

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Bc. Vendula Slováková

*Copingové strategie osob poskytujících neformální péči  
seniorům*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Filáková, Ph.D.

**2022**

**Prohlášení o samostatnosti zpracování kvalifikační práce**

*„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“*

V Olomouci dne 21. 6. 2022

.....

Bc. Vendula Slováková

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Daniele Fil'akovské, Ph.D. za její ochotu, trpělivost a odborné rady, které mi při zpracování diplomové práce velmi pomohly. Také děkuji všem respondentkám, které souhlasily se zapojením do výzkumného šetření.

# OBSAH

Úvod.....	6
1 Neformální péče.....	7
1.1 Neformální pečovatelé .....	9
1.2 Výhody a nevýhody neformální péče .....	9
1.3 Podpora neformální péče v České republice .....	10
1.3.1 Příspěvek na péči .....	11
1.3.2 Sociální služby .....	11
2 Zátěž a stres .....	13
2.1 Zátěž při neformální péči .....	14
2.1.1 Fyzická zátěž.....	14
2.1.2 Psychická zátěž .....	15
2.1.3 Sociální zátěž .....	17
3 Syndrom vyhoření.....	19
3.1 Syndrom vyhoření u neformálních pečujících .....	20
4 Coping.....	24
4.1 Copingové strategie.....	25
4.1.1 Příklonové a odklonové copingové strategie .....	26
4.1.2 Coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce.....	26
4.1.3 Kognitivní a behaviorální coping .....	27
4.1.4 Asimilační a akomodační coping.....	27
4.1.5 Coping orientovaný na význam .....	27
4.1.6 Útok, únik, řešení problémů .....	27
4.1.7 Proaktivní a reaktivní coping.....	28
4.1.8 Hledání sociální opory .....	28
4.2 Copingové strategie neformálních pečujících .....	29
5 Výzkumné šetření .....	30
5.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky .....	30
5.2 Výzkumný soubor .....	30

5.3	Výzkumný přístup, metoda sběru dat, analýza dat .....	31
5.3.1	Výzkumný přístup.....	32
5.3.2	Metoda sběru dat.....	32
5.3.3	Analýza dat .....	33
5.4	Interpretace dat.....	34
5.4.1	Zátěž pečujících .....	35
5.4.2	Copingové strategie .....	40
5.4.3	Role státu .....	44
5.5	Shrnutí výsledků.....	48
	Diskuze .....	52
	Závěr .....	57
	Seznam literatury .....	59
	Seznam použitých symbolů a zkratek.....	65
	Seznam obrázků .....	66
	Seznam tabulek .....	67

# ÚVOD

V současné době dochází ke změně struktury obyvatelstva – snižuje se porodnost a úmrtnost a zvyšuje se podíl osob vyššího věku. Prodlužující se délka života s sebou nese nárůst chronických a vyčerpávajících zdravotních problémů. Dle předpokladů bude do roku 2036 počet osob ve věku 80 let a starších více než dvojnásobek. U těchto osob je potřeba zdravotních služeb výrazně nadprůměrná, dojde tak k nutnosti zvýšit výdaje na zdravotní a sociální služby a zajištění péče o tuto věkovou skupinu (Dragomirecká, 2020). Senioři závislí na péči často upřednostňují možnost zůstat doma. Počty neformálně pečujících osob však v průběhu času spíše klesají v důsledku snižování příslušníků jednotlivých generací. Rodiny se pravděpodobně budou snažit svým blízkým péči poskytovat, avšak péče bude předpokládat stále větší výzvu a její podpora nebývá dostatečná (Hubíková, 2015).

Poskytování péče má dopady na většinu oblastí života pečujících. Neformální pečující jsou zranitelnou skupinou, protože jsou obvykle zároveň příbuznými příjemce péče a nemohou tedy péči snadno ukončit, když se stane příliš náročnou. Na jejich potíže a potřeby je však často nahlíženo pouze prostřednictvím potřeb opečovávaných seniorů a zajištění co nejkvalitnější péče (Hubíková, 2015). Neformální pečující tak bývají přehlíženi a jejich problémům není věnována dostatečná pozornost, přestože představují důležitou součást systému péče. Tato diplomová práce se tedy zaměřuje přímo na osoby poskytující neformální péči seniorům a snaží se zmapovat copingové strategie, které využívají ke zvládnutí zátěže, kterou pro ně péče představuje.

Cílem práce je zjistit, jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům. V teoretické části práce jsou sumarizovány poznatky o neformální péči, zátěži a stresu při péči, syndromu vyhoření a copingu. Tato část má za cíl přiblížit situaci neformálních pečujících a vytvořit tak podklad pro výzkumné šetření. To je zpracováno kvalitativním typem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které mají zkušenost s poskytováním neformální péče. Výsledky výzkumu jsou poté prezentovány a je k nim zpracována diskuze.

# 1 NEFORMÁLNÍ PÉČE

Na začátku této práce je pozornost zaměřena na vymezení neformální péče a na to, kdo neformální péči seniorům poskytuje, dále pak na to, jaké výhody a nevýhody může tento typ péče zahrnovat. V závěru kapitoly je objasněno, jak vypadá podpora neformální péče v České republice, a jaké existující sociální služby mohou pečující osoby či samotní senioři využít.

Jedním z důležitých cílů péče o seniory je zachování jejich soběstačnosti v co nejvyšší míře, přičemž je zároveň žádoucí, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí (Příbyl, 2015). Tyto cíle nejlépe umožňuje naplňovat **neformální péče**. Tento typ péče je poskytován v přirozeném prostředí závislých osob, a to především partnery, dospělými dětmi či jinými příbuznými. Za neformální péči pečující osoba nepobírá mzdu, tato péče rovněž není smluvně vymezena a časově omezena a není pro ni potřeba odborného vyškolení (Kotrusová a kol., 2013). Neformální péče je poskytována osobám, které jsou na péči závislé (např. z důvodu tělesného postižení nebo zdravotního stavu), pro potřeby této práce bude okruh osob zúžen pouze na seniory.

Z hlediska intenzity se u neformální péče rozlišují tři stupně:

- **podpurná péče**, která je nejméně časově náročná a zahrnuje účast na různých činnostech seniora, přičemž podpora může být verbální, materiální či finanční;
- **neosobní péče**, která představuje každodenní péči o domácnost seniora, např. vaření, úklid atd.;
- **osobní péče**, která je časově nejnáročnější a zahrnuje osobní péči, při které je vyžadována neustálá přítomnost pečující osoby, např. osobní hygiena, podávání léků atd. (Jeřábek, 2013).

Ačkoliv současná doba nabízí mnoho sociálních služeb zaměřených na seniory, péče probíhající v domácím prostředí je stále velmi častá. Ve stáří roste potřeba citové jistoty a bezpečí, což znamená především možnost spolehnout se na své blízké (Příbyl, 2015). Z toho lze usoudit, že pokud má senior možnost se svými blízkými a ve svém přirozeném prostředí zůstat, je to pro něj z hlediska jeho potřeb lepší. V domácím prostředí je také schopen lépe snášet omezení, která vyplývají z jeho zdravotního stavu. Senioři žijící

v rodinném prostředí také mnohdy bývají déle samostatnější, zdravější a spokojenější (Michalík, 2010; Pumprová, 2019).

Přestože ve struktuře rodiny během let došlo a stále dochází k mnoha změnám, je stále vnímána jako nejvýznamnější instituce. Pro současnost je typický výskyt tzv. multigeneračních rodin tvořených třemi a více generacemi. V rámci těchto rodin dochází k více možnostem pro vztahy mezi členy různých generací, a tak je možné lépe porozumět i vzdálenějším věkovým skupinám (Levická, 2015). V případě, že mezigenerační soužití dobře funguje, jednotlivým členům rodiny se dostává pocit bezpečí a pochopení, poskytují si pomoc a také může docházet k vzájemnému obohacení (Klevetová, 2017). Zdá se tedy, že tyto multigenerační rodiny poskytují ideální prostředí pro neformální péči o seniory.

Rodina se vyznačuje emocionální blízkostí, vzájemnou péčí, mezigenerační solidaritou a ochranou a funkcemi, mezi které patří: biologicko-reprodukční, ekonomická, výchovná, emocionální a psychohygienická, ochranná a socializační. Z hlediska péče o seniory jsou relevantní především emocionální a ochranná funkce. **Emocionální funkce** se zaměřuje na emocionální potřeby všech členů rodiny, poskytování sociální opory apod. **Ochranná funkce** zajišťuje, aby žádný z členů rodiny netrpěl nedostatkem ekonomických či materiálních prostředků nebo v důsledku nedostatku péče (Levická, 2015). Péče o seniory zahrnuje péči zdravotní, sociální a emocionální, a právě emocionální složku péče žádná instituce nedokáže zajistit v takové kvalitě, jako vlastní rodina seniora, která poskytuje péči na základě altruismu, lásky a vděčnosti (Jarolímová a kol., 2014; Jeřábek, 2013).

V rodině je jednotlivým členům poskytována také **sociální opora**, která pomáhá jejich duševní pohodě. V rámci neformální péče je sociální opora chápána jako pomoc druhému člověku, který je v zátěžové situaci. Sociální opora tuto situaci a její prožívání pomáhá ulehčit. Kromě členů rodiny mohou oporu poskytovat také neživé předměty, např. vlastní domov vyvolávající příjemné vzpomínky (Levická, 2015). Je možné se domnívat, že z tohoto důvodu je pro seniory lepší, když mohou zůstat v prostředí, které jim je známé, považují jej za bezpečné a ve kterém mohou sdílet své problémy s vědomím, že jim bude poskytnuta potřebná pomoc.



## 1.1 NEFORMÁLNÍ PEČOVATELÉ

Neformální péče je poskytována laickými pečovateli, kterými jsou obvykle členové rodiny, partneři nebo osoby z okruhu přátel. S neformálními pečovateli není uzavřena formální smlouva a zpravidla jejich péče není finančně kompenzována (Truhlářová, 2015). Mezi nejčastější pečovatele patří manžel/manželka, děti a jejich partneři (Jeřábek, 2013). Ženy se mnohdy dožívají vyššího věku než muži a vdávají se za muže, kteří jsou starší než ony samy, což je také jeden z důvodů, proč jsou ženy nejčastějšími neformálními pečujícími (Mort a kol., 2008). Typická pečující osoba je v současné době žena starší 50 let, která pečuje o své rodiče nebo o rodiče svého partnera (Kotrusová a kol., 2013).

V péči žen a mužů často bývají rozdíly. Ženy zajišťují spíše osobní péči a emocionální podporu, dále se starají o domácnost a každodenní běžné činnosti. Péče mužů je spíše podpůrná a zahrnuje např. údržbu bytu nebo nákupy. Když je hlavním pečovatelem muž, má často větší pomoc okolí, což je patrně způsobeno vnímáním genderových rolí (Pumprová, 2019). U pečujících žen je rovněž pravděpodobnější, že z důvodu péče o blízkého přestanou pracovat, v důsledku čehož mají menší příjem a malé úspory (Bookman a Kimbrel, 2011). Mají také častěji negativní projevy během péče, kterými jsou např. větší pocit zátěže, deprese, chronická únava, a čelí větším potížím při snaze sladit péči a další rodinné či pracovní povinnosti (Navaie-Waliser a kol., 2002).

Při rozhodování o péči je potřeba si uvědomit, jaké změny bude potřeba udělat v dosavadním životě, v jakých podmínkách bude péče probíhat, jak dlouho se očekává, že bude trvat atd. (Michalík, 2010). Pečovatel by měl zvážit svůj zdravotní stav po fyzické i psychické stránce, své bytové a finanční podmínky a také by měl mít kompetenční a teoretické znalosti důležité pro péči. Jelikož se zátěž vyplývající z péče přenáší i na ostatní členy v rodině pečovatele, je potřeba, aby mu byli v péči oporou. Pokud rodina pečovatele nepodporuje, působí to nepřiměřenou zátěž a mohou se objevovat např. problémy v partnerských vztazích nebo dojít k narušení běžného chodu rodiny (Truhlářová, 2015).

## 1.2 VÝHODY A NEVÝHODY NEFORMÁLNÍ PÉČE

Jak již bylo zmíněno, neformální péče má přínos především pro samotného seniora. **Výhody** tento typ péče přináší také pro stát, protože je levnější než péče poskytovaná registrovanými poskytovateli (Michalík, 2010). Díky péči o blízkého může u pečujících docházet k osobnímu růstu, změně životních postojů a charakteru, ale také ke zlepšení

trpělivosti a lepšímu pochopení druhých lidí. Dále může být péče přínosná z hlediska zlepšení vztahů nejen se seniorem, ale i s celou rodinou, která se mnohdy při péči semkne a více drží při sobě, cítí sounáležitost a lásku (Jarolímová a kol., 2014; Pumprová, 2019).

Za **nevýhody** je možné považovat nižší materiální a technickou vybavenost pečovatele a menší komplexnost péče než v profesionálních zařízeních. Také jsou kladeny vysoké nároky na pečovatele z hlediska času a psychického i fyzického stavu (Michalík, 2010). Překážkami pro péči mohou být také nevyhovující bydlení, velká vzdálenost rodin či povinnosti vůči vlastní rodině (Truhlářová, 2015). Pečující, kteří se zároveň starají o své děti, mohou strávit více času péčí o seniory (např. své rodiče) než o děti. Do tohoto času může být započítáno také nutné dojíždění, pokud nežije senior přímo v domácnosti pečovatele (Bookman a Kimbrel, 2011). Pokud pečující staví na první místo péči a své potřeby spíše přehlídí, může u něj dojít k vyčerpání a stresu. Také často nemá tolik času na své zájmy, v důsledku čehož může dojít k izolaci. Pečovatel bývá častěji ohrožen depresemi, vyskytují se u něj strach a obavy (Pumprová, 2019).

Dle výzkumu Kotrusové a kol. (2013) se projevují následující deficity veřejné politiky, které mají dopad na neformální pečovatele a mohou se tak řadit mezi nevýhody při poskytování péče. Jedním z deficitů je nedostatečné finanční ohodnocení – příspěvek na péči je obvykle považován za nízký, především v případech, kdy je nutná intenzivní péče. Dalším deficitem je špatná informovanost o dostupných sociálních a zdravotních službách a neexistence místa, kde by pečující mohli dostat komplexní informace. Dále se jevílo jako problematické oddělené financování sociálních a zdravotních služeb a jejich nízká provázanost, která mnohdy ztěžuje kombinaci neformální a formální péče. Jako další deficit je vnímána omezená možnost skloubení pracovních a rodinných rolí s péčí. Málo pečujících je ekonomicky aktivních, např. z důvodu nízké flexibility pracovní pozice či nedostatku respitních služeb v okolí, přestože by o zaměstnání mnohdy stáli.

### **1.3 PODPORA NEFORMÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Nástroje veřejné politiky na podporu pečujících je možné rozdělit na ty, které jsou věnované přímo neformálním pečujícím, a na ty, které jsou určeny spíše pro osoby závislé na péči. Mezi podporu pečujících lze zahrnout např. poskytování informací o péči, poradenství, výcvik, svépomocné skupiny nebo podporu na trhu práce (Kotrusová a kol., 2013). Služeb určených pečujícím však není mnoho, což může být zapříčiněno tím, že

v legislativě je o pečujících zmínka pouze v souvislosti s příjemci péče a nejsou tedy vnímány jako samostatná cílová skupina sociální práce. Nástroje, které podporují osoby závislé, však mnohdy mají nepřímý vliv také na potřeby pečovatele. Sem patří finanční podpora a sociální služby (Mikandová a Dvořáková, 2020).

Pokud je pečující nahlášen u krajské pobočky Úřadu práce jako osoba, která poskytuje pomoc rodičům, kteří jsou příjemci příspěvku na péči ve II., III. nebo IV. stupni, platí za něj zdravotní pojištění stát. Doba péče se také počítá jako náhradní doba důchodového pojištění (Chovancová, 2012).

### 1.3.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Příspěvek na péči připadá na zajištění péče o osobu závislou na pomoci jiné osoby z důvodu snížené schopnosti postarat se o sebe a o domácnost, a neschopnou samostatných sociálních kontaktů a aktivit. O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Výše příspěvku na péči se posuzuje podle potřeby podpory a míry závislosti v deseti oblastech: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Rozlišují se čtyři stupně závislosti: lehká, středně těžká, těžká a úplná. Stupeň závislosti je posuzován prostřednictvím sociálního šetření, během kterého je zjišťována schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí (Prudká, 2015; zákon č. 108/2006 Sb.).

### 1.3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jako doplněk k neformální péči lze využít nabízené sociální služby. Sociální služby mají za cíl návrat do běžného života a jsou určeny lidem, kteří potřebují pomoc v každodenních činnostech, jako je např. péče o sebe sama, stravování, návštěva kulturních akcí apod. (Holmerová, 2014). Pro seniory jsou přínosné takové služby, které jim umožní zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí, pomohou jim v udržení soběstačnosti, aktivizují je a pomohou také rodinám, které o ně pečují. Tyto služby je možné rozdělit na **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**, a jsou poskytovány jako pobytové, ambulantní nebo terénní (Příbyl, 2015).

Pro pečující jsou přínosné odlehčovací služby, které jim umožní si od soustavné péče odpočinout. Jsou poskytovány v terénní, ambulantní i pobytové formě. Jejich dostupnost

je však mnohdy nedostatečná (Mikandová a Dvořáková, 2020). Mezi další sociální služby, které jsou určeny seniorům, patří pečovatelská služba a osobní asistence, domy s pečovatelskou službou, tísňová péče, domovy pro seniory, týdenní a denní stacionáře, centra denních služeb atd. (Švehlová a kol., 2017).

Dragomirecká (2020, s. 231-232) provedla výzkumné šetření zkoumající využití služeb z pohledu pečujících o člověka s demencí. Přestože se tato práce nezabývá lidmi s demencí, je možné vztáhnout tyto výsledky obecně k pečujícím. Jednalo se o tyto služby: poradenství, svépomocné skupiny, domácí zdravotní péče, pečovatelská služba, osobní asistence, stacionář a pobytová odlehčovací služba. Jako přínosy daných služeb viděli pečující převážně edukaci o nemoci seniora, péči o něj a službách, poskytnutí emoční podpory, ulehčení péče, možnost regenerace, pomoc při nemoci pečujícího a prevenci sociální izolace seniora i pečujícího. Limity byly vnímány především v nedostupnosti služeb, jejich malé flexibilitě a nedostatečné kapacitě.

## 2 ZÁTĚŽ A STRES

Předcházející kapitola nastínila, že poskytování neformální péče skýtá spoustu výhod, avšak zároveň může být pro pečující náročná a narušující běžný život. V této kapitole jsou tedy objasněny pojmy zátěž a stres. Dále je pozornost zaměřena na to, jak může vypadat zátěž při neformální péči a jak se projevuje v jednotlivých oblastech – fyzické, psychické a sociální.

Každá životní situace se pojí s určitými nároky na adaptaci. Některé situace mohou být psychotraumatické, riziko je především u událostí, které se objeví nečekaně, jsou nežádoucí a jsou jedincem negativně prožívány. Často se stává, že se nakumuluje mnoho životních událostí, což může vést k celkové změně životního stylu, která přesáhne adaptabilitu jedince. Mezi tyto události může patřit také péče o blízkou osobu (Pelcák, 2015).

Při péči je důležité, aby ji pečující osoba dokázala zařadit do svého běžného života. Někomu se to podaří, někdo však péči může vnímat jako zátěž a napětí. **Zátěž** představuje široký jev zahrnující fyzickou, psychickou a emocionální stránku člověka a také jeho sociální a finanční oblast. Jednotlivé stresující situace, které během péče nastávají, pak mohou vést až k syndromu vyhoření (Pumprová, 2019).

V případech, kdy míra zátěže překračuje únosnou mez, a jedinec nemá dostatečné zdroje k jejímu zvládnutí, se hovoří o **stresu** (Paulík, 2017). Tento termín se používá pro označení nepříjemných situací, odpovědí na ně, okolností vedoucích ke střetu jedince se zátěží nebo všech uvedených možností dohromady (Pelcák, 2015). Stres se vyskytuje v situacích, které jsou obtížné, narušují rovnováhu organismu a působí změny v hormonálním, oběhovém a imunitním systému. Míra stresu je určena podílem expozičních a dispozičních faktorů. Expozičními faktory jsou myšleny požadavky, kterým je člověk vystaven, a dispoziční faktory představují osobnostní předpoklady pro zvládnání těchto požadavků. Když nastane větší rozpor mezi expozičními a dispozičními faktory, dochází ke stresu (Paulík, 2017).

Stres nastává v situacích, kdy jsou působící podněty velmi silné, dlouze působící nebo pokud dojde k nahromadění více problémů, ale taky v situacích, kdy jedinec dlouhodobě zažívá minimální nebo málo se měnící nároky nebo nemá dostatek stimulace (Paulík, 2017). Typickými znaky stresové situace jsou pocity neovlivnitelnosti situace,

nepředvídatelnosti jejího vzniku a nezvládnutelnosti této situace a tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn (Vágnerová, 2012).

Stres v člověku vyvolává reakce projevující se na tělesné a psychické stránce, které mohou být dočasné, ale také dlouhodobé. Jedná se např. o bušení srdce, nechutenství, sníženou schopnost empatie a nerozhodnost. Mezi typická onemocnění v důsledku akutního nebo chronického stresu patří srdeční onemocnění, bolesti hlavy, kožní onemocnění, neurologická a psychiatrická onemocnění apod. (Kliment, 2014; Pelcák, 2015).

Stres nemusí být jen negativní, v určitých případech může být i užitečný a působit na člověka aktivačně. Pokud je však příliš velký nebo dlouhodobý a pro jedince těžko zvládnutelný, působí nepříznivě. Pozitivní stres se nazývá eustres, negativní je pak označován jako distres (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

## 2.1 ZÁTĚŽ PŘI NEFORMÁLNÍ PÉČI

Péče o nesoběstačného seniora představuje významnou životní situaci, která se často může pojit se stresem, emočním napětím, úzkostí a vyčerpáním. Během péče se jistě vyskytuje mnoho situací, které pro pečujícího představují nepřiměřenou zátěž (Jedlinská a kol., 2009). Zátěž je často přítomna po určité době jejího působení, ale někdy se může objevit i po jejím odeznění, např. po umístění seniora do institucionálního zařízení (Chovancová, 2012).

Zátěž, kterou neformální péče způsobuje, je možné rozdělit především na **fyzickou**, **psychickou** a **sociální**. Tyto oblasti budou podrobněji rozebrány v následujících kapitolách. Kurucová (2016) zmiňuje také zátěž **finanční** (obavy z finanční stránky péče, nutnost opustit kvůli péči zaměstnání apod.) a **spirituální** (narušení celkové životní spokojenosti). Největší zátěž pravděpodobně nastává během péče, při které je nutná nepřetržitá přítomnost pečující osoby, v tomto případě může zátěžově působit již samotná závislost seniora na pečovateli a celková situace spojená s péčí (Tabaková a Václavíková, 2008).

### 2.1.1 FYZICKÁ ZÁTĚŽ

Péče o seniora vyžaduje mimo jiné určitou tělesnou sílu a při jejím nedostatku může způsobovat nepřiměřenou fyzickou zátěž. Tato zátěž může být způsobena nutností **manipulovat se seniorem** při zajišťování jeho životních potřeb (např. osobní hygiena nebo pomoc s převlékáním). Fyzická zátěž souvisí také s **nedostatečnou péčí o vlastní potřeby**

**pečujících**. Péče často vyžaduje jejich nepřetržitou přítomnost, a tak může docházet k **narušení spánku** nebo k **nedostatku času na stravování a pitný režim** (Kurucová, 2016).

Fyzická zátěž během péče se může projevovat také **nemocí** a **bolestí** pečujícího. Nemoc a bolest provází tělesné pocity i změny v emočním prožívání, jedná se tak o závažný stresor. Nejčastěji se mezi zátěžové situace řadí chronická bolest nebo akutní bolest. Pokud je člověk nemocný nebo ho sužuje bolest, je náročné poskytovat druhým lidem péči, kterou potřebují (Paulík, 2017).

### 2.1.2 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ

Péče o seniora způsobuje také zátěž v psychické oblasti.

Podle míry je možné psychickou zátěž rozdělit do čtyř kategorií:

- běžná zátěž – život v obvyklých kontextech,
- optimální zátěž – stimulace psychického vývoje osobnosti,
- hraniční zátěž – nároky, s nimiž se jedinec vyrovnává vypětím psychických sil, ale je schopen situaci řešit,
- extrémní psychická zátěž – nároky, které jedinec není schopen řešit, nastává psychické selhání (Mikšík, 2003 cit. dle Pelcáka, 2015, s. 11).

Nejčastější psychickou zátěž při neformální péči způsobuje potřeba **neustálé pozornosti** během péče, nutnost **okamžitého uspokojování potřeb seniora** a příliš velká **odpovědnost**, která je při péči nutná (Kurucová, 2016).

Při péči může nastat také frustrace a deprivace. **Frustrace** nastává při nemožnosti uspokojit důležité potřeby nebo dosáhnout stanovených cílů. Je možné rozdělit ji na exogenní, kdy je přítomna vnější překážka, a endogenní, kdy je překážka vnitřní. Exogenními překážkami mohou být např. reakce okolí, při péči o seniory se může jednat o situaci, kdy není péče podporována ostatními členy rodiny. Endogenní překážky mohou být např. slabá důvěra nebo nízké sebehodnocení (Kurucová, 2016; Vágnerová, 2012).

Schopnost snášet frustraci se pojí s frustrační tolerancí, která je ovlivněna dědičnými vlivy, typologickými vlivy nebo věkem, vyčerpáním či nedodržováním správné životosprávy (Pelcák, 2015). Častým projevem frustrace je agrese zaměřená na sebe nebo na druhé lidi. Dalšími reakcemi na frustraci mohou být snaha překonat překážku nebo

pasivní reakce charakteristická depresí, rezignací nebo nečinností (Paulík, 2017). V určitých případech může být frustrace také žádoucí, protože nutí jedince hledat řešení dané situace a rozvíjet jeho schopnosti (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Náročnost péče a nedostatek času na osobní potřeby pečujícího může frustraci toleranci značně snižovat. Při péči pak může ze strany pečující osoby ke zmíněným projevům frustrace docházet.

**Deprivace** je stav, při němž nedochází k uspokojení základních biologických nebo psychických potřeb v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečnou dobu. Představuje nejzávažnější zátěž a má vliv na psychický stav jedince. Při frustraci je možné zvolit náhradní cíle a tím ji zmírnit, deprivace však toto východisko nemá. Je rozlišována deprivace biologických potřeb, podnětová deprivace, kognitivní deprivace, citová deprivace a sociální deprivace (Vágnerová, 2012).

Psychickou zátěží může být také **strach** a **úzkost**. Je možné je definovat jako emocionální jevy pasivního charakteru spojené s nebezpečnými nebo ohrožujícími situacemi. Provází je nepříjemné tělesné pocity a projevy, jako je např. zrychlení dechu a tepu, slabost, svalová tenze apod. Specifický druh úzkosti je existenciální úzkost, která je spojena s vědomím konečnosti života nebo hrozby ztráty smyslu života. Taková úzkost se může objevit v souvislosti se zdravotním stavem sebe nebo blízkých a se smrtí. Strach ze smrti je u lidí běžný, časté jsou tendence se hovorům o smrti vyhýbat. Senioři, kteří potřebují péči druhého člověka, jsou na tom mnohdy zdravotně špatně, téma smrti tak může být nevyhnutelné. Pokud pro pečující osobu není přirozené o smrti uvažovat a hovorům o ní se spíše vyhýbá, může jí to způsobovat úzkost (Paulík, 2017).

Dalším projevem psychické zátěže může být **krize**. Jedná se o narušení psychické rovnováhy, které je způsobené náhlým vyhocením situace, dlouhotrvajícím hromaděním problémů nebo jejich nárůstem. Během krize selhávají obvyklé adaptační mechanismy a jedinec je nucen hledat si jiné. Krizi je možné chápat jako vyhocení situace, kterou je nutné přehodnotit a osvojit si nové způsoby reakcí na ni (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Když nastane krize, organismus reaguje na kognitivní, emocionální a behaviorální úrovni. Dochází ke zkreslení vnímání vnějšího světa a projevu negativních emocí, jako je např. strach, panika nebo vztek. Lze rozlišit krizi akutní, kumulovanou nebo chronickou. V životě jedince se vyskytují vývojové krize, které způsobují jednotlivé životní události. Touto událostí může být např. zjištění onemocnění u sebe nebo blízkého člověka, což může způsobit zděšení, zlost, odmítání přijmout pravdu či bezmoc (Paulík, 2017).



### 2.1.3 SOCIÁLNÍ ZÁTĚŽ

Sociální zátěž může být spojena s **nedostatkem opory** v rodině pečovatele nebo **změnou rolí** v důsledku péče. Pečující osoby také často trpí **nedostatkem času** (Kurucová, 2016). Mnohdy dávají přednost potřebám osob, o které pečují, před svými vlastními, a tak nezbyvá dostatek času na osobní život. Tento problém může vést až k **sociální izolaci**, zvláště v případech, kdy jedinec o seniora pečuje sám (Kotrusová a kol., 2013). Pečující mnohdy kvůli péči musí opustit své zaměstnání, což kromě finančních dopadů může rovněž vést k prohloubení sociální izolace (do Couto a kol., 2019).

Běžnou situací, která může nastat také během péče, je **konflikt**. Konflikty bývají rušivé, ale obvykle nepředstavují pro člověka větší zátěž. Avšak ve chvíli, kdy je konflikt závažný, trvá příliš dlouho, týká se pro člověka důležité oblasti, není možné jej řešit nebo dochází ke kumulaci konfliktů, se projevují jeho negativní vlivy a může se stát velkou zátěží (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Konflikty je možné rozdělit na intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty jsou vnitřní konflikty, které se odehrávají v nitru jedince a způsobují obavy, nejistotu či nespokojenost se sebou samým. Interpersonální konflikty jsou konflikty mezi lidmi, při kterých je potřeba minimálně dvou osob. Jedná se o vnější vlivy, které narušují jedinci život. Intrapersonální a interpersonální konflikty se mohou prolínat a vzájemně ovlivňovat (Paulík, 2017).

Typickým intrapersonálním konfliktem při výkonu neformální péče bývá konflikt rolí. Při začátku péče se objevuje nová role, kterou může být těžké skloubit s ostatními. Nejčastěji péče ovlivňuje situaci v zaměstnání a rodině. Zátěž bývá kladena především na ženy, které pečují o seniora a zároveň o své děti. Také může být v konfliktu role pečujícího a role dítěte v případě, že jedinec pečuje o své rodiče. Mnoho dospělých má často pocit, že by měli své rodiče poslouchat, což může během péče způsobovat problémy (Pumprová, 2019).

Příčiny konfliktů mohou být vnější nebo vnitřní, přičemž častou příčinou bývá narušení komunikace. Větší pravděpodobnost konfliktu je u osob s negativní náladou, případně v případě, že mají strach nebo pociťují hněv. Během konfliktů se projevuje napětí, které jednotliví účastníci prožívají. Míra napětí roste s intenzitou konfliktu, kterou určuje síla střetávajících se názorů, představ apod. Důsledky konfliktu mohou být zjevné nebo skryté

a rovněž pozitivní nebo negativní. Mezi pozitivní důsledky patří nastolení potřebných změn, zlepšení vztahů nebo navázání spolupráce, negativní pak narušují vztahy a komunikaci, způsobují nedůvěru či neochotu spolupracovat. Během konfliktů se často může vyskytovat kritika, negativní emoce, hněv a agrese (Paulík, 2017).

### 3 SYNDROM VYHOŘENÍ

Předchozí kapitola nabídla pohled na to, jak se projevuje zátěž při neformální péči. Působením této zátěže může u pečujících dojít až k syndromu vyhoření. Ten bude v této kapitole podrobněji popsán a bude objasněno, jaké jsou jeho hlavní znaky, příčiny a projevy. Následně bude pozornost věnována syndromu vyhoření u neformálních pečujících, přesněji tomu, co k němu může vést, jak se u pečujících projevuje, a nastíněna bude také jeho prevence.

Historie syndromu vyhoření sahá do 80. let 20. století, kdy byl tento jev popsán v souvislosti se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu ztratili o vše zájem. Později byl spojován s drogově závislými a byl označením také pro stav přepracovanosti, během kterého se lidé cítí vyčerpaní a začínají se stranit okolí (dnes se používá pojem workoholik) (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Podle Pelcáka (2015) je syndrom vyhoření „*psychický stav charakterizovaný emočním vyčerpáním, kognitivním opotřebením a celkovou únavou*“ (s. 52). Tento stav tvoří mnoho příznaků na psychické, somatické a sociální úrovni. Především je patrné psychické vyčerpání projevující se v oblasti kognice, motivace a emocí a mající vliv na chování jedince.

Přestože existuje mnoho definic syndromu vyhoření, lze najít společné znaky:

- objevují se negativní emocionální příznaky (emoční vyčerpání, deprese),
- důraz bývá kladený spíše na chování než na fyzické příznaky,
- v literatuře bývá uváděn především v souvislosti s výkonem určitých povolání,
- příznaky se vyskytují u jinak psychicky zdravých lidí,
- snížená výkonnost má souvislost s negativními postoji a chováním, které z nich vyplývá, nikoliv s nižší kompetencí (Křivohlavý, 2012, s. 67-68).

K vyhoření často vede ztráta prvotních ideálů, se kterými jedinec vstupuje do zaměstnání nebo k výkonu určité činnosti. Postupem času se může ukázat, že realita je jiná, než jaká měl očekávání, a tak dochází ke ztrátě důvěry ve své schopnosti a ztrátě smyslu dané činnosti. K vyhoření může vést také workoholismus, při kterém má jedinec potřebu hodně pracovat a dává své práci stále více času a energie, v důsledku čehož jí pak má nedostatek.

Další cestou, která může vést k vyhoření, je neschopnost odmítat požadavky druhých, přestože se na jejich splnění jedinec necítí, a také např. dlouhodobé poskytování emocionální podpory (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Předpoklady pro vyhoření mají také lidé neschopni dostatečně odpočívat, lidé s nízkou asertivitou nebo lidé, kteří mají další zatížení v životě (Matoušek, 2016). Tímto zatížením jistě může být také péče o seniory.

Projevů syndromu vyhoření existuje celá řada, přičemž závisí na povaze jedince a jeho frustrační toleranci, které z projevů budou nejsilnější. Někdo se může stáhnout do sebe, zatímco u jiného bude docházet k otevřeným projevům agresivity (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Nejčastějšími projevy jsou tělesné a emocionální vyčerpání, únava, popudlivost, depresivita, negativní postoj k práci apod. Jedinec, kterého postihne syndrom vyhoření, často cítí beznaděj, únavu, úzkost, vnitřní prázdnotu, stres, záchvaty zlosti, zvýšený smutek, zhoršuje se mu sebevědomí, trpí nedostatkem motivace apod. Vnějšími projevy mohou být snížená produktivita, neochota riskovat, negativní postoj ke světu, podráždění, nespolehlivost či neschopnost řešit problémy. Ve vztahu k druhým lidem se syndrom vyhoření projevuje např. tím, že je pro jedince kontakt s lidmi obtěžující, jedná s nimi chladně, projevuje se také nedostatek empatie a nezájem o názory druhých (Pelcák, 2015).

### **3.1 SYNDROM VYHOŘENÍ U NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH**

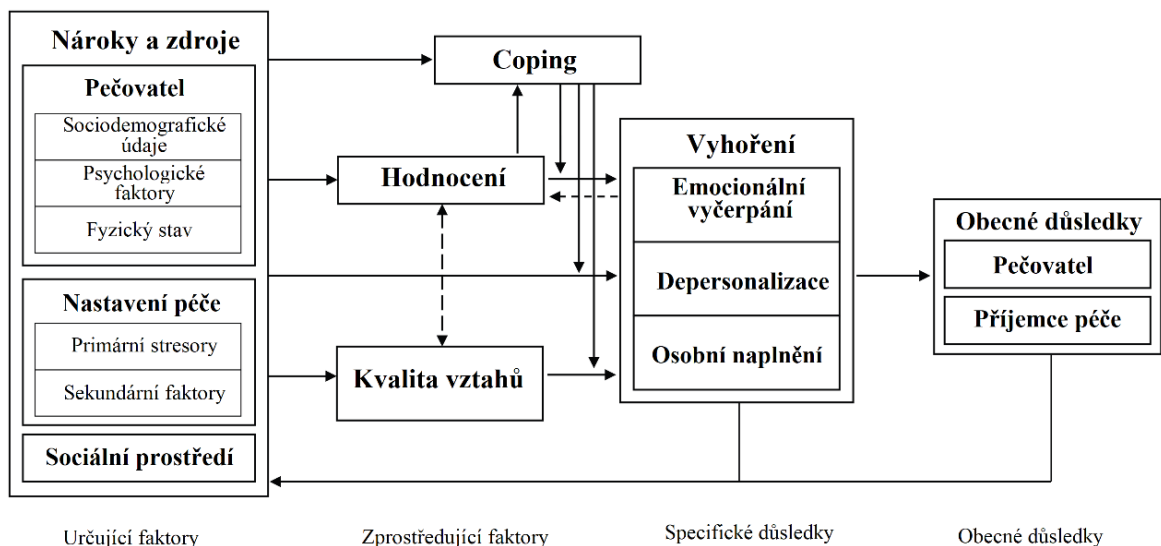
Syndrom vyhoření nastává v emocionálně náročných situacích, mezi které může patřit také péče o seniora. Během péče může být rizikové, pokud se pečující osobě nedostává potřebné pomoci, pokud se přetěžuje nebo v případě, že dává přednost péči o potřeby seniora před vlastními zájmy (Mossóczy, 2019). Dalšími faktory, které v případě neformálního pečujícího mohou vést k syndromu vyhoření, jsou zmatek v rolích, nereálná očekávání od péče nebo nedostatek financí (McMorrow, 2018).

Při syndromu vyhoření se pečující osoby často vyhýbají své rodině, blízkým či přátelům. Typická je ztráta zájmu o činnosti, které je dříve bavily. Často bývají smutní, podráždění, pociťují beznaděj a bezmoc, může také docházet ke změně chuti k jídlu či změně hmotnosti. Dochází také k vyšší nemocnosti a emocionálnímu i fyzickému vyčerpání (Caregiver Burnout, 2021). Syndrom vyhoření a jeho důsledky mohou narušovat kvalitu péče a vést k jejímu ukončení a přesunutí seniora do institucionální péče (de Souza Alves a kol. 2019).

Syndrom vyhoření u neformálních pečujících probíhá v několika fázích. Při počátku poskytování péče může mít pečující velké ideály a být odhodlaný pečovat s plným nasazením. Postupně u něj může docházet ke ztrátě ideálů a motivace a požadavky seniora pro něj začínají být obtěžující. To může dojít do stavu, kdy pečující začne seniora vnímat negativně a být zklamaný z poskytování péče. Negativní vnímání se pak stává nepřátelstvím pečujícího a seniora, přičemž pečující se mnohdy vyhýbá rozhovorům s rodinou, lékaři apod. Nakonec dochází k samotnému vyhoření, při kterém se vytrácí pocit, že je péče smysluplná. Pečující začíná být cynický a odosobněný, péče tak ztrácí na kvalitě (Mossóczy, 2019).

Syndromu vyhoření u neformálních pečujících lze předcházet prevencí. Zásadní by měla být již otázka rozhodování o péči, zvážení možností, potřebných zdrojů apod. Důležité je mít představu o tom, jak bude péče probíhat (např. zapojení více členů rodiny, spolupráce se zdravotními a sociálními zařízeními). Při péči je důležité, aby pečující nezanedbával sebe samého, nezbytný je dostatek spánku, zdravá strava, ale také čas na vlastní koníčky (Mossóczy, 2019). Udržení si dobrého zdraví má při poskytování péče zásadní význam. Pro pečovatele může být vhodné najít si někoho, s kým může mluvit o pocitech, které během péče zažívá. Pro možnost sdílení pocitů je přínosné navštěvovat např. podpůrné skupiny pro pečující, kteří mohou dobře pochopit situaci a pomoci si navzájem díky svým vlastním zkušenostem. Jako prevence může rovněž sloužit využívání respitní péče, která umožní pečujícím dát si v péči přestávku. Důležité je také přijímat pocity, které během péče přicházejí, a dokázat požádat o pomoc blízkých nebo odborníků – terapeutů, sociálních pracovníků či duchovních (McMorrow, 2018; do Couto a kol., 2019).

Gérain a Zech (2019) upozornili na důležitost významu mnoha faktorů ovlivňujících vyhoření neformálních pečujících. Navrhli teoretický model – **Integrační model neformální péče** (*Informal Caregiving Integrative Model – ICIM*), ve kterém uvádí tyto faktory a jejich vzájemnou závislost. V případě změny jednoho prvku v daném modelu dojde k přímé nebo nepřímé změně prvků ostatních.



Obrázek 1 Integrační model neformální péče (Gérain a Zech, 2019, překlad vlastní)

Pro lepší představu o vyhoření neformálních pečujících je důležité uvědomovat si následující faktory:

- nároky a zdroje při péči, ale také v osobnostních charakteristikách pečovatele;
- vztah s příjemcem péče jako klíčová složka;
- vyhoření jako hlavní zprostředkující faktor mezi stresory a důsledky péče;
- hodnocení jako klíčový prvek modelu;
- subjektivní zátěž jako měřítko hodnocení péče;
- zpětnovazebné smyčky (Gérain a Zech, 2019).

**Pečovatel** je osoba s různými emocemi a motivy, které je potřeba brát v úvahu při snaze pochopit jeho vyhoření. Je nutné zohlednit jeho **sociodemografické údaje** (např. zátěž žen bývá větší a jejich vyhoření mívá vyšší intenzitu), **psychologické faktory** (např. schopnost regulace emocí, zvolené copingové strategie, motivace k péči) a také **fyzický stav**. Vliv na zátěž a vyhoření pečujících má také **nastavení péče** a působení **primárních a sekundárních stresorů**. Péče souvisí s narušením každodenního života, omezením společenského života či pocitem, že se pečující vzdali vlastních potřeb. Všechny tyto pocity mohou mít vliv na vztah se seniorem a podílet se na vzniku vyhoření. Vliv na vznik vyhoření má také **sociální prostředí** jedince, např. jestli mu s péčí pomáhají jiní členové rodiny, má v nich oporu atd. Důležitá je podpora partnera a pomoci mohou také podpůrné služby nebo setkávání s dalšími pečujícími osobami. Všechny faktory mají vliv na **hodnocení péče**, tedy hodnocení rovnováhy mezi nároky, které péče vyžaduje, a zdroji

zvládání těchto nároků. **Kvalita vztahů** je velmi důležitým prvkem ovlivňujícím vznik vyhoření a také toho, jak jedinec péči hodnotí (tamtéž).

Z daného modelu vyplývá, že **vyhoření** je důsledkem mnoha faktorů, které vyhoření mohou způsobovat přímo nebo zprostředkovaně přes hodnocení a kvalitu vztahů s příjemcem péče. Vyhoření je rovněž bráno jako důležitý zprostředkující faktor mezi požadavky na péči a důsledky, které jsou jí způsobeny. Tyto **důsledky** mohou být **specifické** nebo **obecné**, které jsou zaměřeny na pečovatele nebo na seniora. Vyhoření může vést k fyzickým a psychickým problémům a ovlivňovat také další sféry života, např. způsobuje větší riziko profesního vyhoření. Typická je souvislost s horším subjektivním zdravím a různými somatickými příznaky. Vyhoření může mít vliv také na seniora prostřednictvím nekvalitní péče, fyzického nebo verbálního násilí apod. (tamtéž).

## 4 COPING

Předchozí kapitoly popisovaly, že se u pečujících osob může vyskytovat zátěž v různých oblastech, a že tato zátěž může vést až k syndromu vyhoření. Závěrečná kapitola nabízí náhled na to, jak je možné zátěž zvládat. Zaměřuje se nejprve obecně na to, co je to coping, a poté jsou přiblíženy jednotlivé copingové strategie, které je možné využívat. Pozornost dále bude věnována tomu, jaké copingové strategie využívají neformální pečující, a co má na volbu strategií vliv.

Při zátěži během péče nastává u pečující osoby několik fází. Během první fáze si uvědomuje zátěž a vnímá určité situace jako stresující. V další fázi dochází k psychickým obranným reakcím, např. k izolaci. Třetí fáze představuje aktivaci fyziologických reakcí. Dále je na řadě coping a hledání strategií, které by pečujícímu mohly pomoci zvládat dané situace. Při neúspěšném copingu dále může dojít k prvním chorobným příznakům a následně k diagnóze stresem podmíněné poruchy (Kurucová, 2016).

Míra odolnosti vůči zátěži je označována jako frustrační tolerance. V případě, že zátěž překročí míru frustrační tolerance, nastávají **obranné reakce**, kterými mohou být např. útok, agrese, únik, popření, potlačení, vytěsnění, racionalizace, regrese, identifikace atd. (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Bývají nevědomé a jejich úkolem je odstranění úzkosti. Nemění situaci, ale pouze to, jak ji jedinec prožívá. Opakem obranných reakcí je vyrovnávání se se zátěžovou situací. V tomto případě se jedná o **coping**. Během něj by si měl být jedinec vědomý toho, že se ho stresová situace týká a je do určité míry schopen ji ovlivnit (Kliment, 2014).

Slovo „coping“ pochází z angličtiny a znamená zvládnání, vyrovnání se, překonání nebo překlenutí. Coping představuje zvládací chování, schopnost jedince vyrovnat se s nároky, které jsou na něj kladeny (Kliment, 2014). Jedná se o kognitivní a behaviorální strategii, která je využívána při zvládnání nepříznivých situací a negativních emočních reakcí na tyto situace (Mydlíková, 2015). Coping je přirozenou odpovědí jedince na stresové situace a jeho cílem je zamezit, eliminovat nebo zmírnit dopady situace na jedince nebo vytvořit, doplnit nebo posílit zdroje, které pomáhají jedinci pomáhat tyto situace zvládat. Copingové reakce je možné rozlišit na defenzivní, které fungují jako obrana, a ofenzivní, které jedince rozvíjí (Kliment, 2014).



Coping zahrnuje faktory, které jedinci pomáhají zvládat nepříznivé životní události a zachovat si psychickou rovnováhu. Je vnímán jako proces, při kterém jedinec reaguje na nové nebo působící stresory s cílem zvládnout problémy, které způsobují. Důležité jsou vnitřní faktory, vrozené dispozice, zkušenost a dovednosti získané z předchozích stresových událostí. Základními předpoklady toho, aby byl coping úspěšný, je vnímaná srozumitelnost situace a její zvládnutelnost, vnímání smyslu v dané situaci, sociální opora atd. (Kliment, 2014; Paulík, 2012; Pelcák, 2015). Vliv na coping má rovněž osobnost jedince, např. extrovertní jedinec využívá spíše aktivní styly copingu, jako je coping zaměřený na problém nebo vyhledání sociální opory, a méně tíhne k vyhýbání se problému (Afshar a kol., 2015).

## 4.1 COPINGOVÉ STRATEGIE

**Copingové strategie** jsou chápány jako „*plán, program či postup volený při zvládnutí stresorů*“ (Paulík, 2012, s. 23).

Lze rozlišit tři copingové přístupy – dispoziční, situační a interakční. **Dispoziční přístupy** předpokládají existenci obecných sklonů reagovat ve stresových situacích určitým způsobem na základě osobnostních dispozic jedince. **Situační přístupy** naopak zdůrazňují vliv samotné situace na to, jak bude jedinec reagovat. **Interakční přístupy** předpokládají vzájemný vliv osobnosti jedince a stresové situace, tedy působení člověka i prostředí (Kliment, 2014).

Tobin a kol. (1989) navrhl hierarchický model copingových strategií, který má tři úrovně. Nejvyššími kategoriemi jsou strategie příklonu a odklonu, ty se poté dělí na čtyři strategie podle toho, jestli jsou zaměřené na problém nebo na emoce, a na třetí úrovni je rozlišeno osm jednotlivých strategií:

- příklonové strategie:
  - orientované na problém:
    - řešení problému,
    - kognitivní restrukturalizace;
  - orientované na emoce:
    - vyjádření emocí,
    - sociální opora;
- odklonové strategie:

- orientované na problém:
  - vyhýbání se problému,
  - únik do fantazie;
- orientované na emoce:
  - sebeobviňování,
  - sociální izolace.

#### 4.1.1 PŘÍKLONOVÉ A ODKLONOVÉ COPINGOVÉ STRATEGIE

Příklonové a odklonové strategie rozlišují mezi zaměřením na řešení stresující situace a souvisejících emocí, a vyhýbáním se této situaci a emocím. **Příklonové strategie** jsou zaměřeny na řešení, naopak při využití **odklonových strategií** se často jedinec chová, jako by problém vůbec neexistoval. Odklonové strategie jsou především z dlouhodobého hlediska neúčinné, protože neovlivňují existenci stresující situace a jejího dopadu. Naopak může způsobovat problémy, např. pokud se jedinec snaží vzdálit od situace za pomoci alkoholu či drog (Carver a Connor-Smith, 2010).

#### 4.1.2 COPING ZAMĚŘENÝ NA PROBLÉM A COPING ZAMĚŘENÝ NA EMOCE

Copingové strategie bývají rozdělovány podle zaměření na problém nebo na emoce. Coping zaměřený na problém je využíván v situacích, u kterých je vnímána možnost změny, coping zaměřený na emoce je častěji využíván, pokud jsou situace vnímány jako neřešitelné. Při **copingu zaměřeném na problém** jedinec jedná tak, aby svými aktivitami změnil charakter situace, ve které se nachází. Cílem těchto aktivit je odstranit zdroj stresu nebo zmírnit jeho působení. Během copingu zaměřeného na problém si může jedinec vytvořit plán, jak v dané situaci postupovat. **Coping zaměřený na emoce** cílí na snížení emočního napětí vyvolaného určitou situací. Typická je snaha dívat se na věci z lepší stránky, relaxace apod. (Kliment, 2014; Pelcák, 2015).

Některé strategie lze využít u obou typů copingu v závislosti na cíli, který si kladou. Jako příklad je možné uvést hledání podpory. Pokud je cílem získat emoční podporu, jedná se o coping zaměřený na emoce. Pokud je cílem získat radu nebo instrumentální pomoc, pak jde o coping zaměřený na problém. Zároveň se oba typy copingu často prolínají a vzájemně se ovlivňují. Coping zaměřený na problém snižuje negativní působení dané situace,

což zmírňuje také úzkosti, které touto situací mohou vznikat (Carver a Connor-Smith, 2010).

#### **4.1.3 KOGNITIVNÍ A BEHAVIORÁLNÍ COPING**

Dalším možným rozdělením copingových strategií je kognitivní a behaviorální coping. **Kognitivní coping** je vymezen jako mentální nebo psychická strategie spojená s vnitřní řečí, jedinec se např. snaží vidět pozitivní stránky situace, vybavit si předchozí zkušenosti apod. **Behaviorální coping** se projevuje jednáním, které je pozorovatelné, může jít o snahu zjistit možné postupy nebo podniknout kroky ke změně situace (Billings a Moos, 1981; Kliment, 2014).

#### **4.1.4 ASIMILAČNÍ A AKOMODAČNÍ COPING**

Jsou rozlišovány také pokusy ovládat stresující situaci (**asimilační coping**) a adaptovat se na stresor (**akomodační coping**). Asimilační copingové strategie lze chápat jako snahu transformovat prostředí osobním preferencím. Při tomto druhu copingu jedinec může aktivně působit na stresor, vyhýbat se mu nebo požádat o pomoc druhých. Akomodační copingové strategie představují pokus přizpůsobit osobní preference situaci. Jedinec se snaží získávat informace k jejímu řešení, má snahu o změnu pohledu na situaci apod. (Kliment, 2014).

#### **4.1.5 COPING ORIENTO VANÝ NA VÝZNAM**

Při tomto copingu je zohledňována otázka hledání smyslu ve stresové situaci, což může pomoci zvládat danou situaci. Jedinec má snahu v situaci vidět přínos, dochází také ke změně hodnotových preferencí a posílení vlastních schopností (Kliment, 2014). Coping zaměřený na význam je nejčastěji využíván v situacích, kdy je stres nekontrolovatelný (Carver a Connor-Smith, 2010). Tento druh copingu se u pečujících může projevat tak, že péči berou jako přirozený závazek vyplývající z pocitů solidarity (do Couto a kol., 2019).

#### **4.1.6 ÚTOK, ÚNIK, ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ**

Za základní úrovně copingu lze považovat také útok, únik a řešení problémů. Zatímco útok a únik jsou elementární pokusy vyrovnat se se stresem, které jsou typické i pro

subhumánní živočichy, řešení problémů je specificky lidská copingová odpověď (Kliment, 2014).

**Útok** je typická copingová reakce především u zvířat a dětí, u dospělých je tato strategie vnímána jako neefektivní. Útok jako copingová strategie může být ve formě přímé agrese, manipulace s druhými, neústupnosti či impulzivitou. **Únik** je také považován za elementární reakci. Rozumí se jím vyhýbání se zdroji stresu, kterým chce jedinec docílit redukce negativních projevů stresu. Únik bývá výhodný převážně v prvních fázích copingu, případně při chronické zátěži či v situacích, které jedinec nemůže ovlivnit. Mezi formy úniku patří sociální izolace, bdělé snění, provádění rozptylujících aktivit (např. konzumace alkoholu, kouření, zvýšené vyhledávání spánku, nakupování), distancování se od problémové situace a fatalistické poddání se. Do kategorie **řešení problémů** spadá mnoho copingových strategií. Patří zde např. analýza problémové situace, stanovení transformačních cílů, volba postupů, tvorba a využití plánu, využití nabytých zkušeností, zvažování možností apod. (tamtéž).

#### 4.1.7 PROAKTIVNÍ A REAKTIVNÍ COPING

K některým formám copingu může docházet ještě předtím, než se objeví zátěžová situace. V tomto případě se jedná o **proaktivní coping**, jehož cílem je těmto situacím zabránit. Bývá obvykle zaměřený na problém a zahrnuje např. shromažďování zdrojů, které jedinec využije v případě, že se vyskytne nepříznivá situace. **Reaktivní copingové strategie** nastávají až když se objeví stresová situace. Zde patří většina copingových strategií (Carver a Connor-Smith, 2010; Kliment, 2014).

#### 4.1.8 HLEDÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY

**Sociální opora** představuje blízkost osob, ke kterým má jedinec vztah. Je velmi důležitá v procesu zvládnání stresujících situací, posiluje sebeúctu, ovlivňuje hodnocení situace apod. Samotné vědomí, že má jedinec v okolí blízké lidi připravené mu pomoci, umožňuje lépe zvládat přicházející náročné události. Vyhledávání a využívání této opory představuje copingovou strategii. Je rozlišována emocionální opora (možnost vyjádřit své pocity a starosti), instrumentální opora (hmotná nebo praktická pomoc, např. hlídání dětí, půjčení peněz), informační opora (poskytnutí rady, nasměrování k potřebným zdrojům),

opora poskytována společenstvím (účast na společných aktivitách, pocit sounáležitosti) a opora potvrzením platnosti (zpětná vazba o chování v reakci na událost) (Pelcák, 2015).

## **4.2 COPINGOVÉ STRATEGIE NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH**

Péče může mnoha lidem přinášet pocit naplnění, ale zároveň má mnoho náročných aspektů, se kterými se pečující osoby musí vyrovnávat pomocí různých strategií. Ve výzkumu copingových strategií neformálních pečujících (Cordova a Sia, 2019) vyšlo najevo, že jsou obecně upřednostňovány strategie zaměřené na problém před strategiemi zaměřenými na emoce. Na volbu copingových strategií mohou mít vliv demografické údaje, jako je pohlaví, věk atd., ale také délka péče. Nejlépe se se zátěží při péči vyrovnávají osoby v manželství, pravděpodobně díky podpoře partnera a lepší finanční situaci (Bauer a Sousa-Poza, 2015). Rozhodující jsou také zkušenosti s péčí – kdo má zkušenosti větší, častěji pečovatelskou zátěž řeší pomocí sdílení péče s dalšími osobami, zároveň tito pečující také snadněji dokážou začít vnímat situaci z jiného úhlu (Parrinha Rocha a Palma Pacheco, 2013).

Při péči se střídají více či méně náročná období, ve kterých lze využívat různé copingové strategie. Při začátku péče je pro pečující osoby přínosné využít copingové strategie orientované na problém, které jim umožní získat potřebnou podporu a zdroje a připravit prostředí na poskytování péče. Poté co počáteční organizační fáze ustoupí, je vhodné využívat copingové strategie, které jsou zaměřeny na pečující osobu a dokážou pomoci při zvládnání celkového stresu během péče. Pečujícím může být prospěšné, když budou zkoušet brát situaci takovou, jaká je, a budou se snažit věnovat i jiným činnostem, než je poskytování péče, budou hledat pozitivní stránky péče atd. Tyto strategie můžou pomoci stanovit dosažitelné cíle a lépe se přizpůsobit situaci (Parrinha Rocha a Palma Pacheco, 2013).

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Tato kapitola představuje samotné výzkumné šetření. Pro účely této práce byl zvolen kvalitativní typ výzkumu realizovaný metodou polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které poskytují neformální péči seniorům. V těchto rozhovorech je pozornost zaměřena na copingové strategie, které během péče využívají. V následujících kapitolách jsou uvedeny výzkumné cíle a výzkumné otázky, dále je představen zvolený výzkumný design, metoda sběru, postup analýzy dat a výzkumný soubor. Následuje samotná podrobná interpretace dat a shrnutí výsledků výzkumného šetření, v jehož rámci jsou poskytnuty odpovědi na výzkumné otázky. Výsledky jsou následně porovnány v diskusi.

### 5.1 VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**Výzkumným cílem** této diplomové práce je zjistit, jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům.

Na základě cíle byly stanoveny následující **výzkumné otázky**:

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

- Jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům?

#### **Dílčí výzkumné otázky:**

- Co osoby poskytující neformální péči seniorům vnímají při poskytování péče jako zátěž?
- Jaké zdroje pomoci a podpory využívají osoby poskytující neformální péči seniorům ke zvládnutí zátěže?
- Jakou další podporu by osoby poskytující neformální péči seniorům uvítaly?

### 5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor byl vybrán prostřednictvím záměrného výběru. Kritériem bylo, aby daná osoba měla zkušenosti s poskytováním neformální péče seniorům. Respondenti byli osloveni na sociálních sítích a od některých z nich poté byly získány kontakty na další osoby poskytující neformální péči. Jelikož neformální péči většinou poskytují ženy, nepodařilo se do výzkumu oslovit pečovatele – muže. Rozhovory tedy byly realizovány se šesti ženami. Z důvodu zachování anonymity byly tyto respondentky označeny R1 – R6, přičemž čísla byla určena podle pořadí, ve kterém rozhovory probíhaly.

Dvě z respondentek (R2 a R3) s péčí spíše pomáhaly, ostatní byly hlavními pečujícími. Kromě respondentek R1 a R3 byly všechny v manželství nebo v partnerském vztahu. Některé respondentky byly zaměstnané (R2, R4, R6), další byly nezaměstnaná (R1), důchodkyně (R5) a studentka (R3). Všichni seniori, o které respondentky pečovaly, vyžadovali téměř nepřetržitou přítomnost pečující osoby a pomoc při většině činností, např. při chůze, stravování, osobní hygieně atd. Také všichni žili ve společné domácnosti s respondentkami. Jedna z respondentek v době rozhovoru již nepečovala, ale zkušenosti s péčí měla stále v živé paměti (v době rozhovoru uplynulo jen několik měsíců od smrti seniorů). Jelikož většinu času pečovala současně o oba rodiče, má s péčí významné zkušenosti. Proto s ní byl realizován rozhovor, přestože v jeho průběhu už aktuálně péči neposkytovala. Podrobné charakteristiky výzkumného souboru jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 Charakteristiky výzkumného souboru

<b>Respondentky</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>
<b>Pohlaví</b>	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena	žena
<b>Věk (v letech)</b>	54	32	22	61	65	55
<b>Délka péče (v letech)</b>	5	3	5	1	3	9
<b>Pohlaví seniora</b>	Žena	Žena	Žena	Žena, muž	Žena	Žena
<b>Věk seniora (v letech)</b>	90	67	92	†85, †88	82	89
<b>Vztah k seniorovi</b>	Dcera	Synova partnerka	Pravnučka	Dcera	Snacha	Snacha

### 5.3 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP, METODA SBĚRU DAT, ANALÝZA DAT

V této kapitole je poskytnut podrobnější popis výzkumného přístupu, zvolené metody sběru dat a postup následné analýzy získaných dat.

### **5.3.1 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP**

V této diplomové práci je využit kvalitativní typ výzkumu. Tento typ výzkumu usiluje o porozumění jevům v jejich přirozeném prostředí, snaží se zkoumat jejich významy a umožňuje výzkumníkovi se do zkoumaného jevu vcítit (Gavora, 2006). V kvalitativních studiích jsou zkoumány různé perspektivy a chápání účastníků výzkumu, analýza by proto měla být pružná a odrážet rozmanitost zkušeností, nejen reflektovat ty, které jsou nejčastější (Ziebland a McPherson, 2006). Jelikož je v této práci usilováno právě o bližší prozkoumání určitého jevu a různých zkušeností, kvalitativní výzkum byl vhodnou volbou.

### **5.3.2 METODA SBĚRU DAT**

Pro získání dat byl využit polostrukturovaný rozhovor s osobami, které mají zkušenosti s poskytováním neformální péče seniorům. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen z důvodu možnosti přizpůsobovat otázky, zaměřovat jejich pořadí či pokládat doplňující otázky, díky kterým je možné téma hlouběji zpracovat (Miovský, 2006).

Rozhovory probíhaly od podzimu roku 2021 do jara roku 2022 obvykle v domácnostech respondentek. Před samotným rozhovorem se zjišťovaly údaje o respondentkách: pohlaví a věk pečujícího a seniora, délka péče a vztah k seniorovi. Respondentky byly seznámeny s cílem výzkumu, ochranou osobních údajů a anonymitou a poté podepsaly souhlas s účastí ve výzkumu. Respondentky byly dotázány, zda mohou být rozhovory nahrávány nebo upřednostňují pouze psaní poznámek. Dvě respondentky s audiozáznamem nesouhlasily, a tak byly odpovědi zapisovány již během rozhovoru. Zbývající rozhovory byly nahrány a poté byl proveden jejich transkript, tj. proces převedení dat netextové povahy do povahy textové (Miovský, 2006).

Během rozhovoru byly respondentkám pokládány otázky vztahující se k péči. Na začátku rozhovoru byla položena otázka, jaké pro ně je starat se o seniora. Pozornost byla zaměřena na aspekty péče, které respondentky vnímají jako náročné. Bylo zjišťováno, v čem ona náročnost spočívá, jakými způsoby na ni respondentky reagují a co jim pomáhá zvládat zátěž. Poté rozhovor směřoval na konkrétní podoby zvládání zátěže a formy pomoci. Respondentkám byly pokládány otázky týkající se aktivit ve volném čase, dále bylo zjišťováno, zda nachází podporu ve svém okolí. Pozornost byla zaměřena rovněž na pomoc



ze strany státu a užívání sociálních služeb. Na závěr rozhovoru byly respondentky dotázány, jakou formu pomoci, kterou dosud nevyužívají, by ocenily, a od koho by tato pomoc měla přijít.

Na mnohé otázky často respondentky odpověděly přirozeně během odpovídání na jinou otázku, a tak nebyly všechny pokládány samostatně. V reakci na získané odpovědi byly pokládány doplňující otázky, které odpovědi upřesňovaly. Na závěr byl respondentkám nabídnut dodatečný kontakt pro případ, že by měly zájem sdělit další informace, které je během rozhovoru nenapadly.

### **5.3.3 ANALÝZA DAT**

Po transkriptu rozhovorů následovala analýza získaných dat. Dle Gavory (2006) je předpokladem analýzy dokonalé poznání získaných dat, a tak byly přepsané rozhovory opakovaně čteny. Následně bylo realizováno kódování dat, které slouží k převedení prvotní podoby dat do jednotlivých segmentů, se kterými je možné dále pracovat. Tyto segmenty byly graficky označeny a byly jim přiděleny názvy – kódy. Jako dílčí postup analýzy dat byla zvolena metoda vytváření trsů (Miovský, 2006). Během tohoto procesu byly identifikovány obecnější kategorie sjednocující kódy s podobným tématem a mezi nimi se projevila určitá hierarchie.

V souladu s výše uvedeným se analýza dat řídila postupy tematické analýzy tak, jak je uvádí autorky Braun a Clarke (2006, s. 87):

1. Seznámení se s daty: Přepis dat, čtení a opakované čtení, zaznamenání prvních myšlenek.
2. Vytváření počátečních kódů: Kódování zajímavých rysů dat v celém souboru dat, shromažďování dat relevantních pro každý kód.
3. Hledání témat: Shromažďování kódů do potenciálních témat, shromažďování údajů relevantních pro každé téma.
4. Přezkoumání témat: Kontrola práce s tématy ve vztahu ke kódovaným částem a celému souboru dat, vytvoření tematické mapy analýzy.
5. Definování a pojmenování témat: Průběžná analýza s cílem upřesnit specifika jednotlivých témat a celkový příběh, který analýza vypráví. Vytváření definic a názvů pro každé téma.

6. Vypracování zprávy: Výběr přesvědčivých příkladů úryvků, závěrečná analýza vybraných úryvků, zpětné vztahení analýzy k výzkumné otázce a literatuře, vypracování zprávy o analýze.

## 5.4 INTERPRETACE DAT

Na základě analýzy sesbíraných dat byl vytvořen seznam kódů, v nichž bylo identifikováno několik kategorií a subkategorií. Tyto kategorie byly následně uspořádány a byly mezi nimi vyznačeny vztahy.

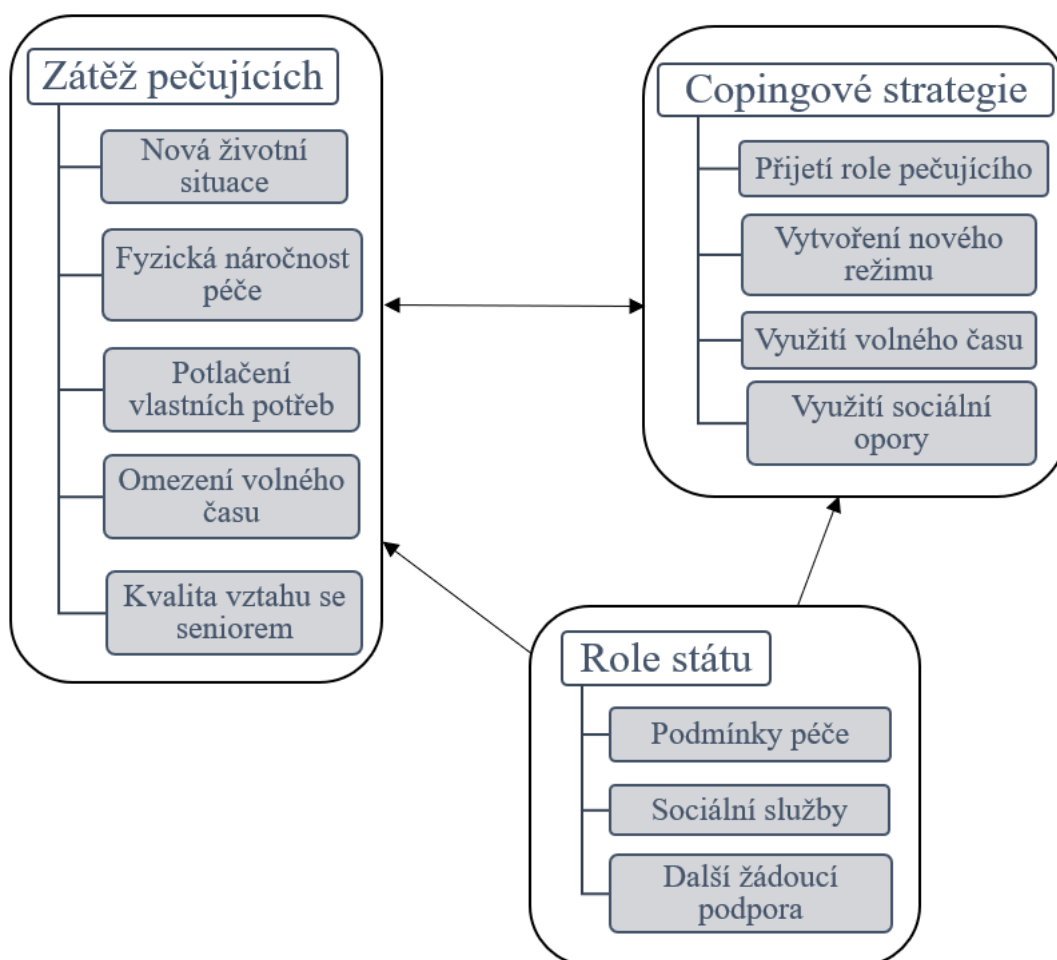
Při analýze byly identifikovány následující kategorie a subkategorie:

- Zátěž pečujících
  - Nová životní situace
  - Fyzická náročnost péče
  - Potlačení vlastních potřeb
  - Omezení volného času
  - Kvalita vztahu se seniorem
- Copingové strategie
  - Přijetí role pečujícího
  - Vytvoření nového režimu
  - Využití volného času
  - Využití sociální opory
- Role státu
  - Podmínky péče
  - Sociální služby
  - Další žádoucí podpora

Jako základní kategorie byly zvoleny **Zátěž pečujících**, **Copingové strategie** a **Role státu**. Zátěž pečujících a zvolené copingové strategie se vzájemně ovlivňují a změna v jedné oblasti by se projevila také u té druhé. Respondentky často uváděly zátěž způsobenou nevyhovujícími podmínkami neformální péče a během rozhovorů vyjadřovaly stížnosti na nedostatečnou podporu státu. Z tohoto důvodu se lze domnívat, že stát hraje při neformální péči velkou roli a jeho vliv na zátěž pečujících a jejich copingové strategie je nezanedbatelný. Samozřejmě se nejedná jen o vliv negativní, některé služby ze strany

státu mohou naopak zátěž pociťovanou během péče zmírnit a mít vliv na copingové strategie.

V každé ze tří hlavních kategorií během kódování bylo identifikováno několik subkategorií, díky kterým lze zkušenosti respondentek podrobněji interpretovat. Pro získání větší přehlednosti je přiložen obrázek, který znázorňuje tematickou mapu popisující kategorie a subkategorie a jejich vztahy. Tyto kategorie jsou interpretovány v následujícím textu, přičemž názvy kategorií jsou využity jako názvy podkapitol.



Obrázek 2 Tematická mapa s přehledem kategorií a jejich vztahů

### 5.4.1 ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH

První významnou kategorií je **Zátěž pečujících**. Neformální péče s sebou přináší mnoho nových situací, které mohou být subjektivně prožívány jako zátěžové. Určitou zátěž během péče pociťují všechny respondentky. V rámci této kategorie byly identifikovány subkategorie **Nová životní situace**, **Fyzická náročnost péče**, **Potlačení vlastních potřeb**,

**Omezení volného času a Kvalita vztahu se seniorem.** Těmto subkategoriím bude pozornost věnována samostatně v rámci následujících podkapitol.

Respondentky uváděly zátěž také ze strany státu, který dle jejich slov neposkytuje vhodné podmínky pro poskytování neformální péče a dostatečnou podporu pečujícím. Tato forma zátěže bude přiblížena až v rámci kategorie **Role státu**, kde bude tato role popsána v komplexní podobě (včetně respondentkami uváděné zátěže).

### **Nová životní situace**

Zátěž během péče může být způsobena samotnou péčí. Pro pečující osoby se mnohdy jedná o úplně novou situaci, které musí přizpůsobit dosavadní život, včetně zaměstnání, volného času apod. Již rozhodování o tom, zda bude péče o seniora probíhat v domácnosti seniora, domácnosti pečujícího nebo v ústavní péči, může být často velmi stresující. Na jednu stranu lidé chtějí blízkému člověku poskytnout péči a vyhnout se nutnosti ústavní péče, avšak na druhou stranu si jsou vědomi komplikací, které s neformální péčí mohou nastat. Takto to prožívala respondentka R1: *„No, bylo to těžké rozhodnutí, protože jsem se ze dne na den musela rozhodnout, jestli s ní zůstanu doma. Vzhledem k tomu, že jí funguje dobře hlava, tak bych ji nedala někam do ústavu nebo tak.“*

S touto novou, často náhle vzniklou situací se mohou pojit pocity nekompetentnosti. Seniori, o které respondentky pečují, často mají špatný zdravotní stav a je pravděpodobné, že se bude dále zhoršovat. Respondentka R4 vyjádřila obavy ze samotné péče, protože si nebyla jistá, jak svým rodičům poskytnout co nejkvalitnější péči a jak jim pomoci: *„Člověk je v tom takový nedostatečný, v té péči, že prostě není takový profesionál. Dělá, co může.“* Měla rovněž pocit, že neví, jak by mohla povzbudit svou matku, u které došlo ke zhoršení psychického stavu v důsledku zjištění nové diagnózy: *„Mamka potom upadla do takové deprese a člověk nevěděl, jak by ji jako potěšil nebo... Neumím prostě používat nějaká prázdná slova nebo mluvit ve smyslu „to bude dobré“ nebo tak, protože pro mě jsou to prázdná slova, když tomu nevěřím, že to bude dobré.“*

Péče často vyžaduje vykonávat činnosti, které jsou pro člověka nepřírodní a mohou způsobovat nepříjemné pocity. Z důvodu, že se nejedná o profesionální pečovatele, se respondentkám může dělat nevolno např. při provádění hygieny. Tyto obtíže uvedla respondentka R4, pro kterou bylo problematické provádět hygienu svému otci. Byla proto vděčná, že tuto stránku péče byl ochotný zastávat její manžel: *„Přestože samozřejmě jsem*

*všechno viděla, řešil se třeba ten katetr nebo tak, ale snažila jsem se to brát tak mimo a ta pozornost byla upřená jinde. Takové ty hygienické věci okolo těch genitálií a tak, to řešil manžel, takže mi s tím neskutečně pomohl.“*

### **Fyzická náročnost péče**

Během rozhovoru některé respondentky uvedly, že je pro ně poskytování péče fyzicky náročné. Při poskytování péče je mnohdy nutné manipulovat se seniorem během pomoci se sebeobslužnými aktivitami (např. pomoc s chůzí nebo hygienou). Tato manipulace je pro respondentky mnohdy fyzicky náročná, zvláště v případech, kdy nemají k ruce nikoho, kdo by jim s péčí pomohl. Manipulace je o to náročnější, že se jedná o ženy, které jsou slabší než muži, navíc některé z respondentek jsou již samy staršího věku. Respondentka R2 pečuje o seniorku s vysokou tělesnou hmotností a na otázku, co je pro ni během péče náročné, odpověděla: *„Hlavně ta manipulace s ní, kvůli té váze. Protože už třeba párkrát spadla, tak pak je těžké ji zvednout. Hlavně když jsem na to zrovna sama.“*

Dle zkušeností respondentek poskytování péče způsobuje také velkou únavu. Mnoho opečovávaných seniorů je ve stavu, kdy potřebují nepřetržitou přítomnost pečující osoby, včetně noci. Respondentky často musí v noci několikrát vstávat a z tohoto důvodu dochází k narušení spánku. Tuto zkušenost prožívá také respondentka R1: *„Vlastně i v noci, ona většinou v noci dvakrát chodí na záchod. Takže máme chůvičku, takže ještě dvakrát v noci k ní vstávám a pomáhám jí na ten záchod.“* Na vstávání už si sice zvykla, ale uvedla, že zpočátku péče pro ni bylo náročné: *„Dřív jsem měla problém, když jsem k ní třeba v půl druhé vstávala, tak jsem měla problém usnout, nebo pak ještě v pět.“*

V souvislosti s nutností pečovat a s tím spojenou únavou může mnohdy docházet ke zhoršování celkového zdravotního stavu pečujících, jak uvádí respondentka R5: *„Najednou se ohlásí i vaše zdraví, musíte po doktorech, a to vás přinutí zamyslet se nad svým zbytkem života a pokusíte se situaci řešit.“*

### **Potlačení vlastních potřeb**

Respondentky mají zkušenosti se seniory, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu vyžadují téměř nepřetržitou péči. Z důvodu této nepřetržité péče respondentky pocítují nutnost přizpůsobit se potřebám seniora a mají tendenci vlastní potřeby naopak potlačovat, neboť jim přijde, že na ně není čas. Často se zároveň setkávají s pocitem, že nemohou selhat, jak uvedla respondentka R5, která se kromě péče o svou tchyni občas stará o vnoučata:

*„Nemůžete si dovolit hroutit se. Zvláště když patříte do tzv. sendvičové generace, kdy se snažíte pomoci svým dětem a hlídáte vnoučata v době nemoci nebo karantény. Poslední rok a půl to bylo hodně vyčerpávající. Ale jedete jako stroj. Moc nepřemýšlíte.“* Tento pocit nemožnosti selhat může být sám o sobě zátěžový.

Přizpůsobení se potřebám seniorů se projevuje také ve snaze udržovat pro ně pravidelný denní režim. Několik respondentek uvedlo, že senioři mají ve zvyku ve večerních hodinách sledovat televizi, a tak jim nechtějí tento zvyk odpírat. Samy by však raději chodily spát dříve a zůstávají vzhůru jen kvůli tomu, aby počkaly na seniory, jako např. respondentky R1: *„Zase jsem ji nechtěla o to ochudit, protože ona je zvyklá se na tu televizi dívat, sleduje tam nějaké její oblíbené pořady... Nechtěla jsem ji nechat jít v osm do postele, tak jsem si lehla jen tak v obýváku pod deku a dala jsem si budík.“* a R4: *„Ještě když byli oba dva, tak to si vzpomínám, že už jsem třeba v deset večer padala na pusu a oni se ještě koukali na televizi. Že jsem musela vydržet, až se oni dodívají, pak už jsem jim říkala, ať to vypnou.“*

Nutnost přizpůsobovat se seniorům a potlačení vlastních potřeb u respondentek mnohdy způsobuje chuť alespoň chvíli nemuset nic dělat a věnovat se sobě, jako např. respondentky R1: *„Chtěla jsem prostě, že jeden ten den bych jakoby nemusela nic.“* a R3: *„Je to i pro mě stresující a někdy bych radši byla někde venku na procházce, než abych ji musela být k dispozici.“*

### **Omezení volného času**

Jak již bylo zmíněno výše, péče mnohdy zabírá většinu času a pečující osoby se snaží přizpůsobit seniorům a vlastní potřeby spíše potlačovat. Z těchto důvodů je patrný nedostatek volného času. Podle výpovědí respondentek lze konstatovat, že volný čas nemají prakticky žádný, jak uvádí respondentka R1: *„No, víceméně nemám moc na nic čas, protože vlastně jsme samy dvě na baráku.“* Během času, kdy se nemusí starat o seniory, se často respondentky věnují spíše různým domácím pracím, jako respondentka R6: *„Přes den toho času moc nemám. Když se nestarám o ni, tak musím pořád vařit manželovi a synovi nebo mám nějakou práci na zahradě.“*

V důsledku nedostatku volného času mnohdy nemají respondentky možnost odpočívat, odvést myšlenky jiným směrem, věnovat se zájmovým činnostem či se setkávat s přáteli, což negativně prožívá také respondentka R5, která se kvůli péči musela vzdát

volnočasových aktivit: „*Uvědomujete si, že jste ve věku, kdy si máte trochu odpočinout jako důchodce, ale najednou není prostor pro kulturu, sport, zájmy a koníčky, protože jste uvázaní.*“

V případě omezení volného času může docházet také k omezení kontaktu, protože mnoho volnočasových aktivit se odehrává ve společnosti druhých lidí. Setkávání s lidmi však převážně při nadměrné zátěži může být velmi potřebné. Respondentka R3 uvedla, že nějaký volný čas má, ale spíše jen po chvilkách a nemůže se tedy tolik scházet s přáteli: „*Třeba abych si pozvala kamarádky a několik hodin si povídala, to moc ne, no. Když už, tak mám čas tak po půl hodinách, spíš tak rozkouskovaně.*“

### **Kvalita vztahu se seniorem**

Jako další zátěž byl identifikován vztah se seniorem. Neformální péče může být náročná i v případě, že je poskytována seniorům, se kterými mají pečující osoby kladný vztah a kteří se snaží mít co nejméně požadavků, aby pečující příliš nezahltili. V případě, že se k péči, která sama o sobě bývá náročná a vyčerpávající, přidá zátěž v podobě nekvalitního vztahu se seniorem, se situace může stát o to náročnější. V případě některých respondentek se tento vztah projevil jako velká zátěž.

Tyto respondentky pečují o seniory, kteří často vyjadřují nespokojenost a je obtížné se jim zavděčit, např. v přípravě stravy nebo v uklízení, jako to zažívá respondentka R3: „*Když třeba něco uvařím, tak prostě se jí to zdá třeba moc slané nebo málo slané, nedochucené. Jí se zavděčit je někdy bída.*“ Podobnou zkušenost má respondentka R5, když své tchyni chystá jídlo: „*Ona to pak kontroluje a požaduje něco jinak, jednou pokrájené na kolečka, jindy na čtverečky...*“

Ještě horší situace nastává, když senior dává najevo výčitky, vyžaduje veškerou pozornost pečujících osob a vyvíjí psychický nátlak. Tyto nepříjemné zkušenosti prožívá respondentka R5, která se spolu s manželem stará o jeho matku a ta jim svým chováním péči značně znepříjemňuje: „*Vytýká, když náhodou hlídáme nemocné vnučky, protože ona je na tom nejhůře... a máme prý pečovat jen o ni.*“ Rovněž manželům zabraňuje v odjezdu na dovolenou: „*Druhý problém je, když chceme jednou za rok na dovolenou. Zajistíme jí péči z několika možných stran. Pokaždé nám udělá to, že spadne z postele a vytýká, že nemáme nikam jezdit.*“ Tento psychický nátlak ze strany tchyně respondentka vnímá jako největší zátěž při péči, a ještě hůře nese situaci její manžel, který začal tyto problémy řešit

alkoholem. Během péče se tak u respondentky objevují pocity marnosti. Zároveň trpí výčitkami vůči sobě kvůli pocitům, které vůči tchyni prožívá: „*Taky omlouváte chování seniora úvahou typu: kdo ví, jací budeme my, možná ji něco trápí... Trpíte výčitkami sama k sobě...*“ Ke špatnému vztahu se seniorem se tak přidává další zátěž v podobě výčitek, což pro pečující osobu může představovat bezvýhodnou situaci.

Podobné zkušenosti zažívá respondentka R6, která se rovněž stará o svou tchyni. V rozhovoru uvedla, že s ní měla problémy již v minulosti: „*Ona vždycky byla proti mně, ještě, než jsme se vůbec s manželem vzali. Přitom jsem jí nikdy nic neudělala, snažila jsem se s ní vycházet, ale něco proti mně měla.*“ Také se ze strany seniorky setkává s vyžadováním pozornosti a stížnostmi, které volá z okna na kolemjdoucí. Tuto situaci už museli řešit s lékařkou, které volali sousedi, u nichž si stěžovala, že se o ni syn s manželkou nestarají: „*Prý říkala, že ještě nejedla celý den, že má hlad a že jí bylo líp v nemocnici, než jí je doma. Prý si jí ani nikdo nevšímá, nikdo se o ni nepostará.*“ Poté tvrdila, že si nic nepamatuje, ale posléze se k uvedenému chování přiznala. Lze předpokládat, že pokud pečující zažívá se seniorem podobné situace, způsobuje samotná péče nepřiměřenou zátěž v životě a z ní plynoucí negativní pocity.

## 5.4.2 COPINGOVÉ STRATEGIE

Další hlavní kategorií jsou **Copingové strategie**. Jak lze pochopit z předešlé kapitoly, neformální péče mnohdy představuje nepřiměřenou zátěž. Tato kapitola se zaměřuje na copingové strategie, které neformální pečující využívají při zvládnání zátěže během péče. V rámci této kategorie byly identifikovány subkategorie **Přijetí role pečujícího**, **Vytvoření nového režimu**, **Využití volného času** a **Využití sociální opory**. Níže budou tyto subkategorie podrobněji charakterizovány.

### **Přijetí role pečujícího**

Jednou z copingových strategií je přijetí role pečujícího. Respondentkám, které mají dobré vztahy se seniory, se daří brát péči jako přirozený závazek, což jim pomáhá zvládat případnou zátěž. Berou situaci takovou, jaká je, a chtějí seniorům věnovat péči a svůj čas, jako např. respondentka R1: „*Prostě jsem si říkala, že nevím, kolik toho času má, tak prostě že jí ten čas budu věnovat.*“ Podobné smíření se situací zažívala také respondentka R4, která pečovala o oba své rodiče. Tato respondentka je navíc věřící, a tak sílu zvládat péči nacházela také ve víře. Byla si jistá tím, že je člověk na správném místě: „*Já jsem*



*věděla, že jsem tady ten člověk na tom správném místě. Já jsem měla o tom přesvědčení, že to je teď můj úkol a jsem na správném místě. A když jsem neměla sílu, tak jsme prosili Boha o sílu, my jsme věřící. Takže i ta víra... Ale vůbec jsem neměla žádné pochybnosti o tom, že by něco mělo být jinak.“*

Jak již bylo zmíněno, přijmout roli pečujícího může usnadnit kladný vztah se seniorem a jeho ohleduplnost. Respondentka R1 pečuje o svou matku, se kterou má dobré vztahy a soužití ulehčuje také dobrý stav jejích kognitivních funkcí: *„Není to moc těžké z toho důvodu, že jí funguje ta hlava. Takže já se s ní můžu o všem bavit, můžu se s ní domluvit.“* Péči může ulehčovat skutečnost, že je tato seniorka velmi ohleduplná a nevyžaduje neustálou pozornost, jak dokládá toto tvrzení respondentky: *„Ona je fakt poslušný pacient, ona mi nevolá, jenom když chce na záchod nebo když jí něco je, ale nevolá mi desetkrát za den, že něco potřebuje.“*

Obě respondentky spojuje zvládnutelnost situace a příznivé vztahy se seniorem. Přestože také mají zkušenosti s velkou zátěží během péče, výše zmíněné skutečnosti umožňují tuto zátěž lépe zvládat a přijmout svou roli jako přirozenou součást života.

Některé respondentky naopak mají zkušenosti se špatnými vztahy se seniory. Tyto respondentky rovněž přijímají svou roli, avšak spíše v tom smyslu, že se poddávají nastalé situaci. Tuto rezignaci je možné považovat za formu úniku, tj. elementární copingovou strategii. Tato strategie bývá využívána, pokud je situace dlouhodobě zátěžová a není mnoho možností, jak ji ovlivnit. Vlivem nepříznivých vztahů pečující vnímají péči jako povinnost a něco, co musí vydržet. Takto bere péči respondentka R6, která má problematický vztah se svou tchyní, o kterou pečuje: *„Někdy mi přijde, že mi nepomáhá nic, že to prostě musím nějak vydržet a snažit se fungovat. Je to prostě nutná povinnost.“*

Pokud je situace dlouhodobě nezvladatelná a vztah se seniorem komplikovaný, je možné se domnívat, že se mnoho pečujících rozhodne o využití institucionální formy péče. V této pozici se vyskytuje také respondentka R5. Při rozhovoru na otázku, co jí pomáhá zvládat zátěžové situace, odpověděla: *„Jen vědomí povinnosti a disciplína. Nemůžete si dovolit hroutit se.“* Přiznala, že při péči začala fungovat jako stroj, aby se dala zvládnout a zabránila tak větším konfliktům: *„Pak jste již jako stroj, vykonáváte vše, pokud možno, hluší, protože výtky a případné jízlivosti by vás dostaly do stavu okamžitého prásknutí dveřmi.“* Respondentka si uvědomuje, že současná situace je dlouhodobě nepříznivá, a

tak se rozhodla využít institucionální formu péče: „*V rámci záchrany své rodiny jsem se rozhodla požádat o přijetí do domova důchodců.*“ Kvůli tomuto rozhodnutí někdy cítí výčitky, ale domnívá se, že bez jakékoliv snahy ze strany a vstřícnosti seniorky je pokračování v neformální péči neúnosné.

### **Vytvoření nového režimu**

Další strategií využívanou respondentkami pro zvládnání zátěže během péče je vytvoření nového režimu. Tyto respondentky se snažily nenechat se péčí pohltit a upravily dosavadní režim tak, aby byla péče zvládnutelná. Organizace času a využití času mimo péči k zaměstnání nebo zařizování vlastních záležitostí představuje jakousi snahu o řešení situace a její přizpůsobení stávajícímu životu.

Respondentka R1 si se svou matkou vytvořila určitý režim, díky kterému má čas na práci či vyřizování svých záležitostí: „*Už máme nějaké ty pravidelné časy, kdy ona vstává mezi tou půl devátou a devátou, takže hygiena, snídaně a tak. A pak od půl desáté do půl dvanácté mě ona v podstatě nepotřebuje, pokud nechce na záchod. Takže to většinou něco dělám nebo vařím. Odpoledne zase chodí někdy kolem té dvanácté, půl jedné, do postele, tak zhruba do tří, do půl čtvrté... Takže vlastně už máme ty časy takové pravidelné, jakoby už vím, že od osmi do desíti mě nepotřebuje třeba, od čtyř do sedmi třeba taky ne. Takže si mezitím můžu číst nebo poslouchat hudbu, podívat se na nějaký film nebo když něco potřebuju vyřídit, tak to řeším v té době, kdy ona spí nebo odpočívá.*“

Protože respondentka R4 spolu s manželem pečovala o rodiče v době epidemie onemocnění covid-19, oba měli možnost pracovat z domu, což jim poskytování péče usnadnilo: „*Tím, že ten covid, jak někomu zkomplikoval život, tak nám to spíš jakoby ulehčil. Protože manžel, který je učitel, měl distanční výuku, takže pracoval tady na počítači, já jsem byla nahoře s těmi rodiči a prostě jsem tak odbíhala k počítači, dělala jsem z domu.*“ Vždy se snažila nejprve zajistit potřeby seniorů a poté se mohla věnovat své práci: „*Ona třeba měla ráda nějaké ty seriály, tak jsem jí prostě něco nastavila. Mezitím jsem šla pracovat a tak.*“

### **Využití volného času**

Neformální péče mnohdy znamená nedostatek volného času, jak bylo zmíněno výše v rámci kategorie týkající se pečovatelské zátěže. Přesto když se volný čas vyskytne,

snaží se jej pečující osoby využít, často za účelem odpočinku a odvedení myšlenek od péče, mnohdy se věnují také fyzické aktivitě.

Respondentky jsou často kvůli péči unavené, ve volném čase tak obvykle volí spíše odpočinkové aktivity, jako jsou např. ruční práce, poslech hudby či sledování televize. U těchto aktivit dokážou odvést myšlenky na péči a odreagovat se. Respondentka R2 se mimo jiné věnuje kreativním činnostem: „*Hodně maluju, dělám ruční práce, třeba šití a háčkování. U toho dokážu vypnout asi nejlépe.*“ Podobný způsob odreagování využívá také respondentka R6: „*Večer, když už jde spát, tak se díváme na televizi a u toho třeba pletu. To mě hodně baví a je z toho i něco praktického.*“ Pro respondentku R5 je důležitý odpočinek na dovolené: „*Pokud to jde, tak si po zimě jedenkrát zajedeme do termálů na víkend... Ale nejlepší relax je pro nás deset dnů v jedné malinké vesničce u Jadranu... Klid, teplo, slaná voda. A z toho pak žijeme celý rok.*“

Péče mnohdy bývá fyzicky náročná a může způsobovat zdravotní problémy. Pro zmírnění zátěže při péči prostřednictvím využití volného času tedy respondentky volí také aktivní způsob jeho trávení. Tento způsob zahrnuje různé formy cvičení, procházky v přírodě nebo práci na zahradě. Během fyzické aktivity dochází k protažení těla a také pomáhá odvést myšlenky jiným směrem. Tento způsob trávení času využívá respondentka R1, která se rozhodla začít navštěvovat kurzy jógy, což jí poskytuje odreagování: „*Přišlo mi, že jsem si tam docela dobře pročistila hlavu... Je to takové protažení, takový relax.*“ Respondentky také často volily procházky v přírodě, např. pro respondentku R2 je přínosná možnost změny prostředí: „*Člověk se u toho odreaguje, nemusí na to myslet a třeba během procházek je aspoň na chvíli někde jinde než doma.*“ Ve volném čase se respondentky také mnohdy starají o zahradu, jako např. respondentky R5: „*Ráda pracuju na zahradě. Na jaře a v létě mám na starost zahradu a pole, na podzim dřevo na otop.*“ a R6: „*Na té zahradě mě to asi docela baví, dokážu u toho trochu zvolnit a myslet na něco jiného.*“

### **Využití sociální opory**

Jednou z nejvýraznějších copingových strategií je využití sociální opory. Respondentky často uváděly, že druzí lidé pro ně představují největší pomoc. Jedná se o instrumentální pomoc s péčí samotnou, která se pak díky rozložení mezi více osob dá lépe zvládat, ale také o společné trávení času, emoční podporu a možnost sdílení.

Respondentkám pomáhá, když na péči nemusí být samy, přestože se může jednat jen o malou výpomoc. Respondentka R1 uvedla, že když je potřeba, pomáhá jí s péčí rodina: „*Vždycky o víkendu jezdí bratr a většinou, on má čtyři děti, ale většinou dvě dcery, které jsou tady poblíž, tak jezdívají.*“ Respondentka R2 se v péči střídá se svým partnerem a jeho otcem: „*Oba s přítelem mi s ní pomáhají, střídáme se v tom. Nebo kdy je třeba ji někde dostat autem nebo tak, tak jí vždycky pomáháme do auta společně.*“ Pomoc rodiny v péči oceňuje nejvíce ze všeho. Stejně situaci vidí i respondentka R4, které v péči o rodiče pomáhal manžel. Pomoc ocenila především během provádění hygieny u svého otce, jelikož nedokázala překonat psychický blok a tuto činnost vykonávat: „*Tam jsem ale nepřekonala takový ten psychický blok v provádění té hygieny muži... To řešil manžel, takže mi s tím neskutečně pomohl.*“ V péči pomáhá také manžel respondentky R6: „*Ale tak naštěstí na to nejsem úplně sama, když je manžel doma, pomáhá mi s tím nebo se sám stará.*“

Jako další formu využívání sociální opory respondentky oceňují společné trávení času s rodinou nebo přáteli. Může se jednat o společné trávení volného času, jako je to např. u respondentky R1, která začala chodit s kamarádkami na společné cvičení. Možnost setkávat se s přáteli oceňuje také respondentka R3, která u kamarádek využívá možnost se vypovídat. Na otázku, čím jí pomáhají setkání s přáteli, odpověděla: „*Trošku upustit, nemyslet na to. A vypovídat se třeba. Když jsem s kamarádkami, aspoň se trochu vypovídám.*“ Podobně si váží také přítomnosti své matky, která jí pomáhá už jen tím, že je s ní doma: „*Pomáhá mi už jen to, že je tady se mnou a že si o tom můžeme promluvit, máme na to třeba stejný názor a tak.*“ Pomáhat může také setkávání s lidmi, kteří také mají zkušenost s neformální péčí. Tuto možnost má respondentka R5: „*Vypovídat se můžu kolegyni v práci, ta má tatínka, sice je mobilní, ale taky pečuje, obstarává mu jídlo, jezdí s ním k lékařům, uklízí mu...*“

### 5.4.3 ROLE STÁTU

Jak již bylo zmíněno v úvodu interpretace dat, stát hraje v poskytování neformální péče, a tedy i v pečovatelské zátěži a následných copingových strategiích, velkou roli. Proto je této roli věnována samostatná kategorie. V první subkategorii **Podmínky péče** budou popsány zkušenosti respondentek s podporou ze strany státu a se zásahem péče do zaměstnání. Další subkategorie nese název **Sociální služby** a uvádí zkušenosti respondentek s využíváním těchto služeb. Poslední subkategorii je **Další žádoucí podpora**, která

vyjadřuje přání respondentek týkající se podpory (např. další sociální služby), kterou by rády využily.

### **Podmínky péče**

Tato subkategorie by se zároveň dala charakterizovat v rámci kategorie **Zátěž pečujících**, neboť mnoho respondentek cítí zátěž způsobenou nedostatečnou podporou neformální péče ze strany státu. Pro větší ucelenost je však zařazena do kategorie, která je celá věnována roli státu.

Jak bylo uvedeno v úvodu, respondentky opakovaně vyjadřovaly názor, že podpora neformální péče státem je nedostatečná. Jako jeden z nedostatků vidí respondentky špatnou informovanost o podmínkách a možnostech neformální péče. Respondentka R1 to shrnula takto: *„Lidi často vůbec neví, na co mají nárok, jsou třeba vystresovaní, stane se to ze dne na den, a po týdnu jim řeknou, že jim vrátí ležícího rodiče domů. Ti lidi na to nejsou vůbec připravení, neví, o co můžou žádat. Obecně je to malá informovanost, řekla bych.“* Respondentka R2 zase vnímala nedostatek informací o konkrétní nemoci seniorky: *„Ani doktoři neporadí, nikdo vlastně nic neříká, v televizi o té mozkové mrtvici toho taky moc není. Na webových stránkách taky není nabídka služeb pro lidi s tímhle.“*

Další závažnou zátěží během neformální péče je její zásah do zaměstnání. Pokud jedinec nechce přijít o své zaměstnání a zároveň je potřeba pečovat o seniora v průběhu celého dne, je možné podat žádost o dlouhodobé ošetřovné. Je zde však podmínka hospitalizace trvající minimálně čtyři kalendářní dny. Také jej lze čerpat pouze 90 dnů a na další dlouhodobé ošetřovné je nárok až po 12 měsících. Poté jsou pečující osoby mnohdy nuceny snížit pracovní úvazek nebo dokonce zaměstnání opustit.

Když se respondentka R1 rozhodovala o tom, zda bude pečovat o svou matku, byla ještě zaměstnaná a nevěděla, jaké může využít možnosti. V nemocnici, kde byla seniorka hospitalizována, jí také neposkytli dostatečné informace: *„Já jsem celé pondělí odpoledne a celé úterý telefonovala jejímu doktorovi, ten mi řekl, že s tím nemá praxi. Moje doktorka řekla, že o tom nic neví.“* Nakonec se dozvěděla o možnosti dlouhodobého ošetřovného, ale bylo pro ni obtížné zajistit počet dní hospitalizace, který je pro uznání potřebný. Nakonec podmínky splnit dokázala, po uplynutí maximální délky dlouhodobého ošetřovného však musela postupně vybírat zbývající dovolenou, a nakonec nebyla

jiná možnost, než zaměstnání opustit: „*Pak jsem musela dát výpověď a jít se registrovat na úřad práce, kde mám teď nárok na podporu.*“

Komplikace v zaměstnání péče zažila také respondentka R4: „*Snažila jsem se dělat z domu, potom jsem si to musela snížit na poloviční úvazek, a v konečném důsledku, když vlastně tatka zemřel a poprosila jsem svého zaměstnavatele, abych mohla zpátky alespoň na nějakých těch sedm hodin, tak mi to zamítli.*“ Finanční situace zůstala stabilní díky manželovi, i přesto však měla respondentka pocit, že jim stát nevyšel vstříc a neposkytuje dostatečné podmínky pro neformální péči: „*Myslím si, že lidi, kteří jsou sami, tak se dostávají do úplně neřešitelné situace. Že vůbec nevědí, jak by to udělali a skloubili s nějakou prací. Když práci opustí, tak pak nesou natrvalo následky.*“

Při péči je možné pobírat příspěvek na péči. Všichni senioři, o které respondentky pečují, jej pobírají, některé respondentky se však domnívají, že jejich výše není vzhledem ke zdravotnímu stavu seniora dostatečná. S výší příspěvku na péči není spokojená např. respondentka R1: „*Zažádali jsme si o příspěvek na péči, ten nám přiznali ve výši 4400, což by jako podle nich mělo pro toho pečujícího stačit.*“ Stejně tak se příspěvek zdál nedostatečný i respondentce R4, jejímuž otci byl přiznán pouze jeho první stupeň. Situaci dokázala díky manželovi finančně zvládat, zamyslela se však nad tím, kdyby byla v jiné situaci: „*Kdybych ale byla třeba rozvedená, vdova, svobodná..., tak já bych se dostala do takových finančních potíží kvůli tomu, že o někoho pečuju. Kdo si může dovolit za 880 korun pečovat o rodiče?*“

Podle respondentek probíhá posouzení stupně závislosti neadekvátním způsobem a výsledek posouzení pak neodpovídá skutečnému stavu. Takto to vidí respondentka R1: „*To, že jí dám jídlo na stůl, dám jí lžici do ruky a ona se nají během půl hodiny, tak to podle nich zvládá ten bod stravování. Když ji dovedu do koupelny, posadím ji na židli, dám jí kartáček, pastu a ručník, a umyje si ruce a zuby a obličej, tak to oni považují, že zvládá hygienu. Což já absolutně proti tomu protestuju.*“ Seniorka, o kterou respondentka pečuje, z důvodu kolísavé rovnováhy není schopna samostatné chůze, a tak potřebuje asistenci téměř u všech činností. Druhý stupeň příspěvku na péči tedy dle respondentky není odpovídající: „*Doložila jsem jim asi třicet lékařských zpráv k té první žádosti, ale přestože tam bylo napsáno, že není schopna samostatné chůze... Pokud asi vyloženě není ležák nebo nemá potvrzenou demenci, tak oni to tam prostě úplně... úplně nějak asi odmítají.*“

Respondentka R4 se také domnívá, že posouzení stupně závislosti není odpovídající a pokud má senior v dobrém stavu kognitivní funkce, je náročné dosáhnout na vyšší stupně příspěvku na péči, přestože by to stav seniora vyžadoval: „*Tak jsem jim tam i psala, že jak může mít lehkou závislost člověk, který by bez naší pomoci zemřel. Tam je vůbec špatný ten systém hodnocení, v čem je ten člověk samoobslužný a tak. Protože taťka měl dobrou hlavu, tak byl schopen si zavolat a tak, ale o tom to není.*“

### **Sociální služby**

V další subkategorii je pozornost věnována sociálním službám, se kterými mají respondentky zkušenosti. Téměř všechny respondentky využívaly terénní pečovatelské služby, přičemž pracovníci těchto služeb docházeli do domácností seniorů a zajišťovali např. hygienu, rehabilitace nebo další zdravotnické úkony. S využíváním služeb za účelem pomoci s hygienou má zkušenosti např. respondentka R3: „*My tu pomoc využíváme k hygieně, jakože ke koupání, protože sami to nezvládneme.*“ Pro respondentku R4 měla služba přínos, protože díky ní nemusela mít starosti s chytáním léků pro seniory: „*Tak ta naše výhoda byla v tom, že oni prostě ty léky, které mamka potřebovala, dovezli, a já už jsem s ní nemusela chodit k doktorovi, nemusela jsem tohle řešit. To byla taková pomoc.*“ Tyto služby respondentky využívají také v případě dovolené nebo nutnosti zařídit vlastní záležitosti, jako např. v případě respondentky R6: „*Když někdy potřebujeme něco zařídit nebo jsme pryč na více dní, tak se tady o ni přijdou postarat, okoupat ji a tak.*“ Dále některé respondentky využily zapůjčení pomůcek pro seniory nebo dovoz obědů.

Přestože nějakou pomoc využívá většina respondentek, dle některých z nich jsou další služby mnohdy nedostupné, v případě respondentky R6 se jedná o nedostupnost v místě bydliště: „*Nemám o tom úplně přesný přehled, ale jak jsme tady na vesnici, tak je to všechno daleko, že bychom ji někam vozili nebo tak.*“ Respondentka R5 by zase ráda využila služby mobilní rehabilitační sestry, ale potýkají se s nedostatkem personálu: „*Uvítali bychom mobilní rehabilitační sestru, jsme ochotni vše hradit, ale bohužel nejsou lidi.*“

### **Další žádoucí podpora**

Tato subkategorie poskytuje náhled na to, jakou další pomoc ze strany státu by respondentky ocenily. Respondentka R4 by ocenila obecně větší podporu neformální péče, především co se týče finanční stránky a výše příspěvku na péči: „*No tak mně by určitě*

*pomohlo, kdyby byla ta podpora státu. Myslím, že se nějak mají přehodnocovat ty částky... Takže by mi asi hodně pomohlo, kdyby se trochu změnil ten systém.“*

Dále by některé respondentky ocenily, kdyby mohly využívat také další sociální služby, které pro ně z rozličných důvodů v současnosti nejsou dostupné. Služby pro zlepšení fyzického stavu seniorky by ocenila např. respondentka R2: *„Tak já si myslím, že vzhledem k té váze by jí pomohlo, kdyby za ní chodil někdo, kdo by ji rozhýbal. Protože ona je ztuhlá a nechce ani chodit kvůli tomu, že je těžká a nemůže se udržet na nohách.“* Dříve však využívali rehabilitace a stav seniorky se naopak ještě zhoršil. Domnívá se tedy, že kvalitní služby tohoto druhu nejsou v místě bydliště dostupné: *„Celkově toho tady asi moc kvalitního není, co by mohla využívat.“*

Během neformální péče může docházet k omezení kontaktu s dalšími lidmi a mohou se objevit pocity osamělosti jak na straně pečujících, tak na straně seniorů. Respondentka R3 by tedy ocenila společnost pro svou prababičku: *„Třeba nějaké služby k zabavení toho dotyčného. Že by si člověk zaplatil, aby k tomu seniorovi někdo přišel, aby si popovídal zase s někým jiným.“* Zároveň by uvítala možnost navštěvovat podpůrné skupiny, kde by se scházela s ostatními neformálními pečujícími za účelem sdílení zkušeností: *„Kdyby třeba byly nějaké skupinové sezení, že by si o tom člověk mohl popovídat, jak je to třeba těžké. Nebo by se mohl vypovídat s těmi lidmi, kteří se taky starají o ty starší lidi.“*

Respondentka R5 se u své tchyně setkává s neochotou dodržovat opatření vztahující se k její nemoci. Zároveň z důvodu její imobility již několik let nenavštívila odborné lékaře, ke kterým dříve pravidelně docházela. Domnívá se, že na doporučení lékaře by svůj životní styl změnila ochotněji. Respondentka tedy vyjádřila, že by ocenila návštěvu lékařů v domácnosti seniorky: *„Rozhodně bychom uvítali alespoň občasnou návštěvu lékaře, který je přeci jenom pro ty staré lidi autoritou a který by jasně a srozumitelně doporučil způsob života.“*

## **5.5 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ**

Pomocí analýzy dat získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů realizovaných s osobami poskytujícími neformální péči seniorům bylo identifikováno několik kategorií a subkategorií. V předchozí podkapitole byly podrobně interpretovány.



S pomocí těchto kategorií a subkategorií je možné odpovědět na stanovené výzkumné otázky. Prostřednictvím rozhovorů a jejich následné analýzy byla pozornost zaměřena na nalezení odpovědi na tuto hlavní výzkumnou otázku:

- Jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům?

Hlavní výzkumná otázka byla podrobněji rozpracována do těchto dílčích výzkumných otázek:

- Co osoby poskytující neformální péči seniorům vnímají při poskytování péče jako zátěž?
- Jaké zdroje pomoci a podpory využívají osoby poskytující neformální péči seniorům ke zvládnutí zátěže?
- Jakou další podporu by osoby poskytující neformální péči seniorům uvítaly?

Níže jsou prostřednictvím výsledků výzkumu tyto otázky zodpovězeny.

### **Jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům?**

Pomocí analýzy dat byly stanoveny konkrétní subkategorie týkající se copingových strategií: Přijetí role pečujícího, Vytvoření nového režimu, Využití volného času a Využití sociální opory.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že respondentky využívají množství různých druhů copingových strategií, které se mnohdy doplňují. Některým respondentkám se daří přijmout roli pečujícího a brát péči jako přirozený závazek. Díky tomuto přístupu může dojít ke zmírnění zátěže. Další skupina respondentek také dokázala přijmout svou roli, ale spíše z negativního hlediska. Tyto respondentky mají nekvalitní vztahy se seniory, kterým poskytují péči, a z důvodu častých výčitek a netolerance z jejich strany se uchylují ke zautomatizované péči.

Další strategií pomáhající zvládat péči a zátěž s ní spojenou je vytvoření nového režimu, díky kterému mají respondentky čas na naplňování svých osobních potřeb. S organizací času se pojí také trávení volného času. Dle zkušeností respondentek je volného času během péče málo, avšak respondentky se jej snaží využívat ke zmírnění zátěže. Některé respondentky volí spíše odpočinkové aktivity, pro jiné je přínosné zase aktivní trávení času.

Důležitou copingovou strategií je využívání sociální opory. Pro respondentky je důležité mít kolem sebe lidi, díky kterým může být péče snazší. Tato sociální opora má různou formu – jedná se jak o praktickou pomoc s péčí, díky které se péče a s ní spojená zátěž rozloží, tak o emocionální oporu a možnost sdílet zkušenosti se zátěží a vypovídat se u blízkých lidí.

### **Co osoby poskytující neformální péči seniorům vnímají při poskytování péče jako zátěž?**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že se během neformální péče mnohdy setkávají se zátěží. Samotná péče, která je pro mnoho respondentek novou situací a přináší mnoho výzev, často způsobuje velkou zátěž. Již rozhodování o péči a o tom, zda bude probíhat v domácnosti seniora, v domácnosti pečujícího nebo v zařízení ústavního typu způsobuje zátěž. Dále je nutné přizpůsobit péči dosavadní život včetně zaměstnání, které je navíc často nutné opustit. S příchodem nové situace mohou mít pečující pocity nekompetentnosti a mohou si být nejistí ohledně toho, jak péči co nejlépe poskytovat.

Pro mnoho respondentek je péče fyzicky náročná, což představuje další formu zátěže. Tato fyzická náročnost se odvíjí od nutnosti manipulovat se seniorem při pomoci se sebeobslužnými aktivitami. Respondentky také vyjádřily, že jsou unavené, protože mnoho z nich musí být seniorovi k dispozici i v noci, v důsledku čehož může docházet k narušení spánku. Poskytování péče tak může způsobit zhoršení celkového zdravotního stavu u pečujících osob.

Kvůli nutnosti téměř nepřetržité péče a snaze přizpůsobit se potřebám seniorů mnohdy dochází k potlačování vlastních potřeb pečujících osob. Respondentky mají pocit, že v péči nemohou selhat a snaží se seniorům udržovat pravidelný denní režim a neodpírat jim jejich zvyklosti (např. večerní sledování televize). Jejich potřeby však mnohdy bývají odlišné a jsou na úkor blaha seniorů potlačovány.

S potlačením vlastních potřeb souvisí další typ zátěže, tj. omezení volného času. Kvůli snaze přizpůsobit se seniorům a dobře vykonávat péči respondentkám často nezbývá čas na vlastní potřeby a zájmy, což se může týkat také volnočasových aktivit. Kromě péče o seniory mívají respondentky další povinnosti a na vlastní zájmy, odpočinkové aktivity či setkávání s přáteli tak nezbývá čas.

Na tom, jakou míru zátěže budou pečující při péči pociťovat, se podílí také kvalita vztahu se seniorem. Péče je obtížná sama o sobě, ale pokud jsou vztahy mezi pečujícím a seniorem nepříznivé a ze strany seniora dochází k výčtkám nebo psychickému nátlaku, zátěž se ještě prohloubí a může docházet k pocitům marnosti.

Některé respondentky uvedly zátěž způsobenou nedostatečnou podporou ze strany státu. Informovanost o dostupné pomoci ze strany státu a to, jak jsou mechanismy pomoci nastaveny, neformálním pečujícím při zvládnání zátěžových situací nepomáhá, naopak mnohdy k jejich vzniku přispívá. Jako příklad slouží respondentkami uváděná výše příspěvku na péči, která nedokáže nahradit ztrátu příjmu při nutnosti snížení pracovního úvazku nebo ztráty zaměstnání.

### **Jaké zdroje pomoci a podpory využívají osoby poskytující neformální péči seniorům ke zvládnání zátěže?**

Ke zvládnání zátěže respondentky využívají jak interní, tak externí zdroje pomoci a podpory. Interní zdroje představují pomoc respondentek sobě samým, např. prostřednictvím přístupu k péči nebo volby volnočasových aktivit, díky kterým dochází ke zmírnění zátěže.

Externí zdroje lze rozlišit na úrovni rodiny a komunity a na úrovni státu. Pomoc ze strany rodiny či přátel může být praktická ve smyslu pomoci s péčí, nebo se jedná o emocionální oporu. Dále je respondentkami využívána externí podpora ze strany státu. Respondentky využívají některé z nabízených sociálních služeb, nejčastěji se jedná o terénní pečovatelské služby za účelem zajištění např. hygieny či zdravotnických úkonů. Rovněž je využívána pomoc v případě dovolených, zapůjčení pomůcek pro seniory nebo dovoz obědů. Senioři, kterým respondentky poskytují péči, také pobírají příspěvek na péči.

### **Jakou další podporu by osoby poskytující neformální péči seniorům uvítaly?**

Některé z respondentek by ocenily, kdyby byla obecně větší podpora neformální péče, jedná se především o finanční podporu prostřednictvím příspěvku na péči. Dále by respondentky rády využily další sociální služby, které však často nejsou dostupné, např. z důvodu velké vzdálenosti nebo nedostatku personálu. Mezi přáními respondentek se objevila také možnost navštěvovat podpůrné skupiny pro pečující a jedna z respondentek by ocenila možnost občasných návštěv lékařů v domácnosti seniorky, pro kterou je kvůli její imobilitě náročné dostat se do ordinací.

## DISKUZE

V diplomové práci byla pozornost zaměřena na zátěž při péči, copingové strategie sloužící ke zvládnutí této zátěže a zdroje pomoci a podpory využívané osobami pečujícími o seniory. Dále bylo zjišťováno, jakou další podporu by pečující ocenili. V diskuzi jsou zjištění z výzkumného šetření zasazena do širšího kontextu. Zároveň jsou zde zmíněny také limity výzkumu a doporučení pro budoucí výzkum, pro praxi a pro politiku.

V teoretické části této práce je zátěž rozdělena na fyzickou, psychickou a sociální a přitomna může být také zátěž finanční, kterou uváděly některé respondentky. Dle Kurucové (2016) může být fyzická zátěž způsobena potřebou manipulovat se seniorem, nedostatečnou péčí o vlastní potřeby, narušením spánku nebo nedostatkem času na stravování a pitný režim. Na základě výpovědí respondentek bylo identifikováno, že je pro ně péče fyzicky náročná. Stejně jako u Kurucové je zmiňována zátěž v souvislosti s nutností manipulovat se seniorem, únavou a potlačováním vlastních potřeb.

Jako psychickou zátěž způsobenou péčí Kurucová (2016) uvádí potřebu neustálé pozornosti během péče, nutnost okamžitého uspokojování potřeb seniora a nadměrnou odpovědnost. Respondentky uvádí celkovou zátěž způsobenou péčí a tím, že se jedná o novou situaci, které je nutné se přizpůsobit. Jsou si vědomy toho, že péče představuje velkou odpovědnost, a v důsledku nedostatku zkušeností může docházet k pocitům nekompetentnosti a nedostatečných dovedností a znalostí, jak péči co nejlépe poskytovat. Zátěž způsobuje také nutnost nepřetržité péče a snaha o zajištění pravidelného režimu pro seniory, v důsledku čehož respondentky nemají čas na osobní potřeby a odpočinek.

Sociální zátěž může být způsobena nedostatkem opory v rodině pečovatele nebo změnou rolí v důsledku péče. Pojí se také s nedostatkem času (Kurucová, 2016), v důsledku čehož může docházet k sociální izolaci pečujících osob (Kotrusová a kol., 2013). Tato zátěž spojená s omezením času se projevila i ve výpovědích respondentek. Péče zabírá mnoho času a respondentky mají další povinnosti, na vlastní aktivity nebo setkávání s přáteli tak mnohdy není dostatek času. Některé z respondentek vnímají zátěž také na základě nekvalitních vztahů se seniory, kteří mívají nesplnitelné požadavky a často vyjadřují výčitky ohledně kvality péče. Do určité míry lze tyto situace považovat za konflikt, který se také řadí mezi sociální zátěž (Jeklová a Reitmayerová, 2006). Chování seniorů však nemusí mít původ jen ve špatných vztazích, ale mívá různé příčiny. Jedním z důvodů může být

smutek (např. kvůli ztrátě svobody způsobené zhoršujícím se zdravotním stavem), který se může v chování seniorů manifestovat hněvem a agresí vůči pečujícím osobám. Změna v chování seniorů bývá způsobena rovněž zdravotním stavem, vliv na chování mohou mít organické změny mozku po cévní mozkové příhodě, infekce močových cest nebo nastupující demence. Dalšími důvody mohou být léková interakce nebo špatný spánek trvající delší období (Personality Changes in the Elderly, 2020). Pro pečující může být přínosné uvědomit si, že toto chování nemusí být ze strany seniora úmyslné a není nutně zaměřeno proti nim.

Některé respondentky uváděly také zátěž ze strany státu a jeho nedostatečnou podporu neformální péče. To se shoduje s výzkumem Kotrusové a kol. (2013), která identifikovala deficity veřejné politiky s dopadem na neformální péči. Mezi tyto deficity patří např. nedostatečné finanční ohodnocení, špatná informovanost o sociálních a zdravotních službách či nedostatek služeb v okolí pečujících osob. Tyto oblasti byly zmiňovány i respondentkami v rámci této diplomové práce.

Tématu copingových strategií osob poskytujících neformální péči seniorům se věnovala Kovářová (2021), přičemž se ve svém výzkumu kvantitativního typu zaměřovala také na stresory, které s sebou péče přináší. Dle svých zjištění identifikovala největší míru zátěže v omezeném prostoru pečujících, časovém stresu, nedostatečném kontaktu s lidmi, nedostatku spánku atd. Pro mnoho pečujících osob bylo obecně stresující poskytovat péči. Jiná studie byla zaměřena specificky na potřebu emocionální podpory a copingové strategie rodinných pečujících (Chambers a kol., 2001). Respondenti v rámci této studie vyjadřovali emocionální dopady péče, mezi něž patří obavy z budoucího stavu vývoje seniora, pocity nekompetentnosti, nedostatek informací nebo pocit, že si nikdy od péče neodpočinou. Lze tedy konstatovat, že zkušenosti respondentů se zátěží jsou v obou výzkumech podobné jako ty, které byly zjištěné v rámci této práce.

Teoretická část práce poskytuje kategorizaci copingových strategií, ke kterým nyní budou vztaheny copingové strategie zjištěné na základě analýzy dat. Podle hierarchického modelu Tobina a kol. (1989) jsou na nejvyšší úrovni rozlišené příklonové a odklonové copingové strategie. Z analýzy dat vyplývá, že respondentky většinou volí příklonové strategie zaměřující se na řešení stresujících situací a souvisejících emocí. Tyto strategie je dále možné rozdělit podle zaměření na strategie zaměřené na problém nebo na emoce. Copingové strategie zaměřené na problém je možné u respondentek identifikovat ve

snaze vytvořit režim, a i v nové situaci věnovat čas naplňování vlastních potřeb nebo provozovat volnočasové aktivity. Objevují se také strategie zaměřené na emoce, které jsou u respondentek charakteristické snahou o odpočinek nebo sdílení emocí. Důležitou copingovou strategií je pro respondentky využití sociální opory. Jedná se o již zmíněné sdílení emocí a možnost vypovídat se, ale také o konkrétní pomoc s péčí, díky které lze péči a s ní spojenou zátěž lépe zvládat. Některé respondentky tíhnou ke copingu orientovanému na význam, při němž je projevována snaha najít smysl ve stresové situaci a změnit hodnotové preference (Kliment, 2014). U pečujících osob se tento druh copingu projevuje tak, že berou péči jako přirozený závazek (do Couto a kol., 2019). Některé respondentky takto k péči přistupovat dokážou. Naopak respondentky, které mají špatné vztahy se seniory, se někdy uchylují k úniku, který představuje elementární reakci (Kliment, 2014). Tyto respondentky pak berou péči jako nutnost a snaží se jen vydržet.

Již zmíněný výzkum Kovářové (2021) přinesl také přehled copingových strategií využívaných během neformální péče. Autorka zjistila, že klíčovou copingovou strategií je využívání praktické pomoci rodiny. K podobnému zjištění dospěl Cutych (2017), jehož výzkum ukázal, že respondenti nejvíce oceňují využívání podpory rodiny, především pak podpory psychické. Také respondentky z výzkumu v rámci této diplomové práce vnímaly sociální oporu a s ní spojenou praktickou pomoc s péčí a možnost sdílet emoce jako důležitou strategii.

Z hlediska druhů copingových strategií byla ve výzkumu Kovářové (2021) zaznamenána nejvyšší četnost strategií zaměřených na problém. Autorka se domnívá, že vyšší využívání těchto strategií by mohlo být způsobeno tím, že jsou konkrétnější a je snazší si je uvědomit. Cordova a Sia (2019) rovněž identifikovaly častější využívání strategií zaměřených na problém než těch zaměřených na emoce. Podle autorek může být častější využívání copingových strategií zaměřených na problém způsobeno zvyšující se odolností pečujících. V této práci nebylo cílem zjišťovat, jaké copingové strategie jsou využívány nejčastěji, ale je možné konstatovat, že stejně jako v uvedených výzkumech byly strategie zaměřené na problém časté, např. při vytvoření režimu v nové situaci.

Co se týče zdrojů pomoci a podpory, které respondentky uváděly, rozdělení těchto zdrojů se shoduje s Cutychem (2017). V jeho studii jsou zdroje rozděleny na vlastní zdroje (jednotlivé copingové strategie zaměřené na odpočinek, volnočasové aktivity atp.), pomoc

blízkých (pomoc s péčí a psychická podpora) a státní formy podpory (finanční prostředky a sociální služby).

Během rozhovorů bylo zjišťováno, jakou další podporu by respondentky ve své situaci ocenily. Mezi výpověďmi se objevovala potřeba větší finanční podpory nebo zvýšení dostupnosti sociálních služeb. Dalším vysloveným přáním bylo navštěvovat podpůrnou skupinu pro neformální pečující. Podle zjištění výzkumu Chambers a kol. (2001) je kontakt s dalšími pečujícími důležitou pomocí poskytující především emocionální a informační podporu. Respondenti daného výzkumu by dále ocenili sdílení perspektivy profesionálních a rodinných pečovatelů, které by mohlo zprostředkovat lepší informovanost. Také respondentky v této práci vyjádřily pocit nedostatečné informovanosti, a tak by pro ně mohla být větší provázanost a komunikace s profesionálními službami přínosem.

V této kapitole je potřeba uvést také **limity výzkumu**. Prvním limitem je samotný výzkumný design, který z důvodu malého výzkumného souboru znemožňuje zobecnění poznatků. Dalším limitem je to, že byly do výzkumu zapojeny pouze ženy a žádní muži, kteří by mohli přinést odlišný pohled na dané téma. Péči poskytují převážně ženy, a tak se nepodařilo muže zapojit. Také metoda polostrukturovaného rozhovoru s sebou může přinášet rizika v podobě vyjádření subjektivity výzkumníka prostřednictvím výběru otázek a vedení rozhovoru, což může, byť nezáměrně, ovlivnit výpovědi respondentů a tím následně výsledky výzkumu.

Na základě uvedení limitů lze formulovat **doporučení pro další výzkum**. Bylo by vhodné realizovat výzkum na větším vzorku populace, včetně mužů, díky čemuž by mohly být výsledky více objektivizovány. Jednou z výzkumných otázek této práce bylo zjistit, jakou další podporu by osoby poskytující neformální péči seniorům ocenily. Toto téma bylo zpracováno spíše okrajově, lze však konstatovat, že potřeby a přání pečujících by si zasloužily větší pozornost. Proto by bylo vhodné věnovat tomuto tématu samostatný výzkum.

Z analýzy dat vyplynulo, že by respondentky ocenily lepší informovanost, a také bylo zmíněno přání sdílet zkušenosti s ostatními pečujícími. S tímto by mohlo pomoci zpracovat téma prostřednictvím metodiky DIPEX. Tato metodika představuje kvalitativní obsahovou analýzu hloubkových rozhovorů, jejichž části v podobě videí nebo audio klipů jsou zveřejněny na webových stránkách. Tématem rozhovorů jsou zkušenosti lidí s nemocí,

zdravím a zdravotní péčí. Na webových stránkách mohou lidé s podobnými zkušenostmi najít pomoc (Kvalitativní studie DIPEX, 2022). Téma copingových strategií osob poskytujících neformální péči seniorům dosud v českém prostředí nebylo pomocí této metody realizováno, mohlo by však být dobrým doplněním existujícího výzkumu zaměřeného na paliativní péči (Zkušenosti, ©2014-2022) a přispět k jejímu komplexnějšímu porozumění. Pro pečující osoby by také mohlo být přínosné zjištění, jak se s péčí vyrovnávají ostatní, a mohli by tak získat nové informace a tipy. Téma copingových strategií osob pečujících o blízkého člověka v terminálním stadiu onemocnění bylo touto metodikou zpracováno v zahraničí (Caring for someone with a terminal illness: Ways of coping and finding solace, 2019), ale zpracování v českém prostředí by pro mnoho pečujících osob pravděpodobně bylo dostupnější.

Respondentky popsaly zkušenosti s nedostatečnou informovaností a zmiňovaly také nedostupnost některých sociálních služeb z důvodu velké vzdálenosti nebo nedostatečné kapacity. Na základě toho je možné formulovat **doporučení pro praxi**. Pečujícím osobám by mohla pomoci lepší přehlednost systému pomoci, který mohou ve své situaci využít. Kdyby získaly ucelené informace na jednom místě, zmírnily by se starosti ohledně jejich vyhledávání a mohly by se více soustředit na samotnou péči. Pomoci by mohlo také rozšíření nabídky sociálních služeb a zvýšení jejich kapacit či personálního obsazení, aby mohly být dostupné opravdu pro všechny, kteří se rozhodnou je využít.

Co se týče **doporučení pro politiku**, dle zkušeností respondentek by nejzásadnější pomocí bylo zvýšení příspěvku na péči, který pro mnoho pečujících nahrazuje v důsledku péče ztracený příjem. Při širším pohledu na situaci pečujících osob může být problematické, že rodinní pečující nejsou samostatnou cílovou skupinou sociální práce, není na ně speciálně orientována sociální politika a nejsou vymezeny na ně zaměřené postupy intervence. Mnohdy je na neformální pečující pohlíženo spíše jako na zdroj, který představuje alternativu ústavní péče, a jejich problémy bývají přehlíženy (Hubíková, 2017). Kdyby se z neformálních pečujících stala cílová skupina, mohly by být lépe vnímány a naplňovány jejich potřeby.



## ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku copingových strategií osob poskytujících neformální péči seniorům. V teoretické rovině bylo cílem uspořádat poznatky vztahující se k neformální péči, zátěži a stresu při péči, syndromu vyhoření a copingovým strategiím využívaných pečujícími osobami. Ve výzkumné rovině bylo cílem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jaké copingové strategie využívají osoby poskytující neformální péči seniorům.

Získaná data byla analyzována a na základě kódování bylo identifikováno několik kategorií a subkategorií, které byly dále podrobně interpretovány. Pomocí těchto kategorií a subkategorií byly zodpovězeny výzkumné otázky a tím došlo k naplnění cíle výzkumu. Na základě výzkumného šetření lze shrnout, že neformální péče představuje zátěž v různých podobách. Pro mnoho respondentek je zátěží samotná péče, protože se jedná o novou situaci spojenou s nutností uzpůsobit dosavadní život a nejistotou, jak péči co nejlépe poskytovat. Péče je náročná také fyzicky, což se projevuje narušením spánku, únavou a celkovým zhoršením zdravotního stavu. Pečující osoby ve snaze přizpůsobit se potřebám seniorů také často potlačují vlastní potřeby a trpí nedostatkem volného času, ve kterém by se mohly věnovat osobním aktivitám a zájmům nebo se setkávat se svými přáteli. Dále je zátěž způsobena nekvalitními vztahy mezi pečujícími a seniory, jejichž chování mnohdy způsobuje u pečujících osob pocity marnosti a nechuť pečovat. Některými respondentkami je někdy pocíťována zátěž způsobená nedostatečnou podporou ze strany státu související např. s nedostatečnou výší příspěvku na péči.

Pro zvládnutí této zátěže respondentky využívají různé copingové strategie. Některé respondentky přijímají roli pečujícího a berou ji jako přirozený závazek, díky čemuž dochází ke zmírnění zátěže. Jiné respondentky se naopak situaci péče poddávají a případnou zátěž, která je s ní spojená, se snaží spíše přehlížet. Při zátěži může pomáhat také vytvoření nového režimu a organizace času vedoucí k lepšímu naplňování vlastních potřeb, důležité je rovněž smysluplné trávení volného času a volba takových aktivit, díky kterým se respondentky odreagují a dojde tak ke zmírnění jejich zátěže. Jednou z nejdůležitějších copingových strategií uváděnou většinou respondentek je využívání sociální opory.

Pozornost byla zaměřena také na zdroje pomoci a podpory, které respondentky využívají ke zvládnutí zátěže. Tyto zdroje lze rozdělit na interní, které představují pomoc

respondentek sobě samým, a externí, mezi které patří rodina, širší komunita a stát. Jako další podpora, kterou by respondentky uvítaly, byla zmiňována větší finanční podpora a zajištění lepší dostupnosti a flexibility zdravotních a sociálních služeb.

Výsledky výzkumu byly dále zpracovány v diskuzi, kde byly zasazeny do širšího kontextu a porovnány s dalšími existujícími výzkumy. V této části byly zároveň zmíněny limity výzkumu, týkající se např. chudšího výzkumného vzorku, který obsahoval pouze ženy, a dále byla uvedena doporučení pro další výzkum v této oblasti, pro praxi a pro politiku.

Neformální péče bude s největší pravděpodobností velmi častou formou péče i v budoucnu a pro zajištění její kvality je potřeba věnovat pozornost také osobám, které péči poskytují. Jejich důležitost a lepší pochopení jejich situace a potřeb by mohly být podpořeny dalšími výzkumy, které by mohly přinést cenné poznatky pro tvorbu politik a opatření v praxi. Podpora státu by se měla zaměřit nejen na finanční podporu, ale i na přehlednost, dostupnost a kapacity pomoci a podpory neformálních pečujících.

## SEZNAM LITERATURY

- [1] AFSHAR, Hamid, Hamidreza ROOHAFZA, Ammar Hassanzadeh KESHTELI, Mina MAZAHERI, Awat FEIZI a Peyman ADIBI. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Researach in Medical Sciences*. 2015, (20), 353-358.
- [2] BAUER, Jan Michael a Alfonso SOUSA-POZA, 2015. *Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family*. IZA Discussion Papers, No. 8851. Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn.
- [3] BILLINGS, Andrew G. a Rudolf H. MOOS. The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*. 1981, 4(2), 139-157.
- [4] BOOKMAN, A. KIMBREL, D., 2011. Families and Elder Care in the Twenty-First Century. *The Future of Children*. Vol. 21, No 2., s. 117-140.
- [5] BROWN, Virginia a Victoria CLARKE, 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3(2), 77-101. ISSN 1478-0887.
- [6] Caregiver Burnout, 2021. *Cleveland Clinic* [online]. Cleveland (Ohio), 13.1. 2019 [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9225-caregiver-burnout>
- [7] CARVER, Charles S. a Jennifer CONNOR-SMITH. Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*. 2010, (61), 679-704.
- [8] Caring for someone with a terminal illness: Ways of coping and finding solace, 2019. *Healthtalk* [online]. DIPEX [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://healthtalk.org/caring-someone-terminal-illness/ways-of-coping-and-finding-solace>
- [9] CORDOVA, Maryver A. a Adelyn D. SIA, 2019. Coping Strategies and Resiliency of Informal Caregivers. *Philippine Social Science Journal*. 2(2), 23-36.
- [10] CUTYCH, Jakub, 2017. *Strategie zvládání péče domácích pečovatelů o závislého seniora*. Hradec Králové. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
- [11] DE SOUZA ALVES, Ludmyla Caroline, Diana Quirino MONTEIRO, Sirlei Ricarte BENTO, Vânia Diniz HAYASHI, Lucas Nogueira DE CARVALHO PELEGRINI a Francisco Assis CARVALHO VALE, 2019. Burnout syndrome in

- informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dement Neuropsychol.* 13(4), 415-421.
- [12] DO COUTO, Alcimar Marcelo, Célia Pereira CALDAS a Edna Aparecida Barbosa DE CASTRO. Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.* Rio de Janeiro, 2019, (11), 944-950.
- [13] DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8.
- [14] GAVORA, Peter, 2006. *Spríevodca metodológiou kvalitatívneho výskumu.* Bratislava: Regent.
- [15] GÉRAIN, Pierre a Emmanuelle ZECH, 2019. Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology.* (10), 1-13.
- [16] HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele.* Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
- [17] HUBÍKOVÁ, Olga, 2015. Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie.* Masarykova univerzita, s. 43-68. ISBN 978-80-210-7865-9.
- [18] HUBÍKOVÁ, Olga, 2017. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca.* 17(6), 5-21.
- [19] CHAMBERS, M., A. A. RYAN a S. L. CONNOR, 2001. Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* (8), 99-106.
- [20] CHOVANCOVÁ, Petra. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou.* Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. ISBN 978-80-87623-00-8.
- [21] JAROLÍMOVÁ, Eva, Klára GRAMPOVÁ JANEČKOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2014. Rodinný pečující o seniora s demencí, pečovatelská zátěž a psychosociální intervence. In GEORGI, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd.* Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4.

- [22] JEDLINSKÁ, Martina, Pavol HLÚBIK a Jana LEVOVÁ, 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese online*. 2(1), 27-38. ISSN 1803-4330.
- [23] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- [24] JEŘÁBEK, Hynek, 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6.
- [25] KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
- [26] KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4206-8.
- [27] KOTRUSOVÁ, Miriam, Karolína DOBIÁŠOVÁ a Jitka HOŠŤÁLKOVÁ, 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. (6), 10-20.
- [28] KOVÁŘOVÁ, Lucie. *Neformální pečující o seniory a jejich copingové strategie*. Praha, 2021. 43 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Jiří Remr, Ph.D, MBA.
- [29] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
- [30] KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.
- [31] Kvalitativní studie DIPEX, 2022. *OUSHI* [online]. Olomouc: Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (OUSHI) [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://oushi.upol.cz/metodika-dipex/>
- [32] LEVICKÁ, Jana, 2015. Rodina, její úlohy a funkce v kontextu doby. In TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudemus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

- [33] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [34] MCMORROW, Patricia, 2018. 14 Life-Changing Tips to Relieve Caregiver Stress. *Caring Bridge* [online]. 24.8. 2018 [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.caringbridge.org/resources/techniques-to-relieve-caregiver-stress/>
- [35] MICHALÍK, Jan, 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7333-7.
- [36] MIKANDOVÁ, Anna a Andrea DVOŘÁKOVÁ, 2020. Rodinná péče o seniory a formální nástroje její podpory. In DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 50-64. ISBN 978-80-246-4598-8.
- [37] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [38] MORT, Maggie, Christine MILIGAN, Cecilia ROBERTS a Igunn MOSER, 2008. *Ageing, technology and home care: new actors, new responsibilities*. Paris: Mines ParisTech, less Pressen. ISBN 978-2-35671-004-8.
- [39] MOSSÓCZY, Martina, 2019. Syndrom vyhoření v péči o seniory. In ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 265-275. ISBN 978-80-246-4383-0.
- [40] MYDLÍKOVÁ, Eva, 2015. Zátěžové situace v kontextu rodinné péče o seniora. In TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
- [41] NAVAIE-WALISER, Maryam, Aubrey SPRIGGS a Penny H. FELDMAN, 2002. Informal Caregiving: Differential Experiences by Gender. *Medical Care*. 40(12), 1249-1259.
- [42] PAULÍK, Karel, ed. *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. V Ostravě: Ostravská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7368-993-3.
- [43] PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- [44] PARRINHA ROCHA, Bruno Miguel a José Eusébio PALMA PACHECO, 2013. Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul Enferm*. 26(1), 50-56

- [45] PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.
- [46] Personality Changes in the Elderly, 2020. *FreedomCare* [online]. New York [cit. 2022-06-09]. Dostupné z: <https://www.freedomcareny.com/posts/personality-changes-in-the-elderly#toc-what-causes-personality-changes-in-the-elderly->
- [47] PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-839-0.
- [48] PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jesenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [49] PUMPROVÁ, Šárka, 2019. Neformální péče o seniory a podpora pečujících. In ONDRUŠOVÁ, Jiřina a kol. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 251-264. ISBN 978-80-246-4383-0.
- [50] ŠVEHLOVÁ, Alice, Daniela LUSKOVÁ a Renata KAINRÁTHOVÁ. *Chci zůstat doma*. Třetí vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-8-0.
- [51] TABAKOVÁ, Mária a Petra VÁCLAVIKOVÁ, 2008. Zátěž opatrovatel'a v domácím prostředí. *Profese online*. 1(2), 77-88. ISSN 1803-4330.
- [52] TOBIN, David L., Kenneth A. HOLROYD, Russ V. REYNOLD a Joan K. WIGAL. The hierarchical structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 1989, 13(4), 343-361.
- [53] TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, 2015. Problematika neformální péče z pohledu pečovatелů. In TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatелů*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.
- [54] VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [55] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 31. 3. 2006. ISSN 1211-1244.
- [56] ZIEBLAND, Sue a Ann MCPHERSON, 2006. Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education*. Blackwell Publishing, (40), 405-414.

[57] Zkušenosti, ©2014-2022. *Hovory o zdraví* [online]. [cit. 2022-06-14]. Dostupné z: <https://hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/uvoddotematu/hospic-nebo-domov/byt-doma/>



## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

např. – například

tj. – to jest

tzv. – takzvaně

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Integrovaný model neformální péče (Gérain a Zech, 2019, překlad vlastní) ...	22
Obrázek 2 Tematická mapa s přehledem kategorií a jejich vztahů .....	35

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Charakteristiky výzkumného souboru .....	31
--	----