

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Syndrom vyhoření u neformálních pečovateli
pečujících o nesoběstačného seniora**

Diplomová práce

Autor: Martina Stránská

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání diplomové práce

Autor: Martina Stránská

Studium: U14053

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: Syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů pečujících o nesoběstačného seniora

Název diplomové práce AJ: Burnout syndrome of the informal caregivers care of unselfsufficient seniors

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Hlavním cílem výzkumného šetření bude zjistit, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému (dcera, syn, matka, bratr, manžel), se systémem péče (sám, s rodinou, s institucí), s využíváním sociálních služeb. Zvolené metody a techniky: Smíšený výzkum - 1. kvantitativní část: dotazníky týkající se syndromu vyhoření u neformálních pečovatelů, 2. kvalitativní část: polostrukturované rozhovory s neformálními pečovateli zaměřené na zkoumání vybraných faktorů souvisejících se syndromem vyhoření. Analýza a interpretace získaných dat.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. KŘIVOHLAVÝ, J. Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. MUDr. Alena Vosečkové, CSc. za její cenné rady, připomínky a trpělivost. Velké poděkování patří též Domovu Sue Ryder, z.ú., jmenovitě Bc. Petru Krbcovi, DiS., za zprostředkování výzkumného vzorku. Rovněž děkuji všem respondentkám za ochotu účasti na výzkumném šetření.

Abstrakt

STRÁNSKÁ, Martina. Syndrom vyhoření u neformálních pečovatелů pečujících o nesoběstačného seniora. Hradec Králové, 2016. 80 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Práce se zabývá syndromem vyhoření u neformálních pečovatелů pečujících o nesoběstačného seniora. Cílem práce je zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému (dcera, syn, matka, bratr, manžel), se systémem péče (sám, s rodinou, s institucí), s využíváním sociálních služeb. Teoretická část této práce je zaměřena na popis důležitých pojmů a ucelený vhled do problematiky. Zahrnuje například části zabývající se seniory a jejich specifiky, formální a neformální péčí a syndromem vyhoření. Praktická část se zabývá popisem výzkumného šetření a interpretací získaných dat. Výzkumné šetření bylo realizováno formou smíšeného výzkumu, který zahrnoval kvantitativní a kvalitativní část. Kvantitativní část byla realizovaná formou dotazníku BM – psychického vyhoření. Kvalitativní část zahrnovala polostrukturované rozhovory s neformálními pečujícími. Výstupem je vyhodnocení vlivu jednotlivých faktorů na syndrom vyhoření. U většiny zkoumaných faktorů byla jejich souvislost se syndromem vyhoření patrná. Tato práce může sloužit jako podklad pro další zkoumání dané oblasti.

Klíčová slova: Formální péče, neformální péče, nesoběstačný senior, sociální služby, syndrom vyhoření.

Abstract

STRÁNSKÁ, Martina. Burnout syndrome of the informal caregivers care of unselfsufficient seniors. Hradec Králové, 2016. 80 p. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Leader of the Master Degree Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The thesis deals with burnout syndrome of the informal caregivers care of unselfsufficient seniors. The aim of this thesis is to find out whether burnout syndrome is related to the long of care, age of caregiver, health status of care recipient, the relationship between the caregiver to care recipient (daughter, son, mother, brother, husband), with the care system (alone, with family, with the institution), with using of social services. The theoretical part is focused on describing the important concepts and comprehensive insight into the issue. This part includes, for example, the section dealing with the elderly people and their specifics, formal and informal care and burnout syndrome. The practical part describes the research and interpretation of the obtained data. The research was realized by mixed research, which included a quantitative part and a qualitative part. The quantitative part has been realized in the form of a questionnaire BM (Burnout Measure). The qualitative part included semi-structured interviews with informal caring. The result of this thesis is evaluation of the impact of various factors on burnout syndrome. The majority of factors had visible impact on burnout syndrome. This work can be useful as a basis for further exploration of this theme.

Keywords: Burnout syndrome, formal care, informal care, social services, unselfsufficient senior.

Obsah

Úvod	9
1 Senioři a jejich specifika	11
1.1 Vymezení pojmů stáří, stárnutí	11
1.2 Autonomie seniorů.....	14
1.3 Nemoc jako častý pojem spojovaný se stářím.....	16
1.4 Kvalita života seniorů	17
2 Formální versus neformální péče	19
2.1 Formální péče o seniory	21
2.1.1 Důchodový systém v ČR.....	21
2.1.2 Státní sociální podpora a pomoc v hmotné nouzi	21
2.1.3 Sociální služby určené seniorům a jejich rodinám	22
2.1.4 Příspěvek na péči a dávky pro seniory se zdravotním postižením	23
2.1.5 Zdravotní péče v kontextu seniorů.....	24
2.2 Neformální (laická) péče a její charakteristiky	26
2.2.1 Faktory vedoucí k potřebě (ovlivňující potřebu) neformální péče	27
2.2.2 Kdo jsou neformální pečovatelé	29
2.2.3 Stupně neformální péče	30
2.2.4 Zátěž neformálních pečovatelů (vedoucí k syndromu vyhoření)	31
2.2.5 Péče o pečující	33
3 Syndrom vyhoření	34
3.1 Definice syndromu vyhoření, jeho příznaky a diagnostika	34
3.2 Osoby ohrožené syndromem vyhoření se zaměřením na neformální pečovatele	36
3.3 Fáze syndromu vyhoření	36
3.4 Prevence syndromu vyhoření a jeho zvládání (léčba)	37
4 Shrnutí poznatků z teoretické části.....	39
5 Charakteristika šetření	41
5.1 Vymezení hlavního cíle, dílčích cílů a podcílů	41
5.2 Charakteristika smíšeného výzkumu a jeho zdůvodnění	41
5.3 Transformace dílčího cíle II a jeho podcílů do tazatelských otázek.....	44
5.4 Výzkumný vzorek a jeho charakteristika	46
5.5 Organizace a průběh šetření	47
5.6 Analýza získaných dat	48

5.7 Rizika výzkumu	49
6 Interpretace získaných dat.....	50
6.1 Dílčí cíl 1: Zjistit, do jaké míry jsou neformální pečovatelé ohroženi syndromem vyhoření	50
6.2 Dílčí cíl 2: Zjistit, které faktory souvisí se syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů	51
6.2.1 Dílčí cíl II. 1: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče	52
6.2.2 Dílčí cíl II. 2: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s věkem pečovatele	54
6.2.3 Dílčí cíl II. 3: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného.....	56
6.2.4 Dílčí cíl II. 4: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se vztahem pečovatele k pečovanému	59
6.2.5 Dílčí cíl II. 5: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se systémem péče.....	62
6.2.6 DC II. 6: Zjistit, jak syndrom vyhoření souvisí s využíváním sociálních služeb	65
Závěr	71
Seznam použité literatury	74
Seznam tabulek	79
Seznam příloh.....	80

Úvod

Tématem mé diplomové práce je „Syndrom vyhoření u neformálních pečovateli pečujících o nesoběstačného seniora“. Výběr tématu nevznikl na základě mých zkušeností z praxe, ani výběrem vypsaných témat vyučujícím, nýbrž neobvyklým způsobem a to účastí na Specifickém výzkumu zabývající se touto problematikou. Aniž bych se dříve zajímala o téma neformální péče, při studiu literatury v rámci SPEVu mě zaujalo a jeho zkoumání pro mě bylo výzvou. V rámci projektu SPEV jsem se rovněž podílela na sepsání příspěvku s touto tematikou prezentovaného na konferenci XII. Hradecké dny sociální práce, a který pro zajímavost přikládám v příloze (viz. Příloha A, s. 81-86).

Jelikož v posledních několika letech dochází nejen ke zvyšování délky života, ale přibývá i populace starých osob, bude čím dál více potřeba pečovateli, které by se o tyto osoby postarali. Vzhledem k zaměření na neformální pečovatele se dá odvozovat i rostoucí nárůst využívání sociálních služeb, protože neformální pečovatelé potřebují také určitou podporu pro výkon své činnosti. Tudíž je téma velmi aktuální i pro obor, který studuji, tedy pro sociální práci, a uplatnění v něm.

Hlavním cílem práce je zjistit, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovateli souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému (dcera, syn, matka, bratr, manžel), se systémem péče (sám, s rodinou, s institucí), s využíváním sociálních služeb. Dále byl rozdělen na dva dílčí cíle: 1) Zjistit, do jaké míry jsou neformální pečovatelé ohroženi syndromem vyhoření, 2) Zjistit, které faktory souvisí se syndromem vyhoření u neformálních pečovateli. Druhý dílčí cíl byl rozdělen na podcíle, které se zabývali jednotlivými faktory zvlášť, a kterými jsou: 1) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče, 2) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s věkem pečovatele, 3) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného, 4) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se vztahem pečovatele k pečovanému, 5) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se systémem péče, 6) Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s využíváním sociálních služeb.

Pro realizaci výzkumného šetření jsem zvolila smíšený výzkum, který se skládal z kvantitativní části (dotazník BM – psychického vyhoření) a kvalitativní části (polostrukturované rozhovory s neformálními pečujícími). Smíšený výzkum považuji za vhodnou volbu z toho důvodu, že pro účely naplnění cíle práce bylo nutné nějakým způsobem změřit riziko ohrožení pečujících syndromem vyhoření, k čemuž posloužil uznávaný dotazník BM – psychického vyhoření. Sloužil jako doplňující část kvalitativní části, která se zabývala

jednotlivými faktory. Na základě dat získaných z obou výzkumů jsem vyhodnocovala souvislost mezi jednotlivými měřenými aspekty a syndromem vyhoření.

Největší využitelnost výsledků pro praxi vidím v nástinu toho, kterým faktorům by měla být dále věnována pozornost. Doposud byl syndrom vyhoření spojován především s různými formami zátěže kladené na pečovatele, jež popisuji v teoretické části, má práce se snaží poukázat na to, že by toto téma mělo být prozkoumáno komplexněji. V části, kde interpretuji výsledky šetření, uvádím náměty, kterým by měla být dále věnována pozornost, a které by si zasloužily čas strávený nad dalším probádáním. Rovněž bych tímto chtěla upozornit na to, že si neformální pečující zaslouží, aby jim nadále byla věnována pozornost, a aby se vylepšovaly nejen poznatky spojené s neformální péčí, ale aby docházelo ke změnám i v praktické rovině, jelikož tyto osoby vykonávají nedocenenou a obdivuhodnou činnost, která na ně klade velké nároky, a jsou hodny toho, aby jim k péči byly umožněny co nejlepší podmínky pro její zvládnání.

Teoretickou část jsem rozdělila do tří oblastí. První je věnována charakteristice seniorů a problémy spojenými se stářím. Vzhledem k tomu, že jsem se zabývala laickými pečovateli, kteří pečují o nesoběstačné seniory, považovala jsem za podstatné vysvětlit tento pojem. Dále jsem do textu zařadila podkapitulu „Nemoc jako častý pojem spojovaný se stářím“. V návaznosti na tyto pasáže jsem z nabytých poznatků vytvářela otázky do polostrukturovaného rozhovoru a v praktické rovině jsem následně zkoumala zdravotní stav pečovaných a to, v kterých úkonech jsou pečovaní závislí na pomoci pečovatelů, a které naopak zvládají samostatně, jelikož jedním cílů bylo zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného. Zmínila jsem zde i kvalitu života seniorů, jelikož fakt, zda má senior možnost, aby zůstal v domácím prostředí a bylo o něj pečováno rodinným příslušníkem, pokud se o sebe nezvládá postarat sám, ji ovlivňuje. Druhá kapitola pojednávala o formální a neformální péči a jejím cílem nebylo jen popsat tyto dvě formy, ale také poukázat na důležitost jejich provázanosti. Z této části jsem pak vycházela při tvorbě otázek týkajících se souvislosti mezi syndromem vyhoření a využíváním sociálních služeb. Závěr teorie tvořilo stručné popsání syndromu vyhoření a aspekt s ním spojenými, což mělo za cíl umožnění vhledu do problematiky syndromu vyhoření.

Na výše uvedené skutečnosti jsem navázala praktickou částí, u níž jsem nejprve charakterizovala výzkumné šetření a oblasti, které s jeho realizací souvisely. V závěru jsem interpretovala sebraná data s ohledem na to, aby byl naplněn hlavní cíl výzkumu a bylo tak poodhaleno, zda se v rámci výzkumu projevila souvislost mezi jednotlivými vytyčenými faktory a syndromem vyhoření.

1 Senioři a jejich specifika

Pojmem senioři se míní osoby vyšší věkové kategorie. V této kapitole vysvětlím pojmy stáří a stárnutí, které jsou s nimi jednoznačně spjaté, a které nám pomohou danou cílovou skupinu lépe specifikovat. Dále se zaměřím na autonomii ve stáří, přičemž v tomto kontextu blíže definuji seniory nesoběstačné, kterými se ve výzkumné části budu zabývat, jakožto příjemci neformální péče. V souvislosti se stářím slýcháme také často pojem „nemoc“, jemuž budu věnovat samostatnou podkapitolu. V poslední řadě zmíním kvalitu života, o které v souvislosti se seniory píše velké množství autorů, a kterou ve své práci přiblížím v souvislosti s daným tématem.

1.1 Vymezení pojmů stáří, stárnutí

Na prvním místě je důležité si uvědomit, že se nejedná o pojmy totožné. Uvedu tedy stručnou definici obou z nich a vymezím rozdíly, které mezi nimi jsou.

Stáří je poslední vývojovou fází člověka, která začíná u každého trochu odlišně, ale její konec je všem společný, končí totiž smrtí. Každý autor vnímá mezník počátku stáří jiným způsobem, což může být dáno především tím, že u každého začíná stáří individuálně. Pro lepší ilustraci, uvedu několik definic stáří.

Stáří je „věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu.“ (Matoušek, 2008, s. 214)

Oproti tomu Haškovcová používá definici WHO (World Health Organization) a posouvá věkovou hranici, kdy se stává člověk starým. „Podle Světové zdravotnické organizace je *„stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“* Uvedené vymezení stařeckého věku lze však aplikovat jen na určitou skupinu seniorů – na ty, u kterých je stáří nepřehlédnutelné. V současné době se pro druhou polovinu lidského života nejčastěji používá následující členění: 45 – 59 let (střední nebo též zralý věk), 60 – 74 let (vyšší věk, nebo rané stáří), 75 – 89 let (stařecký věk, neboli senium, vlastní stáří), 90 let a výše (dlouhověkost).“ (Haškovcová, 2010, s. 20)

Poslední citace, kterou uvedu, se nezabývá striktně věkovou hranicí a dle mého názoru je nejobecněji pojata. Říká, že: „Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je ostře vymezen smrtí. Spodní věková hranice je rozmazána tím, že

jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve úhrn těchto jevů a procesů tvoří stáří.“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14) Vždyť i člověk, který dle odborné literatury není považován za starého, se tak může cítit a naopak člověk, který jako starý definován je může být aktivní a cítit se mlád.

Dalo by se pokračovat v citacích o stáří, nám však pro srovnání postačí tyto. Můžeme na nich tedy jasně vidět, že hranice, kdy vlastně stáří začíná, není ostře vymezena, jelikož u každého člověka stáří začíná individuálně. Každý je tak starý, jak se cítí. Závisí na mnoha faktorech, které vstupují do lidského života a příchod stáří tak ovlivňují. Ať už je to zmíněný odchod do důchodu, zhoršení fyzických schopností či změna vnějšího vzhledu (šedivění vlasů, vrásky na obličeji, atd.). Stáří je jedno z dlouhých životních období, které při troše štěstí, potká každého z nás. Jedná se o etapu, jejíž průběh závisí nejen na člověku, ale i na vnějších a vnitřních vlivech.

Následující odstavce budou věnovány stárnutí, které je oproti stáří celoživotním procesem. Všechny lidské bytosti stárnou od narození do smrti. S přibývajícimi roky je člověk starší. Rozdíl mezi stářím a stárnutím je i ten, že stárnutí se nedá přibližně vymezit, dají se určit jen jeho charakteristiky.

V procesu stárnutí dochází k různým biologickým a psychologickým změnám, které jsou rovněž záležitostí velmi individuální.

Není potřeba uvádět dalekosáhlé množství definic tak jako u stáří. Dovolím si však použít jednu, která přirovnává stárnutí k potůčku. „Stárnutím se rozumí děj, proces, obrazně řečeno: plynutí vody od pramene k moři.“ (Křivohlavý, 2011, s. 17) Zvolila jsem toto pojetí proto, že je na něm názorně vidět, že stárnutí plynule provází život každého individua.

Přestože u každého člověka probíhá stárnutí odlišně a nese sebou různé aspekty, existují příznaky, které jsou považovány všem lidem v tomto procesu za společné. „S pokročilejším věkem se dostávají více či méně zjevné fyziologické změny, zejména:

- kůže se svrašťuje, vysušuje;
- vlasy a chlupy šediví a ubývají;
- uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy;

- zrak slábne, obtížněji se adaptuje na světlo a tmu, obsáhne menší šířku (zúžení vizuálního pole);
- svalstvo ochabuje, ubývá kostní hmoty;
- dýchací soustava se rychleji unaví, hlavně při námaze;
- mění se hormonální produkce, sekrece a aktivita (konkrétně v menopauze);
- přetváří se imunitní systém.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 23)

Poslední podkapitola bude pojednávat o tom, jaké mají senioři postavení ve společnosti, jak je na ně nahlíženo mladšími generacemi. V souvislosti s tím zmíním také pojem ageismus, který se v dnešní době objevuje čím dál častěji.

„Když se podíváme na vývoj pohledu na seniory do dějin, zjistíme, že trend vnímání pozitivního náhledu na stáří a pozice seniora ve společnosti má spíše sestupnou tendenci.“ (Holmerová, 2014, s. 17) V dnešní době dochází spíše k negativnímu náhledu na seniory, kdy mohou být mladší generací vnímáni jako zátěž, přičemž bychom si spíše měli uvědomovat, že od starých lidí se máme mnoho co učit, jelikož se stářím jsou spojena mnohá pozitiva nabytá za prožitá léta, jako je např. moudrost, předávání životních zkušeností apod.

Měl by být brán zřetel i na to, že v posledních několika letech dochází k výraznému stárnutí populace, tudíž bychom se se starými lidmi měli nejen naučit žít v souladu, ale také vnímat jejich pozitiva, kterých je mnoho. V jednom z výzkumů je uvedený i pozitivní pohled na stáří. „Česká populace vidí v životě seniora poměrně mnoho pozitivních prvků, které jsou předností oproti předchozím životním fázím. K nejčastěji uváděným pozitivním skutečnostem spojeným se životem seniora patří disponibilní čas (63 %) a z něho vyplývající kvalita životního stylu (48 %). S těmito skutečnostmi souvisí také klid a relaxace (15 %), nemuset chodit do práce (9 %).“ (Sak, Kolesárová, 2012, s. 30) Uvedená citace vypovídá o tom, že pozitiva, která vnímá široká veřejnost, spočívají především v přebytku volného času a nikdo neklade důraz na zkušenosti nabyté během života, které by nám senioři mohli předávat.

S postavením seniorů ve společnosti a tím, jak na ně pohlíží mladší generace, úzce souvisí termín „ageismus“, který označuje kladení důrazu na mládí, na to, aby člověk vypadal dobře. Vznikají tak předsudky ke starým lidem, což může vést k nedostatku mezigeneračního

setkávání. (Slowík, 2007, s. 154) Ageismus tedy negativně ovlivňuje pohled většinové společnosti na seniory a může vést až k jejich diskriminaci. Tento fakt bychom si měli uvědomovat a snažit se mu předcházet. Nedostatek mezigeneračního setkávání není prospěšný ani pro seniory, ani pro mladší generaci, jelikož obě generace navzájem si mají co předávat.

1.2 Autonomie seniorů

Pod autonomií se skrývá „svébytnost, nezávislost, funkční samostatnost, samospráva“. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 65) Se stářím automaticky nedochází ke ztrátě autonomie. V odborných pramenech se můžeme dočíst, že autonomie je úzce spjata s potřebami a jejich uspokojováním a týká se různých oblastí života (fyzická soběstačnost, finanční soběstačnost, samostatnost v rozhodování). Existuje pyramida potřeb, kterou vytvořil Abraham Maslow, jenž rozděluje potřeby od nejnižších, tj. fyziologických potřeb až po potřeby vyšší, mezi něž patří potřeba seberealizace.

„Ve společnosti stále přetrvává stereotypní názor, že stáří přináší jakési „specifické potřeby“. Je však potřeba zdůraznit, že struktura potřeb se ve vyšším věku nemění, může se však měnit jejich subjektivní význam a zaměření. K tomuto procesu napomáhají změny funkčního a zdravotního stavu, změny v rodinných i jiných vztazích, životním prostředí, dostupnosti sociálních služeb.“ (Truhlářová, Vosečková, 2013, s. 98)

Můžeme se také dočíst, že autonomie se soběstačností tak úplně nekorresponduje. „Autonomie a závislost na pomoci druhých se nevyklučují. Můžeme být závislí a zároveň autonomní.“ (Pichaud, Thureauová 1998, s. 44) Na základě poměru autonomie a (ne)závislosti můžeme vymezit čtyři krajní případy:

„1. Člověk je autonomní a nezávislý. Jedná se o nejčastější případ, kdy člověk může uspokojovat sám své potřeby.

2. Člověk je autonomní, ale je závislý přinejmenším v některých činnostech běžného života. Zde se jedná o situace, kdy člověk nemůže sám uspokojit své potřeby, a kdy člověk může zčásti uspokojit své potřeby.

3. Člověk je nezávislý, ale není autonomní. Zde se jedná o situaci, kdy dokáže uspokojit své potřeby a potřebuje být veden.

4. Člověk je závislý a není autonomní. Jde o situaci, kdy člověk už sám nemůže uspokojit své potřeby a také si už nejspíš neuvědomuje, co je pro něj dobré a co ne.“ (Pichaud, Thareauová 1998, s. 45)

Osoba pečující o seniora by měla brát ohledy na to, v čem je senior soběstačný a v těchto ohledech jeho dosavadní schopnosti a dovednosti trénovat a upevňovat. Pečovatel by neměl za pečovaného dělat činnosti, které zvládne sám. Měla by být věnována pozornost tomu, v čem pečovaný skutečně potřebuje pomoci, aby byla zachována jeho důstojnost a péče tak byla co nejefektivnější.

Na podporu autonomie či zneschopňování jedince má vliv to, jak pečující přistupuje k příjemci péče. Na základě postojů k příjemci péče a metod práce s ním lze rozlišit čtyři typy pečovatelů, a to jmenovitě: „autoritativní typ, manipulující typ, ochranný typ, spolupracující typ“. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 47-48)

Přestože se dá autonomie vcelku snadno popsat, záleží také na tom, jak ji vnímají sami seniori označovaní za nesoběstačné, na míře nesoběstačnosti, přístupu pečujícího, atd.

Nesoběstačný senior jako osoba potřebující péči

Vzhledem k tomu, že má práce je zaměřená na péči o nesoběstačné seniory, pokládám za nezbytné více rozvést pojem nesoběstačnost a oblasti, v kterých je posuzována.

Člověk soběstačný je „dostačující sám sobě, vystačující se svými vlastními prostředky“ (Havránek a kol. Slovník spisovného jazyka českého. [online]. [cit. 2015-06-22].) Nesoběstačnost tedy znamená, že člověk v některých oblastech svého života není schopen postarat se o sebe vlastními silami a potřebuje tak podporu či pomoc jiné osoby. V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách najdeme pro takovou osobu označení „osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby“. Tuto závislost ve věku nad 18 let rozlišujeme podle její míry v následujících čtyřech stupních: lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost, úplná závislost. Odvíjí se od počtu základních životních potřeb, které daná osoba není schopná zvládat sama, mezi něž spadají: „mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.“ (Zákon 108/2006 Sb.)

Co se týče závislosti, další pojetí nám nabízí Dvořáčková (2012, s. 48): „Závislostí se označuje situace seniora, který je při výkonu běžných denních činností odkázán na pomoc

druhých lidí. Člověk může být závislý na pomoci druhých, avšak jeho autonomie (vnitřní autonomie) může být přesto zachována.“

V uspokojování potřeb mohou člověka omezovat určité limity, které „se mohou dotýkat hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí. Omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života. Bariéry v uskutečňování životních úkolů mohou však být i psychologické a sociální, „neschopnost“ v jedné oblasti může vyvolat „neschopnost“ v jiné oblasti - rozvíjí se tzv. spirála neschopnosti nebo naučená neschopnost.“ (Matoušek, 2005, s. 163-164)

Jak jsme již uvedla výše, vždy je vhodné uvědomit si oblasti, které člověk označený za nesoběstačného zvládá samostatně. Při uspokojování potřeb je tedy důležité myslet na to, že bychom neměli seniora zneschopňovat v těch oblastech, které zvládá sám, dbát na to, zda je mu poskytováno to, co doopravdy potřebuje a vnímat, zda je schopný si o danou věc požádat sám.

1.3 Nemoc jako častý pojem spojovaný se stářím

Velmi často si mladší generace představuje starého člověka jako člověka nemocného. Nemoc ovšem není typickým rysem stáří. Je proto nezbytné si vysvětlit, co nemoc vlastně je, a čím v souvislosti s ní mohou být senioři více ohroženi. Podstatné je si uvědomit, že ve stáří dochází především k fyziologickým změnám orgánů, které stručně popíší i na následujících řádcích.

Nemoc je „porucha zdraví, zdravotního stavu“. (Havránek a kol. Slovník spisovného jazyka českého. [online]. [cit. 2015-06-22].) Porucha zdravotní stránky u seniorů může mít více podob. Často jsou u seniorů zmiňovány právě fyziologické změny. Dále se může jednat o poruchu kognitivních funkcí a psychické změny.

Co se týče biologických změn, ty se projevují zejména v pohybovém aparátu úbytkem svalové hmoty, v kardiovaskulárním systému a jeho činnosti, kde dochází především ke změnám cév, ve snižování rychlosti u dýchání, v regulaci tělesné teploty (zimomřivost), v zaživacím systému dochází hlavně k úbytku kyseliny chlorovodíkové, u některých starých lidí dochází k poruchám štítné žlázy, dochází k úbytku kostní hmoty a mění se rovněž chrup, což je patrné zejména v řeči. Celkově dochází i ke změně vnějšího vzhledu. (Křivohlavý 2011, s. 105)

U kognitivních funkcí je patrné zhoršení intelektu, komunikace a orientace. (Venglářová 2007, s. 16) Někteří autoři k těmto funkcím zařazují také zhoršení paměti.

„I když neexistují nemoci, které by byly charakteristické pro stáří – nebo je jich velmi málo – musíme uznat, že i ve stáří může být člověk nemocný. A snad i častěji, protože procesem stárnutí se organismus oslabuje.“ (Pichaud, Therauová, 1998, s. 58) Zdravotní stav ve stáří může být ovlivněn především životním stylem člověka a dalšími faktory.

Pichaud a Therauová (1998) uvádějí výčet onemocnění, která se ve stáří mohou vyskytnout. Mezi ně patří: cévní mozková příhoda, artróza, ateroskleróza, šedý zákal, demence, deprese, osteoporóza, Parkinsonova choroba. Nejde ovšem o pravidlo, že u každého starého jedince hrozí výskyt některé z těchto chorob. Jde jen o možná onemocnění, která se u seniorů mohou objevit. Kromě onemocnění se ve stáří mohou objevit i různé typy zdravotního postižení – např. sluchové a zrakové.

Pokud senior v domácí péči trpí nějakým onemocněním či postižením, je třeba nejen znát, jakým, ale také jaká s ním jsou spojena specifika péče. V případě, že nejde přímo o onemocnění, ale o změnu v biologických funkcích, je třeba si všimnout i jich a vědět, jaké dopady mají na nesoběstačnost pečovaného člověka, jaká mu přináší omezení a přizpůsobit tomu péči.

1.4 Kvalita života seniorů

Tato podkapitola bude pojednávat o konceptu kvality života. „V současné době můžeme sledovat výrazný nárůst zájmu o kategorii kvalita života (quality of life, QOL) osob s postižením, chronicky nemocných, závislých, seniorů i běžné populace.“ (Pipeková, 2010, s. 101)

Historie kvality života sahá již do dávné minulosti, poprvé však byl tento pojem použit před 95i lety a od té doby docházelo k jeho proměnám. Dochází k rozcházení se v tom, jak kvalitu života měřit, což vede k velkému množství jejích definic. „Kvalita života bývá vymezována nesčetnými způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“ atp. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života.“ (Pipeková, 2010, s. 102)

„Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“ (Pipeková, 2010, s. 104)

Není podstatné vyjmenovat všechny možné definice kvality života, ale uvědomit si, v čem spočívá kvalita života u seniorů. Pro tyto účely je podstatné mít na mysli, že kvalita života „se neodvíjí pouze od zajištění **socioekonomického standardu**, ale snad ještě více je určována **nehmotnými a vztahovými hodnotami**“ (Slowík, 2007, s. 155) Důležité je udržovat i autonomii seniora, tedy nedělat za něj činnosti, které zvládá samostatně. Dále chovat se k seniorovi jako k rovnocenné bytosti, kterou také je a poukázat na jeho důležitost – na základě jeho životních zkušeností se od něj můžeme také přiučit spoustě užitečným věcem.

Kvalita života seniorů se úzce váže k mému tématu, jelikož jí může ovlivňovat to, zda o člověka bude dobře postaráno rodinným příslušníkem a bude mít možnost zůstat v domácím prostředí, či zda skončí v ústavním zařízení.

2 Formální versus neformální péče

Péči potřebuje člověk, který není schopen se o sebe v některých oblastech života schopen postarat sám. Liší se podle toho, v jakém prostředí je poskytována, a kým. V kontextu péče o nesoběstačné seniory existují dva typy péče, tedy formální a neformální. Následně uvedu jejich vymezení, rozsah a specifika.

Význam rodiny je nejen pro starého člověka nezastupitelný. Rodina má funkce, které jsou těžko či vůbec nahraditelné jinými institucemi. Stejně tak jako v dětství, tak i ve stáří je pro člověka stěžejní. V průběhu historie došlo k mnoha změnám týkajících se rodiny, přesto je však její role v životě člověka velmi důležitá. „Rodina stále zůstává jednou z prvních hodnot, přestože se často mluví o krizi rodiny. Skutečností však je, že se od rodiny očekává solidárnost s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.“ (Pichaud, Therauová, 1998, s. 68) Povinnost postarat se o člena rodiny, který toho sám není schopen, ovšem není nikde zakotvena, tudíž je to ponecháno nejen na ochotě, ale také na schopnostech a možnostech rodiny nesoběstačného člena zabezpečit. Mezi možnostmi a schopnostmi, které i přes ochotu rodiny, mohou domácí péči znemožnit, patří například nedostatek finančních prostředků, nedostatek času, mnohdy i špatné bytové podmínky, atp. Tomu, zda nesoběstačný senior skončí v ústavní či domácí péči předchází rozhodovací proces, který není mnohdy jednoduchý, a jež je ovlivňován zmíněnými faktory.

Je vhodné si uvědomit, že formální a neformální péči od sebe nelze striktně oddělit, jelikož je vhodné, aby byly vzájemně provázány a doplňovaly se. „Jednou z cest zkvalitnění péče o seniory a nemocné lidi je prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných společnostmi. Současný demografický vývoj nepříznivě ovlivnil strukturu populace, respektive vzájemný poměr potenciálních pečujících a osob vyžadujících péči. Role laického rodinného pečovatele má však v tomto systému nezastupitelné místo. Péče o seniory a nemocné je pro rodinné příslušníky často vysilující. Těm pečovatelům, kteří se však každodenně starají o svého blízkého je třeba pomoci, neboť jen tak se mohou formovat pozitivní vazby v rodině založené na vzájemné lásce a úctě. Zdravotní sestra či sociální pracovník by proto měli rozpoznat problémy u laických pečovatelů a nabídnout jim pomoc.“ (Bártlová, 2006, s. 225)

V následujících podkapitolách se zaměřím na formální péči zahrnující státní sociální podporu, pomoc v hmotné nouzi, důchodové zabezpečení, systém sociálních služeb pro seniory a jejich pečovatele, příspěvek na péči, dávky pro seniory se zdravotním postižením a zdravotní péči. Dále budu rozebírat neformální (laickou) péči poskytovanou rodinnými příslušníky, kdy

uvedu kontext, z kterého vychází zvýšená potřeba této péče, přiblížím, kdo jsou neformální pečovatelé s bližším zaměřením na genderový aspekt neformální péče, stupně této formy péče, zátěž, která je kladena na osobnost pečujícího a péči, která by měla být věnována samotným pečujícím.

2.1 Formální péče o seniory

Následující řádky budou pojednávat o formální péči, která je státem garantována seniorům. Kromě toho se týká také jejich pečovateli, kteří by měli vědět, na co všechno mají nesoběstační seniory, o které pečují, nárok a také, čeho mohou využít oni sami.

„Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytované pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály. Formální pečovatelé mají s opečovávanou osobou obvykle uzavřenou smlouvu, kde jsou definovány povinnosti v souladu s jejich odbornou způsobilostí. Zároveň jsou placeni za poskytnutou péči a jejich práce je regulována zákonem (např. musí být dodržována pracovní doba apod.) a vyplývají jim z ní určitá sociální práva.“ (Kotrusová, Hošťálková, Dobiášová 2013, s. 10)

Nejprve zmíním důchodový systém, následně státní sociální podporu, dále pomoc v hmotné nouzi, uvedu sociální služby, které jsou dostupné seniorům a jejich pečovateli a v neposlední řadě se budu zabývat příspěvkem na péči a dávkami pro seniory se zdravotním postižením. V závěru krátce shrnu systém zdravotní péče pro seniory.

2.1.1 Důchodový systém v ČR

„Důchodový systém ČR je založen na povinném základním důchodovém pojištění podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Dále na důchodovém spoření podle zákona č. 426/2011 Sb., od roku 2013 a na doplňkovém penzijním spoření podle zákona č. 427/2011 Sb., které nahradilo penzijní připojištění se státním příspěvkem podle zákona č. 42/1994 Sb. Součástí dobrovolných doplňkových systémů jsou i produkty komerčních pojišťoven - zejména životní pojištění. V členských státech EU poměrně obvyklé zaměstnavatelské penzijní systémy nejsou v ČR zastoupeny.“ (MPSV. Důchodové pojištění. [online]. [cit. 2015-06-22].) Nejstěžejnější je základní důchodové pojištění, které je povinné pro každého člověka a na rozdíl od dalších dávek v důchodovém systému se týká každého z nás. Poskytují se z něj následující důchody: starobní, invalidní, vdovský a vdovecký, sirotčí. Seniorů se týká především pobírání starobního důchodu, v některých případech i důchodu invalidního. V případě úmrtí manžela či manželky vzniká člověku nárok na vdovský či vdovecký důchod. Další finanční zajištění do důchodu si dobrovolně určuje člověk během svého života.

2.1.2 Státní sociální podpora a pomoc v hmotné nouzi

Ze systému státní sociální podpory může využít senior dávku označovanou jako příspěvek na bydlení a to v případě, že by se nacházel ve špatné finanční situaci a bydlení si

nebyl schopen hradit z vlastních příjmů. Nárok na tuto dávku upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Dávky hmotné nouze jsou upraveny zákonem č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Pomoc v hmotné nouzi zajišťuje tyto dávky: příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. Nárok na ně souvisí s hranicí životního a existenčního minima. Legislativně je upraveno, co se myslí osobou v hmotné nouzi, což vysvětluje následující citace. „Osoba či rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním.“ (MPSV. Pomoc v hmotné nouzi. [online]. [cit. 2015-06-22].)

2.1.3 Sociální služby určené seniorům a jejich rodinám

Sociální služby, které je u nás možno využít definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „Sociální služby zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.) V první řadě je vhodné zmínit sociální poradenství, které je poskytováno ve dvou formách: základní a odborné. Základní sociální poradenství je ze zákona základní činností při poskytování sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je cíleně zaměřeno na potřeby jednotlivé cílové skupiny. Odborné sociální poradenství tedy mohou využít i senioři či jejich rodiny např. v případě, že by nevěděli, na jaké finanční dávky a příspěvky mají nárok. V dalších odstavcích se budu věnovat jednotlivým službám sociální péče. Okrajově je také vhodné uvést služby sociální prevence, z nichž mohou být seniorům poskytovány např. tyto: Tlumočnické služby, Krizová pomoc či Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Rozlišujeme tři formy sociálních služeb: pobytové, ambulantní a terénní. Vzhledem k zaměření práce se nebudu podrobněji zabývat pobytovými službami, pouze vyjmenuji, které jsou pro seniory dostupné.

Mezi pobytové služby určené seniorům spadají: Týdenní stacionáře, Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem. Mezi pobytové služby je možno řadit také Odlehčovací služby, které ovšem mohou být poskytovány i terénní či ambulantní formou. Na dalších řádcích stručně popíši služby poskytované terénní či ambulantní formou, kterých senioři a jejich pečující mohou využívat.

Pečovateľská služba je poskytovaná terénnej či ambulantnej formou osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb.) „Spočívá obvykle v dovážce jídla a v pomoci s obstaráváním domácnosti. Obecným problémem naší pečovatelské služby je zaměření na jednotlivé jednoduché úkony, přičemž chybí snaha o komplexní hodnocení klientovy situace a plánování péče.“ (Matoušek, 2011, s. 101)

Další službou je osobní asistence, která je poskytovaná pouze terénnej formou. Rovněž se jedná o službu osobám, které při zvládnání určitých úkonů potřebují pomoc jiné fyzické osoby. „ Poskytuje zhruba stejnou pomoc jako pečovatelská služba, ale rozšířenou o doprovázení klienta k úředním jednáním, na cestách apod.“ (Matoušek, 2011, s. 102)

Odlehčovací služby jsou podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zřízeny zejména proto, aby byl pečující osobě dopřán nezbytný odpočinek. Na dobu, kterou pečující potřebuje, se tedy o pečovaného postarají za něj a to v potřebném rozsahu. Jak bylo zmíněno již výše, jde o službu poskytovanou pobytovou, terénnej či ambulantnej formou.

Centra denních služeb poskytují služby ambulantnej formou. Další službou poskytovanou ambulantnej formou jsou denní stacionáře. Tyto služby obsahují základní činnosti upravené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pomáhají seniorovi v oblastech, které by nebyl schopen zvládnout sám.

2.1.4 Příspěvek na péči a dávky pro seniory se zdravotním postižením

Příspěvek na péči je jednou z forem finanční pomoci osobám pečujících o nesoběstačného seniora. Jeho výše se odvíjí od stupně závislosti. Nárok na příspěvek a jeho výplatu i stupně závislosti jsou podrobně popsány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. S ohledem na to, že mnoho pečujících zůstává s pečovanými doma a nemají tak žádné pracovní příjmy, je vhodné, aby byli o této dávce informováni a využívali ji. „Příspěvek na péči je sociální dávkou určenou na zajištění péče osobě, která již nezvládá všechny životní potřeby, čímž se stává závislou na pomoci jiné fyzické osoby (nezáleží, kolik pomůcek má, ale že jí musí pomáhat druhá osoba). Nazýváme ji závislou a příspěvek na péči pobírá a hospodaří si s ním sama (pokud nemá zástupce nebo opatrovníka a pokud je toho ještě schopna). Je tedy podstatné, že jde o dávku postiženého.“ (Pešlová, 2013, s. 12)

Dalšími nezanedbatelnými finančními dávkami jsou dávky pro seniory se zdravotním postižením. Těmto dávkám je věnován zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. V případě, že se u seniora objevuje nějaká z forem zdravotního postižení, mají nárok na tyto dávky: příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku.

2.1.5 Zdravotní péče v kontextu seniorů

Zdravotnictví by mělo být dostupné všem, seniorů nevyjímaje. V posledních letech dochází ke zlepšování zdravotnických služeb, o čemž může svědčit i prodlužování střední délky života. „Vzhledem k seniorům zdůrazníme, že i oni by měli mít dostatečné vědomosti o tom, jak udržovat nebo zlepšovat své zdraví a uplatňovat je ve svém praktickém životě.“ (Haškovcová, 2010, s. 113)

Zdravotní politika našeho státu se nezabývá jen péčí o nemocné, ale také podpory zdraví a prevencí nemocí. S ohledem na to, že nesoběstační senioři mohou často trpět poruchou zdravotního stavu či zdravotním postižením, zaměřím se hlavně na zdravotní péči, kterou mohou využívat. Základem zdravotní péče o seniory je „primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci. V péči o seniory by měl spolupracovat jak s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče, např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění.“ (Dvořáčková, 2012, s. 80)

V kontextu zdravotní péče bych ráda zmínila zdravotnická zařízení, jichž senioři mohou využít, jedná se o hospice a léčebny dlouhodobě nemocných. Kromě toho mají na poskytování zdravotní péče stejná práva jako ostatní.

Hospice jsou určeny pacientům s nevléčitelným onemocněním, či jinak řečeno pacientům umírajícím. „*Hospice* jsou v našich podmínkách nestátní zdravotnická zařízení fungující na principu paliativní medicíny. Sociální práce v nich se může soustředit nejen na potřeby umírajícího, ale také na potřeby jeho rodiny, a to i v době úmrtí pacienta (např. při zajištění pohřbu a v období bezprostřední reakce pozůstalých na smrt blízké osoby).“ (Matoušek, 2011, s. 100)

Dalším typem zdravotnického zařízení, kterého mohou senioři využívat je léčebna dlouhodobě nemocných. Oproti hospicům nejde o zařízení, v kterém člověk dožívá či které bylo určeno osobám nevléčitelně nemocným, ale jsou určeny pacientům dlouhodobě nemocným, kterým již není z nějakého důvodu umožněn pobyt v nemocnici. Většinou jde o nízkou kapacitu nemocničních lůžek či finanční zátěž.

Pod formální péči nespádají jen ústavní zařízení, ale jsou zde zahrnuty i finanční příspěvky, které mohou pečovatelé či pečovaní čerpat, rovněž sem spadá i systém sociálních služeb. Neformální pečovatelé mohou při péči o seniora tedy využít nejen možnosti zlepšení

své ekonomické situace, která by jim mohla usnadnit nejen finančně náročnou péči o seniora, ale také různé sociální služby, které mohou snížit jejich psychickou či fyzickou zátěž a tím i přispět k menšímu riziku vzniku syndromu vyhoření. Těchto služeb je nabízena široká škála a jsou poskytovány různými organizacemi. Laičtí pečující si tak mohou vybrat na míru nejen službu, která jim v jejich situaci bude nejvíce vyhovovat, ale také organizaci, která jim bude službu poskytovat.

Bariérou ve využívání těchto služeb může ovšem být jejich absence v regionu, kde pečovatelé žijí, nedůvěra v jejich poskytovatele či nedostatečná informovanost o těchto službách. „Pečovatelé nemusí vědět, jak a kde podporu hledat. Analýza dat z výzkumu dlouhodobé péče v USA identifikovala nejčastější bariéry v užívání služeb a nedostatek povědomí o nich. Ti, kteří mají přístup k materiálním zdrojům, jako jsou online informace, mohou být znevýhodněni, jelikož jakmile informaci najdou, nemusí být schopni posoudit kvalitu služeb.“ (Edgell, 2012, s. 447)

2.2 Neformální (laická) péče a její charakteristiky

Následující podkapitoly budou věnovány v dnešní době velmi aktuálnímu tématu a to neformální (laické) péči poskytované rodinnými příslušníky nesoběstačným seniorům. Nejprve popíši, co zahrnuje laická péče v domácím prostředí, jak je definována a kontext, ze kterého vychází její potřeba. Poté se budu věnovat tím, kdo laičtí pečující jsou, stupňům neformální péče a zátěží, která je kladena na pečující osoby. Nakonec se budu věnovat tomu, jak by mělo být pečováno o samotné pečovatele.

Nejprve je vhodné se zabývat tím, jak definovat neformální péči. Zjednodušeně by se dalo říci, že neformální péče je poskytována rodinnými příslušníky, které v této oblasti nemají žádné odborné vzdělání. Jedná se o péči poskytovanou v domácím prostředí. Zůstat v domácím prostředí, pokud to lze, je pro člověka jednoznačně vhodnějším řešením, než institucionální péče.

Jeřábek (2005) definuje neformální péči takto: „Pokud hovoříme o domácí péči je třeba podotknout, že se jedná o péči tzv. „neformální“ (tzn. nejsou do ní zahrnuti profesionální pečovatelé a prostředím výkonu péče je přímo domov, ať již společný s pečujícím nebo nikoli).“ (Jeřábek 2005, s. 31)

Další ukotvení nabízí Tošnerová (2001), která se zabývá vymezením pečovatelsví a rodinného pečovatele. „Většina péče se odehrává doma a většina pečovatelů a postižených žije pod stejnou střechou, ale když se zeptáte kohokoliv, jehož rodič je v ústavní péči, záhy zjistíte, že pečovatelsví nekončí tím, že někdo jiný je odpovědný nebo, že se pečovatelsví odehrává daleko od domova.“ (Tošnerová 2001, s. 14)

„Počet neformálních pečovatelů několikanásobně překračuje počet formálních pracovníků dlouhodobé péče. V průměru zhruba 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče tvoří neformální pečovatelé. Téměř 2/3 rodinných pečovatelů tvoří ženy, většinou pečující o své blízké příbuzné (rodiče nebo partnery). Uvedená čísla ukazují, že poskytování dlouhodobé péče stojí hlavně na neformálních pečovatelích.“ (ÚZIS ČR. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III). [online]. [cit. 2015-06-22].) Podle této statistiky vidíme, že čím dál více osob využívá neformální péči, což jen potvrzuje aktuálnost tématu.

Stav přibývání počtu neformálních pečovatelů potvrzuje i statistika z roku 2009. „V České republice bylo na základě šetření zjištěno celkem 230,6 tis. neformálních poskytovatelů péče, tj. 2,7 % z populace starší 15 let. Z tohoto počtu připadá zhruba 162 tis., tedy více než 70

% na ženy. Nejvyšší počet poskytovatelů je soustředěn do věkové skupiny 55-64 let.“ (Bareš a kol. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče. [online]. [cit. 2015-06-22].)

Mezi výhody neformální péče jednoznačně patří dobrá znalost na základě rodinných vztahů. Je tak pravděpodobné, že nesoběstačným seniorům bude tím spíše poskytováno to, co opravdu potřebují. Kromě toho osoby, o které je, pečováno mají možnost zůstat v domácím prostředí s rodinou, což je nenahraditelné. Nevýhodou pak je nevzdělanost neformálních pečovatелů, kteří poskytují péči spíše intuitivně. Dalšími zápory jsou časová náročnost péče o blízkou osobu a mnohdy i špatná finanční situace.

Kvalita poskytované neformální péče může souviset i s tím, jaká byla rychlost nástupu péče, tj. zda k nástupu došlo pozvolna či najednou. S kvalitou péče jsou mimo jiné spojené i další jevy, mezi něž patří strategie zvládání stresu a osobnostní rysy pečovatele. Dle autorů zahraniční studie (McClendon, Smyth, 2013, s. 1008-1009) lze kvalitu péče rozlišit na nízkou a vysokou kvalitu péče. Každá z nich souvisí se třemi faktory, které byly zjištěny v rámci výzkumné části. Mezi faktory související s vysokou kvalitou péče patří: personalizované (osobní) poskytování péče, kompenzační poskytování péče, respektující poskytování péče. Mezi ty, které naopak mají spojitost s nízkou kvalitou péče, náleží: represivní (sankční) poskytování péče, kontrolující (ovládající) poskytování péče, odstupující poskytování péče.

2.2.1 Faktory vedoucí k potřebě (ovlivňující potřebu) neformální péče

Nezbytnost neformální péče je dána několika vlivy, a to zejména jevem stárnutí populace, který má ve svém důsledku negativní celospolečenské dopady, jež je třeba řešit. Druhým významným činitelem je deinstitutionalizace sociálních služeb snažící se o přesun z ústavní péče do péče v přirozeném prostředí člověka. Poslední okolností ovlivňující důležitou roli neformální péče je refamilializace jako návrat k důležitosti rodiny. Níže budou jednotlivé body ve stručnosti rozebrány pro představu kontextuálních souvislostí.

2.2.1.1 Demografické stárnutí populace

V posledních několika letech se hovoří o stárnutí populace, které se stalo celosvětovým fenoménem. Tento jev by měl dle dosavadních prognóz vzestupnou tendenci i do budoucna. Ke stárnutí populace přispívá zejména prodloužení střední délky života a snižování porodnosti. Mezi další faktory, které přispívají k stárnutí populace, patří zejména „zlepšování některých společenských podmínek (např. lékařské péče, životního stylu, hygieny, životní úrovně atd.)“ (Dimitrová, 2007, s. 24) „Zlepšování zdravotního stavu seniorů bude prováděno posunem výskytu chronických nemocí do vyššího věku a zvyšování počtu nejstarších osob tak

nutně povede ke zvyšování nákladů na sociální a zdravotní péči i požadavků kladených na péči rodinnou.“ (Svobodová dle Kučera, 2010, s. 186) Tuto oblast by měla řešit zejména tzv. Politika přípravy na stárnutí. Důsledkem stárnutí populace a zvýšených nákladů na zdravotní a sociální péči je záměr přesunout formální péči do péče neformální.

„Diskuse nad všemi relevantními souvislostmi demografického stárnutí se v ČR teprve rozbíhají, a to i díky takovým iniciativám, jakou je vyhlášení roku 2012 Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity.“ (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 2)

2.2.1.2 Deinstitutionalizace („odústavňování“) sociálních služeb

Aktuálním tématem se stala transformace sociálních služeb, pro níž je důležitým mezníkem éra přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která sebou přinesla deinstitutionalizaci sociálních služeb. Můžeme se setkat rovněž s počestělou alternativou pojmu a tou je „odústavňování“. „Přijetím nové legislativy Česká republika reagovala na obecné trendy v oblasti dlouhodobé sociální péče, tj. ústup od institucionalizované péče (s výjimkou těžce postižených osob s výrazně sníženou mírou soběstačnosti) k domácí, komunitní a lokální péči.“ (Kotrusová, Dobiášová dle Průša a kol., 2012, s. 2). V případě seniorské populace se poslední trendy jednoznačně ubírají směrem k co nejdelšímu poskytování péče v jejím domácím prostředí, dokud je možné díky jejímu zdravotnímu stavu a terénním sociálním službám zabránit jejímu umístění v institucionální péči.“ (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s.2)

2.2.1.3 Trend „refamilializace“

Historický vývoj rodiny sebou přinášel mnohé změny v oblasti její důležitosti. „Během historického vývoje se rodina jako centrum péče o své nemocné členy dostala do pozadí. Zodpovědnost v péči o nemocné se přenesla ve větší míře na zdravotnická zařízení.“ (Bártlová, 2006, s. 236) V dnešní době „dochází k tzv. „znovuobjevení“ role rodiny v poskytování dlouhodobé péče (refamiliazace) ve snaze snížit finanční zatížení veřejných rozpočtů zaváděním nebo rozšířením příspěvků na péči poskytovanou členy rodiny.“ (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 3)

Rodina má funkce, které jsou těžko či vůbec nahraditelné jinými institucemi. Stejně tak jako v dětství, tak i ve stáří je pro člověka stěžejní. „Rodina stále zůstává jednou z prvních hodnot, přestože se často mluví o krizi rodiny. Skutečností však je, že se od rodiny očekává solidarita s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.“ (Pichaud, Therauová, 1998, s. 68) S rodinou bývá často spojován pojem „mezigenerační solidarita, která lze chápat jako soudržnost či podporu mezi členy rodiny v různých generačních kategoriích, kteří se

vzájemně podporují a pomáhají si, když je to zrovna potřeba. „Povaha vztahu mezi dětmi a rodiči má velmi důležitou společenskou funkci, protože kulturní hodnoty a vzorce chování jsou socializovány a vyjednávány ve značné míře právě v tomto vztahu: jsou nejhluběji položeným, hlavním námětem mezigenerační diskuse.“ (Možný a kol., 2004, s. 14)

2.2.2 Kdo jsou neformální pečovatelé

Mezi laické pečující patří dle mnoha odborných zdrojů především ženy. „Péče o nemocného jakožto domácí práce je určena ženě, která ji bude vykonávat bez nároku na mzdu, ochotně, s láskou, bez ohledu na věk a zdravotní stav, se samozřejmostí ženě vlastní. Zároveň považujeme za platné, že stejně jako k jiným domácím pracím není k pečování třeba žádná kvalifikace či znalosti a dovednosti.“ (Tošnerová, 2001, s. 12) Mnohé studie se shodují na tom, že ženy se stávají neformálními pečovatelkami průměrně v 70-80% případů. Dle Dudové a Volejníčkové (2014) lze rozlišit dvě skupiny faktorů, kterými je dána tato skutečnost. „Na jedné straně se jedná o kulturní faktory, které se projevují na úrovni identit a na úrovni symbolicko-normativní (genderové identity; hodnoty, normy, očekávání a genderové ideologie přítomné v dané společnosti. Díky nim je volba ženy jako primární pečovatelky v rodině vnímána jako přirozená, samozřejmá, správná či jediná možná. Tyto faktory se mohou projevovat např. v odlišné povaze genderové socializace žen a mužů, ve společenských a osobních normách správné péče či v přijetí tabu intimní péče od osob jiného pohlaví. Na druhé straně jsou to strukturální faktory, které vedou k tomu, že volba ženy jako pečovatelky může být fakticky schůdnější, jednodušší, praktičtější nebo je jako taková všemi zúčastněnými aktéry vnímána. Jedná se o úroveň společenských institucí: o genderovou dělbu práce v dané společnosti, nastavení pracovního trhu, rozdělení rolí v rodině či organizaci dalších společenských institucí (péče o děti, formální péče o seniory).“ (Dudová, Volejníčková, 2014, s. 42)

„Rodinnou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři. Přitom osobní péči v největším počtu případů anebo největším dílem zabezpečují ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy.“ (Jeřábek, 2005, s. 13) Ženy tedy sice v neformální péči dominují, ale nejsou jedinými poskytovatelkami této formy péče.

Jedna ze zahraničních studií zmiňuje problémy, které souvisí s tím, kdo se stane poskytovatelem péče. „Dospělé děti nemusí podporovat své rodiče, jestliže rodiče v minulosti zanedbávali své rodičovské povinnosti, a starší manželé pečovatelé nemusí očekávat podporu od svých dospělých dětí, protože si myslí, že by měly upřednostňovat potřeby svých vlastních rodin. Může se objevit nedostatek explicitního (výslovného) plánování mezi sourozenci týkající

se budoucí péče o jejich staré rodiče, a proto geografická nebo emocionální blízkost může utvářet dělení pečovatelských úkolů.“ (Edgell, 2012, s. 447)

Ve výzkumné části se budu zabývat právě tím, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s rodinným vztahem pečovatele a pečovaného.

Pečovat o nesoběstačného seniora je pro neformální pečovatele velmi náročné nejen na psychiku člověka. Náročná je i pro formální pečovatele, kteří na rozdíl od těch laických disponují odbornými kompetencemi. „Pečovatel by měl splňovat následující profesní kompetence: odborné, poradenské a konzultativní, diagnostické, organizační a řídicí, komunikativní, intervenční a reflexe vlastní činnosti.“ (Nováková, 2008, s. 19-20) Dalo by se předpokládat, že laičtí pečovatelé jsou více ohroženi syndromem vyhoření. Formální pečovatelé mu oproti nim mohou bránit i tím, že oddělují pracovní život od osobního.

Nováková (2008) uvádí následující vlastnosti, jimiž by měl pečovatel disponovat: „vnímavost, pozornost, rozhodnost, vytrvalost, nezávislost, samostatnost, odpovědnost, spravedlnost, laskavost, ctižádostivost, pravdomluvnost, odvaha, tvořivost, optimismus, zdvořilost, vzdělanost.“ (Nováková, 2008, s. 20) Jde o vlastnosti, které přisuzuje formálním pečovatelům. Ovšem když se na ně podíváme, zjistíme, že od těch neformálních se povětšinou liší jen vzdělaností v oboru a připraveností na pečovatelskou roli. „Vzhledem k tomu, že pečovatelé nejsou dostatečně připraveni na svou roli, styly poskytování péče, které si osvojili, pravděpodobně čerpají z již existujících psychosociálních charakteristik, mezi něž patří jejich osobnostní rysy a strategie zvládnání stresu. Tyto psychologické rysy pomáhají jedincům přizpůsobit se neustále se měnícímu prostředí, což zahrnuje i přizpůsobení se novým rolím, mezi něž patří i role pečovatele.“ (McClendon, Smyth, 2013, s. 1004)

2.2.3 Stupně neformální péče

V předchozích kapitolách jsem uvedla, v čem spočívá závislost nesoběstačného člověka. Stručně řečeno se jedná o činnosti, které není člověk schopen vykonávat sám a potřebuje pomoc jiné fyzické osoby. Jeřábek (2005, s. 31) rozlišuje na základě intenzity a naléhavosti potřeb nesoběstačného seniora následující tři typy péče: podpůrná, neosobní, osobní.

Podpůrná péče zahrnuje pomoc v činnostech, které je potřeba obstarat jen občasně (např. opravy v domácnosti, odvoz k lékaři, apod.). Neosobní péče se týká pomocných prací v domácnosti (vaření, uklízení, apod.), které je třeba dělat pravidelně. Osobní péče se pak týká komplexnějšího systému úkonů, které zahrnují i pomoc při uspokojování základních

fyziologických potřeb a měla by být prováděna v podstatě pořád. (Jeřábek, 2005, s. 31-32) U všech typů je důležitá jak finanční tak emocionální podpora, u každého však v jiné míře. Je podstatné pečovanému poskytovat to, co potřebuje a nedělat za něj úkony, které zvládá sám.

2.2.4 Zátěž neformálních pečovatелů (vedoucí k syndromu vyhoření)

Péče o rodinného příslušníka s sebou nese jisté negativní dopady na osobu pečujícího. Nejčastějšími oblastmi, které jsou záporně ovlivněny, patří obzvláště stránka fyzická, psychická, a ekonomická. Mezi další zátěžové faktory patří nedostatek volného času, který sebou nese ztrátu soukromí, vlastních volnočasových zálib a společenského života a mohou vést až k sociální izolaci pečujícího. Vysoká míra zátěže v těchto oblastech přispívá ke vzniku syndromu vyhoření.

Ekonomická zátěž

Rodinní pečující se často ocitají v nepříznivé finanční situaci, což je jednak dáno nedostatečnou výší příspěvku na péči a jednak také omezenou působností na trhu práce či úplným vyloučením z něj v důsledku potřeby poskytování péče nesoběstačnému seniorovi v rodině v delším rozsahu.

Od zavedení příspěvku na péči nedošlo ke změně jeho výše, což je v rozporu s tím, že náklady za služby, které jsou z něj financovány, stoupají. „Je potřebné studovat možný negativní vliv finanční nespokojenosti, též je nutná úprava zákonem daného příspěvku v každé zemi. Přímá finanční podpora by měla pozitivní efekt, bránila by přechodům do institucionální péče.“ (Tošnerová, 2001, s. 52)

„54 procent rodinných pečovatелů je mezi 35 a 64 lety. Ošetřování přítele nebo příbuzného během těchto klíčových výdělečně činných let znamená obět' z hlediska finančního zaopatření a mzdové úrovně pečovatелů.“ (Tošnerová, 2001, s. 16) Oblast zaměstnání pečujících spočívá na stupni závislosti pečovaného a době, po kterou péči potřebuje (počet dnů v týdnu, počet hodin denně). „Ačkoliv je péče vedená a motivovaná náklonností, starostlivostí a pocitem osobní či morální zodpovědnosti, představuje zároveň práci, která (převážně) pro ženy představuje sice neviditelné, ale velmi reálné náklady. Vzhledem ke své angažovanosti v neplacené pečovatelské práci jsou jejich pracovní příjmy často nižší a zvyšuje se jejich riziko chudoby.“ (Dudová, 2013, s. 22) Pečující, kteří se starají o nesoběstačného seniora denně, nemají téměř žádnou možnost kombinovat péči s prací. Ti, kteří věnují péči méně hodin týdně, mohou mít zase problém sehnat takovou práci, která by jim umožnila flexibilní pracovní dobu. Z tohoto faktu lze odvodit, že osoby, které se kvůli péči o rodinného příslušníka, museli vzdát

své práce, jsou mnohdy, kromě příspěvku na péči či jiných dávek, závislí ještě na výdělku dalšího člena rodiny (partnera, potomka, atd.).

„Pokud pečovatelka nebo pečovatel přeruší svou výdělečnou pracovní aktivitu, je pro ně posléze velmi obtížné vrátit se a nalézt uplatnění na pracovním trhu.“ (Dudová, 2013, s. 22)

Psychická zátěž

„Úloha rodinného pečovatele představuje zásadní životní změnu, jež je často spojena se stresem. Tyto změny poskytují příležitost k osobnímu růstu, ale nepochybně vyvolávají i emoční napětí a úzkost, které můžou člověka tělesně i citově vyčerpat. Následkem je pak často onemocnění pečovatele či neschopnost poskytovat další péči.“ (Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009, s. 29) K psychické zátěži vedou zejména následující faktory: „délka vykonávané role pečovatele, soužití ve společné domácnosti, tíže zdravotního stavu osoby závislé, doba, po kterou se denně pečující věnují osobě závislé a druhu handicapu (demence)“ (Jedlinská, Hlúbik, Levová, 2009, s. 29)

Psychickou zátěž pečovatele ovlivňuje i fakt, zda je na péči sám, nebo zda má oporu v jiných členech rodiny či přátelích. „Zatímco neplacení pečovatelé poskytují společnosti hodnotné služby a starání se o rodinné příslušníky nebo přátelé jim přináší velké výhody, zvyšuje se obava o vzrůstající psychické utrpení, vypětí a celkové zhoršení zdravotního stavu, které rodinní pečovatelé snášejí. Izolace a nedostatek podpory se mohou jevit jako velká zátěž a vyústit v utrpení nebo duševní problémy.“ (Colombo, 2011, s. 97)

Fyzická zátěž

V případě, že je nějakým způsobem omezena mobilita pečovaného, je třeba, aby pečovatel vynaložil při poskytování péče i značné fyzické úsilí. „Diskutované situace se nejčastěji týkají pečujících starších žen - manželek, dcer nebo snach pečujících dlouhodobě o své blízké. Péče o staré lidi znamená pro tyto ženy často neúměrnou fyzickou námahu způsobenou častým zvedáním, obracením, přenášením apod. Rozbory důsledků fyzické námahy hovoří jednoznačně o potřebě rehabilitace a léčení těchto poškození u žen.“ (Jeřábek, 2005, s. 14) Vždy záleží na míře omezení tělesné pohyblivosti člověka a jeho závislosti v tomto směru na osobě pečovatele. Čím větší je rozsah závislosti, tím vyšší je fyzická zátěž pečující osoby.

2.2.5 Péče o pečující

Neformální péče je nesporně činností velmi náročnou. „Říká se, že ten, kdo pomáhá druhým, pomáhá tím i sám sobě. To ovšem je spíše bonmot založený na určitém úhlu pohledu. Pečovat mimo jiné znamená dávat síly tomu, o něhož je pečováno. Doufejme, že velkoryse a bez podmínek, ale to nic nemění na tom, že musíme mít odkud a co dlouhodobě brát.“ (Novák, 2011, s. 7) Je tedy třeba, aby bylo pečováno i o samotné neformální pečovatele.

„Prvním problémem pro rodiny je získat informace o různých formách pomoci a dostat se k nim.“ (Pichaud, Therauová, 1998, s. 71) V této souvislosti je dobré podotknout, že v dnešní době je k dispozici velké množství příruček určených laickým pečujícím, které jsou různého zaměření. Poskytují rady ošetrovatelské, sociálně-právní, apod.

Situace, kdy pečující potřebují pomoc se různí – může jít o zhoršení stavu pečovaného, špatnou finanční situaci či vyčerpání pečujícího. Horší ovšem je, když pečující nemají o pomoci dostatečné či žádné informace. „Pomoc existuje, ale málo se o ní ví, ať už jde o pomoc materiální (speciální postel nebo křeslo, roznášení jídla, alarm na dálku atd.), nebo různé pracovníky přicházející do domácností (pomocnice v domácnosti, pečovatelská služby...), o dočasný příjem do ústavního zařízení, o vzdělávání všeho druhu... (Pichaud, Therauová, 1998, s. 71)

V textu jsem uváděla finanční dávky a sociální služby, které mohou nesoběstační senioři a jejich pečovatelé využít. Dále existují také svépomocné skupiny určené neformálním pečujícím, kde mohou s dalšími laickými pečovateli sdílet své zkušenosti, problémy, atd. Příznivé je rovněž využívat sociální služby, čímž se dají zmírnit negativní dopady na osobu pečujícího. Rizikovým faktorem je zde ovšem právě uvedená nevědomost. Existují i další bariéry ve vyhledání či využívání podpory. „Sociální a kulturní postoje vůči pečující roli mohou u některých pečovatelů způsobit neochotu požádat o podporu. Další pečovatelé mohou rezignovat na svou situaci, nebo bagatelizují problémy, kterým čelí.“ (Egdell, 2012, s. 447)

3 Syndrom vyhoření

V poslední kapitole teoretického ukotvení se budu zabývat syndromem vyhoření, kterým jsou neformální pečovatelé ohroženi. Nejprve definuji, co tento pojem znamená. Dále se zaměřím na osoby, které jsou tímto syndromem ohroženi, přičemž se blíže budu zabývat skupinou neformálních pečovatelů. Následně popíši fáze syndromu vyhoření. Nakonec přiblížím, jak je možné syndrom vyhoření diagnostikovat, jak mu předcházet a jak ho léčit.

3.1 Definice syndromu vyhoření, jeho příznaky a diagnostika

Pro syndrom vyhoření se mnohdy používá i označení „burn-out“, které je anglickým ekvivalentem tohoto výrazu. „Od 70. let minulého století se psychologové zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, které se manifestuje v oblasti myšlení, motivace i emocí. Ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání. Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem. Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházet například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpání, nedokáží překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních. V této souvislosti ho uvedl poprvé do literatury J. Freudenberger (1974). Jde o výstižnou metaforu, kdy anglicky *burnout* znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. Hořící oheň znamená v psychologické rovině motivaci, aktivitu, zájem, vyhoření pak znamená dohořívání, ztrátu nadšení.“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 7)

Syndrom vyhoření je velmi rozsáhlým tématem a jeho definice se často mírně liší. Pro názornost uvedu některé z nich, jejich společné charakteristiky a rozdíly.

„Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.“ (Tošnerová, Tošner, 2002, s. 3)

Poněkud odlišnou a stručnější definici nabízí Kallwas (2007): „Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev. Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu

výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.“ (Kallwas, 2007, s. 9) Jmenovaní autoři se ovšem shodují na tom, že se jedná o duševní stav a dochází k vyčerpání člověka.

„Jako burn-out („vyhoření“ či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání zapříčiněný nadměrnými psychickými a emocionálními nároky, popsany ponejprve u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi (zvláště u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů).“ (Kebza, Šolcová, 1998, s. 8)

„Vyhoření není důsledek tragédie, „požáru“. Jde o plíživé psychické vyčerpání, v souvislosti s dlouhodobým působením stresujících podnětů. Chronicky vyčerpaní lidé nespínají, přiznávají sobě i jiným své obtíže. Zatajují i sami před sebou úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy atd.“ (Novák, 2011, s. 15)

Všichni výše uvedení autoři se shodují na tom, že jde o psychický stav, u kterého dochází k extrémnímu vyčerpání a má určité charakteristické příznaky. Oproti tomu existuje i pojetí syndromu vyhoření jako procesu. „Procesuální charakter jevu byl výzvou k tomu, aby se ho autoři pokusili popsat z hlediska jeho jednotlivých fází. V průběhu tohoto procesu může dojít k tomu, že díky objektivně působícím skutečnostem na jeho konci potkáme člověka, který se v důsledku své subjektivně formované zkušenosti ocitá „na konci svých sil“, zcela vyčerpan.“ (Křivková. In Truhlářová, 2007, s. 35) Fáze syndromu vyhoření rovněž uvádí mnoho autorů, ale většinou bývají pojímány společně. Níže jim bude věnována jedna z podkapitol.

Jak diagnostikovat syndrom vyhoření? „Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách: jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi.“ (Kebza, Šolcová, 1998, s. 17) Existují i metody, které se snaží o objektivní posouzení syndromu vyhoření, z nichž nejznámější je MBI (Maslach Burnout Inventory).

3.2 Osoby ohrožené syndromem vyhoření se zaměřením na neformální pečovatele

V této podkapitole popíši osoby, které jsou nejčastěji uváděny jako ohrožené syndromem vyhoření. Následně vysvětlím, proč jsou právě neformální pečovatelé také jednou z kategorií ohrožených osob.

„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesi v důsledku nezvládnutého pracovního stresu.“ (Matoušek, 2003, s. 55)

„Riziko vzniku burnout syndromu je výrazné u těchto profesí: lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci, psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech, učitelé na všech stupních škol, pracovníci pošt všeho druhu, dispečeri a dispečerky, policisté, právníci, pracovníci věznic, profesionální funkcionáři, poradci a informátoři, úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy, za určitých okolností příslušníci ozbrojených sil, duchovní a řádové sestry.“ (Kebza, Šolcová, 1998, s. 8)

Syndrom vyhoření bývá velmi často spojován s pomáhajícími profesemi. Na druhou stranu je mu přisuzováno, že se objevuje tam, kde se pracuje s lidmi či se s nimi přichází do styku. Jelikož neformální pečovatelé přichází do styku s osobou, o kterou pečují, je nasnadě, že i u nich je pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Kromě toho je podstatné podotknout, že syndrom vyhoření nemusí nutně vzniknout jen u pracovníků, ale někdy bývá jeho vznik podnícen i událostmi v osobním životě.

3.3 Fáze syndromu vyhoření

Tato podkapitola uvede stručný přehled fází syndromu vyhoření, které se v pojetí různých autorů také liší, což může být způsobeno tím, že každý člověk syndrom vyhoření nejen jinak vnímá, ale také prožívá.

„Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, trvá někdy i několik let. Probíhá v těchto fázích:

1. fáze je nadšení – pomáhající má velké ideály a očekávání, velmi se angažuje ve své práci
2. stagnace – v tomto období dochází k problémům, ne všechno se daří podle očekávání
3. frustrace – pomáhající začíná podněty kolem vnímat negativně, prožívá zklamání

4. apatie – neangažuje se, bez elánu, dělá jen to, co musí

5. syndrom vyhoření – stav naprostého vyčerpání.“ (Truhlářová, 2003, s. 95)

Další dělení, vycházející z A. Laengleho, uvádí Jeklová a Reitmayerová (2006):

„1. fáze nadšení – člověk se pro něco cele nadchl, má konkrétní cíl, jeho konání mu připadá smysluplné, protože usnadňuje cestu k vytyčenému cíli. Hlavním tématem je zde smysluplnost;

2. fáze vedlejšího zájmu – z prostředku se začíná stávat cíl. Jedinec už není motivován samotným cílem a jeho dosažením, ale prostředky, které za tuto práci získává. Žádoucím se stal vedlejší produkt. Přestává být tím, kým chtěl, čeho chtěl dosáhnout, přesto v profesi dále funguje, jeho nadšení začíná pohasínat;

3. fáze popela – jedinec ztrácí úctu k ostatním lidem, ke klientům, nerespektuje je, vidí v nich věci, zároveň ztrácí úctu i k sobě samému, k vlastnímu životu, neváží si vlastního snažení, vlastních přesvědčení, ztrácí smysl života.“ (Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 19)

Bylo by možné uvádět další výčet fází, nám však pro určitou představu postačí výše uvedené. Dalo by se tedy zjednodušeně konstatovat, že syndromu vyhoření vždy předchází přehnané nadšení a v závěru se objevuje úplné vyčerpání člověka.

„Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 19)

3.4 Prevence syndromu vyhoření a jeho zvládnání (léčba)

Pokud je člověk seznámen s rizikem vzniku syndromu vyhoření, může se mu také snažit předejít. „Domníváme se, že je namístě seznámit se s tím, co jiní před námi už vyzkoušeli a prověřili v tomto boji, a co se ukázalo jako dobré a účinné.“ (Křivohlavý, 2012, s. 93)

„Jestliže je burnout důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a kultury.“ (Kebza, Šolcová, 1998, s. 19)

U každého jedince jsou podněty, kterými vznikají stresové situace, odlišné. Každý se se stresovými situacemi také jinak vyrovnává. „Než dojde k výběru nějaké strategie zvládnání či předcházení vyhoření, je nezbytné poznat sama sebe, zamyslet se nad celkovou úrovní životní spokojenosti z hlediska těchto dimenzí: práce a seberealizace, partnerské soužití, rodina, zdravotní stav, ekonomická situace, a hlavní životní plány a perspektivy.“ (Jeklová, Reitmeyerová 2006, s. 29)

Pro předcházení syndromu vyhoření je také vhodné neklást si nereálné cíle, umět si rozplánovat činnost, udělat si čas na odpočinek, využívat pravidelné supervize, pokud je to možné, u neformálních pečovatelů může být prevencí využívání podpůrných sociálních služeb.

Pokud u jedince dojde k syndromu vyhoření, existují i techniky, faktory, jak se s ním vyrovnat, zvládnout ho. Jeklová a Reitmeyerová (2006) uvádějí, co může dělat vedoucí pracovník, pokud se u jeho zaměstnance objeví syndrom vyhoření: „Jako první krok se stává efektivní oddělení pracovníka od zdroje problému. Zaměstnavatel může pracovníka dočasně pověřit jinými úkoly; umístit jej na jiné pracoviště nebo jej nechat pracovat s jinými lidmi do té doby, než se jeho stavlepší. Zaměstnavatel má možnost zaměstnance propustit, tím mu ovšem většinou příliš nepomůže, protože vnímaný problém vlastního selhání si pracovník odnese sebou do dalšího pracovního poměru. Nejeftektivnějším řešením se proto stále jeví snaha o řešení této osobní krize pomocí přehodnocení svého stavu, s využitím odborné pomoci ve formě supervize nebo psychologa a pomocí restrukturalizace (alespoň dočasné) pracovního místa.“ (Jeklová, Reitmeyerová 2006, s. 28)

Jelikož se budu zabývat syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů a ne u zaměstnanců, je dobré se zaměřit na to, jak se se syndromem vyhoření mohou vyrovnat právě oni. Z předchozího odstavce by se dalo využít právě vyhledání odborné pomoci.

Zdroje zvládnání syndromu vyhoření můžeme rozdělit na externí a interní. Mezi interní patří především uvědomit si smysluplnost bytí, dále mají na zvládnání vliv osobnostní charakteristiky člověka. Mezi vnější vlivy při zvládnání syndromu vyhoření patří sociální opora, dobré vztahy mezi lidmi a pozitivní hodnocení od ostatních. (Křivohlavý, 2012, s. 102-135)

Vyrovnání se se syndromem vyhoření je záležitostí velmi individuální. Důležité je, aby si člověk přiznal, že má nějaký problém a nezvládá svou životní situaci a pokusil se vyhledat odbornou pomoc.

4 Shrnutí poznatků z teoretické části

Přechozí text uvedl základní pojmy související s cílovou skupinou příjemců neformální péče v této práci, tj. nesoběstačnými seniory. Základním uvedením do této problematiky bylo vymezení rozdílnosti mezi pojmy „stáří“ a „stárnutí“. V terminologickém ukotvení nesmí chybět ani autonomie seniorů, jejíž ztráta je často mylně spojována s nesoběstačností těchto osob. Závěr pojednával o dalších hlediscích souvisejících se stářím, které poslouží k lepšímu náhledu na seniory a jejich problémy spojené se zvýšeným věkem.

Druhy péče lze rozdělit na formální a neformální, přičemž spolu oba úzce souvisí. Podstatná je alespoň základní znalost toho, co formální péče nabízí nejen nesoběstačným seniorům, ale jejich rodinným pečujícím. U neformální péče je považováno za podstatné si uvědomit, že není na rozdíl od předchozí typu pevně dána, tedy není stanoven její rozsah ani délka trvání. Ve všech případech ji spojuje fakt, že je poskytována osobami, kteří nejsou vzdělanými odborníky v oblasti poskytování péče.

V teoretické části byl nastíněn kontext, ze kterého vychází stále rostoucí potřeba zabývat se problematikou neformální péče. Tato potřeba vychází především ze záměru přesunout péči z institucionální formy do péče neformální poskytované v domácím prostředí pečovaných a z fenoménu stárnutí populace. Z těchto faktů vyplývá, že bude přibývat počtu laických pečovatелů, přičemž by v tomto případě bylo užitečné zkoumat faktory, které je při péči nejvíce zatěžují a mohou vést až ke vzniku syndromu vyhoření, který byl v textu souhrnně popsán. Pokud dojde k důkladnému prozkoumání předchozích jevů, mohou být navržena účinná opatření, která pomohou neformálním pečujícím tomuto riziku předcházet a lépe zvládat péči o nesoběstačného seniora a to do té míry, aby byla efektivní pro obě strany. V rámci výzkumného šetření se budu zabývat souvislostí mezi jednotlivými faktory a syndromem vyhoření. Na základě těchto zjištění by mohla být navržena určitá opatření, která by mohla vést k lepší prevenci vzniku syndromu vyhoření.

Další nezanedbatelné aspekty vyvolávající vyšší nezbytnost neformální péče jsou kromě již zmíněných: 1) deinstitutionalizace, která se stala ožehavým tématem s přijetím Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jenž sebou přinesl transformaci sociálních služeb, z níž vyplývá potřeba co nejdříve poskytování péče v domácím prostředí; 2) „refamilializace“, což je trend posledních let stavící do popředí znovuobjevení role rodiny, čímž vyzdvihuje její důležitost pro pečovaného.

Teoretická část nám tedy celkově posloužila jako důkladné uvedení do problematiky související s tématem diplomové práce. Výzkumná část, kterou se zabývá zbytek práce, z té

teoretické značně vychází, což jsem naznačila nejen u jednotlivých kapitol, ale i v rámci interpretace sebraných dat.

Mohlo by se zdát, že teoretická část mé práce obsahuje nadměrné množství citací, čehož si jsem vědoma. Tato skutečnost je dána mou nezkušeností s tématem a tím, že jsem v rámci psaní diplomové práce teprve nabývala nové poznatky o celé problematice. Ráda bych však uvedla, že se nejedná jen o bezmyšlenkovité umístění vytržených částí z literatury, nýbrž o promyšlené utřídění pečlivě vybraných citací. Vlastním domněnkám jsem se snažila co nejvíce vyhýbat, abych zbytečně neuváděla mylné informace a práce tak neztratila na věrohodnosti.

5 Charakteristika šetření

Předkládaná kapitola bude pojednávat o mnohých aspektech využitých a majících vliv na tvorbu praktické části diplomové práce. Prvně vymezím hlavní cíl, dílčí cíle a podcíle svého šetření, které jsem si před jeho realizací pevně stanovila. Následně popíši výzkumnou strategii, v mém případě tedy smíšený výzkum, přičemž detailněji popíši obě dvě její složky a zároveň zdůvodním, proč jsem zvolila právě tento způsob. Absentovat nebude ani transformace dílčích cílů do tazatelských otázek a přiblížení kvantitativní metody dotazníku BM – psychického vyhoření. Dále bude věnována pozornost výzkumného vzorku a jeho charakteristice. Na předešlé uvedené náležitosti bude plynule navazovat popis organizace a průběhu šetření a analýza sebraných dat. V závěru se budu zabývat tím, jaká sebou zvolená metoda nese rizika.

5.1 Vymezení hlavního cíle, dílčích cílů a podcílů

Hlavním cílem je zjistit, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému, s využíváním sociálních služeb. Tento cíl je dále rozčleněn do dílčích cílů (DC I., DC II.) a druhý dílčí cíl je následně rozpracován na 6 podcílů (DC II. 1 – DC II. 6).

DC I. Zjistit, do jaké míry jsou neformální pečovatelé ohroženi syndromem vyhoření

DC II. Zjistit, které faktory souvisí se syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů.

DC II. 1 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče.

DC II. 2 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s věkem pečovatele.

DC II. 3 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného.

DC II. 4 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se vztahem pečovatele k pečovanému.

DC II. 5 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se systémem péče

DC II. 6 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s využíváním sociálních služeb.

5.2 Charakteristika smíšeného výzkumu a jeho zdůvodnění

K realizaci výzkumného šetření jsem se rozhodla využít kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Důvodem je zabývání se syndromem vyhoření, na jehož měření existují již vědecky uznávané nástroje, z nichž jsem si vybrala konkrétně metodu dotazníku BM – psychického vyhoření, jehož autory jsou Pines a Aronson. Tato volba byla ovlivněna hlavně mým úsudkem, že nejsem schopna platně posoudit míru ohrožení syndromem vyhoření, ani nemohu jistě identifikovat jeho (ne)přítomnost. Prvotním záměrem bylo zkoumat kvalitativně

míru jednotlivých forem zátěže u neformálních pečujících, ale při této úvaze jsem došla k závěru, že bych tímto způsobem nenaplnila hlavní cíl práce. Zmíněný dotazník byl tedy použit k naplnění DC I. A tvořil tak první, byť nepatrnou, část šetření, tedy část kvantitativní. V rámci vyplnění dotazníku bylo zjištěno, že všechny respondentky (pozn.: v mém případě tvořily výzkumný vzorek pouze ženy – pečovatelky, ačkoliv to nebylo záměrem) byly syndromem vyhoření ohroženy, u jedné z nich byl podle výsledků syndrom vyhoření přítomen. Tímto se budu blíže zabývat při interpretování sebraných dat. Zahrnutí těchto pečovatelek nebylo záměrem, naopak by bylo zajímavé mít ve vzorku i tu část respondentek, u kterých ohrožení syndromem vyhoření není patrné, aby tak mohl být lépe srovnán vliv zkoumaných faktorů.

„Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“ (Hendl 2005, s. 46) Kvantitativní výzkum zpravidla zahrnuje velký vzorek respondentů, což v mé diplomové práci neplatí, jelikož jsem ho použila jen jako podpůrnou metodu pro kvalitativní šetření, které tvoří převážnou část práce. Tento typ výzkumu se zabývá zpravidla tzv. „tvrdými daty“. Jeho podstatou je statistické vyhodnocování dat či jejich kvantifikace. Já jsem ho však použila pouze z důvodu spolehlivosti dotazníku BM.

Jako výzkumný nástroj jsem v této části použila dotazník, který může být definován jako „standardizovaný rozhovor předložený v písemné podobě, neboli strukturovaná sada otázek a výroků předložených skupině lidí za účelem měření jejich postojů, přesvědčení, hodnot, atd. Jeho hlavními výhodami jsou nízká časová a finanční náročnost a snazší kvantifikovatelnost dat. Nevýhodami jsou nižší pružnost, menší věrohodnost dat a náročnost na přípravu.“ (Vaculík, Ježek, Wortner 2006, s. 4) V případě dotazníku BM – psychického vyhoření by byla data nevěrohodná, pokud by respondentky neodpovídaly na otázky zcela upřímně. Vzhledem k tomu, že jim byla zaručena anonymita, bych si dovolila nevěrohodnost vyloučit. Vyplňování dotazníků co nejvíce upřímným způsobem mohu doložit tím, že většina respondentek při vyplňování nahlas polemizovala nad jednotlivými položkami ještě předtím, než jimi byla některá z možností zaškrtnuta. Následně uvedu charakteristiku samotného dotazníku BM – psychického vyhoření. Při popisu této metody se budu opírat o to, jak ji ve své knize uvádí Křivohlavý (1998). „Dotazník BM (Burnout Measure Ayaly Pinesové a Elliota Aronsona) je zaměřen na tři různé aspekty (hlediska) jednoho jediného psychického jevu: *celkového vyčerpání (exhaustce)*. Jde o následující tři aspekty:

- 1. Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání**
- 2. Pocity emocionálního (citového) vyčerpání**
- 3. Pocity psychického (duševního) vyčerpání**

Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců“ (Křivohlavý 1998, s. 38)

Tento typ dotazníku má i přesně stanovená pravidla výpočtu a je u něj i striktně dáno, jak jeho výsledky interpretovat, což bude patrné v další kapitole. Dotazník obsahuje 21 otázek, které dotazovaní hodnotí na sedmi stupňové škále (0 = nikdy až 7 = vždy), na základě toho, jak často za období posledního roku zažívají pocity a zkušenosti obsažené v otázkách.

V druhé části byl použit výzkum kvalitativní, který byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly uskutečнены s neformálními pečovateli pečujícími o nesoběstačného seniora. „Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.“ (Disman, 2002, s. 289) Kvalitativní výzkum nekvantifikuje své výsledky, ale snaží o hlubší porozumění zkoumaného problému.

Polostrukturovaný rozhovor „zahrnuje širokou škálu rozhovorů mezi zcela strukturovanými a zcela nestrukturovanými rozhovory. Pro tazatele obsahuje závazné schéma, které specifikuje okruhy a témata pokládaných otázek. Obvykle je možné měnit znění otázek a pořadí jednotlivých okruhů podle situace.“ (Vaculík, Ježek, Wortner, 2006, s. 10) Pro formu polostrukturovaných rozhovorů jsem se rozhodla z toho důvodu, abych se nemusela striktně držet předepsané osnovy, ale mohla otázky flexibilně přizpůsobit situaci. Tazatelské otázky uvádím v transformační tabulce v další podkapitole.

Nakonec bych ráda uvedla vhodnost smíšeného výzkumu v rámci zkoumané problematiky. Při zkoumání jednotlivých faktorů považuji užití kvalitativního výzkumu jako vhodnou formu zkoumání, jelikož mým cílem bylo u respondentek do hloubky prozkoumat jednotlivé faktory. Dalším pozitivem je to, že v rámci kvalitativního výzkumu mohou být odkryty další souvislosti, které nejsou předmětem bádání. Kvantitativní výzkum byl naopak vhodný pro to, že mohl spolehlivě změřit výskyt syndromu vyhoření či ohrožení pečovatelek tímto syndromem, čehož bych kvalitativním výzkumem spolehlivě nedosáhla. Vhodně tak doplnil kvalitativní metodu, aby mohl být naplněn hlavní cíl práce.

5. 3 Transformace dílčího cíle II a jeho podcílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní cíl: Zjistit, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému, s využíváním sociálních služeb.		
Dílčí cíl	Podcíle	Otázky pro rozhovor
DC II. Zjistit, které faktory souvisí se syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů.	DC II. 1 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče.	TO11: Kolik času jste dle Vašeho názoru strávili poskytováním péče? (Jak vnímáte dobu, po kterou pečujete o rodinného příslušníka?)
		TO12: Kolik dní si myslíte, že strávíte pečováním?
		TO13: Jak vnímáte průměrnou denní dobu, kterou strávíte pečováním?
		TO14: Jak vnímáte možnost využití podpůrných služeb v rámci pečování? Jaký máte názor na jejich využívání? (případně – Jaké jsou Vaše zkušenosti s jejich využíváním?)
		TO15: Co vnímáte jako největší zátěž při pečování?
	DC II. 2 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s věkem pečovatele.	TO16: Jak si myslíte, že Váš věk ovlivňuje Vaší péči o seniora?
		TO17: O jaké jiné osoby v domácnosti pečujete?

DC II. 3 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného.	TO18: Jak vnímáte zdravotní stav seniora, o kterého pečujete?
	TO19: V jakém stupni závislosti se podle zákona senior nachází?
	TO20: V kterých úkonech je podle Vás senior závislý na Vaší péči? Které naopak zvládá sám?
	TO21: Jak náročné jsou pro Vás úkony, s kterými mu pomáháte?
DC II. 4 Zjistit, zda syndrom vyhoření se vztahem pečovatele k pečovanému.	TO22: V jakém vztahu jste s osobou, o kterou pečujete?
	TO23: Jak spolu vycházíte? Jak jste spolu vycházeli dříve?
	TO24: Co Vás motivuje k péči o seniora?
	TO25: Co předcházelo Vašemu rozhodnutí přijetí pečovatelské role?
DC II. 5 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se systémem péče	TO26: Jak vnímáte pomoc jiných osob s péčí o seniora?
DC II. 6 Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s využíváním sociálních služeb.	TO27: Myslíte si, že disponujete dostatečnými informacemi o sociálních službách a o možnostech jejich využívání? Jaké informace Vám

		v dostupných zdrojích chybí?
		TO28: Jaký je Váš názor na využívání sociálních služeb při péči o seniora? (Jaké z dostupných služeb využíváte? Jaké s nimi máte zkušenosti?/Jaká je Vaše spokojenost s nimi? Jakým způsobem jste se o nich dozvěděl/a?)
		TO29: Myslíte si, že existuje ve Vašem okolí dostatečné množství sociálních služeb? (Které služby si myslíte, že zde chybí?)
		TO30: Jaké jiné formy pomoci využíváte? (př. Svépomocné skupiny,...)

5.4 Výzkumný vzorek a jeho charakteristika

Na základě toho, že osobně neznám žádné neformální pečující a žádným způsobem se mi na ně nepodařilo sehnat kontakty ani přes známé a kamarády. Přistoupila jsem na možnost oslovení jedné z organizací, která neformálním pečujícím poskytuje sociální služby. Prvotně jsem měla přislíbenou spolupráci na praktické části přes organizaci Život 90, která se nakonec neuskutečnila kvůli velké pracovní vytíženosti vedoucí jednoho z oddělení. Nezbyvala mi tedy jiná možnost, než narychlo kontaktovat jiné organizace, přičemž mi vyšla vstříc organizace Domov Sue Ryder, z.ú., která přeposlala mou žádost o účast na výzkumném šetření. Podmínkou pro zahrnutí do vzorku bylo poskytování neformální péče nesoběstačnému seniorovi a to po dobu nejméně jednoho roku a samozřejmě ochota vyplnit dotazník BM a realizovat se mnou polostrukturovaný rozhovor v rámci osobního setkání. Poslední podmínkou bylo, že mi respondentky povolí použít získaná data pro akademické účely, tj. pro vypracování praktické části mé diplomové práce, přičemž jsem jim z tohoto hlediska zaručila naprostou anonymitu.

Vzhledem k tomu, že jsem chtěla prozkoumat vytyčené faktory, jsem si nekladla další požadavky. Přesto náhodně došlo k tomu, že všechny informantky byly ženského pohlaví a pečovaly o své nesoběstačné maminky, jejichž věk se pohyboval průměrně kolem devadesáti let. Jedna z pečovatelek na poslední chvíli účast na výzkumu odvolala ze zdravotních důvodů. Celkem zahrnoval výzkumný vzorek 5 neformálních pečovatelek. Jednu z respondentek se mi podařilo získat prostřednictvím sociálních sítí, kdy mi přes internet vyplnila dotazník a otázky k rozhovoru, na které jsem měla možnost se jí doptávat. Vzhledem k tomu, že jsem neměla možnost se s ní setkat osobně, nepřikládám informacím získaným od ní tak velký význam, ale uvádím je pro ilustraci a pro menší srovnání, jelikož byla jediná, která službu osobní asistence při péči nevyužívala. Jejich výpovědi využívám jen u některých faktorů, protože u jiných nebylo možné s ní záležitosti probrat do větší hloubky.

5.5 Organizace a průběh šetření

Podklady k výzkumnému šetření, tj. dotazník BM – psychického vyhoření a tazatelské otázky prokonzultované s vedoucí mé diplomové práce jsem disponovala již v prosinci 2015. Před zahájením samotného šetření bylo nutné sehnat výzkumný vzorek k jeho realizaci, čímž jsem se zabývala v lednu 2016. Sepsala jsem tedy v tomto období žádost, ve které jsem oslovila neformální pečovatele a představila jim své výzkumné záměry. Žádost jsem několikrát vytiskla a odevzdala vedoucí jedné ze sociálních služeb v Životě 90. Jak jsem již výše zmiňovala, přislíbená spolupráce z uvedených důvodů selhala. Vzhledem k tomu, že jsem se zprostředkováním výzkumného vzorku najisto počítala a do poslední chvíle jsem neměla žádné informace o průběhu jeho získávání, musela jsem koncem února narychlo tuto nepříjemnou situaci řešit a to tím způsobem, že jsem se obrátila na jiné organizace poskytující služby neformálním pečovatelům, přičemž mi přišla kladná odpověď od Domova Sue Ryder, z.ú., kam jsem obratem rozeslala identické žádosti, které jsem měla již vyhotovené, a jež přikládám v příloze (viz Příloha B, s. 87). Vedoucí služby osobní asistence přeposlal uvedený dokument neformálním pečujícím využívajícím této služby a předal jim na mě kontakt v podobě e-mailu. Následně jsem počátkem března obdržela pět kladných odpovědí. S neformálními pečovatelkami jsem si obratem domluvila osobní schůzku, aby bylo možné zrealizovat celý výzkum. Realizace výzkumu probíhala zhruba do poloviny března. Na setkání jsem si vždy donesla dotazník, předem připravené otázky a zařízení, na které jsem zaznamenávala rozhovory, kterým byl v mém případě mobilní telefon. Na úvodu každé schůzky jsme se s respondentkami vzájemně seznámily. Všechna setkání probíhala identicky, přičemž mě

informantky seznámily se svou situací týkající se péče (o koho pečují, po jakou dobu, atd.), následně jsem informantkám zopakovala náplň šetření a ujistila se, zda souhlasí se skutečností nahrávání rozhovorů, a zda jim nebude vadit, že si budu při realizaci dělat poznámky. Poté jsem každé z nich dala dotazník, ke kterému jsem si vždy přiřadila číslo respondentky. V návaznosti na to jsme započaly s rozhovorem. Po skončení jsem jim vždy poděkovala za účast a za to, že mi věnovaly svůj čas, kterého kvůli poskytování péče a pracovním povinnostem nemají mnoho. Ten samý den, co se mi podařilo sebrat rozhovor a vyplněný dotazník, jsem provedla doslovný transkript rozhovoru na notebooku a vypočítala jsem výslednou hodnotu dotazníku, což bylo v krátkém časovém úseku velmi vyčerpávající. Přepis jednoho z rozhovorů přikládám v příloze (viz. Příloha C, s. 88-103). Jeden z rozhovorů s neformální pečovatelkou, která nebyla klientkou zmíněné organizace, probíhal prostřednictvím internetu, kdy jsem jí poslala dotazník BM a otázky, které jsem od ní vyplněné obdržela zpět a měla jsem možnost se jí stejnou formou doptávat na doplňující informace.

5.6 Analýza získaných dat

U kvantitativní části deskripce analýzy vynechám, protože ji uvádím v průběhu práce spolu se způsobem interpretace, jelikož pro analýzu a interpretaci dotazníku BM – psychického vyhoření existují pevně stanovená pravidla. Budu se tedy zabývat pouze analyzováním druhé části výzkumu, tedy částí kvalitativní.

Po přepisu rozhovorů jsem se pustila do jejich kódování. Pod tímto pojmem si můžeme představit „operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby.“ (Miovský 2006, s. 228) Z transkriptů jsem vybrala citace související se zkoumaným tématem a přiřadila jsem jim pracovní názvy. Dále jsem mezi nimi hledala souvislosti a porovnávala je nejen mezi sebou a vztahem k jednotlivým kategoriím, ale také s výsledky kvantitativní části. Následně jsem se pustila do jejich interpretace. Vzhledem k tomu, že otázky byly zaměřené na zkoumání určitých faktorů v souvislosti se syndromem vyhoření, nenalezla jsem v nich kategorie nové, které by s tématem mohly být také spjaté. Tento fakt však uvedu v následující podkapitole.

5.7 Rizika výzkumu

Na úvod považuji za vhodné konstatovat, že vzhledem k nízkému počtu respondentů ve výzkumném vzorku, se získaná data nedají vztáhnout na celou populaci. Jedná se tak spíše o hlubší vhled do problematiky, k níž uvádím náměty k dalšímu prozkoumání.

V této pasáži míním jako podstatné zmínit fakt, že všechny respondentky, s kterými byly nahrávány rozhovory, poskytovaly velmi cenné informace ještě před spuštěním nahrávacího zařízení, jelikož měly pocit, že mě potřebují zasvětit do kontextu své situace týkající se péče. Vzhledem k tomu, že jsem si jejich povídání nestíhala celkově zaznamenat ani písemně, čerpám z něj hlavně při komentování určitých statí. Nepopírám ovšem, že mi některé informace mohly z důvodu nezaznamenání uniknout.

Jako riziko způsobu výběru výzkumného vzorku vnímám především jeho získání skrze organizaci poskytující službu osobní asistence, kterou logicky všechny respondentky při péči využívaly. Až na jednu výjimku, mi zde chyběli respondenti, kteří nevyužívají žádnou sociální službu nebo ti, kteří využívají služby jiné. Z tohoto hlediska by mohly být některé výsledky trochu zkreslené, což připouštím i při interpretaci jednotlivých podcílů.

Jakési etické riziko spatřuji v tom, zda je vhodné seznámit ty informantky, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření, s výsledky vyplněného dotazníku. Vzhledem k tomu, že mi data poskytly jen pro akademické účely, nepovažuji za svůj úděl jim tento fakt sdělovat, i když mám o tomto rozhodnutí jisté morální pochybnosti.

Zpětně bych ráda reflektovala vhodnost volby výzkumné strategie. Smíšený výzkum považuji za adekvátní volbu vzhledem ke zkoumanému tématu. Na druhou stranu jsem nabyla dojmu, že namísto polostrukturovaných rozhovorů by se daly použít i rozhovory narativní, u kterých by byla větší šance komplexně odhalit pohled pečovatelek. Jelikož jsem se od počátku zaměřovala na faktory, které jsem si vytyčila v cíli práce, mohly mi uniknout i jiné rizikové aspekty mající vliv na vznik syndromu vyhoření u pečujících.

6 Interpretace získaných dat

6.1 Dílčí cíl 1: Zjistit, do jaké míry jsou neformální pečovatelé ohroženi syndromem vyhoření

V této části jsem na měření přítomnosti syndromu vyhoření u laických pečujících použila dotazník BM – psychického vyhoření, jehož autory jsou Pines a Aronson. Charakteristiku této metody jsem uváděla již v podkapitole 5.2 týkající se popisu zvoleného výzkumného šetření. Na následujících řádcích se tak budu zabývat vyhodnocením výsledků a jejich interpretací.

Pro vyhodnocení uvedeného dotazníku jsou stanovena jasná pravidla. Výpočet spolu se vzorem nevyplněného dotazníku uvádím v příloze (viz. Příloha D, s. 104). V další příloze uvádím vzor vyplněného dotazníku spolu s realizovaným výpočtem a jeho výsledkem (viz. Příloha E, s. 105). Výsledná hodnota značí míru psychického vyhoření u dané respondentky. Každou z respondentek jsem si v rámci dotazníku a rozhovoru označila číslem. Podle toho je možné zpětně srovnat výsledné hodnoty s výpověďmi.

Výsledky dotazníkového šetření uvádím v Tabulce 1, která je vložena na této stránce níže.

Tabulka 2: Výsledky dotazníku BM – psychického vyhoření

Označení respondentky	Výsledná hodnota
R1	4,81
R2	3,14
R3	3,76
R4	3,90
R5	4,24

Jak interpretovat výsledné hodnoty, uvádí ve své knize Křivohlavý (1998), z kterého budu níže vycházet:

- BM = 2 a nižší – celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví je možno hodnotit jako *dobrý*
- BM = až 3 – výsledek možno hodnotit jako *uspokojivý*

- BM leží mezi hodnotami 3,0 až 4,0 – doporučuje se zamyslet se nad životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života => doporučuje se *ujasnit si žebříček hodnot* a to nejen z hlediska jejich důležitosti, ale i z hlediska časového
- BM = 4,0 až 5,0 – možno považovat *přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou*, s čímž je nutné již nějak pracovat, např. se obrátit na psychoterapeuta atp.
- BM = 5,0 a vyšší – považováno za *havarijní signál*, tzn. nutno ihned jednat, např. obrátit se na klinického psychologa či psychoterapeuta

Jak můžeme dle výsledných hodnot uvedených v Tabulce 1, 2 z respondentek prokazatelně trpěly syndromem vyhoření. U tří vyšlo, že by se měly zamyslet nad životem a ujasnit si žebříček hodnot, přičemž u dvou z nich vyšly takové hodnoty, které se velmi blížily tomu, že trpí syndromem vyhoření. Na základě tohoto lze konstatovat, že tedy 3 respondentky byly syndromem vyhoření ohroženy, z čehož dvě kriticky.

Jednotlivé formy zátěže, tedy fyzickou, emocionální a psychickou, jsem s jednotlivými pečovatelkami nerozebírala. Vzhledem k formulaci mého hlavního cíle by se od něj toto zkoumání odchylovalo. Dotazník rovněž bere v potaz všechny tyto 3 formy. Důvody pro vynechání této pasáže mám ještě tři a to konkrétně: 1) vzhledem k tomu, že neformální pečovatelky mají nejen díky péči, ale i díky tomu, že při pečování ještě pracují, málo času, zbytečně by je další nepřilíš podstatné otázky zatěžovaly, 2) o těchto formách zátěže se můžeme dočíst v literatuře a zabývají se jimi i jiné výzkumy, 3) pokud to neformální pečovatelky považovaly za podstatné, zmínily tak v průběhu rozhovoru.

6.2 Dílčí cíl 2: Zjistit, které faktory souvisí se syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů

Tento dílčí cíl jsem záměrně zobecnila, aby bylo zřejmé, že jsem se v rámci svého šetření nezabývala jen mírou syndromu vyhoření, ani jeho příčinami, ale jednotlivými aspekty, které dosud komplexně prozkoumány nebyly, a jež by mohly s burnout syndromem souviset. Rozdělila jsem jej tedy následně do pěti podcílů, které budu jednotlivě interpretovat a v závěru uvedu nejrizikovější faktory, u nichž se jednoznačně potvrdila spojitost.

6.2.1 Dílčí cíl II. 1: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s délkou péče

Vzhledem k tomu, že téměř všechny respondentky využívaly službu osobní asistence, postavila jsem výzkumné otázky na tom, jakou průměrnou dobu stráví pečováním, a jak vnímají využívání této služby v rámci pečování. Neopomenutelný je i ten fakt, že jsem mnohdy byla předem obeznámena, po jaké časové období o seniora pečují, tudíž tato skutečnost nebyla zaznamenána při nahrávání rozhovoru. Předchozí záležitost ovšem popisují i v podkapitole 5.7, kde uvádím rizika výzkumné strategie.

Tento cíl by se dal vnímat ze dvou pohledů a to konkrétně, po jakou dobu je o seniora laickým pečujícím pečováno, anebo jakou průměrnou dobu v určitém časovém období věnuje pečovatel pečovanému. Aby nebyly opomenuty podstatné záležitosti, pokusím se aspoň ilustrativně zaměřit na obě zmíněná hlediska.

Co se týče délky poskytování péče ve smyslu časového období, po které je o seniora pečováno, tak na základě předchozí komunikace s respondentkami jsem usoudila, že není možné toto posoudit na základě položení prosté otázky, jak vnímají dobu, po kterou o seniora pečují a to nejen z toho hlediska, že je na ní poměrně komplikované odpovědět, ale i z toho hlediska, že by se pak špatně posuzovala souvislost s tímto syndromem. Zvolila jsem tedy metodu položení závěrečné otázky znějící následovně: „Co vnímáte jako největší zátěž při pečování?“ Tato formulace se mi osvědčila již při uskutečnění prvního rozhovoru a u těch nadcházejících se její užitečnost potvrdila, jelikož pečovatelky spontánně vypovídaly nejen o tom, co je pro ně nejvíce zatěžující, ale i o tom, jak je to propojeno s dobou, po kterou pečují. Na následující výpovědi je patrné, jak tíživé je pro pečovatelku sledování zhoršujícího se zdravotního stavu maminky v průběhu pečování: „*Tak pro mě je spíš, spíš je pro mě těžký vidět, jak ten člověk je nemohoucí jako, jo. Když vidím tu mámu, jak ta chůze, jak má ty nohy takhle rozestouplý, tak jako je mi to líto jako, jo. Je mi líto, že má bolest, a že prostě vidím tu proměnu toho člověka.*“ (R1) Zhoršující se zdravotní stav opečovávaného za dobu poskytování péče vnímala negativně i další dotazovaná: „*No tak asi největší zátěž je prostě se smířit s tím, že ta máma je čím dál nemohoucnější, a že pomalu jako odchází a těch úkonů je čím dál tím víc, takže i jako provozně je to obtížný a morálně jako. Člověk ví, že i když jí posloužíte, tak jí můžete samozřejmě ten život zpříjemnit, ale nemůžete ho vylepšit zásadně. Ačkoliv můžete ho vylepšit tou péčí, to jistě. Jestli zpříjemnit nebo vylepšit, to už je taky slovíčkaření.*“ (R3) Jedna z respondentek popsala největší zátěž za dobu péče takto: „*Tu dlouhodobou zátěž psychickou a fyzickou. Protože pět let je to teda nechodící člověk a předtím pět let, kdy potřebovala už ode mě taky denní jakoby pomoc no. Takže to je deset let tohle.*“ (R4) Je tedy patrné, že délky péče

sebou přináší i fyzické a psychické obtíže. Dlouhodobost péče sebou přináší i nepříjemnost dlouhodobého opakování věcí, která také souvisí se zhoršujícím se zdravotním stavem seniora, což demonstruje i následující zátěž charakterizovaná jako *„to stálý opakování jakoby těch věcí dokola no. Ono to je, to se jakoby těžko říká, protože když je to takhle den, dva, tak to člověku vůbec nevádí a pak najednou jako, když v tom začne bejt uvězněnej, tak se ta situace jako mění no. To se jako opravdu mění s tím, jak si člověk má možnost jako si od toho odpočinout.“ (R2)* Tento aspekt je zatěžující spíše z psychického hlediska.

Souhrnně by se dalo říct, že délka péče souvisí se syndromem vyhoření, protože za delší dobu, po kterou respondentky pečovaly, bylo patrné, že vnímají jako negativní pozorování zhoršování stavu milované osoby, které věnují svou péči, což mělo negativní dopad na jejich emocionální stránku.

Průměrnou dobu poskytování péče dávám do souvislosti s využíváním služby osobní asistence, jelikož se mi potvrdilo, že využívání této služby je z časového hlediska pro pečovatelky velkou úlevou. Dalším důvodem spojení těchto dvou složek je zprostředkování výzkumného vzorku skrze organizaci, která neformálním pečovatelům poskytuje konkrétně službu osobní asistence. Pokud bych tedy výše zmíněné nebrala v potaz, výsledky by mohly být zkreslené. Při této příležitosti bych tedy ráda konstatovala, že souvislost průměrné doby strávené péčí se nejeví jako faktor ovlivňující syndrom vyhoření a to v případě, že neformální pečovatelé využívají sociální službu, která jim s určitou částí péče vypomůže, protože díky tomu mají pečující více času na sebe, další blízké osoby a na práci, kterou při pečování všechny respondentky vykonávaly. Vzhledem k tomu, že kvalitativní část výzkumu není zaměřena na číselné hodnoty, na rozdíl od té kvantitativní, orientačně tedy uvedu jen dobu, kterou průměrně neformální pečovatelky strávily se seniorem, o kterého pečují, což vychází zhruba na 13 až 30 hodin týdně. Tato doba je závislá na mnoha faktorech, samy respondentky na ní odpovídaly obtížně. Jako příklad uvádím následující výpověď: *„Ten poslední rok tam chodím ráno, když přijdu z práce, ale to už odpoledne a večer jsou pečovatelky, takže spíš tam jdu si k mámě třeba posedět, nebo když oni večer nemůžou, tak jí uložím, takže teď v tom týdnu pracovním jsem tam řekněme pět, eh čtyři hodiny, ale mam mámu na celou neděli. Případně když oni nemůžou, tak třeba na těch šest hodin, kdy třeba na půl dne nemůže, tak. Eh to jsme řekly pět, pak celou neděli, to je 24 hodin (směje se), neboť v noci nepočítám... No tak to je těžko jakoby říct.“ (R4)* V náročnosti odhadování průměrné doby péče se všechny respondentky shodovaly. Jak již uváděla na počátku odstavce, časová tematika péče úzce souvisela s využíváním služby osobní asistence. Třetí dotazovaná formulovala přínos osobní asistence takto: *„No tak rozhodně ta*

osobní asistence, že můžu odejít do práce, bez toho by to nešlo, protože maminka je nesoběstačná, teda není ležící, ale je třeba ji dovést někam, tam sedí a pak zase ji dovést zpátky. A všechny úkony jako přebalování, poskytování jídla a oblékání a sprchování, to musí někdo dělat no. Takže to je velká pomoc ta osobní asistence, že tam přes den můžeme být v práci všichni.“ (R3) Je zřejmé, že bez využívání zmíněné sociální služby by existovala spojitost tohoto faktoru se syndromem vyhoření, což dokládá následující tvrzení: „Zařídili jsme to proto, aby prostě... Abych si mohla udělat nějakou práci dopoledne, abych si mohla udělat nějakou práci odpoledne, a jinak jsem tam přes to poledne. Prostě já bych tam nemohla být celý den, jinak bych tam musela s ní bydlet a být tam celý 24 hodin denně, což bych psychicky nezvládla asi, být tam 24 hodin pořád.“ (R1) U nikoho se neobjevil fakt, že by časově péči nezvládal, a že by ho přespříliš zatěžovala.

Shrnutí výsledků dílčího cíle II. 1

Pokud se jedná o stránku celkové doby poskytování péče za určitý časový úsek, tak zde můžeme najít spojitost se syndromem vyhoření. Respektive by se dalo říci, že čím déle trvá poskytování péče, tím větší zátěž to znamená pro pečujícího. V teoretické části jsem se zmiňovala, jak s přibývajícím věkem přibývají i zdravotní potíže, což se v tomto případě potvrdilo. Nejnegativnější dopad má na pečovatelky pozorování zhoršujícího se zdravotního stavu opečovávaného a s tím se i zvyšující nároky na poskytovanou péči.

Co se týče průměrné doby strávené péčí, neobjevila jsem souvislost s rizikem syndromu vyhoření, což je průkazně spojeno s faktem využívání služby osobní asistence. U respondentky, která poskytovala celodenní péči a prokazatelně trpěla syndromem vyhoření, by se dalo odhadovat, že bez využívání sociálních služeb, by průměrná doba strávená péčí, mohla mít vliv na riziko vzniku tohoto syndromu. Pro další zkoumání by bylo vhodné zkoumat tento faktor u většího množství neformálních pečujících, které žádnou sociální službu nevyužívají a data porovnat, aby mohl potvrzen či vyvrácen fakt této souvislosti.

6.2.2 Dílčí cíl II. 2: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s věkem pečovatele

Při zkoumání toho, jakou má věk pečovatelek spojitost se syndromem vyhoření jsem se zabývala i úzce spjatým faktem toho, zda pečují i o jiné osoby v domácnosti, což bylo myšleno tak, zda se starají ještě o své děti, vnoučata atd., přičemž tento fakt na věk člověka navazuje. V tomto případě bych rovnou ráda uvedla, že většina z respondentek nevěnovala péči jiným

osobám, než nesoběstačné mamince. Pouze u jedné z dotazovaných vyplynulo, že se částečně stará ještě o svého otce: „*Tatínkovi se starám o hygienu, to znamená peru, vařím a už jim tam i jednou týdně se sestrou jsme poskytlý úklid, aby ta paní zároveň se starala o mámu, a uklidí, takže částečně o otce no. Jako peru, vařím rodičům.*“ (R4) V tomto případě se ale neprokázalo, že by péče o dalšího člena domácnosti byla pro respondentku více zatěžující. Proto se dále budu zabývat čistě jen tím, jak byl vnímán vliv věku pečovatelek na poskytování péče jimi samotnými.

Vzhledem k tomu, že jsem se zavázala k neuvádění osobních údajů respondentek, uvedu pouze orientačně rozmezí, v kterém se jejich věk pohyboval, což je 40 – 65 let, z čehož čtvrtina respondentek byla nad věkovou hranicí 55 let. Ve výsledku se ukázalo, že vyšší věk pečovatelek má negativní dopad na jejich fyzickou i psychickou stránku, tudíž se dá soudit, že tento faktor přispívá k riziku ohrožení syndromem vyhoření. Tuto souvislost brilantně demonstruje následující tvrzení: „*No tak jak říká, říkala jednou Jiřina Šiklová, že se starý staraj o ještě starší, tak tak se cítím (směje se). To víte, že jo, je člověk unavenej, že jo, je to tak. (...) No tak já nevím, jak by to bylo, kdyby mně bylo o deset míň no. No tak jako je člověk unavenější samozřejmě a jako nejsem už tak v kondici, abych o víkendu, když pečuju, tak třeba obědváme až ve dvě. Než abych na dvě hodiny někam letěla, to už se radši zřítím do postele a třeba čtu si no. Tak v tomto smyslu negativně jistě. Má člověk celkově míň energie no, a když je unavenej, tak tudíž i míň trpělivosti a jako vlídnosti no. Že prostě už pak někdy trošku melu z posledního no.*“ (R3) Další dotazovaná uvedla spojitost svého věku s úbytkem sil: „*Myslím si, že nemam sílu, absolutně nemam sílu jí zvednout. (...) Já mám navíc posunutý obratle o osm milimetrů. (...) Takže myslím, že věk to ovlivňuje no, že pětadvacetiletý člověk by to dělal jinak.*“ (R4) Tvrzení čtvrté respondentky je obohaceno o pozitivní fakt, že s přibývajícím věkem má člověk víc zkušeností, přestože slábne jeho fyzická stránka a zhoršuje se zdravotní stav: „*Já když mě jakoby, když jsme se dohadovali, jak budeme schopný se postarat, tak já jsem řekla, já nevím, já třeba budu nemocná a nebudu tady moct bejt s mámou, protože nebudu mít možnosti jiný. Což se částečně stalo, musela jsem na operaci, museli to tady kluci zvládnout sami v létě a... Na druhou stranu má zase člověk víc zkušeností, jako já už, já už vlastně jsem se trošku jako uklidnila s tím, že mi, že prostě část tej péče chci dát jakoby, takže jí nelituju. A to možná kdyby to bylo dřív, tak ten strach by byl asi jako větší třeba, že. Že to takhle bude pořád. I když takže ten věk jako... To na jednu stranu si to člověk líp srovná v hlavě, na druhou stranu třeba když si představím, že já mam teďko, že už jsem taky unavená, že mam posledních deset let toho jako aktivního života, a že bych je měla úplně strávit tady, tak jako se mi nechce je dát. Nedám je prostě celý, ale hodně z toho jako člověk dá no.*“ (R2) Pouze v jedné z výpovědí se objevilo, že

pečovatelka nijak nevnímá, že by její věk ovlivňoval péči, spíše naopak byla věnována pozornost věku maminky související se zhoršujícím se zdravotním stavem: „*Jako tady ten věk neřeším, já spíš myslím, že pro mě je spíš obráceně horší to, když vidím prostě tu nemohoucí matku, že jo. To je pro mě... Spíš jako s tím bojuju, s tím se peru. Jo, vidím prostě člověka, který skoro nemůže chodit, že jo. Vidím jako, že prostě bojuje o ty základní hygienické potřeby, který potřebuje pro svůj život, a chtěla bych ještě, aby... Ta péče je tam právě proto, abych se nevyčerpala tímto, ale abych měla čas, abychom si povídaly třeba o rodině, abychom měly nějaký povídání o věcech, který jí těšej, bavěj, protože ta máma to v tý hlavě má srovnaný.*“ (R1) Při povídání si s citovanou respondentkou mi však přišlo toto tvrzení rozporuplné, jelikož dle vyprávění to působilo, že je občas na pokraji svých sil vzhledem k tomu, že i v důchodovém věku musí pracovat a péče na ní klade vysoké nároky z mnoha důvodů. Což je ovšem pouze můj dojem, proto uvádím to, jak dané ovlivnění vnímá sama dotazovaná, přičemž svým domněnkám nepřikládám takovou váhu. Nejmladší z informantek vnímala vliv věku na péči tímto způsobem: „*Myslím si, kdybych byla starší, asi těžko bych se dokázala v tomto rozsahu péče, kterou poskytují svému otci, o něho postarat. I když mi je jasné, že budu stárnout a nevím, jak dlouho tady s námi tatínek bude, takže to budu muset zvládnout i ve starším věku.*“ (R5)

Shrnutí výsledků dílčího cíle II. 2

Valná většina výsledků korespondovala s tím, že věk souvisí s rizikem vzniku syndromu vyhoření, jelikož se zvyšujícím se věkem je kladena větší fyzická zátěž na osobu pečovatele a samozřejmě přibývají i zdravotní obtíže. Zajímavým tvrzením bylo pozitivní ovlivnění věku z hlediska na poskytování péče, kdy jedna z respondentek uvedla, že s přibývajícím rostem i zkušeností člověka, které mají kladný vliv na nahlížení na poskytování péče. Pouze jedna z respondentek nepřipustila, že by její věk nějakým způsobem péči ovlivňoval. Nejmladší respondentka vnímala situaci tak, že právě díky svému nižšímu věku zvládá celodenní péči.

Pro srovnání a potvrzení výše uvedeného by bylo zajímavé se touto skutečností zabývat i u pečovatelek v nižší a vyšší věkové kategorii.

6.2.3 Dílčí cíl II. 3: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se zdravotním stavem pečovaného

K naplnění tohoto cíle jsem se dostala pomocí toho, že jsem se formou připravených otázek nejdříve zabývala tím, jak respondentky vnímají zdravotní stav osoby, o kterou pečují. Nadále jsem zkoumala, v jakém stupni závislosti se podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách pečovaný nachází a v návaznosti na to jsem se pečovatelek ptala, v kterých úkonech je podle nich senior závislý na jejich péči, a které naopak zvládá sám. Tyto zdánlivě podobné otázky jsem zvolila proto, aby bylo možné případně porovnat nejen to, jak je formálně vnímána závislost seniora, ale jak jí vnímají samy pečovatelky, z čehož pak mohou být vybrány ty činnosti, které vnímají jako nejvíce zatěžující. V poslední řadě jsem u dotazovaných řešila to, jak vnímají náročnost úkonů, s kterými pečované osobě pomáhají. Předchozí uvedené záležitosti by měly přispět k tomu, aby bylo možné komplexně posoudit, zda má zdravotní stav pečovaného vliv na riziko vzniku syndromu vyhoření.

V první řadě uvedu zjištěnou míru závislosti na pomoci jiné fyzické osoby podle legislativního ukotvení. Ve většině případů bylo pečováno o osoby, kterým byl přiznán II. stupeň závislosti. Pečovatelky často neuměly rozeznat samotný stupeň závislosti, věděly však, o co se jedná a ke stupni závislosti jsme se tak dopracovaly za pomoci výše příspěvku na péči, kterou senior pobírá, a kterou všechny dobře znaly, jelikož z těchto peněz financují osobní asistenci. Tento fakt lze souhrnně ukázat na následujícím příspěvku třetí respondentky: *„Má příspěvek zatím ten nejnižší, tak jsme žádali o zvýšení. (...) No já nevím, čtyři tisíce, to je asi první stupeň, ne? Já nevím, co je to za stupeň formálně. (...) Tak možná druhý, třetí, to já opravdu takhle nevím. Jsou to teda ty čtyři tisíce a teď jsme žádali o zvýšení, protože platíme tu osobní asistenci, že jo, pochopitelně.“* (R3) Pouze jedna laická pečující uvedla, že se osoba, o kterou pečuje, nachází ve třetím stupni: *„Oni jí přiznali osm tisíc, což je myslim druhý stupeň závislosti. (...) No druhý jako od shora, já nevím, já tady ty čísla... To bude třetí, čtvrtý je poslední.“* (R4) Ovšem výpověď byla v podobném duchu jako předchozí, tedy znalost finanční stránky, ne zcela přesného stupně závislosti.

Potvrdilo se, že dotazované pečovatelky uváděly zdravotní stav pečovaných osob podle toho, jak ho opravdu vnímají sami a ne podle toho, v čem je formálně senior závislý. Zdravotní stav pečovaných se různil, jedna z opečovávaných trpěla prokazatelně Alzheimerovou chorobou, u ostatních došlo vlivem věku a různých onemocnění k úbytku fyzických schopností. Celkově se opečovávané osoby pohybovaly ve věku 90 – 95 let a všechny byly závislé na pomoci jiné osoby prakticky ve všech denních činnostech: *„No. Ale vlastně sama, já nevím, takže vlastně... Ona se jako neoblíkně. Sedí a kouká celej den a ptá se, jestli půjde tam, jestli bude brát léky. Furt dokola.“* (R2) Výpovědi ostatních byly vcelku totožné.

Souvislost věku a zhoršujícího se zdravotního stavu je patrná z následujícího výroku, kdy respondentka komentovala, jak vnímá zdravotní stav maminky, o kterou pečuje: *„Úměrně*

věku. Asi v pětadevadesáti se nedá očekávat... A tím, že se ona nehýbe, takže síla jí velice jde rychle pryč, takže ještě když se před rokem řekněme docela dobře postavila někde, že se přidržela, tak teď jí to dělá problém i stát no.“ (R4) Ostatní výpovědi měly prakticky podobný význam. Menší odlišnost se projevila u druhé respondentky, kde na rozdíl od ostatních nepečovala o osobu, která má pouze zhoršující se fyzický stav, ale u níž se objevovala již výše zmíněná Alzheimerova choroba. Ta popsala svůj náhled na zdravotní stav maminky takto: „Je to asi jako teď v středně těžkej tej fázi. Že nás jako poznává, ale už začíná bejt inkontinentní a eh neutiká, což je skvělý. Eh ale nemůže jít sama ven. Ale i tady vlastně hrozí, kdyby tady byla delší dobu, takže třeba jí nenecháváme dýl, než dvě hodiny, že začne najednou bloudit, že nebude vědět. Takže vlastně je ta péče celodenní no.“ (R2) Celkově lze ale říci, že u všech opečovávaných osob byl zdravotní stav špatný, přestože se lišily jejich diagnózy a zdravotní potíže.

Nyní se budu zabývat tím, jak neformální pečovatelky vnímaly náročnost úkonů, s kterými svým nesoběstačným maminkám pomáhají. Již při interpretaci dílčího cíle II. 1 jsem nastínila, že zhoršující se zdravotní stav opečovávaných osob má souvislost s rizikem vzniku syndromu vyhoření. Abych se v tomto případě neopakovala, nastíním především tuto skutečnost ve spojitosti s náročností úkonů: „No tak nejnáročnější je to, že to jako nemá perspektivu zlepšení samozřejmě, že se to prostě horší. Tak mámě bylo 90 ted'ka, tak jako zlepšovat se to bohužel nebude, tak to člověk vnímá tak. I jako jak ona je mentálně v pořádku, tak samozřejmě vnímám, že jí to není příjemný, že je takhle strašně závislá, že jo. Každý podání hrníčku, musí o toho prostě někoho požádat no. A ty hygienický úkony, tak ona byla vždycky taková jako decentní, tak to jí samozřejmě je krajně nepříjemný.“ (R3) Můžeme tedy vidět, že samostatné úkony nejsou pro pečovatelku nejnáročnější, spíše vnímá jako negativnější faktor samotný zhoršující se stav maminky a bere v potaz i to, že samotné mamince není příjemné, že péči z tohoto důvodu potřebuje. Z dalších dvou výpovědí je patrné, že zdravotní stav osob, o které pečují, má negativní vliv na jejich psychickou stránku: „Jako asi mě psychicky vyčerpává ta jako pomalost, to neustálý opakování, to určitě mě psychicky teda vyčerpává. Protože já se snažim třeba jít a u toho ještě něco dělat, protože mi to jakoby mentálně jde na nervy. Vlastně mi to jako, jak tam člověk dlouho musí stát jako jo, než prostě eh jako to udělá, než to, tak to mě vyčerpává.“ (R2) Tuto realitu potvrzuje i následující tvrzení: „No neslyší, takže to je obtížný, to je taky trošku vyčerpávající a bohužel si s ní člověk nemůže tak popovídat už dneska, protože neslyší, tak se to omezuje na takový provozní konverzaci no.“ (R3) V neposlední řadě se objevil i negativní dopad na fyzickou stránku jedné z pečovatelek: „(...)postavit jí, svlíknout jí, když

potřebuje třeba na tu hygienu, vyměnit židli, když ona je na ty kolečkový, co jezdí a dát jí tu toaletní, tak to je docela fyzický náročný teda.“ (R4) Pouze u jedné z dotazovaných se nepotvrdilo, že by pro ni byla pomoc s úkony, které nezvládne maminka sama, nějakým způsobem náročná: „Tak jako v podstatě já to nepovažuji za nic jako náročného, protože zase díky tý mojí dceři zase hruba vim, protože když to studovala, tak jsme to spolu rozebíraly průběžně, takže tu problematiku těch starejch lidí jsem v podstatě jako si osvojila.“ (R1) Přesto se ale v průběhu rozhovoru zmínila o tom, že na ní má zhoršující se zdravotní stav její maminky negativní dopad, což jsem uváděla u dílčího cíle II. 2 zabývajícího se věkem pečovatele. Poslední dotazovaná uvedla, že otci pomáhá se všemi denními činnostmi a náročnost pomoci při těchto úkonech vnímala následovně: „Velmi náročné, jak fyzicky, tak i psychicky.“ (R5)

Shrnutí výsledků dílčího cíle II. 3

Pokud dochází v průběhu péče dlouhodobě k oslabování zdravotního stavu opečovávané osoby, hrozí riziko vzniku syndromu vyhoření. V této podkapitole jsem se snažila o poukázání zátěže z tohoto aspektu na pečující osoby, k čemuž jsem došla pomocí nepřímých otázek, přesto se však objevilo, že pečovatelky vnímají zdravotní stav svých maminek, o které pečují, jako negativní, což na ně má dopady z různých hledisek, ve většině případů jsou tímto ovlivňovány z fyzické a psychické stránky.

6.2.4 Dílčí cíl II. 4: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se vztahem pečovatele k pečovanému

Již před realizováním samotného výzkumného šetření, kdy jsem se s respondentkami domlouvala na osobním setkání, jsem se v rámci e-mailové komunikace dozvěděla stručné, ale podstatné údaje o osobách, kterým poskytují péči. V tomto případě bych tedy ráda konstatovala, že u většiny mého výzkumného vzorku došlo z tohoto hlediska ke shodě, jelikož všechny zúčastněné osoby pečovali o své matky. Poslední respondentka pečovala o svého otce. Nadále jsem se tedy zabývala zkoumáním toho, zda poskytování péče nějak ovlivnilo vztah mezi nimi. Dále jsem do této problematiky zahrнула ještě dva faktory, které sem dle mého názoru spadají a to konkrétně motivaci k péči a předcházení rozhodnutí přijetí pečovatelské role.

Ovlivnění vztahu z hlediska poskytování péče by se dalo interpretovat dvojitým způsobem. U některých dotazovaných došlo vlivem poskytování péče ke zlepšení v jejich

vztahu, u jiných to na vztah nemělo jakýkoliv dopad. V žádném případě se však neobjevila možnost, že by byl díky tomu vztah negativně ovlivněn. Žádnou změnu ve vztahu nezaznamenaly 3 respondentky. První z nich reagovala na otázku změny ve vztahu takto: „*No tak jako s mámou jsme vždycky vycházely dobře, maminka mě dokonce i pomáhala i s mojí dcerou, když byla nemocná, respektive já jsem to měla spíš potom jako terapii pro ní, když mi umřel táta, ale ona... Musela jsem tu její starostlivost trochu přibrzdit. (...) Máma si pořád vytváří problém, ona chce pořád vědět o tý rodině, ona je taková jako, chce vědět, jestli jsou všichni v pořádku, jestli jsou spokojení a tohleto jí stačí k životu jako jo, když ví, že jsou všichni v pohodě a myslím si, že nás miluje strašně. Je velmi milující prakticky... Ovšem já zastávám názor, že ano, musíme se k sobě chovat dobře, ale prostě starej člověk si nesmí to vynucovat jako, musí to bejt vzájemný, že je jedno, jestli to je malej člověk, malý dítě, prostě dospívající člověk... Prostě měla b ta úcta bejt vzájemná, jako ta úcta by neměla bejt vůči starejm lidem, mělo by to bejt všeobecně. (...) Takže v podstatě mám jí ráda, ale pro mě teď spíš je momentálně problém v tom, že prostě vidim, že už je stará nemohoucí, mám jinej pohled na ní jako. Ta proměna toho člověka, s tím se peru taky jo, s tím, že vidim tu maminku. Ale jinak jí mam jako ráda stejně, to jako jo.“ (R1) Zde je patrné, že pečovatelka nevnímá, že by se vztah mezi ní a maminkou díky péči nějak změnil a zastává názor, že lidé by se všeobecně měli respektovat a ctít bez ohledu na věk. Další výpověď v sobě zaznamenává to, že vlivem péče sice nedošlo ke změně vztahu, ale díky zhoršujícím se mentálním schopnostem opečovávané dochází k tomu, že už vztah se svojí dcerou tolik nevnímá: „*My jsme spolu vždycky vycházely skvěle, ale máma už teď někdy, když tam byly hlavně celej den, jsou tam ty pečovatelky třeba, tak když já jsem přišla, tak někdy byla zmatená a nevěděla třeba i opravdu, kdo jsem, to už se stalo. (...) Máma už to nějak nevnímá asi, ten náš vztah jako.“ (R4) Poslední respondentka popsala ovlivnění vztahu stručným způsobem: „*Vztahy jsou stejné, jako byly před onemocněním.“ (R5)***

U dalších dvou tázaných došlo vlivem péče spíše k pozitivní změně a to konkrétně v tom smyslu, že šly stranou jakékoliv spory, které měly v minulosti, nebo které by mohly vznikat, pokud by byl lepší zdravotní stav jejich matek a nepotřebovaly by tak péči: „*Řekla bych, že s ní vycházim líp. Jako teď. Že jsem si dělala vždycky, co jsem chtěla a teďko jsem ochotná se přizpůsobit. Když jsem byla mladá, tak jsem nebyla ochotná se přizpůsobit (směje se). A ona buzerovala, ona měla potřebu. Já to synům nedělám to, protože vim, že jsem tu svobodu potřebovala. Ale vlastně teďko vycházíme dobře, ona je bezmocná, ona za mnou jde jako dítě. (...) No. Vlastně všechny ty potíže zmizly, nějaký nejsou, nemam žádný. Ted' jako že bych jí něco*

vyčítala, jaká je, vůbec mi to nevadí, jak to bylo, je to pryč prostě a teď je to člověk, kterej potřebuje pomoc.“ (R2) Druhá zmíněná definuje změnu vztahu následujícími slovy: „No tak to je teda taková komplikovaná otázka. No samozřejmě dokud je plně při silách a soběstačná, tak jako můžeme se lišit v nějakých názorech, zájmech, ale to už teď odpadá, takže to já nedokážu říct, jestli vycházíme líp, nebo hůř, ale prostě odpadá tam ta konfrontace, kterou máte mezi dvěma fyzicky i mentálně rovnocennýma lidma, který si tvoří názor na něco jako mnohem svobodněji. Takhle ona, jak je prostě závislá a už nemá kontakty sociální, krom televize, tak nějaký názory na život a ještě s tou hluchotou, to už nepřichází, jako neformuluje to tak, že... Žádná konfrontace tam není, tak vycházíme.“ (R3)

Každopádně se dle výše uvedeného dá soudit, že vztah mezi pečovatelkami a jejich matkami rozhodně nemá prokazatelný vliv na riziko vzniku syndromu vyhoření.

Po uskutečnění rozhovorů se všemi pečovatelkami jsem se rozhodla interpretaci motivace a předcházení pečovatelské role sloučit, jelikož u všech pečovatelek se objevilo, že péči o svého rodiče považují za samozřejmost vzhledem k tomu, že se rodič staral dříve o ně, tak se jedná o reciproční motivaci. Co se týče předcházení rozhodnutí pečovatelské role, tak se všechny respondentky taktéž shodují v tom, že to braly jako automatickou věc a nijak nad tím nepřemýšlely. Pro ilustraci uvedu citaci, která v sobě zahrnuje oba faktory najednou: „No tak jako jsem dcera, tak je to prostě moje povinnost jí jako posloužit. Víím, že v těch zařízeních je to hrozný, takže dokud to zvládáme a nejsem na to sama, bydlíme tam pohromadě, takže provozně to je možný, tak to děláme. (...) Prostě jako rodiče pečují o dítě, tak člověk potom pečuje o nemohoucího rodiče, pokud je to v jeho silách, že jo. Což zatím v našich fyzických i provozních silách to je, tak to děláme no.“ (R3)

Shrnutí výsledků dílčího cíle II. 4

Z šetření vyplynulo, že vztah pečovatele k pečovanému nemá souvislost se vznikem syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že všechny pečovatelky byly s pečovanou osobou ve vztahu dcera – rodič, bylo by vhodné se při zkoumání tohoto faktoru dále zaměřit na pečující, kteří mají s pečovaným jiný příbuzenský vztah, dále na ty, mezi kterými nejsou ideální interpersonální vztahy, případně na pečovatele, kteří nejsou s pečovanou osobou v žádném příbuzenském vztahu. Podpora obsahu této pasáže by se dala hledat i ve významu mezigenerační solidarity v péči o seniory.

Všechny dotazované považovaly péči o nemohoucího rodiče za samozřejmou, proto ani tento fakt nelze propojit s rizikem syndromu vyhoření. V tomto případě by bylo zajímavé

zahrnout do vzorku respondentů i osoby, které např. neměli jinou možnost, než se o nesoběstačnou osobu postarat, či ty, které nemají k péči tak silnou motivaci a provádějí ji pouze z nutnosti.

6.2.5 Dílčí cíl II. 5: Zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí se systémem péče

Předposledním zkoumaným faktorem bylo zjistit, zda syndrom vyhoření souvisí s tím, zda člověk pečuje sám, s rodinou, či s institucí. Vzhledem k tomu, že jsem již zmiňovala, že téměř všechny pečovatelky z výzkumného vzorku využívají při péči službu osobní asistence, a že se v další kapitole budu zabývat využíváním sociálních služeb, zvolila jsem pouze jednu tazatelskou otázku znějící takto: „*Jak vnímáte pomoc jiných osob s péčí o seniora?*“ Ostatní vytyčené cíle zkoumání vyplynuly z jiných otázek spadajících do ostatních dílčích cílů, a u nichž se pokusím aspoň o stručné shrnutí na závěr v rámci naplnění cíle práce.

Všechny respondentky kromě jedné byly primárními pečovatelkami, ale kromě jednoho případu každé z nich pomáhaly s péčí další rodinní příslušníci. Tři z respondentek sdílely s pečovanou osobou společnou domácnost, tudíž většinou měli při péči oporu v dalších členech, kteří s nimi bydleli. Jedna z těchto respondentek v rámci zaznamenávání rozhovorů odpověděla na zmíněnou otázku stručnou větou: „*No bratr, švagr s přítelkyní, takže je to rozložený, plus teda ta osobní asistence.*“ (R3) Druhá z nich zmínila pomoc otce, který s nimi bydlel, a který sám částečně potřeboval péči při některých úkonech a dále ještě pomoc své sestry, která dochází za maminkou v pravidelných intervalech: „*No otec se snaží, jak jsem říkala, ale je to někdy... No jako dřív pomohl, on si k ní někdy sedne, takže jo, tatínek se snaží a eh jako, jako ale nepomůže moc. A sestra ta tam začala víceméně chodit s péčí, až když se to mámě přihodilo před těmi pěti lety, když se vrátila z té nemocnice, předtím víceméně chodila jenom na návštěvu, takže to bylo na mně a teď tam sestra chodí jednou, jeden den v týdnu a když jsem pryč, tak tam zaskakuje na ty víkendy. To musí ona vařit a tyhle věci, takže částečně. No myslím, že by mohla pracovat víc (směje se). (...) Jako nebo když jsem nemocná, tak samozřejmě ona zaskočí. Je to daný tím, že tam bydlím v jednom domě no.*“ (R4) Zde je patrné, že míra pomoci jiných osob není dostatečná, ale stále je oceňována. Skutečnost sdílení společné domácnosti je v tomto případě téměř zanedbatelná, výpovědi jsem tak rozdělila jen z toho důvodu, že při rozhovorech s pečovatelkami jsem měla dojem, že pokud se něco stane, je společné bydlení s dalšími osobami v této spojitosti výhodné v tom, že za ně ihned může někdo převzít jejich část péče a

je tak snazší tuto situaci řešit. Což ovšem nemám podložené výpověďmi. Respondentka, která sice sdílela domácnost jak s pečovanou osobou, tak s dalšími členy rodiny ovšem nezaznamenala výraznou pomoc od jiných osob: *Na péči jsem sama, takže nemůžu posoudit. Manžel řekl na rovinu, že kdyby se mi něco stalo, tak by to sám nezvládal a ani nedělal. Dcery nanejvýš tátu občas pohlídají cca 1 hodinu, když to je nutné!* (R5) Vzhledem k tomu, že citovaná respondentka trpěla dle výsledků dotazníku syndromem vyhoření a nevyužívala při péči žádné sociální služby, lze soudit, že téměř nulová podpora od dalších osob či institucí u ní vliv na syndrom vyhoření má. Při mém doptávání se totiž uvedla, že díky péči nemá čas nejen na sebe, ale ani na rodinu a tento fakt vnímala negativně. Další dotazovaná se dělila o péči spolu se svými dvěma syny, přičemž působilo, že tento model nevnímá sice jako ideální, ale považuje ho zatím za dostačující a funkční: *„No prostě když jako pomůžou ty lidi a využijou se ty služby, který tady prostě jsou a člověk se tomu i věnuje, že si to jako vybere a nastaví, protože ono to taky není jako eh, taky člověk se s tou službou musí nějak jako dohodnout, nebo jako taky neřešit nějaký věci. To prostě ty věci nejsou ideální, ale prostě je to v tom skloubení. Je to vlastně ve využití všech těch komponentů. My třeba vědomě, i když třeba, my prostě vědomě ty služby máme, i když nás to stojí nějaký peníze, aby ona měla kontakty další s lidma, aby s ní dělali ty cvičení, aby měla jako a... A aby si i odpočinuli oni... Což je zásadní záležitost.“* (R2) V pomoci dalších jiných osob zde bylo zmíněno i využívání služby, konkrétně osobní asistence. Poslední případ není tak kladný jako předchozí. Přestože respondentka má podporu v péči od své sestřenice, tak se u ní objevovaly problémy ve vztahu s jejím bratrem a v jeho rezignování na pomoc s péčí o maminku: *„Tak pomáhá mi ta sestřenice, občas tam teda zajde moje dcera, ale ona je hodně pracovně vytížená a není zdravá, takže jí musím taky šetřit. (...) Když jsem požádala mého bratra, aby se zapojil, tak mně řekl, že to je věc dcer. Že to je věc dcer, ta péče. (...) Ale jestli jako můžu říct, co je teda asi jako nejtěžší v tý péči, tak to je to, že tam je ta špatná domluva s tou rodinou. To je asi pro mě to nejtěžší.“* (R1) U této pečovatelky bylo po celou dobu rozhovoru patrné, že jí špatné vztahy s bratrem tíží a mají na ní negativní dopad při péči o maminku, jsou pro ní tedy psychickou zátěží. Ovšem jako předchozí pečovatelky, i tato využívala službu osobní asistence, která byla vnímána kladně.

V případě mé diplomové práce nemohu posoudit, jak syndrom vyhoření koresponduje s tím, zda je člověk na péči sám, jelikož jsem se s takovými osobami v rámci výzkumu kromě jednoho případu nesetkala, nepochybně by ovšem stálo za to se tímto dále zabývat. Teoreticky by se dalo odhadovat, že člověk, který je na péči sám, je více ohrožen syndromem vyhoření.

Vzhledem k tomu, že se mi tato skutečnost potvrdila pouze u jedné respondentky, toto nelze tvrdit s jistotou.

Tím, jestli burnout syndrom souvisí s tím, zda člověk při péči využívá nějakou instituci, se zabývám v poslední podkapitole, která řeší souvislost syndromu vyhoření s využíváním sociálních služeb. Předem ale mohu nastínit, že využívání sociálních služeb vliv na syndrom vyhoření má. Ty informantky, které je využívaly, jejich pomoc vnímaly velmi pozitivně a měly díky tomu aspoň trochu času na sebe a práci, kdežto jediná dotazovaná, která je nevyužívala a byla na péči sama, trpěla prokazatelně syndromem vyhoření a uvedla, že za určitých okolností by zájem o jejich využívání měla: *„Ráda bych nějakou pomoc využila, ale když si chci o něco zažádat, tak mám pocit, že se musím stále někde doprošovat, takže tyto služby již nevyužívám. Na začátku jsem využila rehabilitační sestry od Charity a byla jsem celkem spokojená. Tatík měl nárok na tuto službu pouze 3 měsíce, což je málo.“ (R5)*

Shrnutí dílčího cíle II. 5

Faktor pomoci při péči nekorresponduje ve většině uvedených případů s rizikem vzniku syndromu vyhoření a to v tom kontextu, že pokud mají pečující osoby dostatečnou oporu při péči v rodině a využívají k tomu v potřebné míře sociálních služeb (v případě mé práce osobní asistence), není na ně z tohoto hlediska kladena taková zátěž. Pouze u dvou z respondentek by se dalo říct, že nefunkční rodinné vztahy a tím i menší pomoc při péči přispívají k nadměrné psychické zátěži, což lze potvrdit i tím, že obě trpěly syndromem vyhoření a na základě jejich tvrzení lze soudit, že jim buď špatné vztahy v rodině, nebo neochota členů pomáhat, ke vzniku tohoto syndromu přispěly. Na druhou stranu jedna zmíněná pečovatelka využívala také uvedenou službu, která pro ní byla z mnoha hledisek při péči přínosná. Souhrnně lze ale říci, že pokud jsou rodinné vztahy funkční a pečovatel kombinuje péči s formálními zdroji péče, je v této oblasti riziko vzniku syndromu vyhoření minimalizováno.

V teoretické části jsem zmiňovala důležitost rodiny v péči o seniora, což tato podkapitola stručně dokládá.

Opět by bylo zajímavé porovnání výsledků s větším množstvím pečujících, které nevyužívají žádnou sociální službu či jinou službu než je osobní asistence a dále s větším množstvím pečujících, které nemají žádnou oporu od rodinných příslušníků při péči.

6.2.6 DC II. 6: Zjistit, jak syndrom vyhoření souvisí s využíváním sociálních služeb

Při příležitosti zaobírání se sociálními službami a jejich využíváním při péči o seniora jsem se z velké části opírala o poznatky z literatury, která uvádí neznalost či nedostatečnou informovanost pečovatelů o tom, na co mají nárok a o možnosti služeb, které jsou pro pečovatele i pečované k dispozici. Kontextuálně na to jsem se ptala na mínění pečovatelek ohledně využívání sociálních služeb při péči o seniora. V neposlední řadě bylo šetřeno, jaký názor mají respondentky na dostatečnost sociálních služeb ve svém okolí (v tomto případě v Praze), a které služby jim tu případně chybí. V závěru jsem řešila, jaké jiné formy pomoci tázané pečující využívají (např. svépomocné skupiny).

Téměř všechny respondentky považovaly informace, kterými disponovaly v průběhu rozhovorů, pro své potřeby za dostatečné. Za nedostatečné je považovala pouze informantka, která nevyžívala při péči žádných sociálních služeb, tento okruh komentovala následovně: *„Veškeré informace jsem si musela zjistit sama pomocí internetu a rad známých. V tomto směru není státem postaráno o pečující osoby. Stát by si měl považovat pečujících!“* (R5) Respondentka č. 2 má vzhledem ke svému povolání, které pro zachování anonymity nebudu zveřejňovat, dobrou dostupnost k těmto zdrojům, tudíž sama konstatovala, že není schopná tuto okolnost věrohodně posoudit: *„Já je využívám jako, takže o nich vim, že jo. (...) Ale já nejsem, já prostě si jednak informace umím sehnat a za druhý s nima celej život pracuju. (...) Já prostě nejsem ten vhodnej typ, kterej tohle posoudí. Protože já si to jakoby seženu, co potřebuju no.“* (R2) Následně zmínila i domněnku, že spíše starší pečující to mají s dostupností informací obtížnější: *„Já si myslím, že asi jako je problém v tom, že ty starší lidi, který se staraj jakoby o toho seniora, že to většinou prostě jako neuměj s těma informacema.“* (R2) Tuto připomínku přidávám jen jako zajímavost, která by případně mohla být dále zkoumána, jelikož by teoreticky mohla existovat mezi věkem pečovatele a formou získávání informací a jejich dostatečností. Uvádím ji i z toho důvodu, že jedna z dotazovaných ve své výpovědi naznačila, že někteří lidé si informace hledat neumí, přičemž ona mezi ně nepatří: *„Ty informace jsou dostupný, já si ty informace umím najít jako, jo, mně to nedělá problémy. Já jsem s těma informacema pracovala, ty informace umím najít, ale prostě jsou lidi, který neuměj.“* (R1) Následující respondentka považovala za postačující, že si informace získala při řešení formální pomoci s péčí: *„Já nevím, ty informace jsem si asi, myslím, že všecy zjistila, když jsem hledala tu péči, protože jsem to hledala víceméně já. Dostatečnost no asi v rámci možností.“* (R4) Podle jedné z pečovatelek byla větší překážkou cesta, jakou se k informacím dopracovala: *„No tak pracně jsem si je získávala a teď už jsem orientovaná, teď už jo, ale není úplně jednoduchý teda se je*

dozvědět. A sesumírovat si veškerý možnosti.“ (R3) Na otázku, jak se k informacím dopracovala, reagovala: „Tak postupně, když byla (maminka) v nemocnici, no tak prostě všelijak, ze všech zkušeností, z okolí, co je možný a pak člověk... Jsem sháněla tu osobní asistenci, tak jsem se obracela na asi dvě nebo tři instituce a vyšel mi z toho Sue Ryder jako nejkvalitnější. Ale zorientovat se v tom není úplně teda jednoduchý, to musím říct, že než všechno tohle člověk odhalí, co by mohl, tak to všechno dá práci.“ (R3)

Tento odstavec by se dal uzavřít tím, že informace dostupné jsou, jelikož je neformální péče poslední dobou velmi žhavým tématem a vyšlo velké množství publikací, které sesumírovaly, které sociální služby je možné při péči využívat. Prekérnější je ten fakt, zda se k nim pečovatelky nějakým způsobem dostanou. Přes dvě negativnější výpovědi, týkající se náročnosti získávání informací, by se přesto dalo konstatovat, že můj výzkumný vzorek měl v době rozhovoru informace, které pro ně byly uspokojivé. Pečovatelky tedy z tohoto pohledu nebyly z žádné stránky nijak negativně ovlivněny a dostupnost či nedostupnost informací se nejeví jako faktor související se syndromem vyhoření. Pokud by ovšem výzkumný vzorek zahrnoval osoby, které jsou teprve na počátku pečování, mohl by se výsledek teoreticky lišit.

Názor na využívání sociálních služeb, v užším smyslu na všemi využívanou službu osobní asistence, byl veskrze kladný, což potvrzuje výrok: *„No je to úleva, když najdete člověka, kterej pasuje jednak teda mně, jednak vidim, že je k mámě příjemnej, a že to s ní umí a ještě třetí je u nás to, že jí akceptuje otec, že jo, protože ten je tam celej den no a pro něj jako, když mu tam někdo běhá....“ (R4) Ostatní se s pozitivním hodnocením služby, kterou využívají, ztotožňovaly. Všechny respondentky vnímaly využívání služby jako velkou úlevu při péči a to především z toho důvodu, že jim umožňuje docházet do zaměstnání: *„No tak dovoluje nám to chodit do práce, že jo, protože jinak by to nešlo.“ (R3) Tento fakt se v průběhu rozhovorů objevoval u všech dotazovaných, které při péči zvládaly rovněž pracovat a to většinou na zkrácený úvazek. Jelikož je osobní asistence službou, která je poskytována za finanční úhradu, která není zrovna malá (pozn.: zhruba cca 100 Kč za 1 hodinu asistence), souvisí s možností jejího využívání i to, zda je pro pečovatele finančně dosažitelná: *„No my platíme tak dvacet tisíc měsíčně za tuhle službu. (...) Takže kde na to vzít a nekrást, jak se říká (usmívá se). No. Tak to je, tady vidim teda jako nedostatek. To jo, protože tohle opravdu si nemůže každěj dovolit jako no. (...) No, my se dělíme se sestrou a táta a těch osm tisíc.“ (R4) Všechny respondentky si mohly dovolit tuto službu hradit, ovšem ekonomickou náročnost služby zmiňují proto, že nepochybně existují i neformální pečující, kteří by tuto službu potřebovali či rádi využívali, ale***

z ekonomických důvodů pro ně dosažitelná není. Tato skupina osob však není v mém vzorku obsažena.

Využívání služby osobní asistence umožňuje pečovatelkám mít více času na sebe, být ekonomicky aktivní a tak se i nějakým způsobem realizovat. Šetří tedy pečovatelkám aspoň část doby, kterou by jinak strávily péčí, a kterou tak mohou trávit dle svého uvážení, dále jim v čase, který díky osobní asistenci respondentky netráví péčí, může ušetřit aspoň část psychické a fyzické zátěže, která je na ně při poskytování péče kladena. Dalo by se říct, že využívání této služby z popsaných hledisek aspoň částečně brání riziku syndromu vyhoření. Záležet může však i na tom, v jakém rozsahu je využívána.

Z opačného pohledu by bylo velmi přínosné realizovat výzkum s laickými pečujícími, kteří z různých důvodů nejen této, ale i jiných služeb, nevyužívají a spolu s tím prozkoumat nejen dopady nevyužívání, ale i jevy, které k němu vedou.

Mínění o využívání sociálních služeb celkově už obsahovalo zápornější prvky. Ve dvou případech se objevila negativní zkušenost s donáškou obědů (pozn.: zajišťuje pečovatelská služba): „*My jsme využívali ještě eh, ještě jsme využívali sociální službu obědy, dovoz obědů, ale vzhledem k tomu, že maminka pak byla v tý nemocnici a měla dietu, tak už jsem eh to už neaktivovala znova. (...) Třikrát týdně jí normálně zavázeli obědy, jo. Ale jako musím se přiznat, že ta strava se mi nezamlouvala.*“ (R1) Obdobnou výpověď s nespokojeností s touto službou uvedla i druhá respondentka: „*Co se týče těch služeb, jako vůbec nechápu jako, to se dělo i otcí, jak hnusně vaří ty služby pro ty lidi. Že teda hodně lidí říká, že se to fakt nedá jíst a ještě to není nějaký teda úplně... (...) No fakt je to na mizerný úrovni, a když si člověk vezme, že ty starý lidi už nic kromě toho jídla skoro nemaj, jo, tak je to teda smutný, jo.*“ (R2) Obě respondentky však vyřešily tento problém ukončením služby a žádným způsobem to neovlivnilo jejich pohled na služby ostatní.

Předposlední kategorií, které jsem věnovala pozornost, byla dostupnost služeb v okolí pečovatelek a zaměření se na služby, které zde chybí. Tato část má sloužit k účelu, zda (ne)dostupnost služeb souvisí s mírou jejich využívání, a k tomu, co by teoreticky bylo možné na sociálních službách změnit, zlepšit či doplnit ve prospěch neformálních pečujících. Dostupnost služeb v hlavním městě Praze považovaly informantky celkem vzato za uspokojivou: „*Já si myslím, že tady v Praze, tady je těch služeb jako víc jako no. tady jako kdybych jako potřebovala dál pracovat, tak si myslím, že tady ty lidi jako eh vědí. Je tady možnost. Jako vzhledem k tomu, že se zase umím orientovat v tom, takže vim, že na tý Praze 10 je Dům sociálních služeb, tam je, znám jejich ceník, vim. Pak je tam ta osobní asistence.*

Vim, že je osobní asistence Hewer jako velká endura, která taky poskytuje. “ (R1) Zde je ovšem patrné, že se dotazovaná zaměřovala z valné části na dostupnost služby osobní asistence, kterou sama využívá, proto v tomto případě může být tvrzení tímto zkreslené. Neobjevily se žádné služby, které by informantce chyběly při poskytování péče. Obdobná tvrzení se objevovala i u ostatních oslovených. K chybějícím službám se vyjádřily 3 z informantek. Jedna z nich tuto část komentovala tak, že jí chybí kvalitní služby, respektive kvalifikovaný personál ve službách: „No pokud chci mít toho člověka doma, tak asi mně chybí ty kvalitní lidi no. “ (R4) V návaznosti na to si stěžovala také na nedostatečnou kapacitu sociálních služeb. V rámci rozhovoru jsem ovšem nabyla dojmu, že informantka spíše špatně pochopila otázku a vyjádřila se spíše k nedostatkům, které u dostupných služeb spatřuje. Přesto její tvrzení zařazuji do této části, aby na základě mého subjektivního názoru nedošlo ke zkreslení. Objevil se i názor, že chybí denní stacionáře pro seniory s Alzheimerovou chorobou: „Fakt je ten, že jsme chtěli, že jsem se sháněla po službě takovej tej školky jako vodit, to měli dřív ve Sue Ryderu, jo. Že bych prostě jí ráno odvezla a večer přivezla nebo to a to už tam není a není ani, byla dole v Modřanech, a taky není. Takže tohle třeba. (...)Ale to tam určitě dejte tyhle denní stacionáře pro Alzheimer, protože oni prostě ty Alzheimer nechtěj no. “ (R2) V tomto případě není problémem, že by v Praze chyběli denní stacionáře, ale to, že do nich nepřijímají osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Přestože jedna z respondentek považovala dostupnost služeb ve svém okolí za dobrou, chybělo jí zde ovšem nějaké komplexní poradenství: „V tý Praze bych řekla, že je dostatek těch sociálních služeb, jenom se v tom zorientovat no. (...) Komplexní poradenství by asi bylo docela prima, to rozhodně. Protože když třeba je ten člověk v nemocnici, tak když ho propouští, tak vám řeknou, že buď teda může jít do tý následný péče, ale to si musíte říct deset dní předem, nebo co a pak ho pustí a teď vy nevíte přesně, že se tam zhorší ta pohyblivost a teď honem jsme to řešili, protože jsem zjistila, že prostě jako ta máma sama už nevstane. Tak vám řeknou, že jí pustí a honem prostě sháníte, takže to bylo asi tak na podzim, než jsem padla na ten Sue Ryder. (...)No tak ona tam je nějaká ta sociální asistentka, ale no, bylo to po tom propuštění z nemocnice, to jsem teda byla trošku na zhroucení, protože to jako jsem si nevěděla rady a v tom okamžiku vám teda jako tak nikdo komplexně neporadí. Ted' po podzimním pobytu v nemocnici se ta její soběstačnost... Silně klesla, že bylo jasný, že už se nemůže pohybovat sama, ani s tím chodítkem, takže bylo jasný, že někdo veškerý úkony musí jako podávání jídla a tak dále, to bylo trošku hnusný, to jsem to zařizovala ze dne na den nějakou výpomocí, než teda... Než jsem se dopracovala k tomu Sue Ryderu. Protože oni taky samozřejmě nemůžou ze dne na den, maj nějaký rozpisy služeb pochopitelně, tak než to začlo fungovat, tak to bylo teda jako drsný no. Že jsem teda měla ještě docela fofry v práci, tak to bylo takový hodně drsný, ale

ted' už se to ustálilo. " (R3) Problematika chybějícího komplexního poradenství pro neformální pečovatele pečující o nesoběstačného seniora v rodině by mohla být dobrým námětem pro diskusi v otázkách dostupnosti informací a služeb. V podstatě jde o takovou ideální myšlenku, která není plně v praxi realizována, a pokud je pečovatel neočekávaně postaven před rozhodnutí, zda se o nemohoucího rodinného příslušníka postará a nemá přitom žádné povědomí, jak při kladném rozhodnutí postupovat, je jeho absence velkou bariérou.

Informantka, která sociálních služeb nevyužívala, ale nějaké zkoušela v minulosti, uvedla, že by nějaké ráda využila, ale díky negativním předchozím zkušenostem a špatné finanční dostupnosti je v tomto ohledu demotivovaná. Vzhledem k tomu, že bydlí na vesnici, uvádím i její pohled na dostatečnost množství služeb: *„Mám dojem, že jich je málo, anebo o nich nevím a nemám už sílu na to, to zjišťovat.“ (R5) K chybějícím službám se vyjádřila následovně: „Chtělo by to nějakého mobilního sociálního poradce, který by v klidu v domácím prostředí byl k dispozici všem pečujícím, kteří by se na něho kdykoliv obrátili s prosbou o pomoc po stránce sociálních věcí, ale i o nároku na zdravotní pomůcky, rehabilitace a podobně. A třeba i by jim pomohl některé věci zařídit. Opravdu, informovanost je velmi malá, obvodní lékař nemá čas zjišťovat, na co máme, či nemáme nárok, na sociálce nemají na starosti pouze jen nás (nehledě na to, že kolikrát jsem měla pocit, když jsem o něco žádala, tak že jako by to měli dávat ze svého) a podobně! Tudiž už o nic nikde nežádám, nikoho neobtěžuji, protože nemám čas a ani sílu pobíhat po úřadech a něčeho se doprošovat!“ (R5)*

Ke konci řešeného podcíle jsem zjišťovala, jaké jiné formy podpory neformální pečovatelky využívají. Často nevěděly, co si pod touto otázkou představit, tak jsem je musela sama dovést k příkladu možnosti svépomocných skupin. Pouze jedna respondentka uvedla, že docházela na setkávání neformálních pečovatelů, které se nazývá „Čaj o páté“ a zmínila svůj velmi kladný postoj k docházení na tato setkání: *„Já jsem chodila do tej Alzheimerovskej spoločnosti na „Čaj o pátý“. To je u tej Ivy Holemerový, já si myslím, že to je dobrý pro ty lidi jako. Skoro bych řekla, že to je výborný.“ (R2) Ostatní s tímto neměly zkušenost a po probrání této možnosti ani nejevily zájem o účast na těchto setkáních. Všechny se shodovaly na tom, že je pro ně lepší si zkušenosti a problémy spojené s péčí řešit o samotě, případně s lidmi, které znají.*

S přihlédnutím k tomu, že se převaha respondentek neúčastnila těchto setkávání a ani nechtěla, není vhodné spojovat tento aspekt s vlivem na syndrom vyhoření.

Shrnutí dílčího cíle II. 6

Jako podstatný faktor pro prevenci syndromu vyhoření se jeví využívání sociálních služeb, které je pečovatelkami nejen pozitivně vnímáno, ale zároveň je částečně zbavuje zátěže, která je na ně při péči kladena. Konkrétně se zde jednalo o využívání služby osobní asistence. U dalších bodů zkoumání se provázanost s rizikem syndromu vyhoření neobjevila. Při příležitosti zabývání se sociálními službami je ale na místě dodat, že služby nepokrývají všechny potřeby neformálních pečujících, protože jsou zde stále služby, které neformálním pečovatelům v jejich okolí chybí. Velice podstatným poznatkem je absence komplexního poradenství pro laické pečující, kteří poskytují péči nesoběstačnému seniorovi v rodině.

Jako u všech zkoumaných faktorů, tak i na tomto místě vnímám nedostatek týkající se výzkumného vzorku a tím je nerůznorodost respondentů. Zůstávají tak neodhaleny vlivy zkoumaných faktorů na pečující, kteří při péči sociálních služeb nevyužívají.

Přestože můj vzorek obsahoval pouze jednu respondentku, která nevyužívala žádných sociálních služeb, pro zajímavost bych si dovolila konstatovat, že u ní bylo zřejmé, že nevyužívání sociálních služeb u ní má na syndrom vyhoření, kterým prokazatelně trpěla, vliv a to z toho důvodu, že uváděla, že by o nějaké služby zájem měla, ale již byla demotivovaná k jejich využívání, nebo pro ní byly finančně nedostupné. Pro lepší porovnání by bylo vhodné do vzorku zahrnout více pečujících, kteří nevyužívají sociálních služeb a jejich výsledky porovnat s druhou skupinou těch, kteří jich využívají.

Závěr

Práce si kladla za cíl, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému (dcera, syn, matka, bratr, manžel), se systémem péče (sám, s rodinou, s institucí), s využíváním sociálních služeb. Při analýze dat jsem se striktně držela toho, abych od cíle neodbočovala a naplnila jej tak, což se z mého pohledu v rámci možností podařilo. Naplněny byly rovněž jednotlivé dílčí cíle. U každého z nich jsem uvedla, zda, a jakým způsobem souvisí jednotlivé faktory se syndromem vyhoření. Co se týče naplnění cíle zjištění, do jaké míry jsou neformální pečující ohroženi syndromem vyhoření, ten se povedlo jednoznačně naplnit za použití dotazníku BM – psychického vyhoření, který je považován za spolehlivý nástroj měření. Jeho výsledky jsem pak porovnávala s daty sebranými za pomoci polostrukturovaných rozhovorů.

Smíšený výzkum se osvědčil právě v tom, že bylo možné data porovnat se spolehlivým nástrojem, čehož bych za použití čistě kvalitativního výzkumu formou rozhovorů nedosáhla. Na druhou stranu vidím nedostatky právě ve volbě polostrukturovaných rozhovorů, které sice umožnily hlubší prozkoumání jednotlivých faktorů, ale vidím zde i možnost, že vzhledem k zaměření na dané aspekty, mohla zůstat neodhalena další podstatná fakta související se syndromem vyhoření u pečujících osob. Již v podkapitole 5.7 jsem naznačila, že by bylo přínosné pokusit se stejné téma zkoumat za pomoci narativních rozhovorů.

Z výsledků kvantitativního výzkumu bylo patrné, že dvě z pečovatelek trpěly syndromem vyhoření, další tři byly tímto syndromem ohroženy a měly by tak přehodnotit svůj život a žebříček hodnot, z čehož u dvou z nich se výsledky blížily přítomnosti syndromu vyhoření. Využití těchto dat posloužilo k vyhodnocení předem stanovených faktorů a jejich souvislosti se syndromem vyhoření u neformálních pečujících. Ukázalo se, že celková doba trvání péče souvisí s rizikem vzniku syndromu vyhoření, přičemž se zde projevila patrná souvislost se zhoršujícím se stavem pečovaného za dobu trvání péče, který měl negativní vliv na psychickou stránku pečovatelek. V dnešní době je zdravotnictví na poměrně vysoké úrovni a pomáhá tak ke zvyšování průměrné délky života. Čím vyššího věku se člověk ovšem dožívá, tím více slábne jeho fyzická stránka a soběstačnost. To, že pečovatelky musely tuto skutečnost pozorovat po dobu několika let je jednou z dalších možných příčin, proč jsou syndromem vyhoření tak ovlivněny. Na tento poznatek bych ráda navázala i dalším výsledkem, kterým byla souvislost věku a syndromu vyhoření. Pečovatelky trpěly díky svému věku také zdravotními obtížemi a péče je namáhala i po fyzické stránce. Tento fakt vede k domněnce, že mohou pečovat i osoby, které budou brzy sami potřebovat péči, přičemž budou muset tuto situaci nějak řešit. Rovněž

na to lze navázat třetím faktorem, u kterého se prokázala souvislost se zdravotním stavem pečovaného a syndromem vyhoření. Na základě zhoršování zdravotního stavu pečovaného je na osobu pečovatele kladena stále větší fyzická a psychická zátěž. V případě mého výzkumného vzorku pro pečovatelky může být jakousi úlevou využívání osobní asistence, z ekonomických důvodů si ji však nemohou dovolit ve větším rozsahu. Proto při zhoršování zdravotního stavu, bude docházet i k větší psychické a fyzické zátěži pečovatelek. Problém pravděpodobně nastane, pokud si nebudou schopny zhoršující stav uvědomit a situaci včas řešit. Pokud se zaměřím na oblast souvislosti systému péče a syndromu vyhoření, dovolím si tvrdit, že zde by mohla existovat spojitost mezi těmito jevy. U výzkumného vzorku tato spojitost nebyla tak patrná, ale dalo by se odhadovat, že člověk, který na péči bude sám, je více ohrožen syndromem vyhoření, než člověk, který se o péči dělí s dalšími lidmi, či při péči využívá sociálních služeb. V tomto případě byly výsledky zkruseny právě tím, že téměř všechny respondentky využívaly služeb osobní asistence. Tento faktor ovlivňují i (ne) funkční rodinné vztahy. Rodina je pro každého člověka velmi důležitá, pokud tedy dojde k tomu, že vztahy mezi jejími členy nefungují, klade to na pečujícího člena břímě v podobě nejen psychické zátěže, ale i fyzické a emocionální. V návaznosti na systém péče uvedu výsledky souvislosti využívání sociálních služeb a jeho vlivu na syndrom vyhoření. Zde se ukázalo, že pečující, kteří sociálních služeb využívají, jsou v této oblasti méně ohroženi syndromem vyhoření. Osobně si myslím, že v tomto ohledu záleží na spokojenosti se službou a na tom, jakou službu pečující využívají. Z výzkumu ale vyplynul zajímavý poznatek, že jsou služby, které by rády využívaly, ale buď chybí v jejich okolí, nebo v regionu.

Pro předcházení syndromu vyhoření se jeví jako účinné využívání sociálních služeb. Problém je však v tom, že potřebné služby jsou buď finančně náročné, nebo nedostupné v okolí. Rovněž neexistuje komplexní poradenství, které by neformálním pečujícím usnadnilo počátky přijetí role pečovatele a řešení situací s ní spojených. Dalším návrhem by mohlo z hlediska zátěže délky péče být využívání respitních služeb. Vhodné je také zmínit, že u prevence syndromu vyhoření je důležité dbát na udržování funkčních rodinných vztahů. Zde uvádím jen nástin možných řešení a opět doporučuji ke komplexnějšímu prozkoumání z toho hlediska, jaká řešení či formy pomoci by uvítali samotní pečující.

Přínos práce spatřuji v tom, že bylo předestřeno, u kterých faktorů se jeví souvislost se syndromem vyhoření. U shrnutí jednotlivých dílčích cílů jsem vždy uvedla náměty na další způsob prozkoumání, přičemž se většinou týkaly rozšíření výzkumného vzorku o další neformální pečovatele s jinými charakteristikami.

Již v průběhu práce jsem uvedla, že vzhledem k malému množství vzorku, nelze vztahovat výsledky šetření na celou populaci, nýbrž nabízím nový pohled na důvody vzniku syndromu vyhoření. Bylo by dobré, aby zmíněné faktory byly prozkoumány ještě hlouběji, což by pak sloužilo k možnosti návrhu preventivního opatření či možného způsobu řešení.

Seznam použité literatury

BAREŠ, Pavel a kol. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče [online]. 2011 [2015-06-22]. Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza_kapacit_a_site_poskytovatelu_dlouhodob_pecce.pdf

BÁRTLOVÁ, Sylva. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. *KONTAKT - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 15.12.2006 [cit. 2015-06-22]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326184426669071.pdf>

COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. Paris: OECD, 2011. OECD health policy studies. ISBN 9789264097582.

DIMITROVÁ, Michaela. Demografické souvislosti stárnutí. *NAŠE SPOLEČNOST* [online]. 10.9.2007 [cit. 2015-06-22]. ISSN 1214-438X. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3964/f11/Dimitrov%C3%A1,%20Michaela.%20Demografick%C3%A9%20souvislosti%20st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DUDOVÁ, Radka. 2013. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny. *Mosty* [online]. 2013 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: http://nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013_MOSTY_01.pdf

DUDOVÁ, Radka; VOLEJNÍČKOVÁ, Romana. Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2014, roč. 15, č. 1, s. 41-54. ISSN 1213-0028.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

EGDELL, Valerie. Development of Support Networks in Informal Dementia Care: Guided, Organic, and Chance Routes through Support, *Canadian Journal on Aging*, 2012, roč. 31, č. 4, s. 445-455. ISSN 0714-9808.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAVRÁNEK, Bohuslav a kol. *Slovník spisovného jazyka českého*. [online]. 2011 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://ssjc.ujc.cas.cz/search.php>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

JEDLINSKÁ Martina, HLÚBIK Pavol, LEVOVÁ Jana. *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. *PROFESE ON-LINE* [online]. 2009 [cit. 2015-06-22]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2009/1/POL_CZ_2009-1-3_Jedlinska.pdf

JEKLOVÁ, Marta, REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. Vyd 1. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1519.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha : (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. ISBN 80-7071-099-3.

KOTRUSOVÁ, Miriam, DOBIÁŠOVÁ, Karolína. *Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory*. *Fórum sociální politiky* [online]. 2012 [2015-06-22]. ISSN 1802-5854. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-06.pdf

KOTRUSOVÁ, Miriam, DOBIÁŠOVÁ, Karolína, HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky* [online]. 2013 [cit. 2015-06-22]. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

KŘIVKOVÁ, Elena. Syndrom vyhoření. In: Sociální práce a sociální služby: výběr materiálů projektu Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královéhradeckého kraje. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 35-43. ISBN 978- 80-7041-105-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MCCLENDON, McKee J., SMYTH, Kathleen A. Quality of informal care for persons with dementia: dimensions and correlates, *Aging & Mental Health*, 2013, roč. 17, č. 8, s. 1003-1015. ISSN 1360-7863.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, Ivo a kol. Mezigenerační solidarita (výzkumná zpráva z mezinárodního srovnávacího výzkumu „Hodnota dětí a mezigenerační solidarita“). *Výzkumný ústav práce a sociálních věcí* [online]. 2004 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_155.pdf

MPSV. Důchodové pojištění [online]. [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3>

MPSV. Pomoc v hmotné nouzi [online]. [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5>

NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-9149-2.

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství I: učební text pro studenty oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-085-0.

PEŠLOVÁ, Radka. *Právní průvodce pečujících 2012*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2012. Pečuj doma. ISBN 978-80-260-1924-4.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISSN 80-7178-184-3.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SVOBODOVÁ, Kamila. Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice [online]. 2010 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1574.pdf

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2.

TOŠNEROVÁ, Tamara, TOŠNER, Jiří. Burn – Out syndrom, Syndrom vyhoření [online]. 2002 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: www.hest.cz/cdn/public/000985.doc

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích*. Aktuální otázky sociální práce. Sborník příspěvků 2003. Edice texty k sociální práci. Miloš Vognar - M&V 1.vyd., Hradec Králové 2003. ISBN 80-86771-01-06

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, VOSEČKOVÁ, Alena. Autonomie z pohledu seniorů. *Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe* [online]. 2014 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <https://aosp.upce.cz/article/viewFile/249/182>

ÚZIS ČR. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III) - - poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví [online]. 16.8.2012 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Mauta/Downloads/33_12%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Mauta/Downloads/33_12%20(5).pdf)

VACULÍK, Martin, JEŽEK, Stanislav, WORTNER, Václav. *Základní pojmy z metodologie psychologie* [online]. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006 [cit. 2016-03-23]. ISSN 1802-128X. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=702644>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOSEČKOVÁ, Alena, HRSTKA, Zdeněk. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Vyd. 1. Brno: Univerzita obrany, 2007-. ISBN 978-80-7231-317-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam tabulek

Tabulka 1.....s. 44-46

Tabulka 2.....s. 50

Seznam příloh

Příloha A: Příspěvek na konferenci

Příloha B: Žádost o spolupráci na výzkumné části

Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 4

Příloha D: Vzor dotazníku BM – psychického vyhoření

Příloha E: Vzor vyplněného dotazníku BM – psychického vyhoření

Příloha A: Příspěvek na konferenci

Specifika neformální péče a její úskalí¹

Specifics of Informal Care and its Pitfalls²

Martina Stránská³, Lucie Samková⁴, Zuzana Truhlářová⁵, Alena Vosečková⁶

Abstrakt: Problematika péče o staré a bezmocné lidi je v dnešní době velmi aktuální. V České republice vláda veřejně deklaruje záměr přesunout tuto péči z institucionální formy do péče domácí, tedy odehrávající se v domácím prostředí seniora. Neformální péče se tak stává velmi diskutovaným tématem. Z tohoto důvodu je na ÚSP v rámci projektu SPEV řešena problematika neformálních pečovateli s cílem posoudit faktory, které nejvíce zatěžují tuto formu péče o seniory a mohou tak vést k syndromu vyhoření pečujících. Náš příspěvek vychází z 1. části projektu - seznámení s charakteristikami laické péče a na základě rešerše z aktuálních literárních pramenů ukázat úskalí vyplývající z psychosociálních, vztahových a finančních aspektů v kontextu výkonu sociální práce.

Klíčová slova: Neformální péče. Zátěž pečovateli. Nesoběstační senioři. Syndrom vyhoření.

Abstract: The issue of care for elderly and helpless people has been a current topic. In the Czech Republic, the government publicly declares intention to move this care from institutional form of care to the home care, which takes place at the senior's home environment. The informal care thus becomes a very hot debated topic. For this reason, at the Institute of Social Work under the terms of the project which is called Specific Research there is the issue of informal caregivers being solved with the aim to consider the factors which burden this form of care for seniors and can lead to the burnout syndrome of caregivers. Our contribution is based from the first part of the project - introduction with the characteristics of the informal care and based on research of current professional sources to show the pitfalls resulting from psychosocial, relational and financial aspects in the context of social work.

Key words: Informal care. Burden of caregivers. Unselfsufficient seniors. Burnout syndrome.

Úvod

Následující kapitoly budou pojednávat o neformální péči o nesoběstačné seniory, jejich specifických rysech a problematice, která je s tímto tématem úzce spjata. V příspěvku vycházíme z aktuálních dostupných zdrojů nejen u nás, ale i v zahraničí. Na začátku uvedeme vhléd do problematiky neformální péče, který podporuje aktuálnost daného tématu, a zároveň z něj vyplývají otázky, nad kterými je třeba se v této souvislosti zamyslet a do budoucna je i řešit.

¹ Text vznikl v rámci řešení výzkumného grantu SPEV 2015/16 „Syndrom vyhoření u neformálních pečovateli pečujících o nesoběstačného seniora“, Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, hlavní řešitel: Mgr. Zuzana Truhlářová, PhD., spoluřešitel: doc. MUDr. Alena Vosečková, Csc., spoluřešitelé – studenti: Bc. Martina Stránská, Bc. Lucie Samková

² This contribution originated within solving of research grant SPEV 2015/16 „Burnout syndrome of the informal caregivers care of unselfsufficient seniors“, Institute of Social Work, University of Hradec Králové, the main investigator: Mgr. Zuzana Truhlářová, co-investigator: doc. MUDr. Alena Vosečková, Csc., co-investigators – students: Bc. Martina Stránská, Bc. Lucie Samková

³ Bc. Martina Stránská, studentka magisterského studia, obor sociální práce, Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, e-mail: marstranska@email.cz

⁴ Bc. Lucie Samková, studentka magisterského studia, obor sociální práce, Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, e-mail: lucie.samkova@uhk.cz

⁵ Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D., ředitelka Ústavu sociální práce, Univerzita Hradec Králové, e-mail: zuzana.truhlarova@uhk.cz

⁶ doc. MUDr. Alena Vosečková, Csc., Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, e-mail: alena.voseckova@uhk.cz

Za období posledních několika let se mnoho autorů zabývá sociodemografickými charakteristikami, z nichž se dozvídáme o celosvětovém fenoménu stárnutí populace. Podle vypracované dlouhodobé projekce, sahající do roku 2050, lze očekávat až dvojnásobný nárůst počtu osob starších 60 let napříč všemi kontinenty. (Fine, 2011) To, že společnost stárne, je dáno především prodlužováním délky života, díky čemuž se tedy zvyšuje podíl osob ve vyšším věku, a jednak i nižší porodností. Nesmíme opomenout, že ke stárnutí společnosti rovněž přispívají další faktory, jako jsou dobré veřejné zdraví a hygiena, slušné bydlení, dobré zdravotní služby, vzdělání a další. (Fine, 2011)

V důsledku těchto demografických změn se mění celková struktura obyvatelstva, díky čemuž se budou zvyšovat nároky na zdravotní a sociální péči. Takováto situace s sebou však přináší růst veřejných výdajů na zajištění péče o nesoběstačné seniory, což je pro stát zatěžující. Není divu, že stát reaguje na rostoucí výdaje tím, že vyzývá jedince k vlastní přípravě na stáří a částečnému zaopatření. Tím se tak snaží přesunout péči z institucionální formy do péče poskytnuté v domácím prostředí seniora.

V tomto kontextu je důležité uvědomit si rozdíly mezi formální a neformální péčí. „*Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytované pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály.*“ (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013: 1) Oproti tomu neformální péče je vykonávána laickým pečovatelem a hovoří se o ní jako o neplacené péči, kterou vykonávají členové rodiny, sousedé, přátelé, případně další osoby v domácím prostředí. (Klímová Chaloupková, 2013). Péče formální má legislativně vymezený rozsah a náplň poskytovaných služeb a je poskytována na základě písemné dohody mezi poskytovatelem péče a pečovaným. Oproti tomu neformální péče se liší rozsahem, délkou trvání, intenzitou a poskytovatelem péče. Laickou péči mohou poskytovat rodinní příslušníci, známí, kamarádi apod., kteří nedisponují takovými znalostmi jako profesionálové, na druhou stranu mají k pečovanému bližší vztah a znají lépe jeho potřeby. Tato forma péče má dlouhodobější tradici a i přes minulé snahy politik přesunout péči z rodiny na veřejné služby, je možné říci, že neformální péče o seniora nebyla zcela nahrazena veřejnými sociálními službami. Neformální péče má tak stále dominantní úlohu v péči o nesoběstačného seniora a očekává se, že tomu tak bude i nadále, dokonce její význam stále poroste. Sociální služby mají proto pouze doplňující charakter, čímž pomáhají zvládnout tuto péči o seniora. (Fine, 2011) Celkově se uvádí, že neformální péče tvoří zhruba 4/5 poskytované péče. „*Pro pochopení role neformální péče v systému dlouhodobé péče je důležité nezabývat se jenom neformální péčí samostatně, ale zaměřit se také na vzájemný vztah mezi formální a neformální péčí, který hraje významnou úlohu při zkoumání míry zátěže rodinných pečovateli.*“ (Kotrusová, Dobiášová 2013: 1)

1. Specifika, bariéry a trendy v oblasti neformální péče

Samotné péči o nesoběstačného seniora předchází rozhodovací proces, zda se ujmout domácí péče či ho umístit do ústavního zařízení. Tento proces je závislý na mnoha faktorech a nepodléhá jen úsudku potenciálního pečovatele, ale vyjadřuje se k němu i sám senior. Někteří senioři nechtějí být na obtíž svým rodinám či jiným blízkým osobám a rozhodnou se raději pro péči ústavní, jiní chtějí naopak setrvat co nejdéle v domácím prostředí a jsou tak odkázáni na rozhodnutí blízkých osob. Pro pečující je rozhodnutí přijetí péče buď samozřejmostí, nebo může být dáno nedostupností ústavního zařízení v blízkosti bydliště. Horecký (2014) rovněž zmiňuje nedostatečné financování ústavní péče, které souvisí s nedostatečnou lůžkovou kapacitou, což má za následek větší preferenci domácí péče.

Dalším zajímavým faktem je, že většinu neformálních pečovateli tvoří ženy. Můžeme se setkat i se spojitostí genderového aspektu neformální péče s jejím finančním nedocenením. „Z

pohledu sociologické studie je domácí práce jednou z hlavních součástí sociální konstrukce ženské identity ve společnosti. Tento předpoklad ospravedlňuje její status neplacené práce. Problém leží v tom, že se na tuto činnost díváme jako na jakoukoliv jinou práci, ale zároveň ji pojmáme jako součást ženské přirozenosti, a to především jako součást její role v manželství a v rodině. To „ospravedlňuje“ její neplacenost, vzhledem ke komplementární roli muže živitele, který se angažuje především v práci placené.“ (Tošnerová 2001: 11) Až do nedávné doby bylo typické genderové rozdělení rolí v rodině, což zajišťovalo také rozsáhlé množství žen, které byly připraveny převzít na sebe závazek neplacené neformální péče. (Fine, 2011) Ženy jsou tak oprávněně považovány za tradiční pečovatelky. Také výzkumy provedené v různých zemích světa dokazují, že péči o nesoběstačného seniora vykonávají spíše ženy (60-80 %), než muži. V České republice je podíl pečujících žen uváděn v rozmezí 75-80 %. Nahlédneme-li blíže do struktury rodiny, pak dle Zavázalové (In Dudová, Volejníčková, 2014) o nesoběstačné seniory nejčastěji pečují jejich dospělá děti (53 %), dále pak partneři (21 %), další příbuzní (10 %) či přátelé (16 %). Podle výzkumu provedeného v Austrálii v roce 2009 vykonává osobní péči o osobu starší 60 let především partner, zejména ženského pohlaví, v oblasti asistence a dalších úkolů spojených s mobilitou vykonávají péči zejména zaměstnané dcery. Do péče o starší osobu se zapojují i další členové rodiny. (Fine, 2011) To, že se osobní péče ujímají zejména manželky, je možné vysvětlit tím, že se ženy dožívají vyššího věku než muži. (Jeřábek, 2005) Na tomto výzkumu je také zajímavé, že se neformální pečovatelé zapojují do zdravotní péče a přebírají tak některé úkony profesionálů z formální péče. Synové dominují zejména při přemísťování seniorů, méně pak v osobní péči a zdravotních úkonech. (Fine, 2011) Jeřábek (2005) také zdůrazňuje, že muži vynikají při manipulaci se seniorem, kdežto ženy v úkonech, ve kterých je zapotřebí citění a empatie.

S náhledem do budoucích let se počítá s mírnou změnou v této oblasti. „I když ženy obecně poskytují více péče, muži je v posledních letech dohánějí, a to zejména v péči o partnera. Vzhledem k demografickému stárnutí se odborníci přiklánějí k tomu, že role mužů v oblasti péče se bude zvyšovat.“ (Kotrusová, Dobiášová 2013: 1)

Nezávisle na tom, kdo o nesoběstačného seniora pečuje, je nezbytné si uvědomit, že nesoběstačnost nemusí znamenat úplnou závislost seniora na osobě pečovatelle. Záleží na tom, ve kterých oblastech je člověk nesoběstačný a na základě toho mu poskytovat adekvátní míru podpory. Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách existují čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Je tedy vhodné si uvědomit, do jaké míry je pečovaný závislý na pomoci pečovatelle. Se stářím automaticky nepřichází ztráta autonomie a není dobré člověka zbytečně zneschopňovat. S tímto souvisí i kvalita poskytované neformální péče, která je mimo jiné podle zahraniční studie (McClendon, Smyth 2013) závislá také na osobnostních rysech pečovatelle a strategiích zvládnutí stresu, kteří na základě těchto faktorů rozlišují vysokou a nízkou kvalitu péče.

2. Možnosti a limity podpory neformálních pečujících

Péče o jiného člověka je z mnoha stránek činností velmi vyčerpávající. „Říká se, že ten, kdo pomáhá druhým, pomáhá tím i sám sobě. To ovšem je spíše bonmot založený na určitém úhlu pohledu. Pečovat mimo jiné znamená dávat síly tomu, o něhož je pečováno. Doufejme, že velkoryse a bez podmínek, ale to nic nemění na tom, že musíme mít odkud a co dlouhodobě brát.“ (Novák 2011: 7) Předchozí tvrzení nám předkládá, že neformální péče klade na jedince vysoké nároky, a proto by bylo vhodné, aby určitá péče a podpora byla věnována i neformálním pečovatelům. Tím, jaké má dopady nastíníme v poslední kapitole. V dalších odstavcích se zaměříme především na to, jaké má neformální pečovatel možnosti zdrojů podpory, které na druhou stranu bývají také velmi často omezené.

Legislativa předkládá nárok příspěvku na péči osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby a to podle stupně závislosti. Výše příspěvku ovšem neodpovídá nákladům spojených s neformální péčí. Pečovatelé jsou mnohdy z různých důvodů nuceni opustit zaměstnání či pracovat na zkrácený úvazek, aby se mohli řádně věnovat péči o nesoběstačného seniora v rodině. Příspěvek na péči tak nekompenzuje finanční ztrátu z omezení zaměstnání či úplné ztráty zaměstnání. V závislosti na finanční situaci je v některých případech možné zažádat o dávky státní sociální podpory, nebo dávky v hmotné nouzi.

Neformální pečovatelé mohou rovněž využívat sociální služby, které by jim měly péči o nesoběstačného seniora značně usnadnit. Příkladem těchto služeb je pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionáře a odlehčovací služby.

„Prvním problémem pro rodiny je získat informace o různých formách pomoci a dostat se k nim.“ (Pichaud, Therauová 1998: 71) V dnešní době vzniká sice mnoho příruček určených neformálním pečovatelům, které obsahují podstatné informace, ale pečovatelé o nich mnohdy nemusí mít povědomí. Pokud mají přístup k informacím, tak podle Egdellové (2012) jsou zase znevýhodněni tím, že po nalezení informace nemusí být schopni posoudit kvalitu služeb.

Kromě formálních zdrojů podpory, existují i zdroje neformální, mezi něž patří pomoc dalších rodinných příslušníků a jiných osob v okolí, svépomocné skupiny apod.

3. Zátěž neformálních pečovatelů a její dopady na osobu pečujícího

Neřešeným problémem, o němž se hovoří v literatuře, představují dopady péče na neformální pečovatele. Významným problémem, se kterým se neformální pečovatelé potýkají, je nedostatek času pro svůj osobní život, s čímž souvisí ztráta soukromí, společenského života a vlastních volnočasových zálib. (Fond dalšího vzdělávání, 2015) Neformální pečovatelé věnují péči o nesoběstačného seniora podstatné množství času a zapomínají tak na své vlastní potřeby. Často se tak o domácí péči o seniora hovoří jako o 36 hodinové záležitosti. Podle Donela (In Arrora, Wolf, 2014) přibližně 1/3 rodinných pečovatelů poskytuje více než 21 hodin péče za týden. Arrora a Wolf (2014) se zabývali výzkumem frekvence volnočasových aktivit neformálních pečovatelů. Výhodou jejich výzkumného šetření je, že jasně definují fyzické aktivity, což zabraňuje pečovatelům přemýšlet o pečování jako o fyzické aktivitě. Rozlišují přitom přiměřenou a aktivní fyzickou aktivitu. Přičemž za přiměřenou aktivitu považují svižnější chůzi, zahradničení, mytí auta, tancování, protahování a další. Za aktivní fyzickou aktivitu je pak považován běh, plavání, jízda na kole, aerobic, cvičení v tělocvičně a podobně. Dodávají, že takováto aktivita vyžaduje i vyšší úsilí jedince, neboť není vykonávána v domácnosti pečovatele, ale vyžaduje určité členství, speciální oděv a další sportovní vybavení. Této aktivní fyzické aktivitě prováděné vícekrát za týden se věnují více muži (33%), podíl žen je 25%. Oproti tomu přiměřené fyzické aktivitě vícekrát za týden se věnuje 56% žen a 60% mužů. Opět zde dominují muži, což vzhledem i k nižším počtům hodin péče není překvapivé. Pokud má pečovatel rodiče, který vyžaduje pomoc při plnění denních činností, pak se zvyšuje počet hodin péče, ale také se snižuje frekvence věnování se aktivní fyzické aktivitě vícekrát za týden a to o 10%. Tato studie tak ukazuje, jak je ovlivňována frekvence fyzické aktivity vlivem poskytování péče. Zároveň naznačuje, že čas strávený péči si konkuruje s časem na pracovním trhu. (Arrora, Wolf, 2014)

Neformální pečovatelé se často potýkají s nepříznivou ekonomickou situací. *„Ačkoliv je péče vedená a motivovaná náklonností, starostlivostí a pocitem osobní či morální zodpovědnosti, představuje zároveň práci, která (převážně) pro ženy představuje sice neviditelné, ale velmi reálné náklady. Vzhledem ke své angažovanosti v neplacené pečovatelské práci jsou jejich pracovní příjmy často nižší a zvyšuje se jejich riziko chudoby.“* (Dudová 2013: 22) Příspěvek

na péči ve většině případů nepokryje úslou mzdu. Neformální pečovatel je často závislý na výdělku jiného člena rodiny.

Psychická zátěž je dalším faktorem, s kterým se neformální pečovatelé setkávají. „Úloha rodinného pečovatele představuje zásadní životní změnu, jež je často spojena se stresem. Tyto změny poskytují příležitost k osobnímu růstu, ale nepochybně vyvolávají i emoční napětí a úzkost, které můžou člověka tělesně i citově vyčerpat. Následkem je pak často onemocnění pečovatele či jeho neschopnost poskytovat další péči.“ (Jedlinská 2009: 29)

Všechny výše uvedené negativní dopady neformální péče mohou vést až ke vzniku syndromu vyhoření u neformálních pečovatelů. „Vyhoření není důsledek tragédie, „požáru“. Jde o plíživé psychické vyčerpání, v souvislosti s dlouhodobým působením stresujících podnětů. Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i jiným své obtíže. Zatajují i sami před sebou úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy atd.“ (Novák 2011: 15) Dalo by se odhadovat, že neformální pečovatelé jsou syndromem vyhoření ohroženi více, než profesionálové. Formální pečovatelé mají možnost oddělovat svůj pracovní život od osobního a celkově není jejich péče spojena s takovými negativními faktory, jak je tomu u péče neformální. Je proto vhodné, aby pečující byli s tímto faktem obeznámeni a syndromu vyhoření se snažili preventivně předcházet.

Závěr

V předchozím textu jsme nastínily specifika neformální péče a její problematické okruhy. Je důležité si uvědomit, že neformální péče je stále velmi nedocenenou činností a pojí se s ní mnohé problémy. Na její vykonavatele je kladeno přespříliš nároků, které často nejsou schopni zvládnout vlastními silami a mají negativní dopady na jejich osobní život. V tomto kontextu je podstatné uvědomit si důležitost sociálních služeb, které mohou využívat. Rovněž i důležitost dalších faktorů, které mohou mít vliv na kvalitnější poskytování péče a zkvalitnění života pečovatelů i pečovaných. Z tohoto důvodu je vhodné se touto tematikou dále zabývat a řešit ji. Druhá část projektu SPEV naváže na tyto teoretické poznatky praktickým výzkumem, který se bude zabývat syndromem vyhoření u neformálních pečovatelů pečujících o nesoběstačného seniora a přinese tak další podstatné výzkumné poznatky z této sféry.

Použitá literatura

ARRORA, Kanika; WOLF, Douglas A. Is There a Trade-off Between Parental Care and Self-care?, *Demography*, 2014, roč. 51, č. 4, s. 1251-1270. ISSN 1533-7790.

DUDOVÁ, Radka. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny, *Mosty*, 2013, roč. 14, č. 1, s. 22-23. ISSN

DUDOVÁ, Radka; VOLEJNÍČKOVÁ, Romana. Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2014, roč. 15, č. 1, s. 41-54. ISSN 1213-0028.

EGDELL, Valerie. Development of Support Networks in Informal Dementia Care: Guided, Organic, and Chance Routes through Support, *Canadian Journal on Aging*, 2012, roč. 31, č. 4, s. 445-455. ISSN 0714-9808.

FINE, Michael D. Employment and Informal Care: Sustaining Paid Work and Caregiving in Community and Home-Based Care, *Ageing International*, 2011, roč. 37, č. 1, s. 57-68. ISSN 1936-606X.

HORECKÝ, Jiří. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU, *Sociální služby*, 2014, roč. XVI, č. 1, s. 28-32. ISSN 1803-7348.

JEDLINSKÁ, M., P., HLÚBIK, J., LEVOVÁ. 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. PROFESE on-line [online]. [cit. 2015-02-15]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/archive/2009/1/POL_CZ_2009-1-3_Jedlinska.pdf>

JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. Vyd 1. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1519.

KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*, 2013, roč. 7, č. 6, s. 10-20. ISSN 1802-5854.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob, *Data a výzkum*, 2014, roč. 7, č. 2, s. 107-123.

MCCLENDON, McKee J., SMYTH, Kathleen A. Quality of informal care for persons with dementia: dimensions and correlates, *Aging & Mental Health*, 2013, roč. 17, č. 8, s. 1003-1015. ISSN 1360-7863.

NOVÁK, Tomáš. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011, 87 s. Pečuj doma. ISSN 978-80-254-9149-2.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISSN 80-7178-184-3.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001, 62 s. ISSN 80-238-8001-2.

Příloha B: Žádost o spolupráci na výzkumné části

Dobrý den,

jmenuji se Martina Stránská, jsem studentkou navazujícího magisterského studia na Univerzitě Hradec Králové, konkrétně na jeho Ústavu sociální práce. Píši diplomovou práci na téma *Syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů pečujících o nesoběstačného seniora*. V rámci této práce budu dělat šetření, jehož hlavním cílem bude zjistit, zda syndrom vyhoření u neformálních pečovatelů souvisí s délkou péče, s věkem pečovatele, zdravotním stavem pečovaného, vztahem pečovatele k pečovanému (dcera, syn, matka, bratr, manžel), se systémem péče (sám, s rodinou, s institucí), s využíváním sociálních služeb. Tímto bych Vás ráda požádala o spolupráci na výzkumné části, kterou bych prováděla formou smíšeného výzkumu (kvantitativní i kvalitativní výzkum). Zjednodušeně by to pro Vás znamenalo vyplnit mi jednostránkový dotazník týkající se syndromu vyhoření a věnovat mi několik minut Vašeho času k uskutečnění rozhovoru s Vámi, který by byl zaměřen na zkoumání faktorů souvisejících se syndromem vyhoření. Pokud se rozhodnete účastnit, je potřeba absolvovat obě části výzkumu. Výsledky dotazníků a výstupy z rozhovorů by byly použity pouze pro akademické účely, tedy k výzkumné části mé diplomové práce. Rovněž Vám mohu zaručit, že byste v tomto případě zůstali v anonymitě.

Děkuji za případnou spolupráci.

Martina Stránská

Příloha C: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 4

Rozhovor byl realizován na základě předchozí domluvy v zaměstnání respondentky. Po vyplnění dotazníku a úvodního vyprávění neformální pečující č. 4 jsme započaly rozhovor, s jehož nahráváním souhlasila.

R4 – respondentka č. 4 (neformální pečující)

T – tazatelka (Martina Stránská)

T: Kolik času jste podle vašeho názoru strávila poskytováním péče? Teď myslím jakoby třeba průměrně za den, nebo kolik dní v týdnu a tak. Jakoby průměrně, jak to vnímáte celkově.

R4: No tu péči poskytuji, prakticky jsem u maminky denně, pokud nejsem mimo Prahu na dovolené nebo někde a dříve jsem jí poskytovala... Kolik hodin?

T: No zhruba, jestli si to vybavíte.

R4: Ten poslední rok tam chodím ráno, když přijdu z práce, ale to už odpoledne a večer jsou pečovatelky, takže spíš tam jdu si k mámě třeba posedět, nebo když oni večer nemůžou, tak jí uložím, takže teď v tom týdnu pracovním jsem tam řekněme pět, eh čtyři hodiny, ale mam mámu na celou neděli. Případně když oni nemůžou, tak třeba na těch šest hodin, kdy třeba na půl dne nemůže, tak. Eh to jsme řekly pět, pak celou neděli, to je 24 hodin (*smích*), neboť v noci nepočítám... No tak to je těžko jakoby říct.

T: Nemusíte nějak přesně, já myslím jakoby odhadem.

R4: No, no, je to. A o víkendu, když je tam pečovatelka a jsem doma, tak tam stejně běham a vařím, tak jsem tam, sice třeba mámu nepokládám na žádnou tu mísu, nebo jí nemeju, ale chodím tam a i si třeba s ní něco čtu no. Takže celou neděli plus řekněme deset hodin. Ale dřív to bylo víc, dříve jsem maminku ukládala, chodila jsem eh... No dřív to bylo, já nevím, půlka pracovního týdne. No takže to, když spočítáte hodiny (*smích*).

T: Ono se to nezdá, ale když se to nasčítá, tak to vychází na docela dost.

R4: No je to, je to. To jsem chodila třeba, když jsem přišla z práce, tak jsem šla s maminkou třeba na procházku na kratičkou, když ještě dřív chodívávala, teď posledních pět let je už jenom doma.

T: A jinak jste tam od pondělí do neděle a...

R4: Víceméně.

T: ...a vy bydlíte spolu teda?

R4: My bydlíme v patře, já bydlím v jiným patře v domě, v jednom domě. Maminka bydlí s otcem. Ještě abych vám tam teda řekla, mamince je pětadevadesát a otci též, teď mu bude šestadevadesát.

T: Jak vnímáte možnost využití jakoby dalších služeb při pečování?

R4: No bez toho už bych se neobešla. Takže určitě pro mě je to nezbytný. Já bych sama ani mámu neutáhla fyzicky, takže... Ani bych to nemohla praktikovat sama, protože ona potřebuje už nyní celodenní péči od rána od osmi hodin. A to jakoby jistím celou noc, ale celodenní péči od osmi do osmi, do devíti večer. No takže to mi velice ulevuje a jako neumím si představit, když na to někdo nemá finance, protože to je neskutečně drahá věc tohle.

T: A teď jestli využíváte jako... Vy využíváte osobní asistenci od Sue Ryderu, jestli jsem to dobře pochopila.

R4: A ještě od, ještě eh...

T: Tu pečovatelskou službu?

R4: Ještě od Heweru, to je taky pečovatelská služba. (pozn.: Ještě před zahájením rozhovoru jsem si všimla, že respondentka nazývá osobní asistenci pečovatelskou službou. Přestože jsme se o tom bavily, k tomu zaměňování docházelo stále, jelikož to brala tak, že o maminku pečují, tak tomu podle toho i říkala.) Protože Sue Ryder neposkytoval večerní hodiny v rámci...

T: A Hewaner to poskytuje nonstop, jestli se nepletu.

R4: Nonstop, ale hlavně do těch deseti hodin a ráno od šesti mají denní sazbu, takže když jsem šla na operaci s rukou, tak jsem potřebovala jak ráno, tak večer maminku uložit a to jako Sue Ryder to jako, ty maj někdy do šesti hodin. A pak možná jestli by se dalo zařídit za nějaký dražší příplatek a tak, ale tady ta organizace ta má od šesti ráno do deseti večer normální denní sazbu.

T: Takže jste to nějak kombinovala jako?

R4: Takže jsem byla nucená hledat jinde taky, protože oni mi to tam nenabídli.

T: A kromě těch sociálních služeb využíváte i nějaký zdravotní.

R4: Ne, ona maminka to, to oni daj, když člověk potřebuje nějaké převazy, tak tam chodí zdravotní sestra. Takže to jsme tam měli, když se máma zranila někde, když eh... Protože má tu kůži už špatnou, takže sem tam něco se jí udělalo na, na... Tak to tam chodila sestřička na převaz, ale to přijde a... A pak když byla nemocná, tak řekněme za těch pět let tam byla třikrát sestra, aby jí třeba... Chodila tam třeba třikrát na hodinu v týdnu, nějakých čtrnáct dní, aby jí rozcvičili, ale to bylo, to bylo vždycky omezený a na krátkou dobu, takže jenom ty pečovatelky. Ty zdravotnice ty chodí jenom, když je zdravotní problém.

T: Teď jak si myslíte, že váš věk ovlivňuje vaši péči o maminku?

R4: Myslím si, že nemam sílu, absolutně nemam sílu jí zvednout, ale já mam dojem, že máma váží padesát kilo, ona je drobná jako já, ale podle mě s tím mají problém i ty pečovatelky, že jo. Protože pokud se ten člověk musí úplně celej zvednout, tak to musí být pevný záda. Já mám navíc posunutý obratle o osm milimetrů, což... *(smích)*

T: No a ono, když někoho zvedáte, tak potřebujete mít rovný záda, abyste si je ještě nezničila.

R4: No, no, takže naopak mně říkaj, že až mě to bude hodně bolet, že mam přijít na operaci, takže to nemůžu. Takže myslím, že věk to ovlivňuje no, že pětadvacetiletý člověk by to dělal jinak.

T: Že slábne ta fyzická stránka a všechno.

R4: No, no. A to tam teď mam dvě studentky tam z toho Heweru a to jsou mladý děvčata a to určitě je lepší, takže jo, to ovlivňuje, to určitě.

T: Tak já dělám osobní asistentku taky a uznávám, že je to fyzicky náročný.

R4: Děláte?

T: Vozičkářům.

R4: Hm, no, no.

T: Je to fuška, to můžu říct, že jo, ale to už jsem se dostala trošku jinam. Teď jakoby o jaké jiné osoby v domácnosti ještě pečujete?

R4: Eh tatínkovi se staram o hygienu, to znamená peru, vařím a už jim tam i jednou týdně se sestrou jsme poskytly úklid, aby ta pani zároveň se starala o mámu a uklidí, takže částečně o otce no. Jako peru, vařím rodičům.

T: Jak vnímáte zdravotní stav maminky?

R4: Úměrně věku. Asi v pětadevadesáti se nedá očekávat... A tím, že se ona nehýbe, takže síla jí velice jde rychle pryč, takže ještě když se před rokem řekněme docela dobře postavila někde, že se přidržela, tak teď jí to dělá problém i stát no.

T: Já vim, že jste předtím říkala, že má problém chodit i o chodítku.

R4: Teď už nechodí vůbec s tím chodítkem, to už vůbec nechodí.

T: Takže se to zhoršilo úplně rapidně?

R4: No, no, teď už jenom jí přesadíme a teď už, to už tak rok nechodí vůbec s chodítkem.

T: A třeba kromě té fyzický stránky, tak mentální stránku má ještě pořád zachovalou?

R4: No ale taky to jde dolů. Máma vždycky luštila křížovku a ještě, ještě ty dívky z Heweru se jí docela takhle věnovaly, že s ní ty křížovky luštily a taky jako říkaj, že třeba to je horší no. Jde to pomalu dolů, takže spíš se to zhoršuje. Takže to nevnímám nějak moc pozitivně, ale to je úměrně věku.

T: Tak ono musí být asi docela těžký se koukat na to, jak ta maminka prostě zvládá čím dál tím míň věcí asi, ne?

R4: No ona se vrátila z té nemocnice před těmi pěti lety, tam opravdu byla tejden a ona jim tam v noci spadla z postele, zřejmě měla nějaký šok, nebo byla v bezvědomí a oni jí v noci tahali na rentgen, ona nevěděla, kam jede, že jo. Takže nám jí vrátili úplně zmatenou a rodiče za mlada bydleli v Plzni a máma furt si myslí, že se má vrátit do Plzně. Takže od té doby prostě nepovažuje ani svůj byt za svůj byt.

T: Jo, že už je na to nějak prostě vázaná...

R4: A to je docela deprimující. No, že ona se mě neustále ptá, kdy se pojedou domů no. A to jí můžete pak nějak vysvětlovat a to moc nejde. No tak jí ukazuju fotky třeba zahrádky.

T: Jakože to má nějak zafixovaný a prostě...

R4: No, no.

T: ...jakože neví, že tady je doma, a že už se tam nevrátí.

R4: No ne, ale to už radši opouštíme tuhleto... To se stalo po tý nemocnici, to opravdu, to byla na kardio, který to oddělení je docela dobrý v Motole, ale v noci prostě jim tam spadla. Chtěla jít zřejmě na záchod, spadla, ležela tam, nevím, jak dlouho, byla pak ovázaná, nějaký modřiny, zranění, něco malýho. A to jí zřejmě...

T: Prostě jí tam ten pobyt dal hodně zabrat?

R4: No to, to jí hodilo úplně, úplně. Předtím máma komunikovala, bych řekla, dobře. Ale jako kouká třeba večer na televizi, když jsou tam třeba, nevím, poslechově vnímá, něco vnímá, někdy třeba i řekne, že něco slyšela a je to pravda. Jako něco ta hlava zachytí i ze zpráv, ale jinak se nemůže koukat moc na dějové věci, to neudrží ta hlava a spíš třeba na nějaký geografický, na nějaký zvířata, to jí, to tam vidí a k tomu je třeba jedna, dvě věty, který ona zvládne a pak zase může vypnout no.

T: Prostě takový ty jednodušší věci?

R4: No, no. Takže jako ta hlava už se... A to jako ta máma před těmi pěti lety byla schopná. To do těch 90ti jako četla, no a po tý nemocnici těch pět let, jak se vrátila, a co tam máme tu péči, tak to takhle se to velice zhoršilo.

T: A v jakém stupni závislosti se podle zákona maminka nachází? To vlastně souvisí i s tím, jestli pobíráte příspěvek na péči, nebo ne.

R4: Pobírá, oni jí priznali osm tisíc, což je myslim druhej stupeň závislosti.

T: Druhej je nižší, druhej je ještě kolem čtyř tisíc, tuším.

R4: No druhej jako od shora, já nevím, já tady ty čísla... To bude třetí, čtvrtěj je poslední.

T: Čtvrtěj je poslední a ten je až kolem dvanácti tisíc.

R4: No takže třetí, ale to tam, když tam přišla ta pracovnice, to bylo docela legrační, tak se ptala, jestli si maminka dojde nakoupit no. Tak tam dávala takový otázky, i když jí viděla...

T: Tak oni to maj přesně daný...

R4: No ale když mámu viděla.

T: ..že potřebujou zjistit, co zvládá sama, co už ne...

R4: Já vim, ale když maminku vidí, tak to může sama odškrtnout jako /smích).

T: To já uznávám jako, že je to asi komický, ale oni se na to zeptat musej, že jo.

R4: No to bylo docela legrační... Jestli si dojde nakoupit, když se sotva, když se ani nepostaví sama no. No nic, tak má ten třetí.

T: V kterých úkonech je maminka závislá na vaší péči, a které naopak zvládá sama?

R4: Zvládala sama jíst a to už jí musíme pomáhat, protože už má i třes rukou a... Ale když se jí nakrájí třeba chleba na malé kousky, tak si ho u té televize sní. A pomáhá třeba při svlíkání, hořejšek, to jako třeba, ale sama by to neudělala jako. Sama by se neoblíkla už jako.

T: Takže sama už nezvládne nic v podstatě?

R4: No. Na všechno v podstatě... No je schopná pít, ale taky jí to držím, přidržuju, dáváme jí to. Ona se sama jakoby... Ale všechno jí přidržujeme. Akorát z toho talířku jídlo si třeba vezme, nebo z té mističky lžičkou něco sní sama.

T: Jo, takže se snaží, ale potřebuje u toho vždycky ještě někoho?

R4: Jo, no, no, no. Víceméně všechno. Jako úplně minimálně jídlo, zvládne se třeba najíst teda ale, ale napít, protože ona nemá potřebu pít, tak ona by se sama nenapila, tak stejně jí to musíte dát k puse no, takže víceméně všechno.

T: Takže i hygienický úkony a všechny základní životní potřeby...

R4: No, ne, ne, ne.

T: K tomu potřebuje pomoc.

R4: No, no.

T: Jak vnímáte náročnost úkonů, s kterými mamince pomáháte?

R4: No docela náročný, protože jako postavit jí, svlíknout jí, když potřebuje třeba na tu hygienu, vyměnit židli, když ona je na té kolečkový, co jezdí a dát jí tu toaletní, tak to je docela fyzický náročný teda.

T: Jakoby jenom z té fyzický stránky, že psychicky už to tak vyčerpávající není?

R4: No psychicky už to děláme tak dlouho, že... (*smích*)

T: Že už jste nějak zvyklá?

R4: No spíš nevím třeba, jestli, protože ona začne to podklesávat i těm pečovatelkám, ona začne poklesávat v kolenou a třeba některý právě dřív... Ty, co už tam nechodí, tak jim třeba spadla, oni jako... Tak spadne na zem no, protože sám člověk, když to dělá, tak je to docela obtížný. Takže ono je to i psychicky no, ale snad tohle mě tak... Na tohle už jsem si asi zvykla no (*smích*).

T: Jo, že už jste taková odolná?

R4: To už jsem asi odolná no (*smích*). No je to i psychicky, i pro ty dívky, protože oni jí musí přidržovat jednou rukou třeba někdy no, někdy no... Je to i psychicky, ale hlavně fyzicky.

T: A jak spolu s maminkou vycházíte, a jestli se to nějak liší od toho, jak jste spolu vycházely dřív, než jste o ní začala pečovat?

R4: No já tím, že o ní pečuju jako i před těmi pěti lety, když se jí to stalo, že už jí pomáhala hodně s věcmi, že jo, i oblíkat, když jsme šly na tu procházku, tak jsem jí musela oblíct boty a takový věci. Takže ono to tak pomalu přechází, takže my jsme spolu vždycky vycházely skvěle, ale máma už teď někdy, když tam byly hlavně celý den, jsou tam ty pečovatelky třeba, tak když já jsem přišla, tak někdy byla zmatená a nevěděla třeba i opravdu, kdo jsem, to už se stalo. Nebo sestra třeba když tam přišla jednou za tejdén, tak taky nevěděla. Ale to se někdy třeba stane no. A vy jste se ptala konkrétně na co?

T: No jakoby jestli se něco změnilo na vašem vztahu, když jste o ní začala pečovat.

R4: Ode mě ne, ode mě ne, ale máma už to nějak nevnímá asi, ten náš vztah jako. Už si nepopovídáme, nebo tak, ona... Protože já mám dva syny, má nějaký pravnoučata babička. A ona už dřív muže okamžitě poznala, když tam přišel manžel a teď vždycky říká: „A kdo ty jsi?“ Takže tam prostě ta hlava jde pryč a ty vztahy se teda musí měnit, že jo. Tím pádem ani kluci, synové, ten jeden zvlášť tam jako za ní chodil, vždycky říkal, že musí jít za babičkou jí navštívit, že už tam dlouho nebyl. No a ona když už si nepovídá, tak oni ani ty kluci nemají motivaci prostě jít za tou babi, prostě si s ní něco povídat.

T: No protože asi furt je to to samý dokola, furt jí všechno vysvětlovat...

R4: No, no. Ale ona hlavně to ani nějak neposlouchá už moc no. Takže ty vztahy se mění, jak se mění její věk.

T: Takže je na tom horší to, že už vás nepoznává?

R4: No ta jakoby její zhoršující se demence no.

T: A co vás motivuje k péči o maminku?

R4: (...) Tak já jsem s mámou žila, já jsem se narodila v tom samým domě, co žiju a žijeme tam, je mi pětadesát, tak prostě s tou mámou jsem takhle dlouho. A když se mi naordili synové, tak mi třeba máma né moc, ale i mi třeba s nima trošku pomohla, když jsem šla do práce, tak třeba když byli nemocný, tak zaskočila, takže ani o tom nepřemýšlím, že by to mělo bejt jinak.

T: Takže to máte nějak automaticky? Jako v podstatě reciproční asi, že jo?

R4: Mám to automaticky no. Tak neřikam, že máma se jako hodně starala, to ne, ale eh, ale jako no... Bez tý péče... Jako nevadí mi psychicky, že tam třeba celej den někdo je i cizí, a že se o ní stará. Ale jako, že se jdu na ní večer podívat a tak, tak to беру jako, ani ne jako morální povinnost, ale jako přirozenost no.

T: Teď tady právě ještě mám, co předcházelo vašemu přijetí pečovatelské role, ale to už asi v podstatě nic, to už jste v podstatě řekla, že je to takový přirozený...

R4: No to nešlo, to nešlo no. To prostě.... Protože tu mámu jsme nezvedli, to prostě nešlo a můj jako zdravotní stav to neumožnil.

T: Jak vnímáte pomoc jiných osob s péčí o maminku? Jakoby kdo všechno vám ještě pomáhá?

R4: No otec se snaží, jak jsem říkala, ale je to někdy... No jako dřív pomohl, on si k ní někdy sedne, takže jo, tatínek se snaží a eh jako, jako ale nepomůže moc. A sestra ta tam začla víceméně chodit s péčí, až když se to mámě přihodilo před těmi pěti lety, když se vrátila z tý nemocnice, předtím víceméně chodila jenom na návštěvu, takže to bylo na mně a teď tam sestra chodí jednou, jeden den v týdnu a když jsem pryč, tak tam zaskakuje na ty víkendy. To musí ona vařit a tyhle věci, takže částečně. No myslim, že by mohla pracovat víc (*smích*).

T: Takže primárně je to prostě na vás, ale sem tam někdo vypomůže ještě?

R4: No, no. Jako nebo když jsem nemocná, tak samozřejmě ona zaskočí. Je to daný tím, že tam bydlim v jednom domě no.

T: Jakoby jaké máte informace o sociálních službách, a jak vnímáte jejich dostatečnost?

R4: Já nevím, ty informace jsem si asi, myslím, že všechny zjistila, když jsem hledala tu péči, protože jsem to hledala víceméně já. Dostatečnost no asi v rámci možností. Říkám, ne vševhny ty pečovatelky byly empatické, nebo jak se to řekne.

T: Empatické?

R4: Jo, pardon, empatické. Eh no, jako je vidět, když tam jsou teď ty studentky, co tam chodí, že jsou to dívky, který přemejšlej hlavou, protože některý ty, co to dělaj automaticky a nepřemejšlí, tak eh... Bylo to takový no jako člověk jí to třeba něco řekl, jak to má udělat, ona stejně zapoměla, nebo udělala jinak, že jo, nebo tak nějak. Kdežto opravdu tyhle ty z toho Heweru, ty s mámou i si k ísednou, povídaj no a to, to oceňuju jako.

T: Že jsou takový lidský prostě?

R4: No, no. Tak ona ta jedna studuje medicínu, tak to už je daný myslím v tom. Ta druhá teda ta dělala nějakou pedagogickou a pracuje i s autistickými nějakými dětmi, tak to má taky daný. Tak to jsou opravdu... A ta dívka z toho Sue Ryderu, ta zase ta pani teda, ta je teda zase velice schopná, jakoby zručná. Ona třeba k mámě není tak empatická, ale je zručná a umí to s ní. A umí jí třeba přesvědčit, jo. Uměla dřív mámu třeba, když to, když tam chodili nějaký ty, tak jako nevěděli, jak s mámou jako, jak s ní...

T: Jak s ní zacházet?

R4: Jak s ní zacházet no. Ona potřebovala jasný jako povely, aby tomu rozuměla. A ona, když na ní furt něco chrlila... Ona byla třeba příjemná, ale teď na ní furt něco žbrendila a chrlila a máma špatně slyší, tak jí nerozjímala, tak to bylo takový na nic no.

T: Což je ještě pro maminku, která toho moc neudrží v tý hlavě, je asi ten přívál úplně zbytečnej, takovej zatěžující a zbytečnej, že jo.

R4: No, no. Takže to asi k tý péči, ale člověk asi nemůže chtít, aby každá ta dívka byla nebo pani... To znáte no...

T: To už moc neovlivníte.

R4: No, no. Jako asi ta proškolenost by měla být. Nebo jedna mi tam přišla, když máma byla po nemoci, když nemohla vstávat, tak mi řekla, že na mísu jí nedá. Tak to si myslím, že je teda, že to by mělo být. Oni i tyhle dívky říkaj, že jsou na to vyškolený, ale že třeba to nedělaj jo, nebo že to neumí.

T: Tak je fat, že ten osobní asistent může odmítnout spoustu věcí... Mně se to teda ještě nestalo, ale...

R4: Jo, jo. Já jsem se jich ptala a on mi říkal ten vedoucí, že by tohle měli oni dělat. Že to je v náplni práce jako dát na mísu...

T: Je to v náplni práce, ale někomu je to třeba nepříjemný. Jako je fakt, že by pak třeba tu asistenci neměl dělat, ale..

R4: Přesně tak. Já si myslím, že spíš fyzicky, jo. Že spíš fyzicky, že... A to si myslím jako... Jako v nemocnici to fakt je, že to dělaj dost ty chlapi, že tam jsou dost na tyhle věci, ale sestřičky taky, takže jako když to zvládne sestra v nemocnici, tak... A na to já jsem je potřebovala, když ta máma přišla nemohoucí, takže no. Takže si myslím, že by měli být ke všemu proškolený (*smích*). A ne mi říct, že to nedělá.

T: Z jakých zdrojů jste ty informace získávala? Jestli jste to získávala z knížek, z internetu, od známých?

R4: Z internetu a od známých. No na oboje prakticky... Já jsem sháněla po internetu, objela jsem nějaký, nějaký další asi tři. Jeden jsem úplně zavrhla, já si ani nepamatuju název, i kdybych vám to chtěla říct. Ale jak na ty Sue Ryder a na ten, jak nevím, jak se čte Hjůvr, nebo Hwer, on se píše Hwer s w. Tak to jsme získali...

T: Já to vždycky četla jako Hwer, ale nevím.

R4: No já to čtu po anglicky. Tak na to jsme získali na oboje jako doporučení.

T: A jakoby jaké informace vám v dostupných zdrojích chyběly? Nebo jestli vám to takhle přišlo dostačující to, co jste si vyhledala.

R4: To nejsem asi schopna říct.

T: Takže jste si našla prostě, co jste potřebovala a...

R4: Protože já jsem byla u nás na pětce a hlavně oni říkali, že mi nezaručí, že bude chodit jedna, nebo jenom dvě pečovatelky a to vůči tomu jako, když tam měl někdo do bytu rodičů chodit a otec to nepřijímal kladně, tak to byl problém, aby se tam střídali, že jo. A navíc k mámě taky, ona taky nevěděla, co se děje, že tam najednou furt někdo chodí.

T: Jo, jakože je pro ní lepší, když tam přijde člověk, na kterýho si zvykne, než aby se tam ty lidi střídali a byla z toho prostě taková překvapená.

R4: Jeden člověk, co tam s ní ty úkony dělá. No přesně no. Ona včera se mě ptala: „A kdo mě organizuje?“ To mně řekla včera. Protože ví, že ty lidi se tam střídaj a já furt jsem říkala, tě nikdo neorganizuje (*smích*). No tak pro ty lidi je to náročný, když se jako střídá víc lidí a to ještě se sestrou tam jedna chodí pečovatelka, takže tam máme prakticky čtyři, který se tam v týdnů vystřídaj teď. A já a sestra, to je šest lidí.

T: Což už je asi trochu neúnosný, že jo?

R4: Je. Pokud si na to zvykne a trvá to delší dobu... No ale tím, že jestli mi ty dívky teď vpadnou, tak bude....

T: Já vim třeba, žže mi v asistenci máme i klienty, který mi řekli, že za rok poznali přes sto asistentů, jo. To je pak asi nepříjemný.

R4: No pravda je, že tam bylo dalších, dalších 6 tam bylo, tak no z toho Sue Ryder jich tam bylo takových 6, si myslím.

T: Ale furt je dobrý to brát z tý stránky, že se jí to netočí až v takovýhle míře jako.

R4: No ale ona si to stejně nepamatuje. Ona neví, jak se jmenujou.

T: Ale tak obličej se ještě aspoň trochu vybaví, ne?

R4: To jo, to jo. Myslim, že kdyby tam přišel úplně někdo cizí, tak bude koukat no. No to jo.

T: Jaká je vaše spokojenost s těmi službami, které využíváte? Konkrétně tedy s tou osobní asistencí. Vy jste vlastně ze začátku říkala, že je to i docela úleva...

R4: No je to úleva, když najdete člověka, kterej pasuje jednak teda mně, jednak vidim, že je k mámě příjemnej, a že to s ní umí a ještě třetí je u nás to, že jí akceptuje otec, že jo, protože ten je tam celej den no a pro něj jako, když mu tam někdo běhá... A ony ty dívky jsou šikovný, jako my tam máme, že můžou bejt ve svý místnosti, ale některá třeba tam furt něco běhá a organizuje, jo, což pro otce je jako velice nepříjemný, ale to už maj daný v povaze, že jo. Nebo jsou tam nevyklý. Takže jako najít člověka, kterej vyhovuje po všech stránkách, je docela obtížný. A to se teď docela povedlo, tak říkam za ten poslední rok to docela jakoby spadlo, jo.

T: Tak hlavně, abyste to už měli takhle ustálený, že jo.

R4: No ale ta teď jede pryč a no při při škole, ona bude ještě nějak opakovat něco, tak to taky není to...

T: A pak se bude zase vracet zpátky, nebo to ještě nevíte?

R4: No částečně jenom na nějaký den jenom. No takže nějak to řešit zase budu muset.

T: Tak přeju, abyste našla dobrou náhradu.

R4: No.

T: Myslíte si, že ve vašem okolí existuje dostatečné množství sociálních služeb? Teď vlastně myslím konkrétně, když to vztáhnu na celou Prahu, tak jestli si myslíte, že tady je dostatečný množství služeb jako pro neformální pečovatele?

R4: (...) Eh to nedovedu posoudit, protože když jsem chtěla, tak jsem si jí sehnala, takže jak je to... No sháněla jsem vlastně a asi na třech místech mi řekli, že nemají kapacitu, když jsem přes internet sháněla, tak asi není, když mi řekli, že nemaj kapacitu. To jsem se obracela no, někdo mi vůbec neodpověděl no, nějaká sestřička, která tam inzeruje u nás na pětce, že to dělá, tak ta vůbec neodpověděla.

T: A to bylo konkrétně kde? Jestli se můžu zeptat...

R4: Na Praze 5, já jsem sháněla lidi jakoby z okolí.

T: No to je mi jasný, já teď myslím jako, v jakým zařízení...

R4: Ona jenom inzerovala stránky eh, tam byla jako sama, ta nebyla jako přes zařízení. Ale který zařízení to bylo na pětce, a jak se jmenovalo, ty, co mi řekli, že nemaj kapacity... No určitě dvojce na pětce no.

T: To není úplně podstatný, já jsem jenom zvědavá.

R4: Ne, ne, jméno vám neřeknu, protože nevím, nepamatuju si to.

T: To nevadí vůbec.

R4: No já jsem si to všecko vytiskla, takže jsem těch jmen měla (*smích*). No nevím, fakt nevím.

T: Ono to množství těch informací je asi docela zahlcující najednou...

R4: No a tím, jak jsem telefonovala pak všude, nebo psala... A z toho Hweru ta mi odpověděla pani hned a hned mi, když jsem před tou operací právě potřebovala to rychle, rychle pak rozřešit, tak tam to bylo velice operativní, rychlý.

T: A které služby si myslíte, že tady v Praze chybí? Jestli vás napadá konkrétně něco.

R4: (...) To mě asi nenapadá...

T: Já když dám příklad, tak někdo mi v podstatě říkal, že mu tady chybí jakoby nějaký komplexní poradenství, že hned potom, co jakoby člověka propustěj, tak najednou neví, co dělat a...

R4: To snad můžou zas spíš říkat ty lidi, jo. Ty, co je propustěj.

T: Já jsem právě dávala jenom příklad, já tím nechci říkat, že tohle musí chybět vám, ale tím jsem myslela konkrétně, co se pod tím jakoby může myslet.

R4: No tak si myslím asi, že...

T: Jestli vám tady nechybí třeba nic, tak to jste šťastnej člověk, to je jedině dobře.

R4: No pokud chci mít toho člověka doma, tak asi mně chybí ty kvalitní lidi no.

T: Takže nějaký kvalifikovanější personál?

R4: Tyhle ty taky prošli, už se jich tam jakoby objevilo u nás doma víc no. Jako potřebovala bych, já nevím, jako tu mám mít jako lepší zdravotní tam uspořádání, ale to zase vázne na otci, kterej ten byt nechce měnit moc, takže spíš si myslím, že asi nejsou, já nevím... Kolegyně měla maminku v domově, v takovym, když už jenom ležela a teď tam byli na pokoji jich víc a myslím si, že jako ve srovnání se zahraničím asi, asi těch osob a těch domů je málo no, protože se na to musí... Protože mi jezdíme sem tam už víc do Rakouska a to se vždycky divili, jakože proč nemam jako někoho k péči, že tam ty síly jsou naopak jako.

T: Takže vám prostě přijde, že tady je nedostatečná kapacita?

R4: No myslím si. I když mi vlastně řekli, že nemaj lidi, že jo. Nebo třeba zase z toho Sue Ryderu mi říkali, že zase nedělaj třeba ty večerní hodiny, že jo. Tak spíš, spíš asi jako šíře a kvalita tý péče, to je asi jediný. Jinak nevím, já jsem přišla do styku jen jak říkam s tady těma dvěma organizacema, tak co by mi chybělo no... (*smích*) Všechno platíte, takže jako aby jim tam chodil furt někdo uklízet a prát a něco, že jo, tak když se to platí, tak....

T: Jak říkam, vim, že to je hodně finančně náročný, protože i klienti u nás říkaj, že to neutáhnou. Znam i holčinu, která potřebuje 15 hodin denně asistenci a prostě na to nemá.

R4: No jistě. Tak mi těch hodin máme taky... To maminka vlastně...

T: Vy jste říkala od osmi do osmi, že máte asistenci?

R4: No chodí v pondělí, úterý od půl devátý do půl desátý, to jí i teda ukládaj. Ten poslední rok, předtím to bylo míň. Eh takže... A pátek... Takže to máme kolik hodin v celku? Ježiš, kolik ono to je? Nějakých 60 hodin to máme tak no...

T: Tak já když to vezmu, tak osobní asistence stojí vlastně v průměru stovku na hodinu, tak to je finančně hrozně neúnosný.

R4: No, no, my se dělíme se sestrou a táta a těch osm tisíc.

T: Tak na to má bejt ten příspěvek na péči, ale ten to v životě nepokreje, takže...

R4: Ne, ten ne, to je tak na nějakou ranní hodinu no. Tohle je finančně to no, já nechápu, jak to dělaj lidi, který na to nemaj.

T: Složitě. Sháněj sponzory...

R4: No musej...

T: ...zadlužej se...

R4: Tak tohle bych viděla jako ten nedostatek.

T: Ten příspěvek na péči se vlastně teďko bude řešit, protože on od tý doby, co vzniknul Zákon o sociálních službách, tak se výše toho příspěvku neměnila vůbec a teďko se třeba uvažuje o tom, že by se s tím něco dělalo. Ale to je asi takovej běh na dlouhou trať, že zatím... Jako snahy jsou, ale než se vůbec něco uzákoní, než se probere, jakým způsobem to udělat, tak to potrvá.

R4: No to nevim vůči tomu zahraničí, jak je to uzpůsobený, ale to absolutně nepokreje ten člověk.

T: Já jsem třeba slyšela, že v Anglii to maj řešený tak, že... To mi vlastně říkala jedna klientka, že to maj řešený tak, že vlastně člověk, kterej osobní asistenci potřebuje, tak jí tam má zadarmo. A u nás to je třeba úplně jinak.

R4: No my platíme.

T: Neuvěřitelný částky za něco, co je vlastně hrozně potřebný, že jo.

R4: No my platíme tak dvacet tisíc měsíčně za tuhle službu.

T: No a právě ta holčina, kterou znam, tak ta platí tak pětatřicet, čtyřicet...

R4: Takže kde na to vzít a nekrást, jak se říká (*usmívá se*). No. Tak to je, tady vidím teda jako nedostatek. To jo, protože tohle opravdu si nemůže každéj dovolit jako no.

T: Ještě mam na vás předposlední otázku. Jaké jiné formy pomoci využíváte? Tím myslím například nějaký svépomocný skupiny, jestli třeba chodíte na setkávání neformálních pečovatelů, která pořádá například Život 90.

R4: Nechodím, nechodím. Nějak nemam a nevím, nemam ani čas na to už, jak to dělím mezi práci a maminku. Já si jdu radši zasportovat, bych šla, nebo do přírody. A nevím, co by mně asi poradili. To asi když bych byla v tý psychický, v psychickým stresu a byla třeba opravdu sama na to, tak bych asi opravdu nějakou takovou pomoc potřebovala, se poradit a probrat no. Ale pokud opravdu to můžu ještě se sestrou nebo s mužem, nebo když... Vždycky to je na mně, ale tak já, mně pomáhá pobyt v přírodě, musím říct.

T: Že se zregenerujete?

R4: No, no, mně opravdu to pomůže.

T: A teď jakoby hávěrečná otázka. Co vnímáte jako úplně největší zátěž pro vás při tom pečování o maminku?

R4: Tu dlouhodobou, tu dlouhodobou zátěž psychickou a fyzickou. Protože pět let je to teda nechodící člověk a eh předtím pět let, kdy potřebovala už ode mě taky denní jakoby pomoc no. Takže to je deset let to... A obdivuju lidi, máme v ulici dítě, kterýho poškodili při narození a obdivuju starý jako moje děti, kterým už je pětatřicet a obdivuju jako toho otce, že se o něj stará a má ho doma. A má tam zřejmě asi nějakou asistenci, to si asi taky může dovolit. Ale že to zvládá psychicky. Ta matka od něj odešla hned, když to dítě bylo ještě malý. To nezvládla no. Takže tohle bych řekla, že je největší, ale říkam si, že jsou lidi, který vydrzej jako tyhlety neskutečný zátěže, jo. Takže v tom případě si snad ani nemůžu stěžovat (*smích*).

T: To je hezký, že to takhle porovnáváte.

R4: No protože... A říkam si děti no, to pak je zátěž na celý život, když je něco takovýho.

T: No to určitě. Pak je hrozně obdivuhodný, že ten rodič se rozhodne s tím dítětem zůstat a věnovat mu prostě plnou péči.

R4: No, že s nim cvičí a všechno dělá. No, no.

T: To si myslím, že je naprosto krásný, ale musí to bejt hrozně těžký pro toho člověka.

R4: To musí. Ale zase oni zřejmě tam dávaj, tam víc dávaj. Mně se spíš zdá, že mě jako vycucává mě to. Mně to odebírá síly no. To říkal tady kolega, kterej měl jakoby svojí babičku, o kterou pečovala jeho maminka jako o svojí matku, a že když zemřela, tak že maminka omládlá o deset let, tak říkam, že to mě třeba čeká, že jo (*smích*). O deset let (*smích*). No je to zátěž, je to psychická zátěž. (*zvonění telefonu*) „Ahoj Zuzi.“ (pozn.: respondentka si zvedla telefonický hovor. Poté, co si vyřídila potřebné jsme se shodly, že jsme spolu probraly stěžejní věci, a jelikož bylo málo času, rozhovor jsme bohužel ukončily.)

Příloha D: Vzor dotazníku BM – psychického vyhoření

Dotazník psychického vyhoření (burnout)

V následujícím dotazníku uveďte jak často máte v posledním roce následující pocity a zkušenosti. Pomocí sedmistupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.

1	2	3	4	5	6	7
nikdy	jednou za čas	zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy

	1	2	3	4	5	6	7
1. Byl jsem unaven.							
2. Byl jsem v depresi.							
3. Prožíval jsem krásný den.							
4. Byl jsem tělesně vyčerpán.							
5. Byl jsem citově vyčerpán.							
6. Byl jsem šťastný.							
7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).							
8. Nemohl jsem se vzchopit.							
9. Byl jsem nešťastný.							
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.							
11. Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti.							
12. Cítil jsem se jako bych byl nula.							
13. Cítil jsem se utrápen.							
14. Tížily mne starosti.							
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.							
16. Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.							
17. Cítil jsem se beznadějně.							
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.							
19. Cítil jsem se pln optimismu.							
20. Cítil jsem se pln energie.							
21. Byl jsem pln úzkosti a obav.							

A = Suma 1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21

B = Suma 3,6,19,20

C = 32 – (B)

Celkové skóre = (A + C) : 21

Burnout =

Příloha E: Vzor vyplněného dotazníku BM – psychického vyhoření

RLY

Dotazník psychického vyhoření (burnout)

V následujícím dotazníku uveďte jak často máte v posledním roce následující pocity a zkušenosti. Pomocí sedmistupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.

1	2	3	4	5	6	7
nikdy	jednou za čas	zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy

	1	2	3	4	5	6	7
1. Byl jsem unaven.						X	
2. Byl jsem v depresi.		X					
3. Prožíval jsem krásný den.			X				
4. Byl jsem tělesně vyčerpán.					X		
5. Byl jsem citově vyčerpán.				X			
6. Byl jsem šťastný.	X						
7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).				X			
8. Nemohl jsem se vzchopit.	X						
9. Byl jsem nešťastný.				X			
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.					X		
11. Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti.		X					
12. Cítil jsem se jako bych byl nula.	X						
13. Cítil jsem se utrápen.				X			
14. Tížily mne starosti.						X	
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.		X					
16. Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.		X					
17. Cítil jsem se beznadějně.				X			
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	X						
19. Cítil jsem se pln optimismu.		X					
20. Cítil jsem se pln energie.		X					
21. Byl jsem pln úzkosti a obav.					X		

$$A = 58 \quad (A = 6 + 2 + 5 + 4 + 4 + 1 + 4 + 5 + 2 + 1 + 4 + 6 + 2 + 2 + 4 + 1 + 5)$$

$$B = 8 \quad (B = 3 + 1 + 2 + 2)$$

$$C = 24 \quad (C = 32 - 8)$$

$$\text{CELKOVĚ SKÓRE} = 3,90 \quad (\Sigma = (58 + 24) : 21)$$