novou etapu, do níž vstupuje. Tato fáze s sebou nese řadu změn, kterým je třeba čelit a vyrovnat se s nimi.

Postupně se zaměříme na okolnosti ukončení rodinné péče, situaci v rodině krátce po smrti rodiče a následně po delším časovém odstupu.

4. 1 Ukončení rodinné péče

V podstatě je možné představit si tři situace. Konec péče o rodiče v rodině se kryje s jeho smrtí, nebo rodinná péče může skončit předáním rodiče do péče jiného pečujícího, případně některé instituce. Posledním případem je situace, kdy dojde ke zlepšení zdravotního stavu rodiče, a to natolik, že další péče není třeba nebo alespoň není potřebná v takové intenzitě jako doposud.

V následujícím textu se nejprve krátce zastavíme u poslední zmiňované varianty. Pokud jde o přenesení péče o starého rodiče na jiného pečujícího, dá se předpokládat, že tato změna proběhne v rámci rodiny. Participace rodinných příslušníků na péči byla popsána výše. Dále budeme tedy uvažovat pouze o situaci, kdy péči přebírá instituce. Podívejme se nyní blíže na jednotlivé zmíněné varianty vedoucí k ukončení rodinné péče o rodiče.

4. 1. 1 Změna intenzity péče

V tomto případě by šlo o variantu, kdy se celková situace „opečovávaného“ rodiče zlepší natolik, že další péče ze strany třetích osob již není nutná, případně není nutná v takovém rozsahu a intenzitě jako tomu bylo doposud.

Taková situace je ze strany pečujících provázena řadou pocitů. I když jde v podstatě o pozitivní variantu, mohou se objevit i četné negativní pocity. V popředí je často pocit nejistoty a přetrvávající obavy z opětovného zhoršení zdravotního stavu rodiče. Určitá míra napětí a strachu u dospělých dětí provází každou rodičovu návštěvu lékaře a očekávání výsledků kontrolních vyšetření. Dalo by se říct, že v tomto případě se z aktivního

pečujícího stává pečující v záloze. Ocítá se v situaci, kdy aktuálně již není pečujícím a na základě tohoto faktu musí opětovně uspořádat svůj život. Přesto ovšem neustále počítá s tím, že se stav péče může vrátit. Lidé, kteří zažili zkušenost péče o svého rodiče, jehož stav se poté zlepšil, zpravidla ani na okamžik neuvažují o tom, že by se této péče v případě potřeby neujali znovu.

4. 1. 2 Přenesení péče na instituci

Máme tu na mysli situaci, kdy je péče přenesena na půdu nějaké instituce, po určité době, kdy byla zajišťována rodinnými příslušníky, nejde přitom o stav těsně před smrtí. Před dosavadními pečujícími (dospělé děti a jejich rodiny) stojí úkol se s touto skutečností vyrovnat.

Ukazuje se, že pokud umístění seniora do péče zařízení předcházela dlouhodobá osobní péče, nejde téměř nikdy o akt „odložení“ blízkého do ústavu, ale o řešení, k němuž byli pečující dohnáni pod tlakem okolností. Nejčastěji jde o případy, kdy potřeby starého člověka vyčerpají a následně přesáhnou limity rodinných pečujících. Pro pečujícího to zpravidla představuje zátěžovou situaci provázenou řadou ambivalentních pocitů. Vedle pocíťované úlevy a uvolnění po dlouhém období náročné péče se často objevují pocity viny, selhání, ale také smutku a ztráty. Pečující se mohou vidět jako ti, kteří nedokázali dostat své povinnosti postarat se o rodiče.⁷⁷ Navíc nepříjemné pocity mohou být ještě prohlubovány díky reakci okolí. Ta může mít právě s ohledem na všeobecně vnímanou mravní povinnost až podobu odsuzování.

Mínění okolí je pro pečující dost důležité. Očekávání toho, že by jejich krok mohl být ze strany okolí odmítnut, posiluje tendence zdůvodňovat a ospravedlňovat své rozhodnutí. Snaží se druhé a snad i sebe přesvědčit o tom, že neselhali. Poukazují na rady odborníků a jejich doporučení potvrzující tento krok jako to nejlepší, co pro svého rodiče mohli udělat. I když objektivně šlo skutečně o jediné možné řešení (vzhledem k posouzení potřeb na jedné straně a možností na straně druhé), pocity viny, lítosti nebo osamělosti se u bývalých pečujících objevují ještě dlouho, prožívají je často společně s intenzivním vnitřním konfliktem. Otázka typu - nemohli jsme přece jen udělat něco víc - se stále objevuje, a to i v případech, kdy se rodinní příslušníci na péči dále podílejí (řada zařízení

⁷⁷ Srov. Barvíková, J. (2005). *Rodinná péče a profesionální péče* In Jeřábek... s. 65-66.

se dnes snaží umožnit příbuzným zapojit se do péče, pokud o to tito mají zájem).⁷⁸ V tomto případě nejde vlastně o definitivní ukončení péče, ale o změnu její podoby. Starý rodič je stále tu, i když nebydlí přímo s dospělými dětmi, je stále přítomen. Děti jej mohou kdykoli navštívit a být s ním. Možné je také dívat se na tento stav jako na dočasný a věřit, že změna situace umožní opětovně převzetí rodiče do osobní péče. Jiná situace však nastává pokud rodič zemře.

4. 1. 3 Smrt rodiče

V našich podmínkách je stále méně obvyklé, že by lidé umírali doma. Smrt, která byla v dřívějších dobách chápána jako naprosto přirozená součást života a docházelo k ní zpravidla v prostředí rodiny, se nyní přesunula na půdu instituce. Více než v rodině lidé umírají v nemocnicích, případně v jiných zařízeních. Stává se tedy, že i když dosavadní péče probíhala v rodině, ke smrti nakonec dojde v instituci, kam je senior krátce před tím převezen. Rozdíl oproti předcházející situaci spočívá v tom, že institucí je v tomto případě nemocnice a důvodem náhlé zhoršení zdravotního stavu. Takový důvod je okolím chápán jako naprosto legitimní a nedochází ke zpochybňování toho, že ze strany rodiny šlo o poskytování péče „až do konce“ a „vzorné“ dostání povinnosti. To ovšem v dané chvíli nesnižuje bolest, kterou pečující prožívají. Kromě toho, že se musí potýkat se směsicí nejrůznějších pocitů, nově je tu přítomen rovněž fakt nezvratnosti smrti. Smrtí rodič přestává být fyzicky přítomen a tato skutečnost je nezměnitelná. Zkušenost a zážitek péče však rodinně zůstává, stává se vkladem, který až s přibývajícím časem nabývá na hodnotě a důležitosti. Zaměříme se nyní na situaci pozůstalých a jejich prožívání smrti rodiče

4. 2 Období po smrti rodiče

Zatímco těsně před smrtí je často dominantní emocí strach z toho, co přijde, po smrti je to zármutek jako přirozená reakce na ztrátu. Strach může v tomto případě přimět člověka k zaměření pozornosti na to, čeho se bojí a pomoci mu připravit se na to, co

⁷⁸ Srov. Barvíková, J. (2005). *Rodinná péče a profesionální péče* In Jeřábek s. 66.

přijde.⁷⁹ Je ovšem otázkou, jak moc se dá připravit na smrt milovaného člověka. V okamžiku, kdy se tato možnost, nebo chceme-li nutnost stává skutečností, nastává pro řadu lidí velmi těžký okamžik jejich života. A i když věděli, že tento okamžik jednou přijde a mnohokrát se tímto tématem v myšlenkách zabývali, skutečnost na ně přesto dopadá jako pověstný blesk z čistého nebe. Smrt blízkého člověka je chápána jako krizová situace, v níž se pozůstalí ocitají.

4. 2. 1 Smrt blízkého jako krizová situace

Smrt někoho blízkého je s krizí spojována velmi často a toto spojení se jeví jako přirozené. Co to krize vlastně je? Psychologické koncepce chápou krizi jako *přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení*.⁸⁰ V důsledku krize dochází ke změně regulativních způsobů chování. Tyto změny mohou být jak pozitivní tak negativní. Krize může být chápána jako nebezpečí, ale také jako příležitost.⁸¹ Velkou roli hraje subjektivní vnímání jedince. Pokud člověk událost nebo situaci jako krizi neprožívá, pak se o krizi z jeho pohledu jednat nemusí, přestože jiný člověk by stejné okolnosti již za krizové označil.

Označení krize za přechodný stav naznačuje možnost jejího překonání a zvládnutí. Člověk disponuje nejrůznějšími strategiemi, které mu pomáhají se s případnými krizemi vyrovnat. Tyto strategie jsou pro každého člověka jedinečné, vytváříme si je během života při řešení nejrůznějších situací, to co pomáhá jednomu, nemusí pomoci druhému. Obecně by se snad dalo říct, že cílem překonání krize je obnovení normálního fungování a vhodné adaptování se na případné změny.

Uvažujeme-li o krizi v souvislosti s úmrtím blízkého člověka, není vhodné potlačovat negativní pocity, nebo se dokonce snažit zapomenout na to, co se stalo, s tím, že život bude stejný jako před tím. Změna, ke které došlo, je přece jen výrazná. Cílem by v takovém případě mělo být spíše znovuzískání energie potřebné k běžnému fungování, obnovení vztahů a vazeb k ostatním lidem, schopnosti cítit uspokojení nebo dokonce radost, ale také si být vědom toho, že potíže (projevy krize na úrovni myšlení, nálady,

⁷⁹ Srov. Parkes, C. M., Relfová, M., & Couldricková, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu. s. 18.

⁸⁰ Špatenková, N. et al. (2004). *Krize - psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada. s. 15.

⁸¹ Srov. Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál. s. 31.

chování nebo tělesných projevů) se mohou čas od času znovu objevit. K tomu dochází často např. v souvislosti s výročím, vzpomínkou nebo náhodnou poznámkou ze strany ostatních.⁸² Ukazuje se, že pro vhodné vyrovnání se s úmrtím blízkého je nesmírně důležitá fáze truchlení, proto se u problematiky truchlení krátce zastavíme.

4. 2. 2 Truchlení

Můžeme jej chápat jako dlouhý a obtížný proces, v jehož průběhu se člověk odděluje od zemřelého blízkého a postupně dochází k možnosti žít vlastní život.⁸³ Pro toto období je typické prožívání zármutku a bolesti nad ztrátou milovaného člověka.

Opět čistě pro jednoduchost si tento složitý proces můžeme rozdělit na jednotlivé fáze. První je fáze **konfuze** - krátké období otřesu a zmatku, které střídá fáze **exprese**, charakterizovaná již jako období intenzivního zármutku. Celý proces v ideálním případě vrcholí fází **adaptace**, tj. návratem pozůstalých zpět k normálnímu fungování.⁸⁴

Ukazuje se, že k tomu, aby nakonec došlo k adaptaci, je nutné prožít si truchlení. Nikoli se mu vyhýbat. Až do dvacátého století významně pomáhaly lidem rituály a náboženská víra při vyjadřování a usměrňování zármutku.⁸⁵ Dnes můžeme pozorovat úbytek dříve běžných rituálů (jedním z rituálů, který přetrvává je pohřeb) a snahu celý proces prožívání ztráty urychlit. Lidé jsou tlačeni k tomu vrátit se co nejrychleji do normálu. Projevování emocí je v mnoha případech považováno za slabost, která není žádoucí. Od člověka se očekává, že se bude „chovat rozumně“, což často znamená vyhýbat se projevování negativních pocitů. Na toho, kdo není schopen rychle své prožívání dostat pod kontrolu, se začíná pohlížet jako na člověka, s nímž není něco v pořádku. Normální truchlení je zaměňováno za problém, slabost, nebo dokonce nemoc, kterou je třeba léčit.

Je pravda, že běžné truchlení zahrnuje široké spektrum pocitů, prožitků a způsobů chování. Může se při něm objevit a často se také objevuje řada tělesných příznaků, ale také pocity neskutečnosti.⁸⁶ V důsledku změn obvyklého chování trpí řada pozůstalých krátkodobými zdravotními problémy, častěji navštěvují lékaře, případně zvyšují svou

⁸² Srov. Špatenková, N. et al. (2004). *Krize - psychologický a sociologický...* s. 47-48.

⁸³ Srov. Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál. s. 312.

⁸⁴ Srov. Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada. s. 53.

⁸⁵ Srov. Gorer In Firthová, P., Luffová, G., Oliviere, D., et al. (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu. s. 41.

⁸⁶ Srov. Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. s. 157.

spotřebu léků.⁸⁷ V některých případech nedojde ke správnému zpracování zážitku smrti a pozůstalý pak skutečně potřebuje odbornou pomoc např. ve formě poradenství. Drtivá většina pozůstalých se však se zármutkem vyrovná sama vlastními silami. Truchlení jako takové není možné považovat za nemoc nebo něco nenormálního. Jde o přirozenou reakci na ztrátu blízké osoby, kterou nelze úplně vynechat.

Praxe ukazuje na skutečnost, že potlačování a vyhýbání se prožívání smutku po smrti blízké osoby způsobuje lidem problémy. Brání jim v tom postavit se ke ztrátě čelem, přičemž prožití a zpracování bolesti ze ztráty pouze oddaluje.⁸⁸ Nikoli vyhýbání, ale přiblížení se je tou správnou cestou. Důležité vztahy nás dále ovlivňují, ať už je daný člověk fyzicky přítomen, nebo nikoli. Představa, že úspěšné prožívání smutku vyžaduje opuštění vazeb, je mylná. Mnohem více tu jde o postupné vytváření nových spojení se zesnulým.⁸⁹

Mezi jednotlivci existují značné rozdíly jak v délce truchlení, tak i ve způsobu. Způsoby truchlení se liší v závislosti na kultuře, ale rozdílné výrazy zármutku je možné nalézt i mezi členy jedné rodiny. Každý z pozůstalých může mít jiné i způsoby připomínání si zemřelého.⁹⁰ Pokud měli pozůstalí k zemřelému dobrý vztah, pak jsou pro ně zpravidla důležité i věci, které pro něho měly za života význam. Tyto věci se stávají pro pozůstalé znamením vztahu přetrvávajícího hranici smrti a jsou důležitými připomínkami mrtvého. Pomáhají při zpracování smutku a vyrovnání se se ztrátou,⁹¹ stejně jako výše zmíněné rituály.

Mezi skutečnosti, které následné truchlení výrazně usnadňují patří i řada momentů, jež se v podstatě kryjí s péčí o blízkého člověka. Mimo jiné se k těmto usnadňujícím prvkům řadí možnost být s umírajícím před smrtí a v době jeho smrti, společně strávené okamžiky umožňují oběma stranám připravit se na odchod. Faktická péče nemusí nutně končit okamžikem smrti blízkého. Ukázalo se, že truchlení pozůstalým usnadňuje také možnost podílet se na umývání a oblékání zesnulého. Tuto možnost má dnes však jen poměrně málo lidí.⁹²

Být s umírajícím, následně pečovat o jeho tělo a řada dalších úkonů je „jen“ přirozeným pokračováním a zároveň vyvrcholení procesu péče. Navíc intenzivní kontakt

⁸⁷ Srov. Payneová, S., Seymourová, J., & Ingletonová, CH. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu. s. 549.

⁸⁸ Srov. Parkes, C. M., Relfová, M., & Couldricková, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně...* s. 150.

⁸⁹ Srov. Payneová, S., Seymourová, J., & Ingletonová, CH. (2007). *Principy a praxe paliativní...* s. 561.

⁹⁰ Srov. Tamtéž, s. 463.

⁹¹ Srov. Virt, G. (2000). *Žít až o konce*. Praha: Vyšehrad. s. 71-72.

⁹² Srov. Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. s. 161.

s umírajícím je prostorem pro tzv. anticipované truchlení, které bychom mohli chápat i jako posunutí truchlení do doby ještě před smrtí blízkého. To ovšem neznamená urychlení truchlení, spíše usnadnění přechodu to této fáze.

Uvedli jsme, že truchlení je v ideálním případě zakončeno adaptací, kdy se pozůstalí vrací k normálnímu fungování a jsou schopni se opět plnohodnotně zapojit do běžného života. Také jsme naznačili, že adaptace neznamená potlačit vzpomínky nebo se snažit na zemřelého úplně zapomenout. Naopak je důležité dokázat žít i s vracejícími se vzpomínkami. Jde vlastně o jinou formu vztahu s tím, kdo nás opustil. Vztah tak pokračuje a dál ovlivňuje životy pozůstalých. Navíc tento vztah nejen že pokračuje, ale dokonce se i nadále vyvíjí. S odstupem času se totiž věci mohou začít jevit jinak a pozůstalí třeba až po letech začnou chápat některé významy dřívějších událostí, které jim až doposud unikaly. A tak i období péče může získat nové významy, které si pečující v době kdy péče probíhala ještě neuvědomovali.

4. 3 Poohlédnutí se za péčí

Období péče o svého blízkého, v našem případě o rodiče, je možné označit za nesmírně cennou zkušenost v životě člověka. Lidé, kteří měli možnost touto zkušeností projít, ji s odstupem času zpravidla hodnotí velmi kladně. I když se v průběhu péče samotné museli potýkat s nejrůznějšími těžkostmi a snášet řadu omezení, při zpětném pohledu mluví o „*správném kroku*“, „*smysluplnosti*“, „*obohacující životní zkušenosti*“, „*dodání nové kvality životu*“⁹³ apod. Pečující cítí, že svůj život naplnili, převládá u nich uspokojení nad dobře vykonanou prací, vždyť se v době, kdy to jejich rodiče potřebovali, dokázali správně rozhodnout a postarat se o ně. Nemusí se potýkat s pocity viny tak častými u jedinců, kteří osobní péči rodičům na sklonku života neposkytovali.

Přijetí péče poskytlo dospělému dítěti příležitost přiblížit se ke svému rodiči tak, jak ještě nikdy před tím. Řada z nich později uvádí, že díky péči dostal jejich vztah s rodičem úplně jiný rozměr. Na otázku, zda by se rozhodli stejně, odpovídají většinou bez zaváhání, že ano.

Samotné ukončení péče je stejně jako všechny ostatní fáze náročným obdobím v životě pečujících dospělých dětí. Navíc bývá spojeno se ztrátou rodiče, která je zpravidla

⁹³ Srov. <http://www.caregiving.com/>

velmi bolestná. Důležité pro pozůstalé je mít dostatek času a prostoru pro vyjádření této bolesti a všech pocitů s ní související. Rozhodně nejde o projev slabosti, ale důležitou fází přispívající k vhodnému zpracování a vyrovnání se s úmrtím. A to bez toho, aby došlo k oslabení nebo potlačování vztahu k rodiči. Vztah mezi dítětem a rodičem pokračuje i po smrti jednoho z nich. Pokud smrti rodiče předcházela intenzivní péče ze strany dětí, stává se pro ně tato skutečnost nesmírně cennou zkušeností obohacující jejich životy o nový rozměr.

Výzkumná část

5. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Problematika rodinné péče o stárnoucí rodiče poskytovaná ze strany jejich dospělých dětí u nás stále patří spíše k opomíjeným tématům. Jen pozvolna se objevují odborné studie reflektující situaci rodinné péče. Zpravidla jde o práce z dílny sociologů nebo lékařů. Už to ukazuje na fakt, že v případě tohoto fenoménu jako celku je třeba mít na paměti multidisciplinární přístup. Jde o téma, které je možné nahlížet z řady různých perspektiv.

Domníváme se, že v současné době u nás převládá zaměření na praktické hledisko samotné péče, zájem o to, jak celou situaci vnímají a prožívají sami pečující se objevuje spíše okrajově.

To, co nám tu ve větší míře chybí, je psychologický pohled na danou problematiku. Na tomto místě se proto zaměříme na psychologické aspekty výše popsané péče. Pokusíme se porozumět situaci péče prostřednictvím osobních zkušeností pečujících.

V předkládaném výzkumu si klademe následující cíle:

1. Zmapovat problematiku péče o rodiče z pohledu pečujících dospělých dětí.
2. Zaměřit se přitom na psychologické aspekty této péče.
3. Na základě závěrů navrhnout doporučení pro poradenskou praxi.

S ohledem na cíle výzkumu, byly stanoveny výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jak prožívají/ly pečující dospělí děti péči o rodiče?

Vedlejší výzkumné otázky:

Jaké jsou dopady v oblasti rodinných vztahů?

Jak se péče promítá do oblasti sociálních vztahů pečujících?

Jak se situace péče promítá do pracovní oblasti pečujících?

Má situace péče vliv na zdravotní stav pečujících?

Jaké jsou uplatňované individuální strategie zvládnání?

Jaké potřeby plynou ze situace péče dospělých dětí o své rodiče?

6. METODOLOGIE VÝZKUMU

6. 1 Plán výzkumu

Skupina pečujících dospělých o rodiče je poměrně nesourodá. Máme sice k dispozici studii, které dokládají, že těmito pečujícími jsou zpravidla ženy ve středním věku a popisují se i další podobnostní znaky, ovšem i tak se tyto ženy mezi sebou liší. A liší se i jednotlivé případy poskytování péče. Rozdíly můžeme nacházet například v osobnostních dispozicích, sociálním statusu, v samotných nárocích konkrétní péče, ale také v sociálním zázemí nebo míře podpory s níž se pečující setkávají resp. jak ji sami vnímají.

Protože primárně usilujeme o hlubší porozumění danému fenoménu, zamítli jsme kvantitativní přístup a vzhledem k formulovaným cílům výzkumu jsme se rozhodli pro kvalitativní podobu výzkumu. Kvalitativní metody umožňují odhalení a porozumění tomu, co je podstatou zkoumaných jevů, přímo se nabízí v situaci, kdy usilujeme porozumět podstatě něčích zkušeností s určitým jevem⁹⁴.

Navíc využití kvalitativního přístupu lépe pomáhá zohlednit působení kontextu a podmínek, které ovlivňují sledovaný jev. Tím, že výzkum probíhá v přirozených podmínkách, tj. v prostředí, v němž dochází ke zkoumanému fenoménu, umožňuje lepší kontakt a provázání se zkoumanou situací. Nabízí integrovaný pohled na sledovaný fenomén a objasnění způsobu, jak lidé v dané situaci či prostředí dospívají k pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své každodenní aktivity a interakce. Následná analýza a interpretace dat v duchu kvalitativního přístupu umožňuje snáze pochopit aktuální dění, a tím se rozšiřuje prostor pro větší porozumění zkušenosti zúčastněných osob.⁹⁵

Nedostatek informací o celkové podobě a velikosti skupiny pečujících nám neumožňuje výběr reprezentativního vzorku respondentů, a tím i následné zobecnění výsledků výzkumu. S ohledem na povahu výzkumného souboru volíme jako typ výzkumu případovou studii.

⁹⁴ Srov. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. s. 11.

⁹⁵ Srov. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. s. 51-53.

Při použití případové studie jde o detailní studium případu nebo několika případů. Podstatou je mimo jiné zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti.⁹⁶ Díky této komplexnosti můžeme dospět k přesnějším, do hloubky jdoucím výsledkům.⁹⁷

6. 2 Výzkumný soubor

6. 2. 1 Výběr výzkumného souboru

K výběru výzkumného souboru jsme přistoupili prostřednictvím metody záměrného (účelového) výběru. Jde o způsob výběru, při němž cíleně vyhledáváme účastníky výzkumu podle předem stanovených kritérií. V rámci tohoto způsobu výběru rozeznáváme několik různých strategií.⁹⁸ Z těchto strategií jsme zvolili postup na základě prostého záměrného výběru. V takovém případě bez užití jiných specifických metod či strategií vybíráme z potenciálních účastníků ty, kteří jsou pro účast ve výzkumu vhodní a zároveň s touto účastí souhlasí⁹⁹.

Nyní si vymezíme kritéria, která pro nás byla směrodatná při rozhodování o zařazení jedinců do výzkumného souboru.

Výchozím kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla osobní zkušenost s rodinnou péčí o rodiče a souhlas s účastí ve výzkumu. Do souboru byli zařazení také ti pečující, kteří se ujali osobní péče o rodiče svého partnera. Minimální délka péče byla stanovena na půl roku. Nakonec jsme se rozhodli do výzkumu zařadit 14 jedinců bez ohledu na pohlaví s tím, že polovina z nich pečuje v současnosti a druhá polovina má zkušenost s péčí z minulosti. Toto rozlišení nám umožní kromě aktuální zkušenosti postihnout i zpětnou perspektivu fenoménu, to jak pečující hodnotí svou zkušenost zpětně.

Protože původně zvolenou metodou záměrného výběru nebylo dosaženo potřebného počtu účastníků výzkumu, využili jsme následně k doplnění souboru metodu sněhové koule. Podstatou této metody je zařazení dalších účastníků na základě doporučení

⁹⁶ Srov. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. s. 104.

⁹⁷ Srov. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. s. 94.

⁹⁸ Srov. Tamtéž, s. 134.

⁹⁹ Srov. Tamtéž, s. 136.

již zkoumaných jedinců¹⁰⁰. Tzn., že jsme využili kontakty získané od jedinců, kteří již byli do výzkumu zařazeni. Z takto doporučených osob jsme oslovili a po získání souhlasu zařadili do výzkumu pouze ty, kteří splňovali výše uvedená kritéria.

6. 2. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Jak jsme uvedli výše, výchozím kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla osobní zkušenost s rodinnou péčí o své nebo partnerovy rodiče. Také bylo stanoveno kritérium délky takové péče, do výzkumu jsme zahrnuli jen ty případy, v nichž byla celková délka péče minimálně půl roku.

Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou skupin, skupiny současných pečujících, u nichž situace péče stále trvá a skupiny pečujících, kteří mají zkušenost s péčí z minulosti. Přestože jsme zařazení do výzkumu neměli vázáno na pohlaví pečujících, tvoří konečný výzkumný soubor výhradně ženy. V následujícím textu budeme používat pouze křestní jména pečujících, která byla v některých případech změněna.

Věkový průměr ve skupině současných pečujících je 46 let u skupiny pečujících v minulosti činí věkový průměr 45 let.

Tab. 1 Věková charakteristika souboru

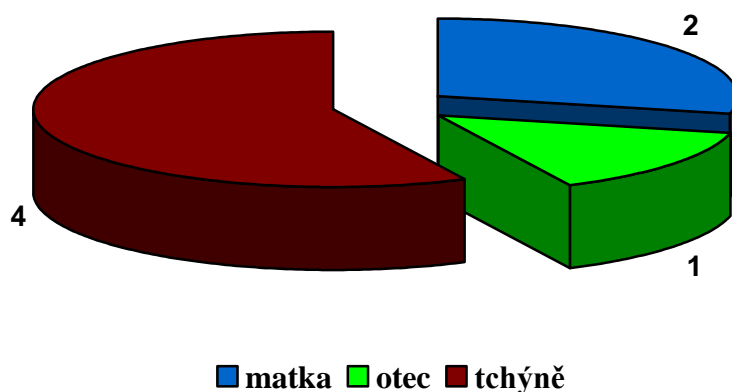
Současné pečující		Pečující v minulosti	
Zdena	42 let	Hana	46 let
Jarmila	62 let	Tereza	22 let
Anna	53 let	Alena	60 let
Petra	45 let	Martina	51 let
Lenka	43 let	Mirka	43 let
Jana	45 let	Dagmar	46 let
Jiřina	35 let	Marie	50 let

¹⁰⁰ Srov. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. s. 154.

Všechny pečující s výjimkou jedné ze skupiny pečujících v minulosti, žily v době péče v manželství a měly minimálně jedno dítě.

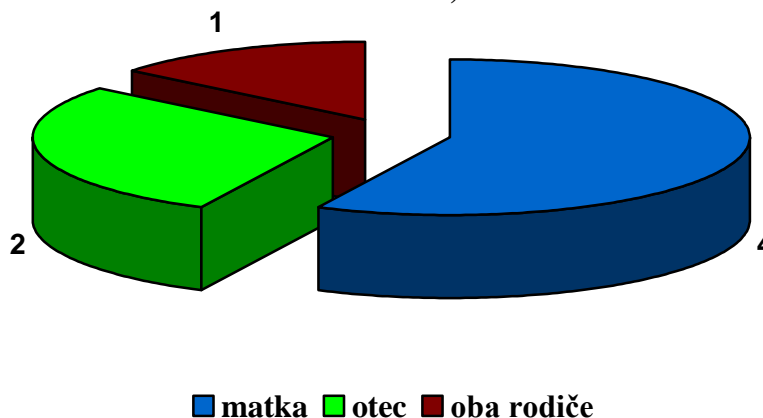
Ze sedmi současných pečujících 4 pečují o tchýni, dvě o matku a zbývající jedna žena pečuje o svého otce.

Graf 1 O koho je pečováno (současné pečující)



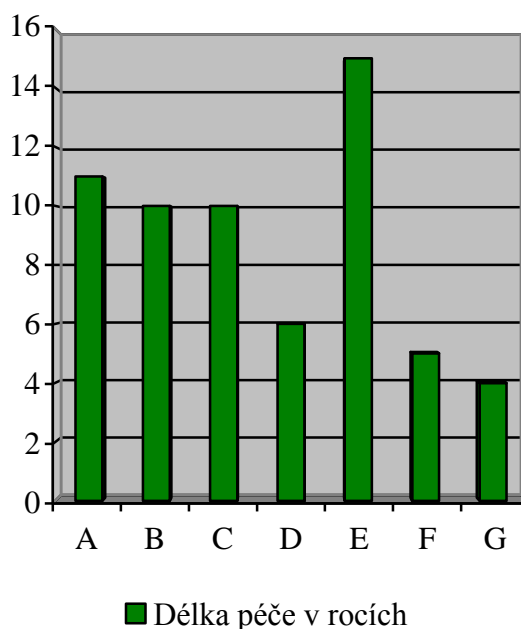
U pečujících v minulosti 4 ženy pečovaly o svou matku, další 2 o otce a jedna žena měla zkušenost s péčí o oba své rodiče.

Graf 2 O koho je pečováno (pečující v minulosti)



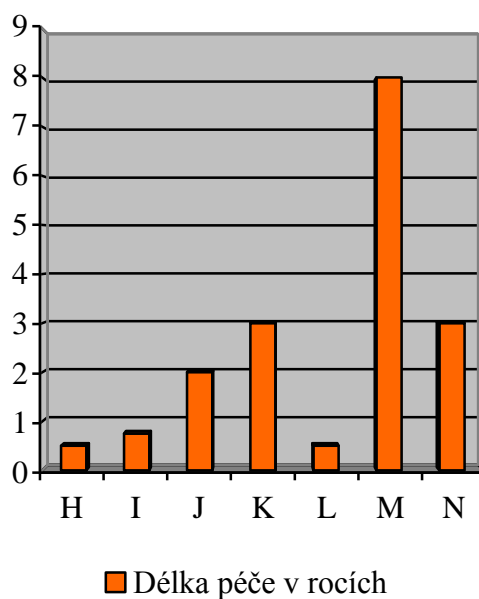
Podíváme-li se na výzkumný soubor z hlediska délky péče, vidíme, že ve skupině současných pečujících (zobrazené jako pečující A až G) je nejdelší doba péče 15 let, nejkratší pak 4 roky.

Graf 3 Délka péče (současné pečující)



Ve skupině pečujících v minulosti (pečující H až N) byla nejkratší doba péče půl roku, nejdelší pak 8 let.

Graf 4 Délka péče (pečující v minulosti)



Skupinu pečujících v minulosti můžeme také charakterizovat z hlediska okolností, za nichž byla péče ukončena. Ve čtyřech případech se konec péče kryje se smrtí rodiče, v dalších dvou případech se celkový stav rodiče zlepšil natolik, že další péče zatím není nutná a poslední pečující z této skupiny se pod vlivem okolností rozhodla po osmi letech rodinné péče pro umístění rodiče do domova důchodců.

6. 3 Způsob získávání dat

Pro naše účely jsme se rozhodli k získávání dat využít metodu rozhovoru. Ten může mít řadu různých podob. V tomto výzkumu jsme zvolili vůbec nejrozšířenější podobu a to polostrukturované interview.

Jeho podstatou je vytvoření určitého, pro tazatele závazného schématu, které zpravidla specifikuje okruhy otázek, na něž se bude následně ptát, přičemž je možné upravovat pořadí, v jakém se výzkumník jednotlivým okruhům věnuje. Výhodou je také možnost klást různé doplňující otázky, které se jeví jako vhodné a s jejichž pomocí rozpracováváme dané téma do hloubky. Tyto doplňující otázky často přinášejí mnoho kontextuálně vázaných informací, které mohou pomoci lepšímu uchopení problému. Výhodou tohoto typu interview je bezesporu skutečnost, že dokáže eliminovat nevýhody zbývajících dvou forem rozhovoru, tj. nestrukturovaného a plně strukturovaného interview.¹⁰¹

Při vytváření schématu polostrukturovaného interview jsme vycházeli z cílů výzkumu a stanovených výzkumných otázek. Konečné schéma interview obsahuje 22 otázek:

1. Co všechno péče o vašeho blízkého obnáší/obnášela?
2. Jak k tomu došlo, že jste se stal/a pečující? Plánoval/a jste to nějak?
3. Co Vás motivovalo k tomu, zůstat pečujícím? (motivy péče)
4. Tušil/a jste na začátku, co samotná péče obnáší? Lišila se Vaše očekávání od skutečnosti?
5. Podílí/podílel se na samotné péči ještě někdo jiný z vašich blízkých? (Pokud ano, v jakém rozsahu jste se dělili o péči?)

¹⁰¹ Srov. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. s. 160.

6. Jak se k faktu, že jste se stal/a pečující stavi/stavěli ostatní členové rodiny? Co na to partner/ka?
7. Pocítil/a jste nějakou změnu ve vztazích ve vaší rodině? (vliv na vztah s partnerem, dětmi, sourozenci...)
8. Má/Mělo Vaše rozhodnutí pečovat nějaký dopad na Vaše zaměstnání?
9. Představuje/představovala situace péče zátěž pro Váš rodinný rozpočet?
10. Pociťujete nějaké potíže se zdravím, které by mohly souviset s pečováním?
11. Jak u Vás vypadá/vypadalo sladění péče s běžným životem (př. s péčí o děti), změnil se nějakým způsobem Váš životní styl (způsob života, vliv na společenský život)?
12. Kolik času trávíte/jste trávil/a s rodinou při společných aktivitách mimo situaci péče?
13. Jak trávíte/jste trávil/a svůj volný čas?
14. Jak by jste popsal/a své pocity, které při péči zažíváte/jste zažíval/a?
15. Co pro Vás je/bylo nejtěžší? Jsou/byly přítomny nějaké obavy?
16. Kdo nebo co Vám pomáhá/pomáhalo zvládnout situaci péče?
17. Vyhledal/a jste nějakou odbornou pomoc?
18. Co Vám chybí/chybělo, co byste uvítal/a jako nápomocné při péči?
19. Uvítal/a byste nějakou formu poradenství v této oblasti? Pokud ano, co by mělo být obsahem, aby to pro Vás jako pečující/ho bylo užitečné?
20. Jak (zpětně) hodnotíte zkušenost péče o svého blízkého?
21. Jak vidíte vaši budoucnost po skončení péče?
22. Je něco, co byste mi ještě chtěl/a říct? Co ještě nezaznělo a je to pro Vás důležité v souvislosti s touto zkušeností?

Z tohoto schématu byla otázka na zpětné hodnocení zkušenosti péče položena pouze skupině pečujících v minulosti a na představu budoucnosti po skončení péče jsme se ptali jen skupiny současných pečujících.

6. 4 Způsob sběru dat

Sběr dat probíhal v období od listopadu 2009 do konce ledna 2010. Samotnému rozhovoru předcházelo získání informovaného souhlasu k účasti na výzkumu, jednotlivým účastníkům byl vysvětlen účel výzkumu, způsob získávání, zaznamenávání a následného zpracování dat. Všichni účastníci byli ubezpečeni o naprosté anonymitě výzkumu.

Jednotlivé rozhovory probíhaly jednak v domácnosti pečujících, kde samotná péče probíhá, a pak také v některých případech v kavárně. Doba, kdy rozhovory probíhaly, se lišila v závislosti na možnostech účastníků výzkumu. Délka každého rozhovoru se pohybovala kolem jedné hodiny. Všechny rozhovory byly po získání souhlasu nahrány na diktafon.

6. 5 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracována na základě kvalitativní analýzy. U všech nahraných rozhovorů byla nejdřív provedena doslovná transkripce. U takto získaného materiálu byla následně provedena analýza pomocí kódování.

Jde o postup, při němž jsou dostupná data nejprve systematicky prohledávána s cílem odhalit případné pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části, na což navazuje snaha takto získané výsledky analýzy interpretovat jako celek. Kódování přispívá k pochopení dat a umožňuje jejich popis. Jednotlivé kódy přiřazujeme úseku dat tak, že tento klasifikujeme případně kategorizujeme, přičemž zvolené kódy se vztahují ke zkoumaným okruhům vyjádřeným výzkumnými otázkami.¹⁰²

Pomocí prvního kódování jsme identifikovali jednotlivé subkategorie (kategorie první úrovně), které byly mezi sebou porovnávány s cílem nalézt mezi nimi společné souvislosti a vztahy, na jejichž základě jsme následně mohli provést jejich seskupování do kategorií druhé úrovně.

Ke každému přepsanému rozhovoru jsme přistupovali jako k samostatnému případu. Jednotlivé případy jsme postupně porovnávali mezi sebou s cílem najít v nich určité pravidelnosti, opakující se vzorce a pokud možno identifikovat příčiny a následky jednotlivých jevů. Popsaným způsobem jsme se dostali ke konečnému systému kategorií a subkategorií, zachycujících podstatu zkoumaného jevu. Odhalení vzájemných souvislostí v tomto systému nám následně umožnilo interpretovat výsledky jako celek.

Je třeba zdůraznit, že analyzujeme data získaná od samotných pečujících, tzn., že jednotlivé kategorie odrážejí jejich subjektivní pohled, způsob vnímání a prožívání. Nabízí se nám tedy pohled na danou skutečnost očima pečujících.

Data získaná od obou skupin pečujících (tj. současné pečující a pečující v minulosti) byla analyzována zvlášť. Následně došlo k porovnání získaných údajů od obou skupin a shrnutí do konečných výsledků.

¹⁰² Srov. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. s. 226 - 228.

7. VÝSLEDKY ANALÝZY

Prostřednictvím analýzy rozhovorů jsme se dostali k jednotlivým subkategoriím a kategoriím. Kategorie ve své podstatě korespondují s oblastmi zkoumání, které jsou vyjádřeny ve výzkumných otázkách a promítnuty do podoby výše uvedeného výzkumného interviu. Na získané kategorie se rozhodně nelze dívat jako na jasně oddělené v řadě případů totiž dochází k tématickému překrývání. Ukázalo se, že hlavní okruh zájmu, tj. jak pečující prožívají situaci péče o rodiče, má souvislost s ostatními aspekty péče, proto u jednotlivých kategorií resp. subkategorií poukazujeme na zjištěné souvislosti s celkovým prožíváním. Zároveň se zde také pokusíme ukázat na vzájemné souvislosti mezi jednotlivými subkategoriemi.

Následující text seznamuje s výsledným kategoriálním systémem, pro ilustraci jej doplňujeme konkrétními výroky jednotlivých pečujících.

7.1 *Proces stávání se pečující*

Nejprve se budeme věnovat kategoriím zachycujícím **proces stávání se pečující** neboli určité výchozí předpoklady péče. Jde o kategorie **převzetí péče, motivace k péči, představa o péči**.

Bavíme-li se o okolnostech **převzetí péče**, mluví všech 14 pečujících o zhoršení zdravotního stavu rodiče, a tím vzniklé potřebě pomoci ze strany okolí. Ve všech případech následovala péče jako přirozená reakce na náhle vzniklou potřebu pomoci, tudíž ji nepředcházelo žádné plánování zajištění péče. Podnětem k péči byla vzniklá potřeba takové péče. Pečující mluví o vplutí do situace péče.

Mirka: „...to vyplynulo ze situace, když onemocněl a nebyl schopný se o sebe sám postarat, to bylo samozřejmé, ne?“

Jarmila: „...to jde samo, člověk tady žije a ten člověk potřebuje pomoc, takže člověk to ani tak nebere...beru to přirozeně.“

V případě, že rodič, který nyní potřebuje pomoc, má více než jednoho potomka, rozhoduje o tom, kdo z nich se ujme péče několik základních okolností. Pokusili jsme se je

zachytit v následujících subkategoriích. Platí, že ten, kdo se péče první ujme, zůstává hlavní pečující i nadále.

Stará se ten, s kým rodič bydlí - pokud bydlí rodič ve společném domě či bytě z některým ze svých potomků, je to právě on, kdo zareaguje na vzniklou potřebu péče příslušnou pomocí. V situaci, kdy rodič žije se svým synem, ujímá se péče jako hlavní pečující jeho partnerka.

Zdena: „...ona (tchýně) byla s náma, tak to bylo na nás...byla špatná, tak jsem se začala starat.“

Tereza: „je to malý byt a já jsem měla s maminou pokojíček, ségra byla na VŠ a pracovala, takže měla svůj pokoj, tím, že já byla s ní v tom pokoji, tak ona mě budila ve dne v noci a cokoli potřebovala, říkala mně.“

Stará se ten, komu připadne nemovitost, v níž rodič bydlí - do značné míry jde o situaci podobnou předešlé. Pečující nějakým způsobem sdílí dům nebo byt s rodičem. I když nebydlí přímo spolu, jsou spojeni alespoň majetkově, přestože druhý sourozenec bydlí blíže rodiči, vlastnictví domu rozhoduje.

Anna: „manžel vlastně zdědil chalupu a zdědil ji i s babičkou, takže my se teď musíme starat, nebo musíme, jsme tady, tak kdo jiný...manžel má ještě sestru, ona sice bydlí tady ve vsi, ale nějak se o tu mámu nezajímá...jasně vplynulo, že kdo je tady na baráku, ten se bude starat...“

Stará se ten, kdo bydlí blíže - péče o vlastního rodiče se ujímá dítě, které bydlí blíže k němu, je-li tato vzdálenost zhruba stejná, roli hlavní pečující přebírá dcera.

Jana: „přišlo to samo, mamince se postupně zhoršoval zdravotní stav, a tak potřebovala...no a kdo jiný, já bydlím kousek od ní, bratr to je chlap a stejně bydlí na druhém konci republiky.“

Stará se jedináček - v případě, kdy pečující nemá další sourozence je zřejmé, že zajištění péče je na něm.

Petra: „to bylo jasný, jsem jedináček, tak kdo jiný by se měl postarat.“

Jiřina: „...kdo jinej, sem jedináček...vždycky jsme žily s mamkou v jednom domě, bylo to jasné...“

Ukázali jsme si, jak dochází k tomu, že někdo z potomků začne pečovat o rodiče, nyní se podíváme, jak pečující vnímají a reflektují motivaci, která je vede k převzetí péče a setrvání v roli pečujících. Všechny pečující, pokud mluví o své motivaci, uvádějí celou směsici motivů, které není možné jednoduše oddělit, naopak právě jejich provázanost nám podbarvuje kontext, do něž je péče zasazena. Nejčastější varianta odpovědi na motivaci shrnutá do jedné věty by vypadala nějak takto: „Jsou to přece rodiče, starám se, protože to potřebují, to je přece přirozené, že se děti postarají o rodiče“. Tato věta není autentická, její obsah však autentický je. Zachycuje nejčastější směsici motivů, kterou pečující popisují. „jsou to přece rodiče...“ pečující při vysvětlování své motivace odkazují na svůj **vztah k opečovávanému jedinci** - starají se, protože to jsou přece jejich rodiče. „...starám se, protože to potřebují, to je přece přirozené...“ pečující se ujímají péče a setrvávají v této péči, protože vnímají, že to jejich rodič potřebuje. Už toto samotné **poskytnutí pomoci** je pro ně motivem, navíc to vnímají jako něco zcela přirozeného. Poslední část věty „...že se děti postarají o rodiče.“ v sobě nese jakousi obecně **vnímanou povinnost** a předurčuje nastavení jedince, který si ji uvědomuje.

Alena: „já měla maminku strašně ráda...potřebovali (rodiče) pomoc, tak jsem jim pomohla, oni na mě spoléhali...“

Jarmila: „potřebovala pomoc...je to vlastně manželova maminka, je to naše snad povinnost, tak to tak беру, mě k tomu nikdo nenutil, nikdo...totiž ona to ode mě nechtěla, myslela, že mou pomoc nebude nikdy potřebovat, to mi vždycky říkala, od tebe ne...no, ale teď potřebuje pomoc, беру to přirozeně.“

Petra: „je to táta...prostě potřeboval pomoc...taková ta povinnost dětí vůči rodičům, to se má, ne?“

Další skupina motivů vyplývající z provedené analýzy souvisí s vnímanou reciprocitou. Pečující mluví o tom, že **měly rodiči co oplácet**. Jejich rodiče se o ně starali když to potřebovaly a teď, když se situace obrátila, je namístě, aby se postaraly zase ony. Druhou variantou je to, že hovoří o **vzoru pro své děti**, což se pojí s očekáváním, že v případě potřeby by se zas jejich děti postaraly o ně.

Zdena: „...ten motiv byl postarat se...taky si říkám, že i já jednou budu stará a budu potřebovat.“

Lenka: „...ona mi hodně s dcerou pomohla...tak myslím, že ji mám co oplácet...jednou budu možná na stejném místě jako ona a budu ráda, když to ty děcka vidí, jak se mají zachovat k rodičům a že se o mě taky postarají. Jednou je to manželova maminka, takže myslím, že je povinnost těch dětí se o ty rodiče postarat.“

Posledním motivem, který se u pečujících objevil, je **snaha zachránit** rodiče. Pečující poskytly péči, protože to jejich rodič potřeboval, ve snaze zvrátit jeho nepříznivý stav a poskytnout mu prostor pro zotavení.

Hana: „...že jsem nechtěla, aby umřela...no byla to prostě moje matka, chtěla jsem ji prodloužit život, chtěla jsem ji zachránit a chtěla jsem prostě vyzkoušet všechny možnosti.“

Martina: „...no to, že potřebovala pomoci...postarat se o ni, aby se z toho dostala, je to máma...“

Pečující se ujímají péče v reakci na vzniklou potřebu pečovat, jejich postoj je určován řadou různých motivů. Péče je vlastně výsledkem protnutí se vnějších okolností, tj. vzniklé potřeby pomoci, možnosti pomoc poskytnout (oproti ostatním sourozencům nebo pod vlivem faktu, že jde o jedináčka) a vnitřních motivů vedoucích jedince k nabídnutí potřebné péče. Nyní se podíváme, s jakou představou o péči jako takové pečující do procesu péče vstupovaly a jak se tato počáteční představa v konečném důsledku lišila od skutečnosti. Komplex všech výše uvedených faktorů zachycující počáteční kontext péče podstatně ovlivňuje to, jak pečující prožívají situaci péče jako celek. Zejména když jsou tyto výchozí faktory následně konfrontovány se skutečností každodenní péče.

Jak tedy pečující reflektují svou počáteční představu o tom, co péče obnáší? V podstatě můžeme v této souvislosti rozlišit dvě základní situace. V prvním případě pečující mluví o tom, že vůbec netušily, co to obnáší, že neměly **žádnou konkrétní představu** o nárocích péče. Ve druhém případě je přítomná alespoň nějaká počáteční představa o tom, co taková péče obnáší. Tato **existující představa** je následně porovnávaná se skutečností.

Žádná představa - celkem devět pečujících (4 současně a 5 pečujících v minulosti) uvádí, že vůbec netušily, co taková péče obnáší. Zdůrazňují, že nevěděly do čeho jdou, prostě reagovaly na potřebu péče, jejíž nároky objevovaly, tzv. za pochodu. Maximálně zde byl přítomen jakýsi základní zcela nekonkrétní rámec pomoci jako reakce na „to, co bude zrovna třeba“.

Mirka: „ne, neměla jsem představu...překvapí vás to...“

Martina: „...ne vůbec jsem nevěděla, co bude potřeba...to se ukázalo až v průběhu“

Lenka: „ne to fakt ne, na to se snad ani nedá připravit...prostě děláte, co je zrovna potřeba, jak to přijde, tak to berete“

Tereza: „*vůbec jsem nevěděla do čeho jdu, nikdo mi nic neřekl...*“

Existující představa - u zbývajících pečujících (3 současné a 2 pečující v minulosti) byla na začátku přítomna nějaká představa o péči, vytvořená na základě dřívějších zkušeností, případně zprostředkovaných informací od jejich známých, blízkých apod. Všech pět pečujících však uvádí, že jejich počáteční představa se ukázala jako milná a realitě naprosto neodpovídající. Protože není možné dopředu odhadnout, jak bude péče probíhat, není možné se na to ani připravit.

Hana: „*...tak trochu tušila, ale bylo to horší než jsem tušila...člověk si ani neuvědomí, jakou bude mít zodpovědnost...*“

Anna: „*znala jsem péči o postiženého syna, ale tohle ne, je to úplně jiný...asi je lepší si nic nepředstavovat a dělat, co je potřeba*“

Jiřina: „*je to pokaždý jiný...vlastně starala jsem se o maminku už dřív, ale teď je to jiný, tehdy jsem ještě neměla rodinu a i to, co potřebuje je jiný...nejde si to dopředu představit.*“

Čím víc se počáteční představa o péči liší od zažívané skutečnosti (v tom smyslu, že skutečnost je posuzovaná jako horší), tím větší nejistota a do jisté míry i zklamání je s tím spojené. V tomto směru se jeví jako lepší vstupovat do péče s tím, že bude nutné reagovat bezprostředně na neočekávané změny.

Mluvili jsme o očekávaných nárocích péče, podívejme se nyní, jak pečující referují o skutečných nárocích péče, tak jak je samy vnímaly. Z výpovědí všech čtrnácti pečujících vyplývá, že intenzita péče se v průběhu času mění. V reálu to znamená nárůst nebo naopak snížení počtu a intenzity jednotlivých úkonů péče v závislosti na vývoji zdravotního stavu potřebných rodičů. Každá ze čtrnácti oslovených pečujících má různě dlouhou zkušenost s kompletní péčí o potřebného rodiče, zahrnující péči o hygienu, oblékání, přípravu a podávání jídla a léků, doprovod k lékaři. Kromě těchto základních činností uvádějí některé pečující ještě přímé provádění potřebného rehabilitačního cvičení (2 současné pečující a 2 pečující v minulosti) nebo alespoň jeho zprostředkování např. přes rehabilitační sestru (2 současné pečující). Jedna pečující, která pečovala v minulosti, uvádí jako součást péče pravidelné provádění speciálních masáží. V těch případech, kdy péče probíhala v bytě nebo domě rodičů, zmiňují pečující jako součást péče i starost o jejich domácnost. Samotný popis toho, co péče obnáší, je ze strany pečujících často doplňován o reflexi jejich prožívání. Mezi oběma skupinami pečujících nebyl zjištěn rozdíl v obsahu

poskytované péče. Jediný rozdíl spočíval ve způsobu, jakým pečující o nárocích péče mluvily. Skupina současných pečujících začala své vyprávění vylíčením současného stavu a následně jej doplňovala o informace z minulosti, zatímco skupina pečujících v minulosti začala zpravidla od okamžiku vzniku potřeby péče a pokračovala chronologicky až do okamžiku jejího skončení. Jak již zaznělo, samotná péče je spíše reakcí na aktuálně vzniklé potřeby. Vzhledem k nesmírné rozmanitosti situace péče, a to i v rámci jednoho případu, není možné ani žádoucí shrnout nároky péče do nějakého zjednodušujícího obecného modelu. Navíc jde pouze o zachycení praktických úkonů, které péče obnáší. Péči jako proces není možné redukovat pouze na tyto praktické úkony. Musíme si všimnout i toho, jak se situace péče odráží v ostatních oblastech života pečujících.

V následujícím textu se budeme věnovat analýzou získaným kategoriím a subkategoriím zachycujícím vliv péče na jednotlivé oblasti života pečujících. Postupně se budeme zabývat výsledky zachycujícími vliv péče v oblasti rodiny a rodinných vztahů a společenského života pečujících, jejího dopadu v oblasti zaměstnání a zdravotního stavu pečujících.

7. 2 Péče a rodina

Ze získaných dat vyplývá, že pokud se dospělý jedinec začne starat o svého rodiče, představuje tato skutečnost nový aspekt v životě jeho rodiny a jako takový se zcela pochopitelně odráží v jejím fungování, organizaci a potažmo i ve vztazích mezi jednotlivými členy. Právě dynamika vztahů, to jak se vyvíjí vztahy v rodině, je značně ovlivněno tím, jak vypadá sladění péče s běžným životem rodiny, významnou roli hrají postoje jednotlivých členů rodiny, to jaké stanovisko zaujmou ve vztahu k péči.

Život rodiny mimo situaci péče

Tato kategorie ukazuje, nakolik se v důsledku péče změnil společný život rodiny. Klíčový je tu právě faktor změny, která je pečujícími dávaná do souvislosti s péčí. Společným životem rozumíme čas trávený rodinou dohromady. Na jedné straně sem patří společné zájmové aktivity, společné oslavy nejrůznějších významných událostí, rodinná dovolená apod. Na druhé straně tato kategorie odráží změnu v dosavadních zvyklostech v oblasti života rodiny na úrovni vztahu pečující - partner, pečující - děti.

Podíváme-li se tedy na společně trávený čas rodiny, můžeme zjednodušeně rozlišit dvě základní situace. První by se dala charakterizovat jako **není situací mimo péči**, můžeme ji pozorovat u pěti pečujících (3 minulé a 2 současné). Druhou situací je **zachování společných aktivit**, v různých podobách ji můžeme identifikovat u zbývajících pečujících (4 minulé a 5 současných). Jde vlastně o dva základní postoje související s jakýmsi primárním nastavením pečujících ohledně významu péče a způsobu jejího zajištění.

Nyní se zaměříme na jednotlivé zjištěné subkategorie, které se vztahují ke změně v dosavadních zvyklostech života rodiny, sytící kategorií **není situací mimo péči**.

Vše ostatní stranou - celkem v pěti případech referují pečující o péči jako o skutečnosti, která určuje vše ostatní. Pečující chápou péči jako vše prostupující záležitost a vše ostatní vnímají jen skrze ní. Prakticky na všechny otázky z nejrůznějších oblastí reagují pečující opětovným vylíčením podstaty péče a až od ní se dostávají k jádru otázky. Svým způsobem vyjádření dávají najevo, že péče má primární důležitost, vše ostatní je druhotné a děje se jakoby mimochodem.

Anna: *„rodina bydlí jinde...babička je tady na tom daleko hůř a musím jako jediná, schopná zůstat tady...na rodinu není čas“*.

Mírka: *„vše šlo stranou, péče o tátu měla přednost“*

Dagmar: *„nic nebylo, žádný oslavy narozenin jsme nedělali...nic mě nenapadá“*

Trpělivý partner - změna v dosavadním způsobu fungování na úrovni pečující-partner, spadající do dimenze **není situací mimo péči**, spočívá v omezení společných aktivit a společně tráveného času (mimo problematiku péče) na minimum.

Petra: *„manžel je skvělejší, musel se vlastně smířit s tím, že jsem ho jakoby odsunula, prostě když se mu to zhoršilo (otci), potřebuje mě teď víc“*

Dagmar: *„manžel byl trpělivý...já jsem vlastně nefungovala až tak jako manželka...ta péče je náročná a jak je člověk v takovém nějakém psychickém stresu, tak nefunguje“*

Chápající děti - pokud se rozhodnutí postarat se o potřebného rodiče stalo dominantní záležitostí v životě pečující, odráží se tento fakt i ve vztahu k dětem. I zde je patrná tendence omezit se na nezbytné věci tak, aby to nekolidovalo s péčí, která se těší vysoké důležitosti. Rozdíly je možné pozorovat v závislosti na věku dětí, ale i od těch nejmenších se očekává určitá míra pochopení pro danou situaci a nekomplikování této situace. Dětem

je vysvětleno, že babička nebo dědeček teď potřebují pomoc a ony musí být hodné, aby se vše dařilo dobře. Jak uvidíme dále, časté je zapojení dětí do péče.

Anna: „*takže já vlastně na úkor svého syna, nemocného invalidy... zůstávám tu a pečuju o ni (tchýni)*“

V řadě případů se však pečujícím podařilo v různé míře udržet do té doby obvyklé společné aktivity rodiny (kategorie **zachování společných aktivit**). Pečující a jejich rodiny našly způsob, jak zkombinovat běžný život rodiny s péčí o svého blízkého. V rámci této kategorie můžeme rozlišit několik základních subkategorií reprezentujících vlastně různé způsoby kombinace péče s aktivitami rodiny. Nutno ovšem dodat, že v průběhu dlouhodobé péče často dochází ke střídání případně kombinaci těchto přístupů.

Bez výrazného omezení - zejména v situacích, kdy mají pečující možnost se v péči střídat, případně nechat se v péči zastoupit, se rodině daří zachovat dosavadní aktivity v podstatě nezměněném rozsahu. S ohledem na potřeby péče se může měnit intenzita těchto aktivit, ale zpravidla se daří prožívat spolu významné události a účastnit se společných akcí. Zdá se, že výjimku zde tvoří společná rodinná dovolená na tu rodina často úplně rezignuje nebo ji realizuje jiným způsobem, než jaký byl pro ni do teď typický.

Jana: „*říkám, snažím se být s manželem, s dětmi u důležitých událostí, narozeniny a tak, ale třeba dovolená, to nejde...*“

Alena: „*dál jsem chodila s dcerou cvičit a s manželem jsme chodili ven, v podstatě jsme podnikali co před tím...možná ne tak často jak před tím, ale nějak to šlo*“

Všichni mínus 1 - rodina se účastní společných aktivit jakoby na etapy, tj. aktivity, na které byla rodina zvyklá jsou zachovány, ale často je při nich rodina rozdělena, protože jeden její člen (může jít pokaždé o někoho jiného) má v tu dobu na starost zajištění péče a dohled nad tím, o něž je pečováno.

Marie: „*vždycky jsme se nějak domluvili a někdo s ní zůstal*“

Lenka: „*my to děláme tak, že se střídáme, tak třeba manžel je s maminkou a já jedu s děčkama na dovolenou*“

Všichni plus 1 - celkem čtyři pečující (1 minulé 3 současné) chápou jako společné aktivity rodiny ty, kterých se účastní i jejich stárnoucí rodič. Při dotazu na život rodiny mimo situaci péče, popisují zapojení svého rodiče do života rodiny. Dochází tak vlastně

k rozšíření rodiny pečujících o jednoho člena. Trávení nějakého společného času bez něj nebo jeho vynechání z důležitých rodinných událostí, není pro rodinu tématem.

Jarmila: *„to se nedá oddělit, babička je rodina, patří k nám, takže jsme všichni dohromady“*

Jak můžeme vidět, určité bazální nastavení ve vztahu k péči je tu rozhodující. Pokud je péče brána jako něco, před čím musí vše ostatní ustoupit, můžeme u pečujících pozorovat až radikální stažení se ze života rodiny, snížení angažovanosti ve vztazích s partnerem, ale i dětmi. Ústředním tématem se stává péče. Pečující v tomto případě reflektují skutečnost, že opomíjejí svou rodinu, nicméně si nedovedou představit, že by mohly postupovat jinak. Toto uvědomované omezení ve vztahu k partnerovi nebo dětem se často pojí s řadou nepříjemných pocitů. Pečující spontánně hovoří o zanedbávání vlastních dětí, odsunutí partnera druhou kolej, péči na úkor vlastní rodiny apod. Tyto na sebe směřované výčitky negativně ovlivňují celkové prožívání pečujících.

Hana: *„takže si myslím, že jako třeba ty děti jsem v té době hodně zanedbávala, ale zase protože to mělo být proto, že jsem jim chtěla zachránit babičku“*

Anna: *„je to na úkor mé rodiny...to jsem skoro brečela, když vnučka mě tuhle nepoznala a říkala mi této“.*

V opačném případě je péče brána spíše jako další aspekt života rodiny. Pečující a jejich rodiny hledají způsob, jak zachovat to, nač byli dosud zvyklí. Repertoár témat společných pro rodinu je v tomto případě mnohem širší. V celkovém prožívání péče ze strany pečujících nacházíme v těchto případech více pozitivních aspektů.

Zapojení rodiny do péče

Zdá se, že k zapojení rodiny do péče dochází zcela přirozeně. Osobní péče o rodiče představuje pro rodiny pečujících skutečnost, na kterou musí nějakým způsobem reagovat. Tato kategorie ukazuje na možné reakce členů rodiny promítnuté do roviny jednání vztahujícímu se k péči. Samy pečující spontánně mluví o ostatních členech rodiny z hlediska jejich postoje k péči. Pečující velmi citlivě reagují na jednání členů rodiny ve vztahu k péči, ukazuje se, že tyto informace silně ovlivňují nejen vztahy mezi nimi a jednotlivými členy rodiny, ale také mezi členy rodiny navzájem. Příbuzenský vztah k pečující byl hlavním kritériem určujícím následující kategorie: **činnost dětí, činnost partnera, sourozenci a širší rodina**. Příbuzenský vztah do značné míry určuje roli jednotlivých členů rodiny ve vztahu k péči, zdá se, že důležitou roli tu hraje soubor

očekávání, které si pečující s jednotlivými rolemi spojují. Vnímané dostání resp. nedostání těmto očekáváním se následně odráží ve vztazích.

Podíváme-li se na pozici dětí v rodině pečujících, zjišťujeme, že jev charakterizovaný jako **činnost dětí** se objevuje ve vyprávění pečujících v několika různých podobách, které blíže přibližují následující subkategorie.

Hlídní sourozenců - pokud je v rodině víc než jedno dítě, pak se od toho staršího očekává, že v rámci možností dohlédne na mladší sourozence. Tím vlastně umožňuje matce věnovat více času péči o potřebného rodiče.

Hana: „na starší dceři bylo třeba kus péče o tu mladší...měla jí dost na starosti, což jí asi dost pilo krev...“

Pomoc v domácnosti - další nepřímý způsob zapojení dětí do péče spočívá v tom, že se ujmou některých povinností zajišťujících chod domácnosti. V této souvislosti se ukázala zajímavá skutečnost a sice, čím je dítě starší, tím jako by se tato forma pomoci těšila v očích pečujícího rodiče menší významnosti, a to tím víc pokud dítě nerozšíří (ideálně spontánně) svoji pomoc o prvky přímé péče.

Dagmar: „no když už je potřeba, tak se dcera o toho dědu taky postará, ale už to není až tak stoprocentní, ale zas zajistí to kolem, úklid a tak.“

Alena: „syn, ten třeba dělal takový ty věci kolem domu a tak.“

Pomoc s přímou péčí - situace, kdy se děti zapojí nejrozličnějším způsobem přímo do péče. Taková forma pomoci je samotnými pečujícími hodnocena velmi vysoko. Jejich výpovědi o takovém zapojení dětí obsahují implicitně velkou míru uznání a ocenění.

Dagmar: „syn teda je užasné, ten to s ním tak umí...má velkou trpělivost, není na něm vidět, že by byl našťvaný, když má něco udělat, on teda mě hodně pomáhal.“

Lenka: „syn (15) má babičku hodně rád, když byl malý, tak ona neuměla psát po té příhodě, takže on ji učil, dělal s ní čárky a tak. Teď už se vlastně o ni postará, zvládne všechno, co je potřeba, no vlastně i ta dcera (21) kdyby bylo potřeba...“

Mluví-li pečující o kterékoliv výše uvedené formě zapojení dětí do péče, prezentují ji téměř vždy jako pomoc jim coby rodičům, nikoli jako pomoc prarodičům. Výroky typu „pomáhaly mi...“, „hodně mi pomohly, když...“ jsou často pečujícími užívány i v případě,

kdy hovoří o situacích, v nichž se jejich děti přímo podílely na péči o prarodiče. Tato skutečnost staví zapojení dětí do péče do roviny očekávané a přirozené pomoci dětí rodičům. Činnosti jako hlídání sourozenců nebo pomoc s domácností jsou tak vlastně brány jako samozřejmost, která se od hodných dětí očekává. Nutno dodat, že za určitou formu pomoci je považováno i to, že děti budou hodné, nebudou dělat problémy a díky tomu nebudou přidělovat rodičům starosti.

Jana: „*děcka jsou fakt hodný, nejsou s nimi problémy, pomáhají mi, jak to jen jde.*“

Další kategorií spadající do rámce zapojení rodiny do péče je **činnost partnera**. I tento jev se objevuje v různých podobách. Analýzou přepsaných rozhovorů jsme se dostali k pěti subkategoriím zachycujícím vlastně různé postoje partnerů pečujících žen. Pečující z obou skupin o nich mluví v souvislosti se zapojením rodiny do péče a postojem partnera k péči.

Přímá pomoc - jde o případ, kdy se partner pečující podílí na úkonech přímo spojených s péčí. V těchto případech je partner zpravidla schopen pečující v době její nepřítomnosti kompletně zastoupit. Tato forma pomoci ze strany partnera je častější, pokud se partnerka stará o jeho rodiče. Ve skupině současných pečujících uvádí partnerovo přímé zapojení do péče 3 pečující, ve všech případech se tyto starají o svoji tchýni. V druhé skupině, tj. u pečujících v minulosti, je přímá pomoc partnera zmiňovaná dvakrát s tím, že v obou případech šlo o pomoc s péčí o rodiče partnerky. V jednom z těchto dvou případů pečující dodává, že tímto způsobem se manžel zapojil až poté, kdy měl možnost vyzkoušet si péči o svoji maminku.

Alena: „*ten chlap si to neuvědomuje, dokud se to netýká jeho rodičů, nakonec na to začal hledět jinak a začal se i do té péče zapojovat.*“

Nutno dodat, že pečující mluví o přímém zapojení partnera do péče jako o něčem do značné míry mimořádném a nadstandardním. O něčem co v podstatě ani neočekávají, a to i v případech, kdy se starají o jeho rodiče. Navíc v případech zapojení partnera (syna) do přímé péče o jeho rodiče mluví pečující ženy o významné pomoci sobě s něčím, co je jejich práce, nikoli jako o pomoci rodiči.

Jarmila: „*manžel mně s ní pomáhá, to teda jo*“

Lenka: „*manžel mně fakt hodně pomáhá...třeba řekne, ty, já u ní chvílku budu, odpočín si*“

Ve všech případech, v nichž pečující hovoří o přímém zapojení partnera do péče, zdůrazňují také vnímanou, explicitně vyjádřenou podporu z jeho strany. V některých případech se však vyjádřená podpora ze strany partnera objevuje samostatně.

Vyjádřená podpora - pečující vnímají pouhé vyjádření podpory ze strany partnera jako nápomocné péči. Jde o zapojení partnera do péče tím, že jim vyjadřuje podporu, a tak jim vlastně při péči pomáhá. Takováto pomoc partnera je často brána jako dostatečná, cokoli nad to je zpravidla bráno jako do značné míry mimořádná pomoc.

Petra: „*manžel mě dokáže ohromě podržet...vím, že mám jeho podporu, tím mně hodně pomáhá*“.

Pomoc s domácností a dětmi - zvýšené zapojení se do zajištění chodu domácnosti a péči o děti představuje další činnost, o níž pečující hovoří jako o zapojení partnera do péče. Opět toto podávají jako situaci, kdy jim partner pomáhá při zvládání jejich povinností a dělá tak něco, co by normálně v takové míře nedělal.

Jiřina: „*s tou péčí mi hodně pomáhá manžel, udělá doma spoustu věcí a hodně se stará o malou.*“

Tato forma zapojení partnera je stejně jako v případě přímé pomoci často spojena s vyjadřovanou podporou.

Tichá podpora - partner explicitně nevyjadřuje podporu, ale také nedělá nic, co by se dalo chápat, jako že se staví proti péči. Pomáhá tím, že situaci nekomplikuje.

Mirka: „*no a manžel v té době to bylo, jo snažil se...pokoušel se to zvládnout...to bylo dobré, že nebyly problémy ještě s ním.*“

Proti péči - situace, kdy partner dává najevo svůj nesouhlas s péčí a v podstatě se staví proti ní. Nijak nepomáhá spíše vše jen komplikuje. V našem případě se tato varianta objevila pouze u jedné pečující v minulosti.

Martina: „*...bylo vidět, že mu to vadí, pořád měl něco...musíte řešit ještě to, že to nefunguje...*“

Postoj partnera k péči, vyjadřovaný do značné míry jeho zapojením nebo nezapojením do péče, významným způsobem ovlivňuje to, jak pečující vnímají svůj vztah k partnerovi a odráží se ve vztazích v rodině jako celku. Nutno podotknout, že tohle

samozřejmě platí i obráceně. Kvalita vztahu obou partnerů před péčí má vliv na podobu vztahu v době péče. Ovlivňuje také to, jak pečující vnímají jednotlivé formy zapojení partnera do péče. Pokud partnerský vztah před péčí nefunguje, pečující s partnerem pro péči v postatě nijak nepočítají, nespolehnou se na to, že by jim nějak pomohl, pouhá tichá podpora je v takovém případě hodnocena velmi kladně.

Příkladem zapojení rodiny do péče je i zapojení sourozenců pečujících žen nebo v případě, že se starají o tchýni, zapojení sourozenců partnera. Tato kategorie nám ukazuje, jakým způsobem se ostatní potomci rodiče, který nyní potřebuje péči, při zajištění této péče angažují. Z analýzy rozhovorů vyloučily tři základní situace tvořící subkategorie **spontánní spolupráce, vyžádaná spolupráce a žádná spolupráce**. Konečná podoba spolupráce se sourozenci opět významně závisí na kvalitě vztahu mezi nimi před péčí. Kontext této variantě zapojení do péče dává výše popsany proces **stávání se pečující**. Nutno dodat, že pečující mnohem více předpokládají zapojení sourozence, jde-li o sestru, v případě, že mají bratra s tím v podstatě nepočítají.

Jana: „...bratr? to je chlap a stejně bydlí na druhým konci republiky...“

Spontánní spolupráce - jak už název napovídá, jde o situaci, kdy ostatní potomci rodiče o nějž je pečováno, spontánně nabídnou pomoc a snaží se různými způsoby participovat na péči. Jde-li o péči poskytovanou v domácnosti pečujících, předchází ji zpravidla velmi dobré vztahy mezi sourozenci již před situací péče. Taková pomoc je pak chápána jako samozřejmá a spolupráce se pro všechny zúčastněné stává něčím přirozeným.

Zdena: „...když přijede švagrová, tak se o ni postará, je s ní...ona tady hodně zůstává, tady bydlí, je tady každou neděli...když přijde, tak to není, že je na návštěvě, prostě je tu doma...je pro mě rodina, prostě sem jezdí, se vším pomůže, je tu jak doma...“

Jarmila: „švagrová sem jezdí pravidelně ve čtvrtek, tak jsou spolu...když jsem ještě chodila do práce, tak sem jezdila a pomáhala mi, teď to zvládneme sami, tak je vždycky nechávám, aby se užily...když bysme potřebovali někam jít, tak se o ňu postará...“

Trošičku jiná situace nastává, když péče probíhá v domácnosti rodiče, kam spolupracující sourozenci docházejí. V takovém případě dokáží sourozenci spontánně spolupracovat, i když jejich vzájemné vztahy nejsou natolik vřelé jako v předešlé variantě.

Mirka: „střídali jsme se s bráchama, ale bylo to těžký, moc spolem nevycházíme...myslím, že se to spíš zhoršilo...jeden si myslel, že to dělám kvůli penězům, že toho dělám málo...a druhý, no tam je to furt stejný...skoro spolem nemluvíme“

Vyžádaná spolupráce - jde o variantu spolupráce, kdy se sourozenci spontánně neangažují a reagují až na žádost (výzvu) pečující a k té dochází zpravidla, když se pečující potřebuje nechat krátkodobě zastoupit z důvodu své nepřítomnosti. O vyžádaném zapojení sourozenců hovoří tři pečující (1 současná a 2 pečující v minulosti), ve všech těchto případech referují pečující o tom, že sourozenci alespoň v některých situacích (ne vždy, někdy pomohou jindy pomoc odmítnou - zde dochází k překrývání s následující subkategorií) pomohli, ale „*neochotně*“, případně dávali najevo, jak „*činí pečujícím milost*“. Jak uvidíme dále, ukázalo se, že tato skutečnost významně ovlivňuje vývoj vztahů v rodině.

Dagmar: „...*tak si ho na ty tři dni vzala na starost sestra, ale podala to tak, že mě dělá nějakou milost...*“

Žádná spolupráce - varianta, v níž se ostatní sourozenci péče neúčastní. Nabízí se několik okolností této neúčasti. Může jít o odmítnutí vyžádané spolupráce. Sourozenci byli pečujícími požádáni o pomoc a tuto pomoc odmítli. Takový postoj sourozenců má za následek výrazné ochlazení vztahů.

Lenka: „...*manžel má bráchu, ale ten by si ji nevezal...je ze stejné vesnice, ale že by si ji nějak třeba vzali, když bychom chtěli třeba jako rodina na dovolenou nebo tak, to ne, oni řeknou, že na to nejsou připraveni, že to nejde.*“

Dagmar: „*ted'ka když jsem viděla, že to nezvládám, tak jsem je (sestry) požádala o pomoc, skončilo to tak, že se mnou nemluví a tu pomoc mi teda neposkytly, žádnou.*“

Jiným důvodem, proč se sourozenci nijak neangažují v péči o rodiče je skutečnost, že bydlí ve značné vzdálenosti od rodiče. Zde můžeme vidět souvislost výše zmiňovaným procesem stávání se pečujícím. Nezapojení se v tomto případě je ze strany pečujících bráno jako pochopitelné a v podstatě to ani neočekávají, berou jako samozřejmé, že za těchto okolností se sourozenec zapojit nemůže.

Širší rodina - dle slov pečujících bývají do péče v některých případech zapojeni i členové širší rodiny. V případech zapojení širší rodiny do péče (tuto variantu uvádí 3 současné a 2 v minulosti pečující) jde o spontánní spolupráci nebo vyžádanou pomoc pečující. Hodně zde záleží na úrovni vztahů před péčí na tom jaké v rodině panovaly zvyklosti ohledně navštěvování, společných akcí, vzájemné pomoci, spolupráci apod. Pečující neočekávají pomoc od ostatních příbuzných, pokud toto nebylo před péčí běžné.

Vztahy v rodině

Analýzou rozhovorů získáváme informace o vývoji vztahů v rodině. Ukázalo se, že ve vývoji vztahů se do značné míry odráží všechny aspekty obsažené ve výše popsaných kategoriích. Již u dříve zmíněných kategorií a subkategorií jsme poukazovali na souvislosti s vývojem vztahů v rodině mezi jednotlivými členy. Nyní tedy podrobněji. Můžeme rozlišit dvě základní situace. Za první pečující pozorovaly **změnu ve vztazích** související s péčí. Za druhé žádnou změnu nepozorovaly a vztahy v rodině označují jako **beze změny**.

Beze změny - tuto variantu uvedly pouze dvě pečující ze skupiny pečujících v současnosti. V obou případech hovoří pečující o velmi dobrých vztazích už před péčí. Vztahy mezi jednotlivými členy rodiny vnímají jako přátelské až vřelé. Jako zcela běžné uvádějí vzájemnou podporu, blízkost, otevřenou komunikaci a spolupráci v případě potřeby. Toto vše přirozeně pokračuje i nyní v době probíhající péče, proto pečující hodnotí vztahy v rodině jako nezměněné.

Zdena: „*ne, žádná změna, my jsme spolu vždycky velmi dobře vycházeli...vždycky jsme se podporovali a pomáhali si...my jsme furt v pohodě...*“

Jiřina: „*nepozoruju žádnou změnu, u nás to bylo vždycky dobrý, fakt si rozumíme...takže vztahy u nás jsou pořád dobrý...*“

V případech, kdy pečující změnu ve vztazích v rodině připouštějí, hovoří o posunu v několika základních dimenzích. Z hlediska kvality můžeme pozorovat dvě možnosti pohybující se na opačných pólech kontinua. Změna ve vztazích je hodnocena buď jako **zlepšení** nebo jako **zhoršení** dosavadního stavu, ve větší míře je tu zdůrazněn hodnotící aspekt. Další dimenzí by byla blízkost, zde se pohybujeme v termínech vztahového **přiblížení** a **oddálení**, jakkoli se může zdát, že se tato kategorie zcela překrývá s kategorií předešlou, ve skutečnosti tomu tak není. Vzájemnou vztahovost můžeme posuzovat také v dimenzi času. Z důvodu péče tráví pečující s jednotlivými příbuznými více nebo méně času a i to se pochopitelně promítá do vývoje vztahů. Zajímavé je sledovat souvislosti pozorované změny, její provázanost s ostatními aspekty péče. Pečující pohlíží na vývoj ve vztazích v rodině přes situaci péče jako celku. Není možné dívat se na rodinné vztahy, resp. jejich změnu odděleně, bez zřetele ke kontextu.

Zlepšení vztahů - pro případy, v nichž pečující hovoří o vnímaném zlepšení rodinných vztahů platí, že jednotliví členové rodiny se ke vzniklé situaci péče staví příznivě, eventuálně se do péče i zapojují, každopádně nejednají v rozporu s očekáváními pečujících. Vezmeme-li nejužší rodinu pečujících, tj. jejich děti a partnera, o zlepšení vztahů jde v situacích, kdy děti dle svých možností „pomáhají svým rodičům“. Zapojují se při hlídání sourozenců, pomoci v domácnosti, pomoci s přímou péčí nebo minimálně nekomplikují situaci tím, že by zlobily nebo zbytečně způsobovaly problémy a činnost partnera nespadá do výše uvedené subkategorie **proti péči**. Od partnera stejně jako od dětí se očekává, že bude mít pro situaci péče porozumění tzn., že se u něj setkají minimálně s tichou podporou. Čím výše pečující hodnotí pomoc a podporu poskytovanou ze strany rodiny, tím více hovoří o pozorovaném zlepšení ve vztazích. Toto zlepšení je nejčastěji charakterizováno v termínech semknutí, stmelení, posílení nebo upevnění vztahu. S explicitně vyjadřovanou podporou ze strany partnera se pojí to, že pečující reflektují pocíťovanou změnu ve vztahu s ním v tom smyslu, že si jich pro to, co dělají, začal víc vážit.

Jana: „...asi si teď víc rozumíme. Hodně mě to semklo s dcerou...i syn, vlastně všichni, myslím, že manžel si mě pro to moc vážil...“

Anna: „...vztahy v rodině se změnilo k lepšímu, všechno se stmelilo...hodně nás to jako rodinu dalo dohromady.“

Vztahy s členy rodiny, kteří s pečujícími při zajištění péče plnohodnotně spolupracovali, jsou často obohaceny o zážitek jakési „sehranosti“, poznání, že se na sebe mohou spolehnout.

Jarmila: „díky tomu víme, že jeden na druhého se můžeme spolehnout, když je potřeba.“

Zhoršení vztahů - ani jedna pečující nehovoří o „celkovém“ zhoršení vztahů v rámci rodiny, ve všech případech spadajících do této kategorie šlo o pocíťované zhoršení vztahů jen s některými příbuznými. Příčinou pocíťovaného zhoršení je, z pohledu pečujících, nevhodný postoj těchto příbuzných. Vůbec nejčastěji bylo popisováno zhoršení vztahů s ostatními potomky opečovávaného rodiče, tzn. ze sourozenci pečujících nebo jejich partnera v případě, kdy je pečováno o jeho rodiče. Pečující se ujímají péče s určitou představou o tom, jak by se coby děti měly vůči rodičům zachovat a do značné míry očekávají od sourozenců podobné nastavení. Zhoršení vztahů se sourozenci nejčastěji souvisí s jejich postojem spadajícím do kategorií **žádná spolupráce** nebo **vyžádaná spolupráce**. V případě vyžádané spolupráce jde o případy v nichž poskytovaná pomoc je

hodnocena pečujícími záporně, tzn. u pečujících je přítomen pocit, že jejich žádosti bylo vyhověno neochotně, případně s výčitkami. Pokud spadá postoj sourozenců do kategorie žádná spolupráce, záleží na důvodech určujících, proč k péči nedochází, některé důvody pro nezapojení se jsou totiž pečujícími shledávány jako dostatečné a naprosto legitimní. V podstatě podobné principy odůvodňující pocitované zhoršení ve vztazích, platí také pro členy širší rodiny. Směrodatný je vždy vnímaný rozdíl mezi očekáváním pečujících a skutečným postojem jednotlivých příbuzných k péči.

Tereza: „...se ségrou jsme se hodně odcizily, vadilo mi, jak se k tomu staví a dávala jsem jí to hodně najevo. Můj tatka se ze ségrou přestal bavit.“

Mírka: „mezi mnou a bratrama myslím, že se to spíš zhoršilo než zlepšilo...“

Dagmar: „mezi mnou a sestrama se to hodně zhoršilo...vlastně mám dvě starší sestry, já jsem nejmladší, a ony se nemusely celé život starat, všechno bylo na mě. Že tata byl se mnou, tak to bylo tak. Teďka když jsem viděla, že to nezvládám, tak jsem je požádala o pomoc, skončilo to tak, že se mnou nemluví. Tu pomoc mi teda neposkytly...Takže ony mně ještě ubližovaly. Když jsem se nehroutila kvůli tatovi, tak jsem se hroutila kvůli nim, že to tam nefungovalo. Když jsem po nich nic nechtěla, tak byly dobří.“

Uvedli jsme, že dimenze kvality se zcela nekryje s dimenzí blízkosti. Přesnější by bylo říct, že ne vždy se tyto dimenze kryjí. Pečující, které hovoří ve vztahu ke svým příbuzným o vzájemném přiblížení, resp. oddálení, velmi často toto propojují s hodnotícím aspektem a současně hovoří o zlepšení, resp. zhoršení vzájemných vztahů, ale ne vždy tomu tak je. V některých případech popisují pečující pocitovanou změnu vztahu v termínech dimenze blízkosti a přitom ji nespojují s hodnocením horší-lepší, naopak odmítají připojit toto hodnotící hledisko. Spíše tu můžeme pozorovat propojení s dimenzí času. Nyní tedy poukážeme právě na tyto případy, s tím, že takto samostatně, tj. bez propojení s dimenzí kvality jsme zjistili pouze případy objevující se jen na jednom pólu kontinua, tzn. jen ty hovořící o **oddálení**.

Oddálení se - jde o situace, které by se daly vyjádřit jako: nejsme si tak blízko, jak bychom mohli být, kdyby nebylo péče. Pečující často přizpůsobují svůj život potřebám péče, čas, který věnují péči, je získán na úkor jiných aktivit. V rovině rodinných vztahů to znamená, že nemají tolik času na své blízké, kolik by chtěly. V této souvislosti pak hovoří ve vztahu k některým příbuzným o tom, že se sobě vzdálili, případně jak bylo uvedeno v jednom případě odcizili, ovšem bez toho, aby tuto změnu zároveň vnímaly jako zhoršení.

Uvádějí vlastně, že na sebe neměli, případně nemají tolik času, kolik by chtěli, často je to patrné ve vztahu k dětem.

Anna: „...vnučka mě tuhle nepoznala a říkala mi této...to je hrozný, vlastně se mi kvůli tomu odcizuje“.

Hana: „ty děti jsem v té době hodně zanedbávala...nebyla jsem jim asi tak blízko, jak by potřebovaly.“

Specifickou kategorií představuje dopad péče na vztah k těm, o něž je pečováno, tj. s rodiči. Pokud už pečující o této rovině vztahů hovoří, mluví vždy o změně, nikoli však změně ve smyslu výše uvedených dimenzí. Jde spíše o konstatování, že tento vztah je v důsledku péče, v jejím průběhu prostě „jiný“ než byl. V této jinakosti je vnímané protočení rolí (dítě se stará o rodiče), nesoucí sebou pocit zodpovědnosti, ale také pocíťovaná změna v projevech rodiče, která je dáována do souvislosti s projevy stáří.

Tereza: „to byla strašná zodpovědnost, ještě jak to přišlo ze dne na den. Já jsem tím strašně dospěla, bylo to rychle a takovým šokem...prostě bylo to jiný, najednou jsem se starala já o ni“

Lenka: „...já s ní měla moc pěkný vztah, skoro jako se svou maminkou, když budu upřímná, teď už to není takové asi tím, že tam je taková povinnost, určitě se to na tom vztahu nějak projeví...a jako by ji ta nemoc změnila...ona za to nemůže“

Celkem ve dvou případech situace péče skončila, protože díky zlepšení stavu rodiče již není potřeba, v obou těchto případech hovoří pečující po skončení péče o vnímaném upevnění vztahů mezi nimi a rodičem.

Tereza: „...já a mamka, tam se to upevnilo, to bylo perfektní, my jsme před tím moc nekomunikovaly, já se jí nesevěřovala, teď třeba prokecáme celou noc, fakt si rozumíme.“

Martina: „...s maminkou, no nějak nás to semklo, to že jsem se starala, ten vztah nějak utužilo“

Na příkladu Terezy můžeme vidět rozdílné vnímání vztahu k rodiči v průběhu péče a následně po jejím skončení.

7. 3 Péče a sociální vztahy pečujících

Ukázali jsme si, jakým způsobem se situace péče může promítat v oblasti rodiny a rodinných vztahů, rovina sociálních vztahů je další velkou oblastí, která nás zajímá.

V následujícím textu se tedy budeme věnovat otázce, zda, případně jak se skutečnost, že se pečující začaly starat o potřebného rodiče, odráží v míře jejich sociálních kontaktů, potažmo jaký má vliv na jejich sociální vztahy. Postupně se seznámíme se dvěma základními kategoriemi, které informačně sytí tuto oblast. Pro posouzení vlivu péče na sociální vztahy pečujících je třeba brát v potaz, jak pečující vnímají **sladění péče s dosavadním způsobem života**, včetně toho, na jaké úrovni se jim podařilo udržet dosavadní společenský život a jak tráví svůj **volný čas**. Nutno říct, že tyto dvě kategorie spolu úzce souvisí.

Sladění péče s dosavadním způsobem života

Způsob, jakým pečující referují o propojení nároků péče s jejich dosavadním způsobem života, nám do značné míry ukazuje výchozí úroveň jejich sociálních kontaktů a společenského života a zároveň případnou změnu, k níž došlo v důsledku péče. U všech pečujících se péče těší značné důležitosti. Ve všech čtrnácti případech můžeme pozorovat přizpůsobení se pečujících a jejich rodin potřebám péče. V tomto směru tedy můžeme říci, že péče vždy ovlivňuje dosavadní způsob života pečujících. Rozdíl nacházíme ve způsobu, jakým pečující toto podřízení se potřebám péče vnímají a hodnotí. Můžeme rozlišit dvě základní situace ležící na opačných koncích kontinua, na němž se pečující pohybují. Pečující vnímají podřízení se péči jako ne příliš zasahující do jejich dosavadního životního stylu, nebo naopak toto reflektují jako výrazný zásah. Rozhodujícím faktorem se tu zdá být pociťovaná ztráta sociálních kontaktů. Dalo by se říct, že tu platí úměra: čím více věcí se pečující musely kvůli péči vzdát, tím hůře to prožívají a hodnotí jako výraznější zásah do dosavadního životního stylu.

Ne příliš zasahující - tuto možnost uvádějí dvě skupiny pečujících. U první skupiny pečujících uvádějících tuto variantu (3 současné pečující), můžeme pozorovat výraznou orientaci na rodinu. Rodina byla podstatou jejich životního stylu už před vznikem situace péče. Většina aktivit, kterým se pečující věnovaly, nějak souvisela s rodinou. Ostatní sociální kontakty se v jejich případě omezují jen na úzkou skupinu osob, zpravidla rodinných přátel, s kterými se navštěvují, nebo sousedů. Tento „rodinný“ životní styl se promítá i do způsobu trávení volného času i zde převládají společné rodinné aktivity, případně koníčky provozované doma.

Zdena: „ta rodina byla pořád pohromadě, mně to přišlo přirozené, nevím, jestli by se něco změnilo... vliv na společenský život není, návštěvy chodí a my k nim...“

Druhou skupinu (2 současná a 2 pečující v minulosti) charakterizuje poměrně široká síť sociálních kontaktů a řada aktivit, kterým se věnovaly kromě času tráveného s rodinou. Tyto pečující uvádějí, že se jim, zejména díky kooperaci v rodině, podařilo i v průběhu péče udržet řadu aktivit a tím i sociálních kontaktů, které pro ně byly významné.

Alena: „...jo tak to jsme měli tak 4 páry, co se navštěvujeme a to bylo pořád, chodili jsme na společné akce. To se dalo třeba dcera na ně (rodiče) dohlédla, to šlo. ... A podařilo se mi udržet si tu gymnastiku, takže kontakty s těmi lidmi mě zůstaly...“

Jak můžeme vidět pro obě skupiny pečujících v této kategorii platí, že neposuzují zásah do dosavadního životního stylu za zásadní, protože aktivity, na něž byly zvyklé, jim zcela nebo do značné míry zůstaly. Nemusely se tak vlastně v tomto směru konfrontovat se ztrátou. Zcela opačnou situaci můžeme pozorovat u pečujících spadajících do následující kategorie.

Výrazný zásah do životního stylu - zbývajících sedm pečujících (2 současné a 5 pečujících v minulosti) poukazují na to, že péče představovala výrazný zásah do jejich způsobu života. Tento zásah spočívá v omezení případně zanechání činností nebo aktivit, na které byly pečující zvyklé, což se často pojí i s omezením sociálních kontaktů. Omezení sociálních kontaktů je ještě výraznější u pečujících, které nechodí do zaměstnání, případně si z důvodu péče zkrátily pracovní úvazek. Na rozdíl od předchozí subkategorie jsou zde pečující konfrontovány s výraznou ztrátou dosavadního způsobu života. Tento fakt se následně negativně odráží i v jejich prožívání péče jako celku.

Anna: „...no určitě to je obrovský zásah do životního stylu...dělalí jsme spoustu věcí, teď nic...hrozně mi chybí ty sociální kontakty, já nemám z čeho čerpat energii, byla jsem zvyklá, že je u nás pořád někdo ze známých, tady nic...“

Tereza: „...před tím já jsem byla furt někde...bud' s přáteli posedět nebo volejbal, chodila jsem závodně tancovat, takže jsme měli tréninky, takže spousta aktivit, ze dne na den tohle všechno muselo skončit a začala jsem být doma s mamkou.“

Volný čas pečujících

Podívejme se jak referují pečující o vlivu péče na volný čas. Některé souvislosti jsme již naznačili, nyní tedy blíže. Volný čas se promítá do oblasti sociálních vztahů proto, že způsob jeho trávení může být zdrojem nových sociálních kontaktů nebo přispívá k udržení těch stávajících. Řada pečujících, které připouštějí alespoň nějaký volný čas

uvádí, že jej tráví s přáteli. Jak uvidíme později, zachování volného času a nalezení si času na sebe do značné míry souvisí také se strategiemi zvládnání péče.

Žádný volný čas - celkem sedm pečujících (2 současné a 5 pečujících v minulosti) vnímá svou situaci tak, že neměly vůbec žádný volný čas. Veškerý čas zabere práce, péče nebo se věnují rodině. Zeptáme-li se těchto pečujících, zda mají nějaký koníček, v drtivé většině odpovídají ne, protože na to není čas. Jen jedna pečující uvedla, že má koníčka, a to pěstování květin, takto strávený čas ovšem nebere jako volný, kdy by si našla čas pro sebe, spíše to dělá jakoby mimochodem při péči, která ji zcela pohlcuje. Určité pohlcení péčí je typické, pečující často popisují, že i kdyby se našla chvilka času, nemohou to brát jako volný čas, protože myšlenkami jsou neustále v procesu péče. Nedaří se jim „vypnout“ nebo odreagovat, tento stav je často provázen úzkostí, a proto raději dávají přednost tomu „něco dělat“ než mít „volný“ čas.

Petra: *„volný čas? Já žádnéj nemám, všechno zabere ta péče a rodina, na nic jinýho není čas.“*

Martina: *„co to je? Žádný nebyl, pořád jsem myslela na to, co maminka...to vás úplně pohltí.“*

Tereza: *„volnýho času bylo minimum, ale já už jsem se pak dostala do takovýho stádia, že jsem ten volný čas ani nechtěla mít, protože ani když jsem odešla z toho domu, tak jsem pořád řešila, co se doma děje, jestli mamina zase spadla, nespadla, no takže vlastně žádný pravý volný čas nebyl“*

Moc jej není - čtyři pečující (3 současné a 1 pečující v minulosti) uvádějí, že pokud jde o volný čas, tak jej sice není moc, ale nějaký je. Zpravidla jej tráví s rodinou nebo s přáteli. Jedna pečující, která se z důvodu péče musela přestěhovat do domu rodiče a tím pádem u ní došlo ke značnému omezení kontaktů jak s rodinou, tak přáteli, uvádí, že volný čas tráví úpravou domu a zahrady. Oproti pečujícím v předešlé subkategorii se těmto pečujícím přece jen lépe daří odreagovat a najít alespoň krátký čas na oddechnutí.

Jarmila: *„...moc ho není, třeba na celej den odjedu hlídat kluka, nebo jedu za sestrou nebo za kamarádkou.“*

Lenka: *„ono toho času zas moc není, ale třeba chvilku na sebe si najdete...“*

U obou výše uvedených subkategorii platí, že pokud byly pečující dříve zvyklé na určitý způsob trávení volného času, kterého se v době péče v převážné míře vzdaly, referují zároveň o významném vlivu péče na dosavadní způsob života.

Prožitek volného času - zbývající tři pečující (2 současné a 1 pečující v minulosti) hovoří o volném čase, aniž by poukazovaly na jeho nedostatek nebo omezení. Jednoduše popisují věci, kterým se věnují. Kromě rodiny a navštěvování se s přáteli, což zmínily všechny tři pečující, to jsou koníčky jako pečení, zahrádka nebo gymnastika. Všechny tyto pečující zároveň patří do skupiny těch, které vnímají péči jako ne příliš zasahující do jejich dosavadního způsobu života.

Jiřina: *„jsem s manželem a dcerkou, nebo přes léto se věnuju zahrádce, tam to mám ráda, jindy třeba zorganizujeme návštěvu přátel a tak“*

V předešlém textu jsme se věnovali otázce sladění péče s dosavadním způsobem života pečujících a poukázali jsme na některé souvislosti a dopady, na úroveň jejich sociálních kontaktů. Nyní se to pokusme shrnout a podívejme se blíže na **sociální vztahy** pečujících, resp. na to, jak se do nich promítá situace péče. Protože vztahům v rámci rodiny jsme se věnovali výše, nyní je již zmiňovat nebudeme. Vliv na sociální vztahy můžeme sledovat hned v několika dimenzích. Analýza rozhovorů ukazuje vliv na počet, intenzitu, kvalitu. Pečující často uvádějí, že v období péče došlo ke snížení počtu sociálních kontaktů. Už jsme naznačili, že k tomuto jevu dochází výrazně u skupiny pečujících, u nichž můžeme zároveň zaznamenat pocíťovaný výrazný zásah na dosavadní způsob života, což se téměř ve všech případech pojí i s vnímanou absencí volného času. Ale i pečující, které sladění péče s běžným životem nehodnotí až tak dramaticky, připouští určité omezení sociálních kontaktů. Těmito kontakty je míněno setkávání se s kolegy, přáteli, sousedy, ale i s dalšími lidmi, s kterými člověk pravidelně přichází do kontaktu, aniž by se třeba znali osobně. Některé pečující se setkávají s menším okruhem těchto lidí, a tím vlastně snižují možnost navázání významnějších sociálních kontaktů a určitým přidruženým důsledkem těchto omezených sociálních kontaktů může být i jakési omezení určitých sociálních dovedností.

Zdena: *„třeba mi to někdy vadí, že su doma, nemám si třeba s kým promluvit, pak se třeba neumím tak vyjadřovat, neumím promluvit, třeba když mám jít něco vyřídit, je to pro mě stres. Je to takovej můj pocit, nevěřím si.“*

Přestože Zdena, zřejmě díky své silné orientaci na rodinu, nevnímá péči jako výrazný zásah do jejího běžného života a dosavadního životního stylu, uvědomuje si, že její kontakt s druhými lidmi je tím, že je doma a nechodí kvůli péči o tchýni do

zaměstnání, značně omezený. Toto omezení sociálních kontaktů a vztahů se u ní projevuje nejistotou při jednání s lidmi, což ona sama vnímá jako svůj handicap.

Kromě toho že se v řadě případů zmenšuje okruh lidí, s nimiž se pečující setkávají, objevuje se i vliv na intenzitu sociálních kontaktů, resp. sociálních vztahů. Pečující sice s řadou kolegů, přátel, sousedů atd. zůstávají v kontaktu, ale tyto kontakty nejsou tak časté, tak intenzivní jak bývaly. Čas, který s nimi tráví, se v důsledku péče snižuje.

Dagmar: „...s tou péčí už nebylo nic, jenom cesta do práce a rychle dom, už nic jiného nebylo. Omezení kontaktu s přáteli, kolegy, kolikrát se po té práci jde třeba na kafe...nic, to neexistovalo, hned jsem jela dom.“

Na tomto místě se nám objevuje souvislost se změnou kvality těchto sociálních vztahů. Pečující hovoří o tom, že jim péče pomohla „protřídit přátele“. Poukazují na skutečnost, že někteří lidé, které považovaly za přátele, se od nich odvrátili v podstatě jen proto, že s nimi, z důvodu péče, netrávily tolik času jako dřív.

Lenka: „...taky mi to pomohlo protřídit přátele, ne každý to chápal...“

Tereza: „A strašně se protřídili kamarádi, fakt jsem zjistila, kdo je kamarád a kdo není, protože ti co byli takový ti falešní kamarádi, tak s těmi už se nestýkám, protože to nedokázali pochopit a ti co byli kamarádi, to respektovali, a bylo jim jedno, jestli mě třeba měsíc a půl vůbec nevidí, ti ostatní mě neviděli a odepsali mě...“

Objevuje se nám tu do značné míry podobný mechanismus jako v části, kde jsme se věnovali vlivu péče na vztahy v rodině. Pečující i od přátel očekávají určité porozumění pro danou situaci a také určitou míru podpory svého počínání. Vztahy k těm přátelům, kteří neprojevili adekvátní pochopení pro situaci péče, bývají často zásadně přehodnoceny.

7. 4 Péče a zaměstnání

Na tomto místě nás bude zajímat zda, případně jak, se situace rodinné péče promítá do pracovní oblasti pečujících. Pouze ve čtyřech případech pečující v době zahájení péče nechodily do zaměstnání. Dvě z nich (1 současná a 1 pečující v minulosti) začaly pečovat v době, kdy byly na mateřské dovolené, jedna (současná pečující) těsně po jejím skončení a jedna pečující (pečující v minulosti) se ujala péče ještě jako studentka střední školy a dařilo se jí skombinovat potřebnou péči se studiem tak, že díky individuálnímu plánu omezila dobu trávenou ve škole na minimum. Zbývajících deset z celkového počtu čtrnácti pečujících chodilo v době, kdy péče začala, do práce. Protože v případě péče, zvláště

v případě, že se jedná o kompletní péči, jde o časově náročnou aktivitu, je zcela legitimní ptát se, jak probíhalo či probíhá její sladění s prací. S problematikou zaměstnání souvisí dopady v oblasti rodinných příjmů, takže i na tyto souvislosti zde budeme poukazovat.

Druhá směna - tuto variantu uvádí tři pečující (1 současná a 2 pečující v minulosti). Péče začíná bezprostředně po návratu z práce. V tomto případě nemá situace péče výrazný dopad na zaměstnání pečujících, nedochází zde např. ke zkrácení pracovní doby, vybírání neplaceného volna nebo vysokému procentu nepřítomnosti v práci z důvodu péče. Pečující fungují vlastně na dvě směny, pečovat začínají až po práci, obětují péči celou dobu řádné dovolené nebo i přestávky na oběd. K této formě sladění péče a zaměstnání dochází v případech, kdy je tu někdo, kdo může po dobu nepřítomnosti pečující na opečovávaného rodiče dohlédnout a zároveň situace rodiny je taková, že vylučuje možnost opuštění zaměstnání. Časté je u této varianty zapojení rodiny do péče. Ale také angažování sousedů, případně zajištění hlídání (v obou případech jde o strategie zvládnání, o nich bude řeč později).

Jana: *„já naštěstí pracuju kousek od jejího bytu, no a tak se tam můžu jít podívat třeba i v přestávce na oběd, tak to ji všechno nachystám, a pak po práci hned letím k ní, no mezitím tam chodí sousedka, co bydlí naproti, ony se znají odmalička, syn když de ze školy, tak se tam staví, a tak no...“*

Martina: *„...vybrala jsem na to vždycky celou dovolenou, párkrát nějaký ty ošetřovačky...ještěže tam byl ten tatínek, mohl jí přes den pohlídat...nebo děcka, když přišly ze školy dřív, protože jinak fakt nevím...“*

Dopad na rodinný rozpočet, který by bylo možné dávat do souvislosti s péčí, není v tomto případě patrný. Pečující nepřichází o práci a tím ani o plat. Zvýšené nároky na péči související např. s pořízením potřebných pomůcek lze zpravidla pokrýt příjmu rodiče.

Omezení práce - charakteristické je tu omezení času stráveného v práci ve prospěch péče. Pečující se z důvodu péče uchylují ke zkrácení pracovního úvazku (1 současná a 1 pečující v minulosti), nebo nástupu na neplacené volno (1 pečující v minulosti). Péče má jednoznačnou prioritu a její nároky jsou takové, že ji nelze zkombinovat s prací na plný úvazek. V této variantě již péče výrazně zasahuje do práce pečujících. A také vliv na rodinný rozpočet může být výrazný, pokud ovšem partnerův příjem není takový, aby vzniklou ztrátu dorovnal. Není-li tomu tak, hovoří pečující o pocíťovaném nedostatku finančních prostředků.

Petra: „...musela jsem si zmenšit úvazek, jinak to už prostě nešlo zvládnout...“

Dagmar: „já jsem si musela zkrátit ranní směnu...na peníze to mělo dopad, tehdy když jsem neměla ani dávky, ani příjem, tak to bylo hustý, to jsme se dostali úplně na dno.“

V obou výše uvedených variantách tj. **druhá směna** a **omezení práce** se pečující zmiňují o jednom důsledku péče na práci, spadajícím do roviny prožívání. A sice, i když jsou v práci, zabývají se (v různé míře) otázkami, co se zrovna děje doma. Často jsou v pohotovosti na telefonu, připravené kdykoliv reagovat na situace kolem péče.

Dagmar: „...on (otec) mi pořád volal, takže nervozita, to se určitě přenášelo na zákazníky...byla jsem úplně vyřízená, snažila jsem se, aby to na mně nepoznali...“

Opuštění zaměstnání - pokud narůstá objem potřebné péče a zároveň partner je schopen rodinu dostatečně finančně zajistit, volí pečující upřednostnění péče a odchod ze zaměstnání. V takovém případě nejsou popisována ani finanční problémy, přestože rodina přichází o jeden plat, příjem partnera je natolik dostatečný, že to není vnímáno jako problém. V takovém případě můžeme pozorovat větší míru zapojení partnera do péče.

Alena: „...já pracovala v manželově firmě jako účetní, už přitom jsem se o ně starala, pak když už to bylo neúnosné, když už potřebovali víc pomoc, tak jsem z firmy odešla a zažádala jsem o ten příspěvek a pečovala jsem o ně...já jsem to (chybějící příjem) moc nepociťovala, protože manžel podniká, ale kdyby ne, tak to v žádném případě nekompenzuje příjem...“

Jiný případ představuje situace, kdy po určité době péče pečující opouští zaměstnání, přestože partner nemůže ze svého příjmu vzniklou ztrátu plně kompenzovat. Pak je ovšem dopad v oblasti rodinných financí mnohem citelnější. I když v našem případě šlo o situace kdy, brzy poté následoval odchod pečující do starobního, resp. invalidního důchodu.

Nenastoupení do práce - některé pečující pečovaly o rodiče v době, kdy byly na mateřské dovolené. U jedné pečující v minulosti se celá délka péče kryla s její MD. Jedna současná pečující v průběhu péče o rodiče MD nastoupila. Další dvě pečující byly na MD v době zahájení péče o rodiče, tato péče však přesáhla délku MD. Nebýt péče, nastoupily by obě ženy zpět do zaměstnání, ony se však rozhodly pečovat dál a do práce nenastoupit. Vliv na rodinný rozpočet není v tomto případě tak citelný, jako při odchodu z práce. Jde o krok, chápaný v jistém smyslu jako přirozenější, oproti odchodu z práce, to je bráno jako mnohem závažnější rozhodnutí. V podstatě jeden druh péče je vyměněn za jiný.

Zdena: „*po mateřské jsem zůstala doma kvůli tomu, že potřebovala pomoc a starala jsem se o ni...potřebovala tak jsem zůstala:“*

Lenka: „*...byla jsem na mateřské...no a pak to tak už zůstalo a do práce jsem nenastoupila, ona mě potřebovala...“*

Toto rozhodnutí však představuje pro pečující zdroj nejistoty a obav ohledně svého dalšího pracovního uplatnění. Vedle obav je ovšem pečujícími reflektována i jakási touha po změně.

Lenka: „*až to jednou skončí, budu si muset hledat práci, určitě asi už na mě nikde nebudou zvědaví, tak z toho mám strach, myslím, že s tím bude obrovský problém.“*

Zdena: „*prostě to беру, že to tak má bejt. Jináč to nejde. Ono to člověka třeba láká jít do práce nebo mezi lidi, ale když to nejde, tak...jako napadne to, ne že by mě to nenapadlo, ale na druhou stranu se toho i bojím...“*

7. 5 Péče a zdraví pečujících

Péče je samotnými pečujícími často popisována jako náročná nebo vyčerpávající, hovoří o ní jako o zátěžové situaci. Sledovali jsme proto, jak se tato situace odráží na zdravotním stavu pečujících. Především platí, že objeví-li se vliv péče na zdraví, je to vždy ve smyslu zhoršení zdravotního stavu pečujících.

Připuštění vlivu na zdraví - celkem v šesti případech (2 současné a 4 pečující v minulosti), popisují pečující zdravotní potíže, které dávají do souvislosti se situací péče. Další pečující ze skupiny současných pečujících hovoří o vážných zdravotních obtížích, které předcházely situaci péče. Péči vnímá jako něco, co mělo podíl na zhoršení jejího zdravotního stavu. Všechny pečující, které připouštějí negativní vliv péče na zdraví, hovoří o dopadu na psychiku. I za somatickými problémy spatřují vliv psychického vyčerpání, ke kterému došlo vlivem péče. Z konkrétních příznaků uvádějí všechny pečující problémy se spánkem, zvýšenou únavu a pocity vyčerpání. Tři pečující udávají, že se u nich objevily potíže se zády a bolestí páteře, ty jsou dávány do souvislosti s častým zvedáním opečovávaného rodiče. U jedné pečující byly diagnostikovány problémy se žaludkem a další dvě pečující se zmiňují, že důsledkem péče trpěly depresí, v jednu případě kombinované s imunologickými problémy.

Tereza: „*moc těžko jsem to prožívala...mělo to fakt dopad na psychiku, strašnej...žaludeční vředy jsem z toho měla, a pak mi v návaznosti na to přestala fungovat chlopeč nad žaludkem.*“

Martina: „*...přetížení a únava, ale nemohla jsem spát, musela jsem brát léky, bez nich bych neusnula, pak se u mě objevila deprese, tak jsem brala léky na to...*“

Nepřipuštění vlivu na zdraví - zachycuje situaci, kdy pečující (1 současná a 1 pečující v minulosti) na přímý dotaz odmítají, že by v dané době pociťovaly zhoršení zdravotního stavu, nicméně na jiných místech rozhovoru poukazují na zdravotní potíže, které dokonce i propojují s péčí.

Jarmila: „*...no tak nemoci jsou, ale já to s tím nespojuju ... musel mi pomoci manžel, protože já jsem začal mít hrozný bolesti zad, ono se to nezdá, ale jak jsem ji furt zvedala ona je to přece jenom váha*“

Mirka: „*...byla jsem víc unavená, byly to nervy, ale měla jsem nějaký prášky (Citalec) na posílení...*“ Ovšem při dotazu na zdravotní potíže odpovídá pečující: „*ne, to určitě ne*“.

Žádný vliv na zdraví - zbývající pečující (3 současné a 2 pečující v minulosti) nepozorují zhoršení zdravotního stavu a ani ostatní pasáže rozhovoru nenasvědčují nárůstu zdravotních potíží, které by bylo možné vztáhnout k situaci péče.

7. 6 Strategie zvládnání péče

Zde nás bude zajímat jakým způsobem nebo s jakou strategií přistupují pečující ke zvládnutí všech nároků, které s sebou péče o potřebného rodiče přináší. V této strategii zvládnání péče můžeme rozlišit dvě základní roviny, lišící se svou podstatou, ale také zaměřením, jde o rovinu praktickou a druhou, kterou bychom mohli označit jako vyrovnávací.

Dalo by se říct, že **praktická rovina** zvládnání péče je změřena od pečujícího ven, její podstatou je praktické zajištění potřebné péče. Odpovídáme zde na otázku, jakým způsobem to udělat, aby rodič v rodinném prostředí dostal péči, kterou potřebuje, v čase, kdy ji potřebuje a v odpovídající kvalitě. Jedním z prvních kroků, který vede k zajištění péče, je minimalizování vzdálenosti mezi pečující a rodičem. Pro zajištění péče je nutné, aby pečující a rodič byli co nejbližší k sobě. Zároveň také dochází k určení hlavní pečující,

což znamená, že i tam, kde je potenciálně víc lidí, kteří jsou schopni péči zajistit, případně se i střídají, je jasné, kdo z nich je hlavní pečující. Tyto tendence se projevují už v mechanismu volby pečující tak, jak byla popsána výše. V předešlých kategoriích byla popsána i celá řada dalších kroků, které pečující volí, aby zajistily praktické hledisko péče a které je tedy možné považovat za strategie zvládnání péče. Patří sem zapojení rodiny do péče, stejně jako organizace života rodiny mimo situaci péče, každá volba pečujících v rámci této kategorie nám vlastně ukazuje na určitou strategii, přístup k péči. To samé platí pro kategorie mapující sociální vztahy pečujících nebo oblast zaměstnání. Důležité je třeba sledovat, jak pečující řeší situaci, když se ony samy potřebují z nějakého důvodu vzdát. Ve všech případech pečující uvádějí stejný algoritmus zajištění takové situace. Na prvním místě je střídání v rámci nejužší rodiny, pokud by ta nemohla, přichází na řadu širší rodina, pak okruh sousedů, samozřejmě jen v případě, že vztahy s nimi něco takového umožňují, až na posledním místě je zajištění péče prostřednictvím cizího člověka, jakým je např. pečovatelka (možnosti využít, alespoň někdy služeb pečovatelky využila pouze jediná pečující). Platí tedy, že pečující se primárně snaží zajistit péči v rámci rodiny. Pokud jde o využívání služeb, které by mohly být nápomocné při péči, pečující v našem případě využily pouze ty, které měly lékařské opodstatnění, tzn. asistence zdravotní sestry při některých ošetrovatelských úkonech nebo rehabilitační sestry v případech, kdy bylo předepsáno rehabilitační cvičení. Výjimku zde tvoří zajištění dovozu jídla. Tři pečující využily možnosti dovozu jídla, což všechny hodnotily jako nápomocné při zajištění péče. Při praktickém zajištění péče také pečujícím pomáhalo obstarání nejrůznějších pomůcek. Jak ještě uvidíme v následujícím textu, v drtivé většině odkazují pečující na fakt, že ohledně dostupných pomůcek, ať už kompenzačních nebo těch zvyšujících komfort péče, jako jsou např. podložky na postel, se jim nedostalo dostatek informací a že si všechny informace musely obstarat samy.

Nyní se podívejme na druhou rovinu individuálních strategií zvládnání, tj. na **rovinu vyrovnávací**. Na rozdíl od té praktické je tato zaměřena směrem k pečujícím. Ptáme se tu, jaké strategie jednotlivé pečující volí, aby se vyrovnaly s náročnou situací péče, co jim pomáhá při zvládnání péče a zda se dokážou starat také o sebe? Na otázku, zda jsou pečující schopny najít si čas i na sebe, do značné míry odpovídá část věnovaná volnému času, na tomto místě se tedy budeme zabývat tím, jak samy pečující vnímají to, co jim pomáhá péči zvládnout.

Rodina jako protektivní faktor - všechny pečující kromě jedné pečující v minulosti, na otázku, kdo nebo co jim pomáhalo, spontánně zmiňují rodinu. Často hovoří o vnímané podpoře rodiny, ale také o zapojení rodinných příslušníků do péče a možnosti střídat se s nimi. Důležitá je pro pečující vůbec možnost trávit s rodinou společný čas, případně i sdílet společné aktivity. Jako nápomocné ze strany rodiny může být chápáno i to, že se její členové zdrží působení problémů.

Alena: „...rodina, jinak bych to asi nezvládla...“

Jana: „rodina, určitě rodina, cítím od nich velkou podporu...“

Sociální kontakty - do této subkategorie spadají odpovědi odkazující na kontakt s jinými lidmi než jsou rodinní příslušníci. Celkem v pěti případech hovoří pečující (4 současné a 1 pečující v minulosti) o tom, že jim pomáhal pravidelný kontakt s přáteli, kolegy nebo prostě jen s lidmi mimo situaci péče. Jedna pečující vnímala jako hodně podporující kontakt s druhou pečující a tím pádem možnost sdílení otázek péče. Pečující mluví v souvislosti s udržováním těchto sociálních kontaktů o odreagování, případně čerpání energie.

Tereza: „mně pomohla moje kámoška, tam jsem přišla, vybrečela jsem se...hodně mi pomáhala, měla jsem tak za kým jít, s kým si popovídat.“

Lenka: „hodně mi pomohl kontakt s paní, která taky pečovala, ta mi hodně poradila...“

Koníčky a volný čas - dvě pečující uvádějí, že jim hodně pomáhalo to, že se mohly věnovat svým koníčkům, což jim přinášelo potěšení a potřebné odreagování. Důležitým pro ně není ani tak koníček samotný, jako skutečnost, že díky němu mají alespoň občas možnost věnovat se něčemu jinému než péči. Do značné míry se tím snižuje riziko zahlcení péčí.

Zdena: „baví mě pečení cukroví, hodně mě to baví a posiluje...“

Víra - v pěti případech pomáhalo pečujícím při zvládání nelehké situace péče jejich víra. Do této subkategorie významově spadá nejenom víra v Boha (3), ale také víra v uzdravení (1) rodiče a víra v povinnost (1), která se projevuje silným odhodláním. Pečující věřící v Boha dávají víře vysokou hodnotu. Za podporující vnímají i věci související s praktikováním víry, tj. především modlitbu, ale také možnost návštěvy kostela, setkávání s dalšími věřícími a přijímání svátostí.

Marie: „...víra, to když jsem šla do kostela a poprosila pána Boha, aby mi dal sílu, jinak bych to nezvládla, to bylo jediný, co mi pomáhalo.“

Anna: „...to, že věřím, že musím, prostě musím, tak jedu, na nějaký úvahy není čas“

Tlumící prostředky - jako prostředky, které mají napomoci zvládnout zátěž se objevují i alkohol a léky. Ve dvou případech zažily pečující období, kdy situaci péče vnímaly jako neúnosnou a přetěžující a toužily po jediném alespoň na chvíli, úplně vypnout, a to jim umožnily právě zmíněné látky.

Řada pečujících se během péče setkala s tím, že musely čelit negativním reakcím ze strany opečovávaného rodiče. Jak uvidíme později, pečující tyto situace poměrně špatně nesou. Mezi individuální strategie, které pomáhají pečujícím zvládat tyto konkrétní situace, patří především obrnění se těmito negativním reakcím, jasná reflexe toho, že je nemají brát osobně, a pak také nebránění se vlastním emocím, dovolení si, dát na vhodném místě volný průchod svým emocím.

Zajímalo nás také, zda pečující využívají pomoc z nabídky odborné pomoci. Ukázalo se, že pokud se už pečující obrátí na odborníka, je to téměř vždy praktický lékař a důvodem jeho návštěvy je pocíťovaná somatická nepohoda, která je často pečujícími chápána jako běžné onemocnění. Jen jedna pečující využila v minulosti odborné pomoci v podobě psychosociálního centra. Tento krok ovšem nedává do souvislosti s péčí, nýbrž jak sama uvádí „s jinými problémy, které se objevily“.

7. 7 Prožívání pečujících

Zajímalo nás, jakým způsobem pečující prožívají situaci péče. Protože prožívání se kontinuálně prolíná celým procesem péče, není možné je oddělit od péče jako celku. Proto jsme se snažili odkazovat na souvislosti s prožíváním už u jednotlivých subkategorií. Na tomto místě jsme vzali prožívání jako téma a pokusíme se nabídnout jakýsi ucelený pohled na něj tak, jak vyplývá z výsledků analýzy. Jak uvidíme, prožívání pečujících vztahené k situaci péče, je vlastně plejádou nejrůznějších pocitů, které jsou mnohdy i ambivalentní.

Prožívání ve vztahu k rodiči - pečující vstupují do péče s nějakou počáteční úrovní vztahu k rodiči, kterého určitým způsobem vnímají a mají o něm vytvořený konkrétní obraz. Ve všech případech se ukazuje, že tento počáteční obraz se v průběhu péče nějakým způsobem mění. Minimálně je rozšířen o pohled na rodiče, který ztrácí svou sílu a je odkázán na jejich péči. Tato skutečnost se u pečujících nejčastěji pojí s prožitkem zodpovědnosti. Pečující zároveň udávají, že se v této pozici cítily nepříjemně.

Hana: „...*pocit zodpovědnosti, že to všechno visí na mně, jestli bude nebo nebude žít, jestli se uzdraví nebo neuzdraví, jako cítila jsem za to velkou zodpovědnost.*“

Tereza: „...*strašná zodpovědnost, ještě jak to přišlo ze dne na den. Já jsem tím strašně dospěla, bylo to rychle a takovým šokem, ale strašně jsem dospěla. Bylo to nepříjemný. Vůči ní jsem cítila strašnou zodpovědnost...*“

Pečující také popisují, že se musely potýkat se změnami v prožívání a chování rodičů, kdy tito v rozporu s dosavadními zkušenostmi reagovali např. agresí, odmítáním, výčitkami, urážlivými výroky nebo chováním, které bylo pečujícími občas vnímáno jako schválnosti, vydírání nebo i zneužívání. Pečující také často musely snášet jejich řeči o smrti, o tom jak jsou jim přítěží apod. Ukázalo se, že tyto projevy ze strany rodiče pečující v mnoha případech zaskočily a velmi špatně je nesly. Své prožívání v těchto situacích popisují v termínech vztek, naštvání nebo zlost. Několikrát také zaznělo, že podobné situace občas končily ventilací těchto emocí, kdy se přistihly u toho, že na rodiče křičely. Ve všech případech v nichž pečující připouštějí takovéto své reakce, dodávají, že u nich následovaly pocity viny, případně studu, a také snahy zakázat si tyto negativní prožitky a reakce. S odstupem času pečující výše popsané projevy rodičů dávají do souvislosti s jejich nemocí, stárnutím a pouze vyjadřují lítost, že je nikdo neupozornil, že k něčemu takovému může dojít, protože jde třeba jen o jejich způsob vyrovnávání se s vážnou nemocí.

Martina: „*bylo to strašně náročný, hlavně psychicky. Úplně nejhorší byly ty její neustálý řeči o smrti, že už tu nebude, a tak to bylo hrozný, to mě vytáčelo a pak taky to, že ona někdy reagovala až jakoby agresivně, vyčítala a tak, chvílemi to vypadalo, jako kdyby nám to dělala schválně.*“

Lenka: „...*občas se naštvu a třeba jí i nadám, pak mě to mrzí řeknu si vždyť ona za to nemůže, tak tam jdu za ní, sednu si tam a bavím se s ní a pak mi přijde, že je zas úplně normální.*“

Prožívání ve vztahu k blízkým - prožívání pečujících ve vztahu k rodinným příslušníkům, přátelům a známým je v době péče často ovlivněno tím, jaký postoj k této péči zaujmou. Pečující prožívají např. podporu, pocity přiblížení nebo naopak vzájemného odcizení, soudržnosti, ale také zanedbání nebo lítosti nad tím, že v důsledku péče tráví s rodinou méně času než by chtěly.

Jiřina: *„byly i těžké chvíle, hodně mi pomáhá to, že cítím ohromnou podporu manžela...“*

Anna: *„španý je to s rodinou...těžce nesu, že je tu nemám, chybí mi“*

Prožívání ve vztahu k institucím - tato subkategorie odráží prožívání pečujících při jednání se zdravotníky a úředníky nejrozličnějších institucí, s nimiž z důvodu péče přicházejí do styku. Jak uvidíme později, přístup těchto lidí nehodnotí pečující nijak příznivě. V jejich prožívání dominuje pocit bezmoci, nejistoty, zoufalství, ale také vzteku a znechucení.

Alena: *„jednání s úřady, to je horor! Takže nakonec si radši všechno seženete sami a je to, hlavně po nich nic nechtít.“*

Tereza: *„taky jsem zjistila jak „úžasně“ funguje naše zdravotnictví, to je fakt strašný, nikdo vám nic neřekne, sou strašně neochotní...vůbec jsme nevěděli na koho se obrátit...bylo to hrozný.“*

Prožívání ve vztahu ke způsobu života mimo situaci péče - na tomto místě se snažíme zachytit ostatní aspekty života pečujících. Už dříve jsme si ukázali, že převzetí péče o rodiče, může být a zpravidla také je spojeno, s poměrně výrazným zásahem do dosavadního způsobu života pečujících. Tyto jsou v řadě případů nuceny vzdát se spousty aktivit a činností, na něž byly zvyklé. Patří sem třeba i dopady péče na zaměstnání pečujících, tak jak byly popsány výše, právě v této oblasti můžeme vidět příklad výrazného zásahu do životního stylu pečujících. V souvislosti s touto subkategorii hovoří pečující o prožívané ztrátě. Často jde o ztrátu sociálních kontaktů, což může vést až k prožitku osamělosti, také v důsledku toho třeba i o vnímané omezení nebo nerozvíjení sociálních dovedností. Dále pak díky omezení nebo úplnému vypuštění volnočasových aktivit, jde také o ztrátu času na sebe a potřebného odpočinku.

Dagmar: *„s tou péčí jsem se vzdal všeho, s tou péčí už nebylo nic...“*

Zdena: *„...někdy vadí, že su doma, nemám si třeba s kým promluvit, pak se třeba neumím tak vyjadřovat...je to pro mě stres.“*

Prožívání ve vztahu k procesu péče - vše výše uvedené se promítá do celkového obrazu péče a odráží se na výsledném prožívání pečujících. Všechny oslovené pečující uvedly, že alespoň někdy, prožívaly péči jako náročnou a vyčerpávající. I pečující, které cítí ze strany okolí podporu, mají možnost nechat se při péči vystřídat a nehodnotí péči jako dramatický zásah do svého dosavadního způsobu života, referují o okamžicích, kdy péči vnímaly jako nesmírně náročnou až neúnosnou. Zároveň však tuto péči prožívají také jako dobrou zkušenost.

Alena: „...*když se to pak zhoršilo, bylo to neúnosné...*“

Anna: „*víte, každá zkušenost je k něčemu dobrá, nevím, kdy to někdo z nás bude potřebovat, třeba kdy to budu potřebovat já, tak aspoň budu vědět co to obnáší, už kvůli tomuhle je to dobrá zkušenost.*“

Častým výrokiem pečujících je „*těžko jsem to prožívala*“, v oné zmíněné *těžkosti* se odráží pocity jako stres, nervozita, přetížení a únava. Pečující popisují okamžiky (nejčastěji období zhoršení zdravotního stavu rodiče), kdy jsou jakoby permanentně ve střehu připraveny okamžitě reagovat.

Tereza: „*třeba celou noc jsem nespala, kolikrát jsem se budila hrůzou při každém sebemenším zvuku.*“

Martina: „...*nikdy nekončící shon, i když jí bylo líp, tak tam pořád byl ten strach, že se něco stane...*“

Na výše uvedené navazují pocity vyčerpání nebo také otrávení. Na negativním prožívání se odráží i nedostatek pozitivní odezvy.

Anna: „...*když jsem tu sama, tak jsem vyčerpaná, ta psychika je daleko horší než tělesná únava, to je to nejhorší.*“

Do prožívání patří také víra ve zlepšení, případně návrat do normálu, ale zároveň strach, že by mohlo být hůř, bezmoc a beznaděj odrážející nemožnost toto ovlivnit. Radost z dobrých nebo nezhoršených kontrolních výsledků, střídá úzkost z neznámého.

Jana: „...*pořád strach z toho co bude, jak dlouho tady bude, někdy tam du a dívám se jestli dýchá, je to hrozný...taková úzkost, beznaděj, bezmoc...ale je tam i takový to, že věříte, že to bude dobrý, nevím asi to nedokážu moc dobře popsat, je tam toho víc.*“

Sledujme tedy prožívání pečujících po jednotlivých fázích procesu péče. K převzetí péče dochází často neplánovaně, v podstatě náhle. Pečující reagují na vzniklou situaci a bez možnosti přípravy začínají pečovat. Jak uvidíme později, pečující se v této počáteční fázi potýkají s neznalostí problematiky a nedostatkem informací stran péče. Toto všechno

se odráží i v prožívání jednotlivých pečujících. Počáteční šok, který provází zprávu o zhoršení stavu rodiče natolik, že potřebuje péči, střídá plejáda pocitů jako je nejistota, úzkost, často strach o život rodiče.

Následuje převzetí péče spojené s pocity zodpovědnosti vůči rodiči, ale zároveň prožitky bezradnosti, bezmoci nebo zoufalství související s jednáním s odborníky, které často nevede ke získání potřebné podpory a informací o podstatě péče.

S postupem času jsou pečující konfrontovány s postoji a reakcemi druhých lidí (členů rodiny, přátel atd.) na situaci péče. V závislosti na tom, jak se tito k péči postaví, se vyvíjí i vztah pečujících k nim, což je provázeno příslušným prožíváním, jak jsme si ukázali výše.

Přichází také konfrontace se změnou v prožívání a chování u rodičů. Pečující musí čelit nečekaným reakcím jako jsou výčitky, agrese, odmítání apod. V jejich prožívání se v důsledku toho objevuje např. vztek a zlost, které vzápětí střídá stud a pocit viny.

Na celkovém prožívání pečujících se odráží i to, jak moc velký zásah do jejich dosavadního života péče představovala, čeho všeho se musely vzdát, zda jim zbývá nějaký čas na sebe a na regeneraci sil. Záleží také na tom, zda pečující pocítují podporu ze strany svých nejbližších, nebo zda mají možnost nechat se v péči zastoupit či vystřídat. Celkové prožívání pečujících je nejčastěji vyjádřeno větou „bylo to náročné“, pečující hovoří o vyčerpání, nikdy nekončícím shonu, obavě z nezvládnutí, vnímané neúnosnosti, přetížení, stresu nebo ztráty soukromí.

Do této směsice pocitů z péče patří také radost, uspokojení nebo naděje související s pozorovaným zlepšením stavu rodiče nebo alespoň s nezhoršením tohoto stavu, ale také s vnímanou schopností dostat svému odhodlání postarat se o rodiče. Důvodem k těmto pocitům je i zážitek soudržnosti a spolupráce v rámci rodiny nebo pojetí péče jako správného vzoru pro své děti.

V prožívání pečujících se ale pravidelně objevují i pocity strachu, hrůzy a úzkosti ze zhoršení zdravotního stavu rodiče.

Z vyjádření pečujících vyplývá, že popsané pocity se v průběhu péče prolínají, střídají, opakují a mění v závislosti na probíhajících událostech.

7. 8 Potřeby plynoucí ze situace péče

Analýza rozhovorů ukázala také na to, co pečujícím při péči chybělo, co jim znesnadňovalo péči, co by uvítaly, tedy vlastně na potřeby, které vyplynuly až ze situace péče. Tyto potřeby bychom mohli rozdělit do několika základních oblastí, které reprezentují následující kategorie.

Přístup lékařů - na prvním místě se objevila potřeba lepšího přístupu lékařů. Devět ze čtrnácti pečujících (4 současné a 5 pečujících v minulosti) spontánně hovoří o špatném přístupu lékařů, což vnímaly jako ztěžující jejich pozici pečujících. Pečující nejčastěji mluví o neochotě lékařů, špatné až nevhodné komunikaci, o jejich neschopnosti sdělit diagnózu, vysvětlit její podstatu a potažmo nároky s ní spojené. Ve vztahu k rodinné péči vidí lékaře jako naprosto se neorientující v dané problematice, a tudíž neschopné dodat potřebnou podporu, poskytnou nezbytné informace, případně alespoň nasměrovat pečující ke zdroji takových informací. Za těchto okolností se jednání s lékaři stalo pro pečující významným zdrojem stresu, nejistoty a jak jsme viděli výše i celé řady dalších negativních pocitů.

Lenka: *„já bych ocenila pomoc ze strany zdravotnictví, že ten ošetřující lékař by měl víc s námi spolupracovat, a asi by o této problematice měli vědět víc...“*

Jana: *„nikdo vám neporadí, doktoři o tom vlastně nic neví a jsou hrozně neochotní, dyť oni ani nevysvětlí, co ta nemoc obnáší, když už vám teda řeknou, co vám je. To taky není samozřejmý, mám pocit, že jak jde o nějakou vážnou diagnózu, tak neví, jak na to a radši jdou všichni od toho, hlavně aby se nemuseli s člověkem bavit...“*

Martina: *„...lepší chování lékařů, protože oni vůbec neumí komunikovat...nějaký klientský přístup, no tak to je fakt jenom teorie, vždyť ani neumí těm lidem říct, co jim vlastně je, natož tak co to obnáší...nejdřív doktoři neřekli nikomu nic, ani když jsme chtěli vědět diagnózu, přehazovali si to jeden na druhého a nakonec jí to jeden z nich řekl jak hulvát, naprosto neomaleně, prostě mezi dveřma, víte co to s ní udělalo...“*

Pomůcky, služby, dávky - ze strany pečujících také často (4 současné a 4 pečující v minulosti) zaznívá potřeba být informovány o tom, jakých pomůcek nebo služeb by při realizaci rodinné péče mohly využít, a také o tom, na jaké dávky nebo příspěvky mají ze zákona nárok. Všech osm pečujících uvádí, že tyto informace neměly, že nevěděly, kam se

o ně obrátit. Oslovení odborníci (nečastěji lékaři a posléze pracovníci sociálních odborů) jim nebyli schopni tyto informace v dostatečné míře poskytnout. Všechny tyto pečující měly zkušenost s tím, že dlouhou dobu nevyužívaly pomůcky usnadňující a zkvalitňující péči, protože prostě nevěděly o jejich existenci. Nutno říct, že tato situace do značné míry přetrvává, protože pečující dál neví, kde by se mohly dozvědět o novinkách v této oblasti. Podobné je to v případě dostupných sociálních služeb, pečující netuší, jaké služby jsou k dispozici, co je jejich podstatou a za jakých podmínek je jich možné využít ani kde by tyto informace získaly. I v případě dávek a nejrůznějších příspěvků tři pečující udávají, že o ně žádaly později než mohly, protože nevěděly, že na ně mají nárok. V této souvislosti reflektují pečující své zkušenosti s jednáním s úředníky a sociálními pracovníky příslušných úřadů. Podobně jako v případě lékařů zaznívají i vůči těmto pracovníkům výtky jako neochota, nejasná komunikace, neznalost problematiky péče a věcí s ní souvisejících.

Lenka: „...*když měla jet do Pasek, tak mi řekli, že po tu dobu mi nebudou hradit to sociální a zdravotní a že se mám jít po tu dobu zaregistrovat na úřad práce a tam jsem se s nimi nebyla schopna domluvit, posílali mě od jedné kanceláře ke druhé, až pak jsem našla jednu jedinou pracovníci, která pochopila o co vlastně de...já třeba vůbec nevím, co existuje, na co by mohla mít nárok a koho se mám zeptat na sociální příspěvky, když na sociálce se v tom ty lidi neorientují...*“

Jana: „...*potřebovala bych vědět, kde se poradit takový ty věci kolem jako jaký pomůcky by nám to mohly ulehčit, kde je sehnat...já třeba o spoustě věcí nevěděla, zjišťovala jsem si to na internetu a tak, nebo třeba jsem zahlídla něco v televizi, tak jsem zjišťovala, jako jestli je to k dostání i u nás...*“

Petra: „...*třeba jsem potřebovala vysvětlit, kde sehnat věci, který jsem potřeboval... vlastně i příspěvky, nikdo vám totiž neporadí...vyřizování věcí na sociálce, no to bylo taky dílo, já si tam připadla jak kdybych je obtěžovala a stejně vám neporadí, protože to sami neví, je to fakt strašný...místo, aby těm lidem pomáhali, tak jim vlastně ještě hází klacky pod nohy...*“

Nároky a specifika péče - jak už jsme si ukázali výše, péče většinou začíná jako přirozená, neplánovaná reakce na vzniklou potřebu, samotné pečující hovoří o vplutí nebo vtažení do péče bez jakýchkoliv zkušeností s touto situací. Většinou na začátku péče pociťovaly pečující potřebu být informovány o nárocích a specifikách péče. Což znamená jak informace o tom, co taková péče obnáší prakticky, ale také o tom, jak se může vyvíjet prožívání, ale i reakce opečovávaných rodičů vzhledem k typu onemocnění, kterým trpí,

jak se k nim chovat, jak s nimi komunikovat. To do značné míry souvisí se specifiky jednotlivých diagnóz a informace o nich očekávají pečující především od lékařů, ovšem jak jsme si ukázali, často se jim jich ani v základní míře nedostává.

Hana: „...no třeba i to, jakým způsobem s ní komunikovat...“

Tereza: „...v té době my jsme ani nevěděli pořádně co je to za nemoc, nevysvětlili nám, co to obnáší, vůbec jsme nevěděli, na koho se obrátit...takže by mi pomohlo dozvědět se, jak vůbec s tím člověkem zacházet, já jsem nevěděla ani, jak ji chytit, prostě nic...“

Podpůrná péče - čtyři pečující uvedly, že by v průběhu péče uvítaly možnost podpůrného rozhovoru, v němž by mohli reflektovat své prožívání, případné obavy a těžkosti. Pečující hovoří v tomto kontextu o psychologické podpoře, kromě té by ovšem očekávaly, že daný poradce se orientuje v problematice rodinné péče. Kromě toho dvě pečující by navíc ocenily možnost být v kontaktu s jinými pečujícími, tedy lidmi ve stejné situaci a moci s nimi sdílet zkušenosti z péče. Podobně jako u předešlých subkategorií, uvádí pečující, že neví, kam by se měly o pomoc obrátit.

Anna: „...byly doby, kdy bych utíkala i za psychologem, aby mě trochu uklidnil, dostal z toho stresu, takže spíš něco takovýho podpůrného, v ničem jiným mě nikdo nepomůže, to musím sama, ale nic takovýho tu myslím není...nevím kam bych měla jít.“

Lenka: „myslím, že by pro ty lidi, co se starají, mohlo být zřízeno i něco, kam přijdete a oni si s vámi povykládají, kde by těch lidí bylo víc, měli s tím zkušenost, orientovali se v té problematice, nic takovýho není...určitě bych něco takovýho uvítala, tak by mohl člověk mluvit s lidmi, kteří to mají taky tak, mohl by se poradit, vyměnit zkušenosti...mohl by se tam poradit i s odborníky, já když jsem s tím začala, ale i teď nikdo vám nic neřekne, s nikým se nemůžete poradit.“

Možnost se střídat - tato subkategorie vlastně reprezentuje potřebu, která by se dala vyjádřit jako „moci si občas vydechnout“. Pečující často hovoří o péči jako o náročné, obtížné nebo dokonce zátěžové situaci. Čtyři z nich uvedly potřebu dělit se o tuto zátěž ještě s někým jiným, nebýt na to samy. Jako ideální by viděly možnost střídat se v péči, podělit se o ni rovným dílem, nebo alespoň na delší dobu předat péči někomu jiném zatímco ony by měly čas nabrat energii.

Hana: „určitě bych uvítala v tu dobu, kdybych měla nějakého sourozence, se kterým bych se mohla střídat, abych mohla část péče nechat na někom jiným, to je asi to jediný...kdyby

byla třeba zejména sestra, která by se se mnou o to prostřídala, čili by se to rozvrstвило na víc beder.“

Zdena: „občas bych potřebovala někoho k sobě, abychom se doplňovali, protože na jednoho je to dost, v nemocnici se taky střídají...“

Další potřeby, které pečující uvádí, souvisí se vztahy zejména s jejich nejbližšími, navazují na konkrétní situaci jednotlivých pečujících a jsou tedy velmi individuální. Pokud např. pečující pociťují, že v důsledku péče tráví málo času s rodinou, vyjadřují potřebu být s ní víc. Stejně tak potřeba mít oporu v partnerovi navazuje na fakt, že ve skutečnosti pečující takovou podporu necítí. Rovněž pociťované zhoršení vztahů v širší rodině se odráží v potřebě lepších vztahů a většího porozumění v rámci rodiny.

Jana: „...mocht být víc s rodinou, mám pocit, že je hrozně zanedbávám, chtěla bych s nimi být víc“

Anna: „kdybych tady někoho měla, kdybych tady měla rodinu ...“

Martina: „potřebovala bych cítit podporu manžela...když v takové situaci musíte řešit ještě to, že to nefunguje, je to náročný.“

7.9 Zpětné hodnocení péče

Skupině pečujících v minulosti byla položena otázka na zpětné hodnocení zkušenosti péče, podívejme se tedy, jak bývalé pečující péči s odstupem hodnotí. Především považujeme za účelné připomenout, že ve dvou ze sedmi případů péče skončila, protože z důvodu zlepšení zdravotního stavu rodiče již nebyla potřeba, v jednom případě došlo z důvodu výrazného zhoršení celkového stavu rodiče k jeho umístění do domova důchodců a ve zbývajících čtyřech případech se konec péče kryl se smrtí rodiče. Je to důležité, protože sdělení pečujících se v závislosti na okolnostech skončení péče poněkud liší. Nejčastěji se pečující dívají zpět na péči jako na nelehké období, kterého ovšem nelitují, naopak pociťují jakési uspokojení nad tím, že to zvládly.

V těch případech, kdy rodič ještě žije se zpětný pohled na péči prolíná se současnou situací a také úvahami nad budoucností. Tyto pečující také mluví více o sobě, resp. o tom, co péče znamenala pro ně samotné. V této souvislosti se objevuje téma změny pohledu na život, reflexe svých dosavadních postojů a hodnot.

Tereza: „změnilo mi to názor na život, pohled na lidi i pohled na mě samotnou. Přehodnotilo mi to hodnoty. Beru to jako dobrou životní zkušenost.“

Úvahy nad budoucností, které do těchto zpětných pohledů prosakují se týkají na jedné straně obavy před opětovným zhoršením zdravotního stavu rodiče, na straně druhé odhodlání znovu se v případě potřeby ujmout péče.

Martina: „...maminka se z toho dostala a teď je dobrá, no sice mám strach při každé kontrole na kterou jde, ale zatím je to díky Bohu dobrý...no zase bysme to museli nějak zvládnout, rozhodně bych ju nikam nedala.“

Pečující, která se pod vlivem okolností rozhodla pro umístění rodiče do DD vyjadřuje ve svém sdělení i určité výčitky nad tímto krokem, zároveň však dodává, že udělala maximum toho co mohla a nyní už prostě není schopná vzhledem k okolnostem péči sama kvalitně zajistit. Právě téma kvality, jak ještě uvidíme, je pro pečující často rozhodující. Nutno dodat, že tato pečující i nadále udržuje s otcem pravidelný kontakt.

Dagmar: „jsem ráda, že jsem se postarala, ale taky to hodně vzalo, já jsem v tom vyrostla, že jsem povinovaná, nikdy jsem nepřemýšlela o ničem jiný, měla jsem to tak našteloovaný, že já musím všechno pro ostatní a pro sebe nic...udělala jsem maximum, já mám svědomí čistý...lidi by měli vědět, že to potom dojde do takového, že už na to nemusí mět ne sílu, ale že prostě nedá se s tím hnout, je to nevratná záležitost, je to strašně moc těžký. Nedě Bože až to skončí...“

U ostatních pečujících směřují jejich vyjádření spíše k procesu péče a k důsledkům péče pro jejich rodiče. Důležitým se zdá být pro pečující téma kvality, ve smyslu kvalitního života rodičů. Odkazují-li pečující na vnímané důsledky péče, mluví právě o zkvalitnění života rodiče. Rodinná péče je chápána z hlediska zajištění kvalitního života jako lepší a dokonce vedoucí i k prodloužení života.

Hana: „...prodloužila jsem jí život a i zkvalitnila, protože jinak možná by ani nežila tak dlouho a nebo kdyby žila, tak by to strávila v ukrutných bolestech a v nemocnici mezi cizíma lidma...“

Mírka: „myslím, že jsme udělali všechno pro to, aby mohl zůstat doma a nemusel ležet v té nemocnici, myslím, že to pro něj bylo lepší, nevzdával to...“

Všechny pečující referují o tom, že udělaly všechno co mohly, vše co bylo v jejich silách, přesto v některých případech se vedle tohoto vyjádření objevuje i jakási pochybnost, zda přece jen nemohly udělat ještě víc. Každopádně převládajícím pocitem těchto zpětných poohlédnutí za péčí je rozhodně uspokojení ze zvládnutí role pečující, s dostání povinnosti vůči rodiči a celkově dobrý pocit z toho, že se zachovaly správně.

Přestože reflektují těžkosti s tím spojené, hovoří pečující o dobré zkušenosti, ale také správném vzoru pro své děti.

Alena: „myslím, že by to měl každý zkusit, víc si začne vážit zdraví a víc si začne vážit stáří, protože každý jednou bude starý a bude čekat, že mu někdo tu pomocnou ruku dá. To, že děcka viděly, že se staráme, tak to hodnotím kladně.“

7. 10 Vize budoucnosti po skončení péče

Současných pečujících jsme se ptali, jak vidí svou budoucnost po skončení péče. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že představy pečujících v tomto směru jsou značně nejisté a spíše mlhavé. Ve vyjádření pečujících, u nichž je to aktuální, si můžeme všimnout provázání odpovědi s pracovní oblastí. U pečujících, které z důvodu péče nenastoupily po mateřské dovolené zpět do zaměstnání (2) tvoří jádro odpovědi na tuto otázku obava ze svého následného pracovního uplatnění a přizpůsobení se pracovnímu režimu. Zároveň obě dodávají, že otázku práce budou řešit až po skončení péče.

Zdena: „...říkám si, aby se vůbec objevilo něco, co bych mohla dělat, ale ani bych nechtěla chodit třeba na nějaký kurzy nebo tak, protože ona by si myslela, že bych ji chtěla odstrčit a to já nechci, prostě až tady nebude, tak to teprve budu řešit.“

Lenka: „kdybych se nevrátila do obchodu a musela si hledat práci, určitě už na mě nikde nebudou zvědaví, tak z toho mám strach, myslím, že s tím bude obrovský problém.“

Lenka si navíc ještě připouští určitou naději úlevy pro rodinu a pro sebe.

Lenka: „...pro rodinu to určitě bude úleva, že zas ta rodina začne fungovat jinak. I pro mě, třeba nejednou bude hodně toho volného času, uvidíme“

Oblast práce se objevuje ještě u jedné pečující, která si z důvodu péče zkrátila pracovní úvazek, její jasnou vizí je vrátit se naplno do zaměstnání. Představa ohledně ostatních oblastí života však už tak jasná není.

Petra: „zase se vrátím naplno do práce, snad bude zase víc času na rodinu, ale jaký to bude bez péče to nevím, asi se na to nedá připravit.“

Poslední část tohoto sdělení je typická i pro zbývající čtyři pečující. Ani v jednom případě se v odpovědi nesetkáme s pojmenováním smrti rodiče, ta je schovaná za prosté zájmeno „to“. Vyjádření pečujících jsou neutrální a neurčitá. Všechny uvádějí, že neví, že si to nedokážou představit. Dvě pečující dodávají, že si to ani představovat nechtějí, že na to nechtějí myslet.

Podíváme-li se na prezentované výsledky jako na celek, můžeme usuzovat na vztahový model fenoménu péče viz. graf 5.

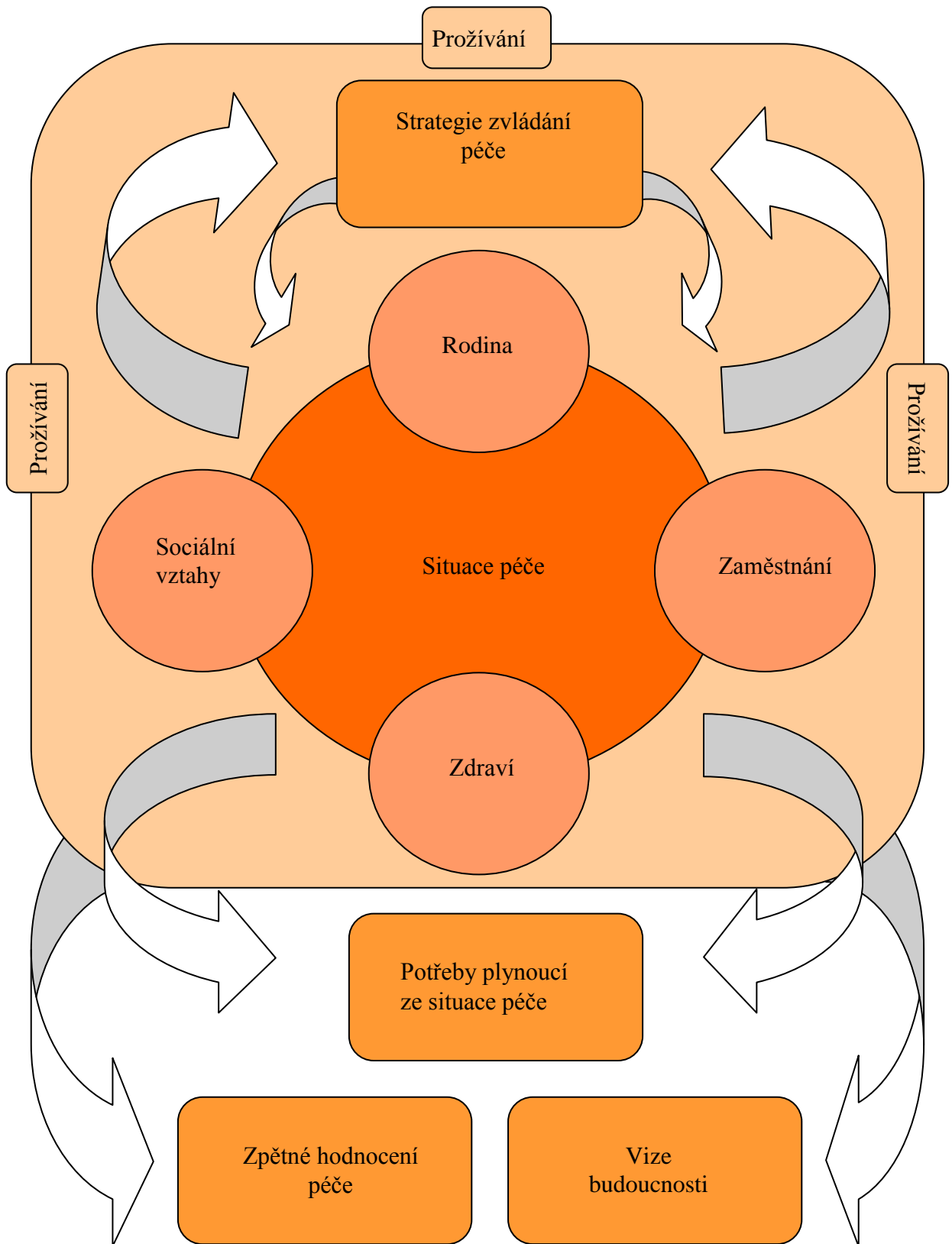
Péče se prolíná s ostatními oblastmi života pečujících a spojuje je v situaci péče. Jedinec se v rámci péče stává nositelem další role, tj. role pečující. Přitom ovšem zastává role v oblasti rodinných, sociálních či pracovních vztahů. Zároveň nemůžeme zapomenout ani na další významnou dimenzi a sice zdravotní stav pečujících. Všechny tyto oblasti se tedy ve výsledku prolínají a vzájemně na sebe působí. Tato vztahová dynamika situace péče se promítá do celkového prožívání pečujících, přičemž prožívání zase zpětně ovlivňuje vše ostatní. Dá se říct, že celá popsaná situace péče se odehrává na podkladě prožívání pečujících.

Konkrétní podoba situace péče, tak jak se do ní promítají i ostatní oblasti života pečujících, má vliv na individuální strategie zvolené pečujícími ke zvládnání péče. A naopak se zpětně tyto strategie, resp. jejich důsledky, promítají do celkového prožívání pečujících.

Ze situace péče posléze vyplývají nejrůznější potřeby pečujících. V nich se odráží vše to, co pečujícím při péči chybělo, co by uvítaly nebo co by jim z jejich pohledu péči ulehčilo.

To, jak pečující prožívají případně prožívaly celkovou situaci péče, se promítá do jejich vize budoucnosti nebo v případě pečujících v minulosti do zpětného hodnocení této péče.

Graf 5 Vztahový model fenoménu péče



8. DISKUZE

Teoretická část této práce mapující problematiku péče jako celku nám posloužila jako východisko pro vlastní výzkumnou studii. Považujeme za nutné se v diskuzi nejprve zastavit u zvoleného přístupu, v jehož rámci byla tato práce vytvořena. Vzhledem k tématu jsme se rozhodli pro kvalitativní přístup a tato naše volba se tedy odráží i ve způsobu nazírání na dané téma, a následně také ve zvoleném způsobu výběru vzorku, sběru dat, jejich analýzy a výsledné interpretace výsledků. Problematika rodinné péče o rodiče je svými souvislostmi poměrně složitá, na složitosti jí dodává především skutečnost, že samotný proces péče se odráží a zasahuje do řady oblastí života zúčastněných osob. Jde tedy ve své podstatě o fenomén multidimenzionální, zasahující široký kontext vztahů a jako takový může být předmětem zájmu pro odborníky z řady oblastí. Pokud bychom chtěli zajistit komplexní přístup k této problematice, což by vzhledem k naléhavosti tématu bylo jistě žádoucí, mělo by jít o přístup multidisciplinární, tedy propojující ve vzájemné spolupráci pracovníky z několika oborů. Právě s ohledem k těmto reflektovaným souvislostem a také k faktu, že u nás téměř chybí práce na toto téma, které by odrážely psychologický pohled a namísto akcentovaného praktického hlediska samotné péče se zabývaly tím, jak tento fenomén vnímají a prožívají samotní pečující, jsme dali přednost kvalitativnímu přístupu. V jeho rámci usilujeme především o hlubší porozumění dané problematice.

Samotný výzkum byl realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného interview a následné kvalitativní analýzy. Do výzkumu jsme se rozhodli zařadit dvě skupiny pečujících. Skupinu současných pečujících a skupinu pečujících v minulosti v každé bylo 7 osob. K zařazení těchto dvou skupin nás vedla snaha zachytit pohled na problematiku i s odstupem času. Při výběru respondentů jsme se museli vypořádat s faktem, že skupina pečujících dospělých dětí o rodiče je velmi nesourodá. Navíc nemáme k dispozici údaje o její velikosti ani dalších jejích charakteristikách. To ve svém důsledku znemožňuje zajištění reprezentativního vzorku respondentů a omezuje možnost zobecnění zjištěných výsledků. Pro účely výzkumu jsme nakonec zvolili formu záměrného výběru následně doplněného metodou sněhové koule s vědomím všech omezení, které to sebou přináší, např. z hlediska reprezentativnosti vzorku se nám nepodařilo zařadit do výzkumu žádného muže, všech 14 pečujících v našem souboru byly ženy. Dále bychom rádi upozornili na skutečnost, že oproti původnímu plánu jsme se rozhodli zařadit do výzkumu nejen dospělé

děti pečující o své vlastní rodiče, ale také ty, které pečují o rodiče svého partnera. Ukázalo se totiž, že pokud by se vzhledem k okolnostem měl o rodiče starat syn, ujímá se téměř automaticky péče jeho partnerka. V našem případě se všechny tyto ženy starající se o své tchýně jednoznačně vnímaly jako pečující a jednoznačně chápaly péči jako svou práci, svou povinnost, nikoliv manželovu. Chovaly se tedy jako by šlo o jejich vlastní rodiče, to bylo patrné i ze způsobu oslovování, všechny tyto pečující hovořily o „mamince“, případně „babičce“, označení „tchýně“ používaly spíše kvůli objasnění rodinných vztahů.

V následujícím textu se již budeme vyjadřovat k výzkumným otázkám, tak jak byly formulovány výše. Ukázalo se, že prožívání pečujících, které je podstatou hlavní výzkumné otázky, se prolíná celou situací péče, je ovlivňováno a ovlivňuje všechny ostatní oblasti řešené v rámci vedlejších výzkumných otázek. Nyní tedy k jednotlivým otázkám.

8. 1 Dopady péče v oblasti rodinných vztahů pečujících

Položili jsme si otázku po dopadech péče v oblasti rodinných vztahů. Především se ukázalo, že situace péče potencuje vývoj rodinných vztahů, pečující připouštějí změnu v těchto vztazích. To, jakým směrem se bude tento vývoj ubírat, je značně ovlivněno tím, jak v reálu vypadá sladění péče s běžným životem rodiny. Vůbec nejvýznamnější roli pak v tomto směru hraje to, jak se jednotliví členové rodiny postaví k situaci péče, tj. jaký postoj k péči zaujmou. Pečující vstupují do péče s určitou implicitní představou, jak by se měli jednotliví členové rodiny k péči postavit a jak by se měli zachovat. Právě naplnění nebo naopak nenaplnění této představy se posléze odráží ve vývoji rodinných vztahů. Pečujícími reflektovaná změna ve vztazích k jednotlivým rodinným příslušníkům se pojí s popisem jejich postojů a chování ve vztahu k péči a jim jako pečujícím. Pociťované zlepšení vztahů se pojí s vnímanou podporou péče, toto zjištění uvádí ve své studii už Přidalová¹⁰³. Tato podpora má různé formy také v závislosti na tom, kdo jí poskytuje. Jiné formy nacházíme u dětí pečujících, jiné u jejich partnerů nebo sourozenců. Velmi vysoko je pečujícími hodnoceno pokud se rodinní příslušníci dle svých možností přímo zapojí do péče. Jde-li o postoj partnera, je jeho případná přímá participace na péči hodnocena pečujícími ženami jako něco mimořádného a obdivuhodného, v podstatě to od něj ani neočekávají a to i v případech, kdy se starají o jeho rodiče. Do hry nám tu zřejmě vstupují pečujícími vnímané rozdíly mezi rolí muže a ženy. Pečující ženy zkrátka péči chápou jako

¹⁰³ Srov. Přidalová, M. (2007)

něco, co přednostně náleží ženě a naopak nepřísluší muži. Je zajímavé, že toto rozlišení se neprojevuje ve vztahu k dětem. U nich jakoby pečující tyto genderové rozdíly nevnímaly, o pomoci, která je jim poskytována ze strany synů nebo dcer hovoří srovnatelně bez zdůrazňování rozdílů mezi pohlavími. Absence vnímané podpory nebo dokonce projevy v chování rodinných příslušníků naznačující jejich stavění se proti péči nebo nezapojení se do péče, přestože k tomu byli pečujícími vyzváni, se pojí s pocíťovaným zhoršením až ochlazením vztahů mezi příbuznými. Dost výrazně se právě tato varianta projevila ve vztahu k sourozencům pečujících, projevy jejich chování interpretované pečujícími jako nevhodné mají za následek výrazné ochlazení vzájemných vztahů. V tomto směru se potvrzují dříve provedené výzkumy.¹⁰⁴ Postoj pečujících ve vztahu k jejich blízkým, bychom mohli vnímat snad i jako projekci vlastního chápání adekvátního stanoviska ke vniklé situaci péče.

8. 2 Dopady péče v oblasti sociálních vztahů pečujících

Stejně jako v případě rodinných vztahů, můžeme pozorovat dopady i v oblasti sociálních vztahů. Ukázalo se, že abychom mohli plně posoudit tyto dopady, je nutné zaměřit se na dva okruhy. Za první vývoj v oblasti sociálních vztahů ovlivňuje to, jak moc velký zásah do dosavadního životního stylu péče pro pečující představuje. Druhou významnou oblastí mající vliv na úroveň sociálních vztahů je způsob trávení volného času pečujících, resp. to, jak se tento způsob v důsledku péče změnil. Dopady v oblasti sociálních vztahů můžeme popisovat v termínech počtu, intenzity a kvality. Především je potřeba vzít v úvahu počáteční úroveň sociálních kontaktů a vztahů pečujících. Zpravidla prvním z důsledků péče je snížení počtu těchto kontaktů, pečující už zkrátka nemají tolik příležitostí vstupovat do sociálních interakcí, kromě situace péče. Výrazně patrné je to v případech, kdy se péče těší natolik velké důležitosti, že ji pečující upřednostňují před vším ostatním (domníváme se, že tento vše upozadující postoj do značné míry souvisí s pocíťovanou mírou zodpovědnosti, kterou pečující k opečovávanému rodiči pocíťují). Snížení počtu sociálních kontaktů je často provázeno i snížením jejich intenzity, a to i v případě vztahů, které pečující udržují i nadále. Uvážíme-li tedy, že pečujícím se v průběhu péče (z důvodu množství času věnovaného péči) snižuje možnost vstupovat do

¹⁰⁴ Srov. Dayton, I. B., & Neal, M. B. et al. (2003).

sociálních interakcí s druhými lidmi a zároveň u stávajících kontaktů klesá jejich intenzita, nabízí se nám předpoklad, že pečují tím do značné míry přicházejí o možnost pracovat na budování sociální vztahů a na jejich prohlubování prostřednictvím vzájemného poznávání se, což se může projevit také v kvalitě prožívaných sociálních vztahů. Jde-li o kvalitu vztahů, pečující hovoří ještě o jednom důsledku péče. A sice o tom, že jim „péče pomohla protřídit přátele“. Za přátele již nadále nepovažovaly ty osoby, které neprojevily dostatek pochopení pro to, že pečují. Opět se nám tu objevuje již zmíněná implicitní představa správného postoje k péči. Ten, kdo nezastává stejný (jediný správný) postoj k péči jako ony, v podstatě nesdílí jejich hodnoty a tudíž je namísto přehodnotit dosavadní přátelství. Domníváme se, že právě hodnotový systém pečujících se značně odráží v jejich celkovém nastavení vůči péči. Více se problematiky hodnot dotkneme později.

8. 3 Vliv péče na pracovní oblast pečujících

Promítnutí situace péče do pracovní oblasti pečujících můžeme pozorovat v podstatě ve dvou rovinách. Tou první je bezesporu dopad na množství času tráveného v zaměstnání, druhou rovinu můžeme spatřovat v prožívání souvisejícím s péčí a svým způsobem zasahujícím do oblasti zaměstnání. Zdá se jako by pečující setrávaly v období péče v zaměstnání „jen“ pod vlivem vnějších okolností. Tyto okolnosti jsou nejčastěji popisovány jako nemožnost si dovolit přijít o zaměstnání s ohledem na finanční situaci rodiny. Právě výši nákladů svého rozhodnutí, tzn. posouzení ztráty spojené s opuštěním zaměstnání, zvažují pečující nejvíce, zaměstnání je do značné míry nazíráno jako překážka v péči, s kterou se však musí nějak vyrovnat, to potvrzují i dříve provedené výzkumy¹⁰⁵. Zdá se, že jinak by pečující dávaly přednost péči před zaměstnáním. Řada z nich řeší vzniklou situaci omezením práce ve prospěch péče. V úvahu přichází zkrácení pracovní doby nebo úplné opuštění zaměstnání. Odchod ze zaměstnání je závažný krok, přesto se k němu pečující uchylují nejen v případech, kdy mají jistotu finančního zabezpečení rodiny ze strany partnera. Vedle možnosti opuštění zaměstnání stojí případy nenastoupení do zaměstnání. Potvrzuje se nám to, co bylo zjištěno dřívějšími studiemi na toto téma, sice, že řada žen v době vzniku potřeby péče o rodiče, pečuje ještě o své děti¹⁰⁶, péče je zastihuje na mateřské dovolené. V případech, kdy délka této péče přesáhne délku MD, pečující

¹⁰⁵ Srov. Přidalová, M. (2007); Jeřábek, H. (2005)

¹⁰⁶ Srov. Pierret, CH. R. (2006)

zpravidla do zaměstnání nenastupují a dávají přednost péči. V podstatě jde také o dopad na zaměstnání, v tomto případě však není chápán jako tolik závažný. Opět je vidět, že celková situace je hodnocena z hlediska dopadu na rodinný příjem. Zdá se, že pečující posuzují případné ztráty ve vztahu ke své výchozí pozici. Odchod ze zaměstnání nebo i zkrácení pracovního úvazku, je v tomto směru spojeno s mnohem citelnějšími dopady než nenastoupení do zaměstnání po MD. V této souvislosti se nám otevírá ještě jedna dimenze promítnutí péče do zaměstnání. Nazvěme si ji budoucí dopady. A sice pokud žena z důvodu péče prodlužuje dobu strávenou mimo trh práce, pak si svým způsobem komplikuje možnost svého návratu. Čím déle péče trvá (připomeňme si, že v našem případě je nejdelší délka péče 15 let, přičemž pečující je žena ve věku 43 let), tím pravděpodobněji mizí pracovní návyky, pečující nerozvíjí své pracovní dovednosti, s postupem času ztrácí přehled o vývoji ve svém oboru apod. Jde-li o prožitkovou rovinu vztahující se k zaměstnání, pečující jsou do péče často natolik zaangažovány, že i ty, co si v jejím průběhu udrží zaměstnání alespoň na částečný úvazek, uvádí, že i když jsou v práci, musí neustále myslet na to, co se děje doma. Navíc jsou prakticky neustále dostupné na telefonu, připravené reagovat na případné těžkosti spojené s péčí. Přestože jsou v práci, jsou také stále ve střehu jako pečující. Je otázkou, nakolik může tato jejich permanentní připravenost a pohotovost, kterou můžeme právem považovat za značně stresující, ovlivňovat např. plnění jejich pracovních úkolů a pracovní výkon jako celek.

8. 4 Dopady péče na zdravotní stav pečujících

Péče představuje, dle vyjádření řady pečujících, náročnou a stresující situaci, která se v řadě případů odráží na zdravotním stavu pečujících. V našem případě celá polovina oslovených pečujících připouští, že pocívala zhoršení zdravotního stavu, které dávala přímo do souvislosti s péčí. Všechny tyto pečující hovoří o dopadu na psychiku a kromě toho uvádějí celou plejádu dalších obtíží. V prožívání těchto pečujících můžeme najít časté pocity vyčerpání až přetížení. Některé další pečující sice v průběhu rozhovoru o péči poukazovaly na zhoršení zdravotního stavu, které propojovaly s péčí, ale při přímém dotazu, dopad na zdraví poměrně radikálně odmítly. Můžeme se ptát po důvodech takového postoje. Připouštění dopadu na zdraví, zvláště pokud jde o vnímanou psychickou nepohodu, může být pečujícími interpretováno jako slabost. Nebo do jisté míry

i nevládnutí celé situace. Odmítnutí připustit si zdravotní obtíže tak může souviset s prezentací jejich sebeobrazu jako těch, kteří všechny nároky péče zvládají.

8. 5 Uplatňované individuální strategie pečujících

V podstatě můžeme rozlišit dvě oblasti strategií zvládnání péče. V praktické rovině zvládnání můžeme najít řekněme obecné strategie, které jsou do značné míry společné všem pečujícím. Zmenšení vzdálenosti mezi pečující osobou a opečovávaným rodičem případně určení hlavní pečující, to jsou strategické kroky směřující k vhodnému zajištění péče, tyto kroky odhalují i dřívější studie¹⁰⁷. K těmto „obecným“ strategiím můžeme zařadit i zapojení rodiny do péče, organizaci života rodiny mimo péči, ale také kroky pečujících v oblasti sociálních vztahů, společenského života a zaměstnání. Jaké přesně tyto kroky budou, je již značně individuální a odráží se v nich konkrétní situace jedinců a možnosti jednotlivých pečujících a jejich rodin. Velmi individuální jsou pak strategie v rovině vyrovnávání se s náročností situace péče. Od hledání opory ve své rodině, což je vůbec nejčastěji zmiňovaná alternativa, přes zachování koníčků a volného času, víru až po méně vhodné postupy jako jsou tlumící léky nebo alkohol. Ve volbě konkrétní strategie se kromě okolností nepochybně odráží i osobnostní nastavení jednotlivých pečujících. Pro jedince, který je více orientovaný na rodinu, bude jistě snazší omezit společenské aktivity, na druhé straně jedinci společensky založení, provozující řadu koníčků, se budou nejspíš v rámci možností snažit zachovat právě tohle.

Celá jedna oblast strategií se týká jednání s opečovávaným rodičem. Pečující velmi špatně nesou některé změny v chování a prožívání rodičů, zejména to, co označujeme jako negativní reakce ze strany rodičů. Tyto strategie jsou opět vysoce individuální. Nutno říct, že jde o oblast, o níž pečující nejčastěji hovoří spíše v náznacích, pojí se totiž s řadou negativních emocí, ale také vlastních reakcí, které pečující chápou jako nevhodné. Pečující si nerady přiznávají, že třeba na projevy rodiče reagovaly např. zlostně. Opět zde můžeme usuzovat na souvislosti s prezentovaným sebeobrazem. Zastavme se ještě chvíli u víry pečujících. Přestože jako strategie zazněla z úst pečujících jen v pěti případech, domníváme se, že se v různých podobách objevuje u všech pečujících. Za vůbec základní strategii můžeme totiž považovat už samotné rozhodnutí pečovat, zajistit potřebnou péči o rodiče právě formou osobní rodinné péče. Pečující vlastně věří ve správnost tohoto svého

¹⁰⁷ Srov. Přidalová, M. (2007)

rozhodnutí a ve smysluplnost svého jednání a toto značně ovlivňuje všechny ostatní jejich kroky.

8. 6 Potřeby plynoucí ze situace péče

Ukázalo se, že pečující uvádějí celou řadu potřeb plynoucích ze situace péče, které tématicky spadají do několika základních oblastí. Jednou z největších (zmiňovaná největším počtem pečujících) jsou potřeby vztažené k jednání s lékaři. Většina pečujících přímo hovoří o potřebě „lepšího přístupu lékařů“. Jejich přístup shledávají jako špatný, hovoří o neochotě, špatné komunikaci, neschopnosti sdělit diagnózu, vysvětlit její nároky apod. Nutno říct, že toto zjištění pro nás bylo do značné míry překvapující. Očekávali jsme, že u lékařů by mohly být zjištěny určité rezervy, pokud jde o jejich orientaci v problematice této formy péče jako celku, ale ne že nejčastější výtky ze strany pečujících budou na adresu jejich řekněme obecných dovedností. Pokud jde o orientaci lékařů v problematice rodinné péče, mluví pečující o jejich naprosté neznalosti tématu. Nutno říct, že je potřeba počítat s tím, že jde o subjektivní postřehy pečujících. V jejich negativním hodnocení přístupu lékařů se může odrážet např. proces vyrovnávání se se zhoršením zdravotního stavu rodiče. Faktem ovšem zůstává, že potřebu lepšího přístupu lékařů, doplněnou o vyličení svých špatných zkušeností, uvádí spontánně 9 ze 14 pečujících. Právě spontaneitu odpovědi je zde třeba zdůraznit, protože otázka po potřebách pečujících byla podána jako otevřená, neptali jsme se cíleně na vnímání nebo hodnocení přístupu lékařů. Takže pečující samy hovořily právě o tom, co považovaly za nejpalcivější. Navíc zkušenosti pečujících s (dle jejich vyjádření) nevhodným chováním nesměřovalo proti jedné skupině lékařů. Tyto zkušenosti byly popisovány napříč několika nemocnicemi a řadou dalších zdravotnických zařízení.

Další velký okruh potřeb se týká dostupných pomůcek, služeb a sociálních dávek. Pečující vyjádřily potřebu být informovány o možnostech, které mohou v situaci péče využít. Považujeme za alarmující zjištění zejména to, že pečující nevěděly a i třeba po několika letech péče neví, kde by mohly tyto informace získat. Netuší např., jak získat informace o provozovaných sociálních službách v jejich regionu. Zároveň se ukázalo, že pečující očekávají, že pokud jde o potřebné informace, získají prvotní nasměrování od ošetřujícího lékaře. Když ne od lékaře, čekaly by radu od sociálních pracovníků a pracovníků nejrůznějších úřadů mající na starost agendu vztahující se k jejich situaci.

Zde ovšem, podobně jako v případě lékařů, narážíme na negativní hodnocení pečujících vztahených k těmto pracovníkům. Opět zaznívají termíny jako neochota, nejasná komunikace nebo neznalost problematiky péče. Z informovaností souvisí i další uváděné potřeby, jako např. potřeba porozumět nárokům a specifikám péče. Zde spatřujeme souvislost s nedostatečným informováním pečujících o podstatě a typickém průběhu konkrétních diagnóz. Čili opět se pohybujeme v na poli medicíny.

V našem výzkumu se objevila také potřeba podpůrné péče, resp. možnosti psychologické podpory, ovšem s tím, že se příslušný odborník bude dostatečně orientovat v problematice péče. Je zajímavé, že pečující zmiňují tuto potřebu vzhledem k tomu, že např. v rámci individuálních strategií pečující podobného typu služby nevyužily. Možným vysvětlením je obava z využití takového typu pomoci, související s laickou představou klienta využívajícího psychologické služby, ale také např. fakt, že tato studie byla realizována v rámci diplomové práce na katedře psychologie, o čemž byly pečující samozřejmě informovány.

Na tomto místě je třeba zmínit se ještě o jedné potřebě, zaznívající ze strany pečujících, a sice potřebě občas si od péče vydechnout, tedy vlastně mít možnost se s někým vystřídat, mít alespoň někdy čas na regeneraci sil. V tomto směru je totiž třeba poukázat na souvislost s neinformovaností ohledně dostupných služeb. Žádná s pečujících např. nevěděla, co je to respitní péče.

8. 7 *Prožívání pečujících v situaci péče*

Zachytit a hlavně popsat, jak pečující prožívaly období péče o rodiče, je poměrně obtížné. Prožívání se totiž prolíná celým procesem péče, je situací péče ovlivňováno, ale zároveň ji zpětně ovlivňuje. Vezmeme-li péči jako celek, zjišťujeme, že pečující ve vztahu k ní zažívají celou řadu nejrůznějších pocitů, od ryze pozitivních až po ty negativně zabarvené. Pokusili jsme se zachytit zákonitosti prožívání pečujících ve vztahu k jednotlivým aktérům situace péče, oblastem života mimo péči i samotnému procesu péče. Oddělit prožívání od ostatních aspektů péče je obtížné a vlastně prakticky nemožné. V rámci textu jsme se proto snažili poukazovat na zjištěné souvislosti s prožíváním už u jednotlivých kategorií. Na tomto místě poukážeme jen na některé skutečnosti týkající se prožívání pečujících v období péče.

Tak především pečující popisují nesmírně intenzivní často ambivalentní prožitky ve vztahu k samotnému rodiči o nějž se starají. Řada z nich byla konfrontována se silným prožitkem zodpovědnosti vůči rodiči a péči jako celku. Tuto zodpovědnost popisují pečující jako značně nepříjemnou. Přemýšlíme-li o tom, proč tomu tak je, nabízí se vysvětlení související s radikální změnou rolí. Dosud to byl rodič, na němž ležela tíha zodpovědnosti vůči nynějším pečujícím coby dětem. Nyní dítě, byť dospělé, přebírá zodpovědnost za rodiče. Jde o minimálně nezvyklou situaci, na níž není možné se připravit a která představuje zásadní změnu dosavadních zvyklostí. Pečující jsou v tomto směru připraveny o možnost opřít se o dosavadní zkušenost. Navíc u rodičů často dochází ke změně v jejich chování a reakcích. Zde musíme opět poukázat na faktický nedostatek informací podávaných ze strany odborníků. Pečující často nejsou informovány o tom, že pod vlivem konkrétního onemocnění nebo procesu vyrovnávání se s nepříznivými zprávami ohledně zdravotního stavu, může u rodiče dojít k typické změně v jeho reakcích a prožívání. Když pak k tomu skutečně dojde, jsou tím pečující zaskočeny, nechápou proč rodiče na nabízenou pomoc reagují třeba i agresivně. Dopad na jejich prožívání je tu velmi negativní. Cítí se špatně, neví jak reagovat, často pak reagují způsobem, který následně vyhodnotí jako naprosto nevhodný, což opět vede k silným negativním prožitkům. Prakticky z důvodu neinformovanosti tak dochází u pečujících (do značné míry zbytečně) ke zvyšování emocionální zátěže. Na té se podílí i výše popsané zkušenosti s jednáním lékařů a pracovníků jiných institucí. Pečující v tomto směru prožívají bezmoc, zoufalství, strach, ale i např. znechucení, což jim rozhodně celou situaci neulehčuje.

Prožívání pečujících vztahené k jejich blízkým a způsobu života mimo situaci péče je značně ovlivněno mírou zásahu péče do těchto oblastí. Jakým způsobem pečující propojí nároky péče s ostatními aspekty svého života, případně zda nadřadí péči nad vše ostatní, ovlivňuje dle našeho názoru hodnotový systém pečujících, jejich zvnitřněná představa o tom, co je správné a žádoucí. V tom jak pečující prožívají jednotlivé události provázející péči se odráží také jejich schopnost zvládat zátěžové situace, což nepochybně souvisí s jejich osobnostními dispozicemi. Pečující také často zažívají nejistotu, pokud jde o jejich život po skončení péče. Vize budoucnosti současných pečujících je značně mlhavá, pokud vůbec nějaká. U žen v produktivním věku se zde nejčastěji objevuje obava z jejich následného uplatnění na trhu práce. Nabízí se nám tu výrazná souvislost s popsanými dopady péče na zaměstnání pečujících. Pečující jsou si těchto dopadů zpravidla vědomy a tyto se pro ně stávají výrazným zdrojem nejistoty. Opět se ukazuje, že práce tvoří jednu z největších překážek v péči. A potažmo, péče se může stát výraznou překážkou v práci.

Ještě jedna oblast, vztahující se k prožívání současných pečujících stojí za pozornost. Jde o jejich připravenost hovořit, přemýšlet nebo si připustit blížící se smrt rodiče. Jakoby toto téma bylo do značné míry tabu. V podstatě představuje něco, o čem se nemluví. Ukázalo se, že pečující se výrazně vyhýbají pojmenování smrti rodiče. Pokud se přece jen ve svých úvahách stočí tímto směrem, objevuje se v jejich řeči místo nevyslovené smrti prosté zájmeno „to“.

Bývalé pečující, které péči o rodiče již ukončily, obohacují téma prožívání také o prožitky po ukončení péče. O té hovoří jako o dobré životní zkušenosti. Pečující zpravidla prožívaly uspokojení z toho, že tento úkol zvládly, že vzorně dostály vnímané povinnosti, přítomen je celkově dobrý pocit z toho, že se v rozhodující situaci zachovaly správně. Zde opět můžeme pozorovat odkaz na zvnitřněné hodnoty, které se zdají být rozhodující proto, jak se pečující nakonec v konkrétní situaci zachová. Pokud péče skončila z důvodu celkového zlepšení stavu rodiče, případně jeho předáním do péče instituce, jde tedy o případy, kdy rodič žije, zjišťujeme, že pro „bývalé“ pečující v podstatě pokračuje stresová situace. Na jedné straně zažívají sice třeba i radost ze zlepšení rodiče, na straně druhé ovšem potýkají s pocity úzkosti, strachu až hrůzy z opětovného zhoršení. Můžeme předpokládat, že emocionální zátěž je tu sice o něco menší, než v samotné situaci péče, ale svým způsobem i nadále přetrvává.

Celkově tedy můžeme prožívání pečujících vztáhnout k několika dimenzím, napříč těmito dimenzemi však lze pozorovat některé společné znaky prožívání vztahující se k péči. Situace péče je samotnými pečujícími prožívána nejčastěji jako náročná, vyčerpávající a stresující záležitost, která se navíc pojí se značným pocitem zodpovědnosti vůči rodiči. Pocity, které pečující v průběhu péče zažívají, jsou nezřídka ambivalentní. Vedle radosti nebo naděje související se zlepšením celkového stavu rodiče se objevuje bezmoc, výčitky, strach nebo úzkost. Na základě toho můžeme usuzovat na zvýšenou emocionální zátěž pečujících v průběhu péče, která je do značné míry zbytečně způsobena nedostatkem relevantních informací.

Na základě zjištěných skutečností, můžeme formulovat následující doporučení.

Vzhledem k uvedenému se nám jeví jako žádoucí zvýšit povědomí příslušných odborníků (lékařů, sociálních pracovníků, psychologů) o celkové problematice této formy péče. Fakt, že pečující necítí podporu ze strany těchto odborníků, co víc tito jsou pro ně spíše zdrojem nejistoty a dalších nepříjemných pocitů, považujeme za závažné zjištění,

s nímž by měli být příslušní odborníci konfrontováni např. prostřednictvím debat s pečujícími.

Bylo by také vhodné uvažovat o vytvoření jakéhosi informačního centra či portálu, kde by mohli všichni, pro něž je péče aktuálním tématem, nalézt potřebné informace a případně i kontakty na příslušné odborníky a organizace působící v této oblasti. Nebo alespoň zvýšit povědomí a informovanost veřejnosti o již existujících projektech, jakými jsou například kluby či sdružení pro osoby s určitou diagnózou¹⁰⁸ a jejich příbuzné nebo nedávno vzniklé webové stránky věnované přímo pečujícím¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Jde například o projekt České alzheimerovské společnosti, společnosti Parkinson, organizace sdružující lidi s roztroušenou sklerózou apod.

¹⁰⁹ Např. www.pecujdoma.cz nebo www.pecujici.cz

9. ZÁVĚR

Předkládaná práce mapuje problematiku péče dospělých dětí o své rodiče. Teoretická část, sloužící jako východisko pro následnou kvalitativní studii, se věnuje popisu jednotlivých fází procesu péče a faktorům, které je doprovázejí. Z provedeného výzkumu zaměřeného na zmapování problematiky péče z pohledu pečujících realizovaného s celkem čtrnácti pečujícími, vyplývá několik závěrů.

Pečující často nemají možnost se na situaci péče předem připravit a ujímají se jí neplánovaně. Jde spíše o vplutí do péče jakožto reakci na vzniklou potřebu na straně rodiče. Setrvání v roli pečujících je provázeno větší skupinou motivů, málokdy pečující uvádí pouze jediný motiv.

Ukázalo se také, že pokud se pečující ujmou péče o rodiče svého partnera, často nikterak nezdůrazňují tuto skutečnost, naopak jejich přístup se v zásadě neliší od přístupu pečujících starajících se o své vlastní rodiče.

V důsledku situace péče dochází k pociťované změně rodinných vztahů. Na tuto změnu má největší vliv postoj, který jednotliví rodinní příslušníci zaujmou k situaci péče. To platí jak o vztazích v nejužší rodině, tak v rámci širšího příbuzenstva.

Častým důsledkem péče je snížení počtu, případně intenzity sociálních kontaktů, což je zvláště patrné v případech, kdy se péče těší u pečujících primární důležitosti a je jí dávána přednost před vším ostatním. Pozorovatelný byl také vliv na kvalitu sociálních vztahů pečujících.

Další dopady situace péče byly shledány v oblasti zaměstnání pečujících. Zaměstnání je pečujícími do značné míry nazíráno jako překážka v péči, nezřídky dochází k upřednostnění péče před placenou prací, což v důsledku zhoršuje pozici pečujících na trhu práce.

U více než poloviny pečujících můžeme pozorovat zhoršení jejich zdravotního stavu, které je možné vztáhnout k situaci péče.

Při realizaci samotné péče využívají pečující celou řadu jak obecných, tj. do značné míry společných všem, tak vysoce individuálních strategií zvládnání. Významným faktorem je pro pečující podpora ze strany rodiny.

Ze situace péče vyplývá pro pečující celá řada potřeb. Především jde o potřebu lepšího přístupu lékařů a jiných odborníků, což úzce souvisí s potřebou lepší

informovanosti pečujících. Pečující dále reflektují potřeby možnosti využít psychologické podpory a „vydechnutí“ si od péče.

Prožívání pečujících prostupuje celou situací péče, ovlivňuje ji a je jí zpětně ovlivňováno. Pečující připouštějí celou plejádu často ambivalentních pocitů. Obecně je péče nejčastěji prožívána jako značně náročná, vyčerpávající a stresující událost, která je ovšem zpětně pečujícími hodnocena jako dobrá životní zkušenost.

10. SOUHRN

Stárnutí populace, k němuž dochází s sebou přináší celou řadu nových otázek a problémů, kterými je třeba se zabývat. Stále naléhavější se stává také otázka zajištění péče o staré lidi. V drtivé většině případů jsou tito staří lidé zároveň také rodiči. Mají dítě nebo děti, kteří v době jejich stáří jsou již dospělí a zpravidla mají své vlastní rodiny. Jednou z možností, která se nabízí, je, aby potřebnou péči rodičům poskytly právě jejich děti.

Teoretická část práce nabízí ucelený pohled na problematiku péče dospělých dětí o rodiče, tak jak ji zachycují četné zahraniční a několik našich¹¹⁰ výzkumů a studií. Péči je možné nazírat jako složitý proces začínající převzetím péče (nebo potenciálně ještě dříve rozhodováním se pro péči) a pokračující obdobím vlastní péče, což v sobě zahrnuje celou řadu významných momentů. Těmi jsou např. specifika péče mužů a žen, varianty sourozenecké spolupráce, ale také pozitivní vs. negativní dopady péče. Součástí procesu péče je i ukončení péče. Nejčastěji se konec péče kryje se smrtí rodiče, ale v úvahu přichází i přenesení péče na instituci nebo celkové zlepšení stavu rodiče, v takovém případě péče končí, protože již není potřeba. Neměli bychom zapomínat ani na fázi následující po faktickém ukončení péče. Pro pečující péče nekončí v den jejího ukončení. Pečující čelí dozvukům této péče ještě nějaký čas poté. Co přesně je podstatou těchto dozvuků se odvíjí od okolností ukončení péče.

Předkládaný kvalitativní výzkum se zaměřuje na zmapování problematiky o rodiče z pohledu pečujících dospělých dětí s důrazem na psychologické aspekty takové péče. Výzkum je realizovaný za využití kvalitativního přístupu. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaného interview od celkem čtrnácti pečujících (ve všech případech jde o ženu), rozdělených do dvou skupin po sedmi osobách, skupiny současných pečujících a skupiny pečujících v minulosti. Pečující byly do výzkumu vybrány za použití metody prostého záměrného výběru následně doplněnou o metodu sněhové koule. Jako podmínka účasti ve výzkumu byla stanovena současná nebo minulá zkušenost s péčí o své nebo partnerovy rodiče, která trvala minimálně půl roku. Fakt, že se nám nepodařilo zařadit do výzkumu žádného pečujícího muže považujeme za limitující. Získaná data byla

¹¹⁰ Ze studií provedených v ČR nám byla inspirací především práce M. Přidalové

podrobena kvalitativní analýze za použití kódování. Výsledkem je kategoriální systém zachycující podstatu zkoumaného jevu.

Péče jako jev se svou podstatou odráží snad ve všech oblastech života pečujících. Pečující začínají pečovat v reakci na vzniklou potřebu péče. V případě, že má rodič více dětí, ujímá se péče to, které je rodiči fyzicky nejbližší, jde-li o syna, přebírá péči zpravidla jeho partnerka. Péči samotné často nepředchází proces rozhodování a pečující nemají představu o podstatě a nárocích péče. Převzetí péče a setrvání v ní je na straně pečujících provázáno celou řadou motivů. Situace péče zasahuje do běžného fungování života rodiny, což vyžaduje od všech značné přizpůsobení se nové skutečnosti. Podpora ze strany rodiny je pro pečující důležitým projektivním faktorem a vede k pocitu stmelenosti či soudržnosti rodiny. Pokud se chování rodinných příslušníků dostane do rozporu s očekáváním pečujících, má to za následek zhoršení vztahů mezi nimi a pečující. Podobný mechanismus pozorujeme i v případě vývoje vztahů s okruhem přátel pečujících. I od nich pečující do značné míry očekávají porozumění a podporu. Reagují-li přátelé dle pečujících nevhodně následuje ochlazení vztahů. Předpokládáme u pečujících existenci určité implicitní teorie o tom, jak by se měli lidé v jejich okolí k faktu péče a k nim jako pečujícím stavět. Za důsledek péče je třeba považovat také často se vyskytující omezení, případně snížení intenzity sociálních kontaktů. S tím souvisí i omezení v oblasti zaměstnání pečujících. To je nazíráno jako překážka v potřebné péči. Pokud to okolnosti alespoň trochu umožňují, dochází k upřednostnění péče před prací. Kroky pečujících propojující péči a ostatní oblasti jejich života jsou vlastně součástí strategie zvládnání péče. Kromě vysoce individuálních strategií zvládnání situace péče se u pečujících objevují také jakési obecné postupy, které nalézáme napříč jednotlivými případy. Pečující období péče nějakým způsobem prožívají, toto prožívání situaci péče ovlivňuje, ale také je jí zpětně ovlivňováno. V podstatě jde o velmi složitý vše prostupující proces. Situace péče je pečujícími obecně popisována jako stresující, náročná až vyčerpávající. V jejím průběhu jsou však pečující konfrontovány s celou řadou pocitů od ryze pozitivních jako jsou radost, naděje či spokojenost až po negativní např. beznaděj, bezmoc nebo zoufalství. Z toho vyplývá, že pečující jsou v důsledku péče vystaveny zvýšené emocionální zátěži, s níž jsou nuceny se vyrovnat.

Ukázalo se, že ze situace péče plyne také celá řada potřeb, které pečující vnímaly. Především jde o potřebu lepšího přístupu ze strany lékařů, pečující při jednání s nimi postrádaly zejména ochotu, schopnost vhodně komunikovat, především jde-li o sdělení diagnózy a vysvětlení její podstaty, orientaci v problematice péče či schopnost nasměrovat

je k dalším potřebným informacím. Podobná potřeba zaznívá také na adresu sociálních pracovníků. Pečujícími ve značné míře chybí nejen potřebné informace o podstatě a nárocích péče, ale také o existujících pomůckách, sociálních dávkách nebo službách, které by mohly při péči využít. Za alarmující považujeme fakt, že pečující neví, kde potřebné informace získat. Toto vše v důsledku jen prohlubuje míru emocionální zátěže pečujících a celkově komplikuje situaci péče. Pečující také reflektují potřebu moci si občas od péče oddechnout a potřebu podpůrné péče poskytované odborníkem celkově se orientujícím v problematice péče.

Problematika tohoto typu péče je značně složitá a její komplexnost vyžaduje multidisciplinární přístup, v jehož rámci má bezesporu místo i psychologický pohled. Právě o ten se snažíme v této studii.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Akademický slovník cizích slov* (2000). Praha: Academia.
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Beach, D. L. (1997). Family caregiving: The positive impact on adolescent relationships. *The Gerontologist*, 37 (2), 233-238.
- Business NH Magazine*. (2003). 20 (9), 50.
- Cox, M. J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267.
- Dayton, I. B., & Neal, M. B. et al. (2003). Collaboration Among Siblings Providing Care for Older Patente. *Journal of Gerontological Social Work*, 40 (3), 51-66.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie - Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- Gorer In Firthová, P., Luffová, G., Oliviere, D., et al. (2007). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Haškovcová, H. (1990). *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hogstel, M. O., Curry, L. C., & Walker, CH. (winter 2005, 2006) Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9 (2), 55-60.
- Checkovich, T. J., Stern, S. (2002). Shared Caregiving Responsibility of Adult Siblings with Elderly Parents, *The Journal of Human Resources*, 37 (3), 441-478.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Jeřábek, H. et al. (2005). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES.
- Keith, C. (1995). Family caregiving systems: Models, resources, and values. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 179-189.
- Laditka, J. N., & Laditka, S. B. (2000). Aging Children and Their Older Patente: The Coming Generation of Caregiving. *Journal of Women & Aging*, 12 (12), 189-204.
- Mašková, M. (2004). Evolution of social care services for older population in the Czech Republic. In *In: Czech welfare state : Changing Environment, changing institutions*. Praha: CESES UK FSV.
- Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon.

- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Možný, I. (2006). *Rodina a Společnost*. Praha: Slon.
- Parkes, C. M., Relfová, M., & Couldricková, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu.
- Payneová, S., Seymourová, J., & Ingletonová, CH. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Spol. pro odbornou literaturu.
- Pierret, CH. R. (2006). The „sandwich generation“: women caring for parents and children. *Monthly Labor Review* [online], 3-9. [2008-04-01] Dostupné z <<http://www.bls.gov>>.
- Přidalová, M. (2006). *Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové)*. Gender, rovné příležitosti, výzkum, [online] 1 [2008-03-14] Dostupné z <<http://www.genderonline.cz>>
- Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. Brno: FSSMU.
- Rabušic, L. (1995). *Česká společnost stárne*. Brno: MU a GEORGETOWN.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2001). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Prahy: Portál.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Sýkorová, D. (1996). *Prázdné hnízdo - šance nebo břemeno?* Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šolcová, I. (1999). Sociální opora jako významný projektivní faktor. *Československá psychologie*, č. 1, 19-38.
- Špatenková, N. et al. (2004). *Krize - psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
- Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Veselá, J. (2002). *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. (zpráva z výzkumu) [online] Praha: VÚPSV [2008-03-22] Dostupné z <www.vupsv.cz>.
- Veselá, J. (2001). *Sociální služby a jejich poptávka*. (zpráva z výzkumu) [online] Praha: VÚPSV [2008-03-14] Dostupné z <www.vupsv.cz>.
- Veselá, J., & Janata, Z. 1999. *Sociální služby ve světle připravovaných reforem (II.díl)*. *Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci*. [online] Brno: VUPSV [2008-04-2] Dostupné z <www.vupsv.cz>.

Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. (Zpráva z empirického výzkumu) [online] Brno: VÚPSV [2008-03-19] Dostupné z <www.vupsv.cz>.

Virt, G. (2000). *Žít až o konce*. Praha: Vyšehrad.

Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Výrost, J., & Slaměnik, I. et al. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál.

Zákon č. 40/1964, Občanský zákoník

Zákon o rodině 94/1963

INTERNETOVÉ ZDROJE

http://fcs.tamu.edu/families/aging/elder_care/helping_when_health_fails.php [2008-03-14]

http://www.aarp.org/families/caregiving/caring_parents/caregiver_health.html

[2008-04-19]

[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/\\$File/40070701.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/$File/40070701.pdf)

[2008-01-25]

<http://www.revolutionhealth.com/healthy-living/caring/basics/family/parent-move-in>

[2008-03-12]

<http://www.caregiving.com/> [2008-02-04]

<http://www.pecujdoma.cz/> [2009-12-10]

<http://www.pecujici.cz/> [2009-12-14]

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Studijní obor: **Psychologie**

Školní rok: **2009/2010**

ABSTRAKT

Jméno	Markéta Greplová
Název diplomové práce	Psychologické aspekty péče dospělých dětí o své rodiče
Rok imatrikulace	2004
Vedoucí práce	doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.
Oponent	
Počet stran	121

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat problematiku péče o rodiče z pohledu pečujících dospělých dětí, zejména pak psychologické aspekty této péče. Teoretická část vymezuje jednotlivé fáze procesu péče a poukazuje na faktory, které je doprovázejí. Navazující výzkumná část předkládá kvalitativní studii zkoumající aspekty situace péče s cílem porozumět tomu, jak pečující tuto situaci prožívají, jak se péče promítá do ostatních oblastí jejich života, jaké individuální strategie pečující uplatňují a jaké potřeby plynou ze situace péče. Výzkumný soubor tvoří 14 pečujících, rozdělených do skupin, současných pečujících a pečujících v minulosti v každé skupině je 7 osob. Výzkum je realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného interview a následné kvalitativní analýzy.

Klíčová slova:

pečující, péče, rodina, psychologické aspekty, rodič, prožívání péče, dopady péče,

The University of Palacký in Olomouc

Philosophical Faculty

Department of Psychology

Subject of Study: **Psychology**

School Year: **2009/2010**

ABSTRACT

Name	Markéta Greplová
Diploma Project Title	Psychological Aspects of Adult Offspring Taking Care of Their Parents
Year of Matriculation	2004
Project Mentor	doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.
Second Reader	
Number of Pages	121

The aim of the diploma project is to survey the issue of care of parents from the point of view of the caring adult children, especially the psychological aspects of the care. The theoretical section defines individual stages of the caretaking process and refers to the factors that accompany it. The following section devoted to research presents a qualitative study observing aspects of the care situation with the effort to understand how the caretakers go through the situation, how the caretaking activity projects into the other areas of their personal lives, what individual strategies the caretakers exploit and what further needs the care situations imply. The research set consists of 14 caretaking persons divided into groups – those who are caring of parents currently and those caring in past. Each group has 7 persons. The research was taken out via a semi-structured interview and a follow-up qualitative analysis.

Key words:

caregivers, care, family, psychological aspects, parent, experiencing the care, care impact