

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Lucie Fajkusová

*Potřeby a situace neformálních pečujících, kteří se starají o
uživatele pečovatelské služby Charity Olomouc.*

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Pavlína Jurníčková, Ph.D.

2020

„Láska začíná péčí o ty nejbližší, ty doma.“

Matka Tereza

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

V Olomouci dne 15. 5. 2020

.....

Bc. Lucie Fajkusová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Pavlíně Jurníčkové, Ph.D., vedoucí práce, za odborné vedení, inspiraci a rady. Rovněž děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu oporou. Závěrem děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich důvěru a otevřenost.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Rodinná péče v domácím prostředí	9
1.1 Význam rodiny v péči o své blízké	9
1.2 Osoba pečovatele jako poskytovatel dlouhodobé rodinné péče.....	11
1.3 Negativní dopady péče na pečující osobu	12
1.4 Potřeby pečujících.....	14
1.5 Situace, se kterými se pečující potýkají a pozitivní vliv péče.....	16
2 Sociální práce v kontextu neformální péče.....	19
2.1 Vymezení cílové skupiny	19
2.2 Formální a neformální péče	20
2.3 Naléhavost tématu a potřeba větší angažovanosti sociální práce.....	22
2.4 Podpora neformálně pečujících.....	25
2.4.1 Syndrom vyhoření.....	28
2.5 Shrnutí tematických výzkumů.....	29
3 Metodologie výzkumu	31
3.1 Definice problémové situace.....	31
3.2 Vymezení cílů šetření.....	32
3.3 Výzkumný přístup, metoda sběru a analýzy dat, výzkumný soubor.....	32
3.3.1 Kvalitativní výzkum	33
3.3.2 Polostrukturovaný rozhovor	33
3.3.3 Metoda analýzy dat.....	35
3.3.4 Výzkumný soubor.....	36
4 Situace neformálních pečujících související s péčí.....	39
4.1 Vlivy působí na motivaci a rozhodování	39
4.2 Úvahy o ústavní péči.....	40

4.3	Vnímání péče s odstupem času a obavy o zajištění péče o vlastní osobu ve stáří	41
4.4	Ztráta soukromí a času na vlastní rodinu, neustálé obavy a strach	43
4.5	Absence času na své záležitosti a sociální izolace	44
4.6	Fyzická náročnost neformální péče.....	46
5	Potřeby neformálně pečujících	48
5.1	Faktory ovlivňující zvládání	48
5.2	Potřeby	49
5.2.1	Potřeba sdílení a pochopení	49
5.2.2	Potřeba informací.....	50
5.2.3	Potřeba ocenění a potřeba sdílet zkušenost.....	51
5.3	Pozitivní aspekty péče.....	52
5.4	Míra podpory státu a společnosti	52
5.5	Pečovatelská služba charity Olomouc.....	53
	Závěr	56
	Odborné monografie	58

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou neformálních pečujících a jejich situacemi a potřebami, se kterými se potýkají. Neformálními pečujícími v této práci rozumíme rodinné příslušníky, kteří poskytují péči uživatelům pečovatelské služby Charity Olomouc. To jsou především osoby seniorského věku, případně dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním, kteří se o sebe nedokáží postarat sami v plném rozsahu. Díky zmapovaným potřebám a situacím, se kterými se neformální pečující potýkají, by tato práce mohla dát návod, jak právě těmto osobám ulehčit, tak náročný úkol. Popřípadě poodhalit, zda je jim poskytnutá dostatečná pomoc ze strany odborníků. Laičtí pečující jsou stále opomíjenou skupinou, které odborníci nevěnují příliš velkou pozornost vzhledem k tomu, že nejsou zákonem vytyčenou skupinou osob, se kterými sociální služby/sociální pracovníci kooperují.

Jak ale uvádí studie zabývající se potřebami rodinných pečujících v Evropě zpracovaná organizací COFACE FamiliesEurope, více než 80 % péče v Evropě poskytují rodinní příslušníci (Birtha, Holm, 2017). Rodinným pečujícím by se tak měla věnovat větší pozornost především díky tomu, že jsou nejpočetnější skupinou poskytovatelů pomoci osobám závislým na pomoci jiné osoby. Tuto řekněme nešťastnou situaci by mohla změnit novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která má již počítat s neformálními pečujícími jako s cílovou skupinou osob, již jsou poskytovány sociální služby. Prozatím však v ČR k institucionalizaci sociální práce s neformálními pečujícími nedošlo.

Práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se zabývám vymezením situací rodinných pečujících, jejich potřebami, které při péči vyvstávají. V práci je zpracován text týkající se motivace rodinných pečujících přijmout tento nelehký úkol i historický kontext rodinné péče. Dále se v práci objevuje vymezení pojmu neformální a formální péče, možnosti podpory neformálních pečujících ze strany společnosti či vymezení pojmu senior. Ve výzkumné části je použita strategie kvalitativního zkoumání, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Přičemž jsem se rozhodla oslovit osm komunikačních partnerů, jak mužů, tak žen, pečujících o uživatele pečovatelské služby Charity Olomouc.

Téma své diplomové práce jsem zvolila pro to, jelikož se domnívám, že situace a potřeby neformálních pečujících, nejsou dostatečně probíraným tématem. Laičtí pečující jsou velmi opomíjenou skupinou, které se nevěnuje tolik pozornosti, kolik by bylo potřeba. Osoby závislé na pomoci jiné osoby patří dle zákona o sociálních službách mezi vymezený okruh osob, kterým se na základě nepříznivé sociální situace poskytují sociální služby. V důsledku toho je jim pomoc garantována zákonem. Pečující osoby ovšem do cílové skupiny sociální práce nepatří.

Mám možnost nahlédnout do životů rodinných pečujících. Vidím jejich mnohdy bezvýhodné situace, jejich vyčerpání a následné odcizení se od svých příbuzných i okolí. Výsledky vyplývající z této práce bych ráda využila jako jakýsi ukazatel, díky němuž by mohli pracovníci pečovatelské služby Charity Olomouc lépe a kvalitněji reagovat na potřeby rodinných pečujících i přesto, že nejsou cílovou skupinou sociální práce.

1 RODINNÁ PÉČE V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

V této kapitole nahlédnu na rodinnou péči optikou historického vývoje, budu se věnovat definici pojmu rodina a přiblížení pojmu rodinná péče. Zamyslím se nad motivací rodiny přijmout roli pečujících. Následně uvedu pojem rodinná péče do kontextu samotného poskytování dlouhodobé péče u rodinných příslušníků. V závěru kapitoly se věnuji negativům, které mohou při péči o rodinného příslušníka vyvstat. V neposlední řadě se věnuji také pozitivům, která péče mnohdy přináší.

1.1 VÝZNAM RODINY V PÉČI O SVÉ BLÍZKÉ

V průběhu času docházelo k zásadním změnám v úloze rodiny pečovat o svého člena. Péče o rodinné blízké byla běžnou součástí života nicméně vlivem rozvoje společnosti, a tedy i zdravotnictví, se tato péče dostává do pozadí. Nehledě na tento rozvoj nelze opomenout, že rodina má v péči o nemocného či starého člena nezastupitelnou a nenahraditelnou roli (Bártlová, 2006, s. 96-97).

Podle Matouška (2008, s. 177) je rodina „(...) skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce).“ Hartl, Hartlová (2000, s. 512) dodávají důležitý faktor, a to povinnosti plynoucí z takového vztahu, rodina je tedy „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“. Krebs (in Krebs a kol., 2010, s. 397) zasazuje rodinu do společenského kontextu, kde rodina plní své funkce, podle něj je tedy rodina „(...) základní jednotkou ve společnosti, kde plní významné společenské funkce – biologickou, ekonomickou, sociální a výchovnou. Z historického hlediska ovlivnily podobu rodiny a rodinného chování procesy industrializace a demokratizace a oslabování ekonomické role rodiny ve prospěch párovosti.“

Historicky rozlišujeme tři vývojové linie péče, které se vzájemně překrývají. První z nich je laická péče. Zde hovoříme o *sebeběči*, kdy se nemocný stará o sebe nebo se o něj starají příbuzní. Druhá etapa přichází v devátém století s příchodem křesťanství a jedná se o tzv. charitativní péči, kdy je pomoc chudým a nemocným poskytována církevními organizacemi. Třetí etapa se rozvíjí v devatenáctém století, nazýváme ji organizovanou léčebnou, ošetrovatelskou a sociální péčí o choré, kdy dochází k velkému rozvoji medicínských poznatků (Mlýnková, 2010, s. 14). V současné době lze však pozorovat několik trendů a změn ve společnosti, které nasvědčují tomu, že model péče ve

smyslu rodiny jako hlavního subjektu péče o svého člena se postupně vytrácí. Vlivem společenského vývoje dochází ke změnám hodnot, zvyšuje se potřeba nezávislosti a svobody jednotlivce, dochází k liberalizaci hodnot, rozpadům manželství a příbuzenských svazků. Změny se projevují i na klesající porodnosti, což vede k menšímu počtu dětí v rodinách. Nedostatek rodin a klesající počet potenciálních pečovatелů můžou způsobit tzv. *krizi rodinného modelu*. Dalším trendem současné doby je stárnutí populace vlivem prodlužování průměrné délky života, což má za následek nárůst lidí, kteří se o sebe nedovedou postarat sami. Tohle vše zvyšuje nároky na rodinnou péči, která je nebude schopna uspokojit (Jeřábek, 2005). Potřeba neformální péče také roste společně s kladením důrazu na koncept deinstitucionalizace v sociálních službách (MPSV, 2013).

Millward (dle Jeřábek 2015, s. 10) definuje rodinnou péči jako „*opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo službu vykonávanou pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat*.“ Průzkumy ukazují, že až 70–90 % sociální a zdravotní péče je poskytováno rodinnými příslušníky či jinými neformálními pečovateli. Je tedy zřejmé, že rodinná péče o nesoběstačné osoby je jedním z nejčastějších modelů pomoci v současné společnosti (Birtha, Holm, 2017). Je to dáno tím, že senioři chtějí poslední fázi svého života strávit ve svém přirozeném sociálním prostředí, tedy doma. Rozhodnutí ovšem nezáleží jen na nich, ale především na rodině, která tak na sebe přebírá nesmírně těžký úkol.

Rodina v péči o seniora plní dvě významné funkce. Je podstatným zdrojem informací o zdravotním stavu seniora a o jeho celkové kondici. A dále je významnou emocionální pomocí, pro osobu závislou na péči je mnohem jednodušší přijímat péči od osoby, kterou zná a které důvěřuje než od cizího člověka (Mlýnková, 2001, s. 42).

Jeřábek a kol. (2005, s. 12) rozděluje péči poskytovanou rodinnými příslušníky do tří stupňů dle intenzity a naléhavosti potřeb opečovávaného. První z nich je péče *podpůrná*, tedy péče poskytovaná v minimálním rozsahu. Opečovávaný má tak malé omezení v soběstačnosti, že není zapotřebí časově, fyzicky ani psychicky náročné pomoci. Jedná se o občasnou pomoc, kdy závislý potřebuje např. odvézt k lékaři. Hojnější a časově náročnější je tzv. péče *neosobní*, jež obsahuje aktivity související s péčí o domácnost. Posledním a zároveň tím nejnáročnějším typem rodinné péče je péče *osobní*, do které spadají činnosti týkající se intimní péče o závislého, tedy osobní hygiena, dále pomoc s podáním stravy, polohováním, aj. Péče je časově, fyzicky i psychicky velmi náročná. V podstatě se jedná o nepřetržitou pomoc. Naopak Ondrušová (2017, s. 89) rozlišuje rodinnou péči v domácím prostředí dle délky a intenzity trvání. Za první uvádí

péči *krátkodobou*, která může být sice intenzivní, ale je zde možnost zlepšení zdravotního stavu opečovávaného (např. úraz, návrat z hospitalizace). Za druhé zmiňuje péči *intermitentní*, kterou tvoří pravidelně vykonávaná, praktická pomoc závislé osobě. Dlouhodobá či trvalá je posledním stupněm péče. Tato péče je charakterizovaná fyzickou i časovou náročností.

1.2 OSOBA PEČOVATELE JAKO POSKYTOVATEL DLOUHODOBÉ RODINNÉ PÉČE

Rodinní pečující jsou součástí sektoru dlouhodobé péče, který je nazýván jako *neformální péče*, někdy též *laická péče* (Hubíková, 2017, s. 7). Klímová-Chaloupková, Hamplová (2014, s. 102) definují neformální péči jako neplacenou činnost poskytovanou rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy či dobrovolníky.

Truhlářová (2017, s. 7) uvádí, že „*Rodinní pečující jsou ve většině případů primárními pečovateli, nezřídka pečujícími jedinými.*“ Konfederace organizací zaměřených na rodinu působících v Evropské Unii definovala rodinného pečujícího tak, že rodinný pečující je kdokoliv, muž nebo žena, kteří nejsou profesionálními pečovateli, ale na základě vlastního rozhodnutí, nebo proto, že nenalezli jinou možnost, pečují o závislou osobu ve svém bezprostředním okolí (Birtha, Holm, 2017, s. 10). Glendinning (dle Hubíková, Dohnalová, 2013, s. 5) vidí neformálního pečovatele jako člověka, který poskytuje pomoc osobě s chronickým onemocněním či postižením apod., a to mimo sféru profesionální a formální pomoci.

Podstatné je také zamyslet se nad tím, jaká je motivace pečujících, která ovlivňuje rozhodnutí pečovat o člena rodiny. Balcar (dle Lokš, Lokšová, 1999, s. 11) definuje motivaci jako souhrn činitelů, které podněcují, energizují a řídí průběh chování člověka a jeho prožívání ve vztazích k okolnímu světu a sobě samému. Motivace je zdrojem soudržnosti v osobnosti člověka. Je silou, která dává smysl zdánlivým nesrovnalostem v chování a jednání lidí (Emmons dle Křivohlavý, 2006, s. 20).

Neformálními pečovateli bývají nejčastěji členové nejbližší rodiny a další příbuzní. Allan (1991, s. 120-121) zdůvodňuje převahu rodinných pečovatelů tím, že rodinná péče je založena především na morálním závazku a odpovědnosti členů rodiny. Novák (2011, s. 10) ve své publikaci uvádí, že až 80% české populace je přesvědčeno o tom, že se potomci musí postarat o své nemohoucí rodiče. Výzkum prováděný s nemohoucími osobami ve věkové kategorii nad 60 let ukázal, že více než polovina respondentů je

opečovávána svými potomky, přičemž převážnou skupinu pečovatелů tvoří ženy. Graham (dle Jeřábek, 2009, s. 244) vidí péči o osobu závislou jako práci z lásky. Tvrdí, že se rodinná péče skládá ze dvou částí. Jednak praktické péče rodiny o závislou osobu, jednak láskou a starostí, která tuto péči provází a která je mnohdy hlavní motivací k přijetí tohoto poslání. Domnívá se, že péče o nemohoucího člena rodiny je přirozenou součástí života rodiny, která se samozřejmostí vyrůstá z lásky k nemohoucímu a čím dál tím méně samostatnému a soběstačnému rodinnému příslušníku.

Jeřábek (2005, s. 23) tvrdí, že péči o starého nemohoucího člověka poskytuje rodina především z důvodů solidarity a udržení rodinné soudržnosti. Poměrně mnoho pečovatелů je bohužel ochotno jít za hranice svých možností a ohrozit tak své zdraví i rodinné vztahy. Proto je tak důležité si uvědomit, že „*být v roli pečovatele mimo jiné znamená převzít zodpovědnost sám za sebe*“ (Šafránková, 2004, s. 38). Rodinní pečující se stávají poskytovateli pomoci díky pocitu závazku a zodpovědnosti ke svým blízkým. Od rodin se očekává, že vlastními silami a mnohdy bez jakékoliv pomoci zvládnou péči, která je pro profesionály náročná (Truhlářová, 2017).

1.3 NEGATIVNÍ DOPADY PÉČE NA PEČUJÍCÍ OSOBU

Pečující mnohdy nosí toto břemeno sami, často téměř bez pomoci a opory ze svého sociálního okolí. Tím je péče ze strany těchto osob specifická a opletená mnoha riziky. Rodinná péče je poskytována osobami, které mají s pečovaným příbuzenský vztah nebo jiný blízký vztah a osobní, mnohdy i emoční vazby (Truhlářová, 2017, s. 7). Alarmující je fakt, že rodinní pečující nemohou poskytování péče ukončit či omezit v případě, že se poskytování péče dostává do střetu s jejich vlastními zájmy a potřebami nebo pokud přesahuje jejich možnosti. A tak pečující často překračují hranici svých sil (Twigg, Atkin dle Hubíková, 2017, s. 7). Pečující osoby se ocitají v nejistém postavení i vzhledem k tomu, že obtížně kombinují péči a zaměstnání. Nepřispívá k tomu ani postoj českých zaměstnavatelů, kteří nejsou ochotní nabízet zkrácenou pracovní dobu, příp. flexibilní organizování práce zaměstnancem. Z důvodu zvýšení intenzity péče jsou rodinní pečující často nuceni opouštět svá zaměstnání. Ve většině případů jsou poté odkázáni zpravidla na příspěvku na péči, kterou jim poskytne závislá osoba. Návrat do zaměstnání bývá pro pečující poměrně obtížný i po ukončení péče. (Pospíšil a kol., 2016)

Horecký a Průša (2019, s. 11) ve své studii uvádí prognózu, že se do roku 2060 počet osob vyžadujících péči zdvojnásobí, počet osob vyžadujících péči v institucích

ztrojnásobí a počet osob vyžadujících formální péči v domácím prostředí taktéž zdvojnásobí. Nejinak tomu bude i v České republice. Z toho vyplývá, že neformálních pečujících bude v budoucnu stále přibývat, jelikož pobytové i terénní sociální služby nebudou schopné pružně reagovat na stále zvyšující se poptávku. Horecký (in Horecký a Průša, 2019, s. 13) konstatuje: „*Populace stárne, systém sociálních služeb není na důsledky stárnutí obyvatelstva připraven.*“ Jak uvádí Holmerová a kol. (2016, s. 25) „*pro některé pečující představuje rodina největší zdroj pomoci. Pro jiné je největším zdrojem napětí a stresu.*“ Holmerová tedy apeluje na to, aby se pečující osoby pokusily do péče zapojit co nejvíce rodinných příslušníků. Následujícím krokem je dovést jejich nabídku pomoci přijmout. Pečující by si měli udělat čas sami na sebe, nepřeceňovat své síly a nepodceňovat své pocity. Měli by si získat čas pro sebe například tak, že požádají o pomoc z řad známých, příbuzných, přátel či oslovit registrované sociální služby (Holmerová a kol., 2016, s. 26–27).

Péče o závislého člena rodina je nesmírně těžká, a mohou se tak objevovat různé emoce spojené s péčí, jako například strach, obava či úzkost spojené s otázkami, zda svou roli pečujícího zvládnou? Jak mám zajistit bezpečí? Objevuje se také smutek, který pečující cítí především, když vidí, jak se ten, o kterého pečují, mění před očima. Další pocit, který se může objevit, je hněv a vztek. Ty se zcela přirozeně objevují jako reakce na náročnou situaci. O všech těchto pocitech je nutné hovořit, nejlépe s odborníky. Bolest. Může být jak fyzická, tak psychická. Péče o člověka je fyzicky velmi náročná, zvláště v případě, pokud je osoba imobilní (Provazníková, Kalvach, 2016). Problémem je také skutečnost, že rodinní pečující nemohou ukončit, případně omezit poskytování péče, pokud se péče dostává do konfliktu s jejich vlastními zájmy a potřebami, nebo pokud péči z fyzického či psychického důvodu nezvládají. Mnohdy se stává, že na začátku rodinní pečující přijímají tuto roli s domněním, že bude krátkodobá a dočasná. Často se však stane pravý opak a tato role nejen dlouhodobě, ale v mnohem větším rozsahu než na začátku. Dochází tak k omezením vlastního života a objevují se problémy jako ztráta zaměstnání, zploštění sociálního života apod. (Truhlářová, 2017).

Je nutné, aby se o sebe pečující starali jak po psychické, tak fyzické stránce. Teprve pak mohou být dobrými pečovateli. Péče o závislého lze brát jako zátěž, která souvisí s každodenní, často téměř dvaceti čtyř hodinovou, péčí. V době péče se často mění životní styl pečujícího. Často jsou pečující nuceni odejít ze zaměstnání, případně musí kvůli opečovávanému upravit prostředí či dochází ke změnám v počtu osob v domácnosti. Často se také mění finanční situace. Pečující se musí naučit spoustu nových a nelehkých

věcí (např. polohování). Zatěžujícími mohou být potíže v komunikaci se závislou osobou. Veškerá tato zátěž se často odrazí na psychické i fyzické pohodě pečujícího. Mnohdy se tak děje až po určité době působení zátěže, někdy se ale objevuje i po jejím odeznění, a to například na dovolené či v případě umístění osoby do pobytového zařízení (Chovancová a kol., 2012).

V důsledku prodlužování délky a náročnosti péče pečovateli také hrozí zhoršování jejich fyzického i psychického zdravotního stavu (Pospíšil a kol., 2016). Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro rok 2016-2025 si dává za cíl zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny a to následujícími kroky, tedy zvýšit sociálně-finanční zabezpečení pečujících osob formou zavedení nových forem finanční podpory pečujících osob. Dále zvýšit podporu pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb s cílem zajistit a vymezit kapacitu některých sociálních služeb v případě nenadálé situace v rodině opečovávaných osob. Zlepšit také informovanost a vzdělání pečujících osob nabídkou vzdělávání. A nakonec navázat spolupráci a zlepšit tak podporu pečovatelů ze strany sociálních pracovníků obcí a ÚP (Pospíšil, 2016).

1.4 POTŘEBY PEČUJÍCÍCH

„*Jde o to žít životem, který stojí za to žít*“ (Frankl dle Krivohlavý, 2006, s. 96). Aby byl člověk v životě spokojený, musí mít naplněny všechny lidské potřeby. V případě poskytování péče nesoběstačné osobě to platí dvojnásob. Očekává se, že pečující osoba bude naplňovat potřeby opečovávaného, neměla by však zapomínat naplňovat i potřeby vlastní. Glendinning (dle Hubíková, Dohnalová, 2013, s. 5) tvrdí, že pečovatelé, kteří pečují s velkým nasazením a intenzitou, jsou nejvíce ohroženi socioekonomickými a jinými negativními důsledky intenzivního poskytování péče. Jeřábek doplňuje, že rodinný pečující si mnohdy upírá své potřeby na úkor potřeb nesoběstačného a opečovávaného člena rodiny.

Pokud bude pečující své potřeby dlouhodobě opomíjet, může se to odrazit na jeho fyzickém či psychickém zdraví. To se samozřejmě odrazí na poskytované péči. Jak uvádí Chovancová a kol. (2012, s. 23): „*Základem dobré péče o druhé je dobrá péče o sebe sama.*“ Asi nejznámější teorii zabývající se lidskými potřebami vytvořil americký psycholog Abraham Maslow. Maslowova klasifikace potřeb představuje soustavu pěti úrovní potřeb seřazených do vertikálního pořadí. Dno hierarchie tvoří fyziologické potřeby, zatímco nejvýše postavené jsou aktualizací potřeby osobnosti (Čakirpaloglu,

2012, s. 185). Cakirpaloglu (2012, s. 185) interpretuje Maslowovu hierarchie potřeb následovně: *fyziologické potřeby*, kam řadí potravu, tekutiny, vyměšování, spánek odpočinek a další. Dále potřeby *bezpečí*, tady i jistoty, stálosti a spolehlivosti. Potřebu *sounáležitosti*, lásky, náklonnosti a potřeba někam patřit. Potřeb *uznání*, kam řadí potřebu sebedůvěry, sebeúcty, prestiže, a nakonec potřeb *seberealizace*, týkající se sebenaplnění.

Karnet (2017) zmiňuje tři potřeby rodinných pečujících. Jednou z nich je *potřeba finančního zabezpečení* a s ní související problematika v podstatě nulového finančního ohodnocení pečující osoby. Karnet upozorňuje, že zatímco závislá osoba pobírá dávky např. invalidního či starobního důchodu, příspěvek na péči či mobilitu, pečující osoba nemá nárok na žádnou finanční odměnu. Výjimkou je péče o člověka ve druhém a vyšším stupni závislosti, kdy se pečujícímu započítávají roky péče do nároku na starobní důchod. Autor porovnává finanční zatížení státního aparátu, kdy na jedné straně stojí vyplacení dávky pečujícímu a na straně druhé finanční náročnost institucionální péče. Ve výsledku dodává, vyplacení dávky pečujícímu by stát vyšlo levněji než péče institucionální. Příspěvek na péči je dávkou, která je pro pokrytí potřeb operovaného nedostačující, a tak se dlouhodobá péče stává finančně neúnosnou. V mnohých případech tak, že se rodina ocitne na hranici chudoby bez objektivní možnosti vlastním přičiněním ekonomickou situaci zlepšit. Mezi další zmíněnou potřebu patří *potřeba společenského uznání*. Práce pečujícího není společností nikterak oceněna, ba naopak. Někdy se pečující potýkají s nevyžádanými poznámkami jako např. že pečující celý den nic nedělají, či zneužívají příspěvek na péči pro sebe, apod. Práci pečujících ocení jen ti, kteří vědí, co tato úloha obnáší. V neposlední řadě se v autorově reflexi objevuje *potřeba odlehčovacích služeb*. Každý člověk potřebuje odpočinek a pro pečujícího to platí dvojnásob. Zde ale pečující narazí na problém v podobě nízké zastupitelnosti. Mnohdy se stává, že veškerá péče leží na bedrech jedinému pečujícímu, v lepších případech v rodině funguje *střídavá péče*, kdy se o opečovávaného stará více členů rodiny. Je tedy zřejmé, že v případě poskytování péče jedinou osobou hrozí jedinci vyhoření či fyzické i psychické zhroucení. Ve společnosti ovšem mechanismy poskytující regeneraci těchto sil chybí, jelikož pečující ze zákona na žádný odpočinek nárok nemají.

Na potřeby pečujících lze dle Dohnalové a Hubíkové (2013, s. 11-13) nahlížet dvěma pohledy – úzkým a širokým. Úzký pohled neidentifikuje rozdíl mezi potřebami pečujícího a závislého. Potřeby jsou vykládány jako ty, které plynou ze samotné péče. Předpokládá se, že snahou pečujících je poskytnout co nejlepší péči a pokud bude tohoto cíle dosaženo, bude pečovatel spokojený. Dále byla mnoha studii identifikována

potřeba dostatku informací, a to především na počátku péče. Informace dle pečujících nepřichází včas, ani nebyvají konkrétní. Chybí především informace, které služby jsou pro závislého vhodné a jak lze tyto služby zajistit. Dále sem lze zařadit potřeby nácviku pečovatelských či ošetrovatelských úkonů a lepší komunikace s profesionály, tedy s lékaři, pracovníky sociálních služeb apod. V širším pojetí pečovatelé identifikují především potřebu zmírnění stresu, odpočinku a čas pro osobní aktivity, které nesouvisí s pečováním. Mnoho pečujících trpí zdravotními potížemi, které se v důsledku poskytování péče zhoršují, a tak by i oni sami potřebovali pomoci. Dále u pečujících vyvstávají potřeby pomoci zvládat emocionální problémy a smířit se s myšlenkami a pocity, které se při péči objevují a za které se mnohdy stydí. Někteří pečující se dokonce bojí vyjádřit emoce, které jsou, dle jejich názoru, morálně či společensky nepřijatelné, z důvodu obav pozastavení péče. V neposlední řadě se objevuje potřeba spontánnosti života spojená s volným časem a aktivitami jím vyplněnými. Na to by měly odpovídat respitní služby, ale vzhledem k tomu, že je tyto služby nutné zamluvit hodně dopředu, neplní tak úplně svůj účel.

1.5 SITUACE, SE KTERÝMI SE PEČUJÍCÍ POTÝKAJÍ A POZITIVNÍ VLIV PÉČE

I přesto, že by rodina ráda pečovala o svého bližního, mohou se na cestě za domácí péčí vynořit objektivní překážky, které tuto péči znemožní. Překážky se týkají jak pečujících, tak nesoběstačné osoby. Mezi překážky stojící na straně pečujících patří například nepříznivý zdravotní stav pečujícího, nevhodné bydlení, vysoká vytíženost v zaměstnání či relevantní ekonomické důvody. Mezi překážky ze strany seniory patří osobnost této osoby či příliš vážný zdravotní stav obsahující vysoký nároky na péči. Mimo jiné znemožňují péči i složité rodinné vztahy (Ondrušová, 2017, s. 90).

Kotrusová, Dobiášová, Hošálková (2013, s. 15) identifikují několik negativních situací, se kterými se pečující potýkají. První z nich je nedostatek času. Většina pečujících nemá dostatek času pro osobní život. Spousta z nich podřizuje své vlastní potřeby a osobní pohodu potřebám opečovávaného, přičemž nedostatek prostoru pro uspokojování osobních potřeb může vést, především pokud osoba pečuje sama bez zázemí širší rodiny, až k sociálnímu vyloučení. Dalším doprovodným jevem jsou fyzické a psychické obtíže vyvolané nepřítomností potřebné regenerace. Velmi často dochází ke zhoršení zdravotního stavu pečující osoby. Někteří pečující zaznamenali prohlubování či

zhoršování psychických problémů, problémy v mezilidských (rodinných) vztazích. Mnohdy se náročnost péče promítne do vztahových problémů v partnerství či manželství, někdy vede až k jejich rozpadu. Je nutné podotknout, že některé rodinné konflikty vycházejí ze samotných vztahů a komunikace mezi pečujícím a závislou osobou. Další problémovou situací provázející dlouhodobou péčí je nejistota a obavy z budoucího vývoje. Pečující uvádějí, že pociťují nejistotu týkající se vývoje zdravotního stavu opečovávané osoby, její opětovné začlenění do společnosti. Objevují se obavy spojené s tím, kdo a jak bude pečovat po smrti pečující osoby, strach z budoucí finanční situace atd. Někteří pečující díky nedostatku finančních prostředků nemohou plně čerpat potřebné sociální služby, které by jim ulevily v náročné péči.

Pečující se snaží udržet opečovávaného doma tak dlouho, jak je to možné. Mnohdy ale následkem péče dochází k ničení fyzického a emočního zdraví pečovatele. Mnoho neformálních pečovatelů se zaměřuje na jejich úkol, mnohdy si ale neuvědomují, že tento úkol přerůstá přes jejich hlavu, a dosáhli bodu, kdy je zapotřebí zajistit profesionální pomoc. Když už pečovatel uzná potřebu formální pomoci, objevuje se problém se získáním financí, kterými by službu zaplatil. Přetížený pečovatel může trpět depresemi nebo fyzickými potížemi, které mohou nakonec také vyžadovat dlouhodobou péči. Důsledky, že nebudou schopni zvládnout břemeno péče, mohou dokonce vést k předčasnému úmrtí pečovatele. Ostatní členové rodiny by si měli být vědomi tohoto břemene a měli by být připraveni vstoupit a pomoci svému blízkému, který poskytuje péči, a uznat možnost jeho přetížení.¹

Ondrušová (2017, s. 92-93) říká, že pečující se o své příbuzné starají z důvodu opětování jim jejich péče, z důvodu vděku, empatie a samozřejmě lásky. Pečující zažívají kromě negativních dopadů péče i ty pozitivní, jako například vědomí vlastní užitečnosti, prohloubení vzájemných vztahů či změna životních postojů. Mezi negativní dopady péče patří velká zátěž pečujícího a eskalace konfliktů (např. s partnerem). Narůstá pocit viny a vlastní neschopnosti, jelikož pečující nemůže splnit požadavky všech. Pokud úkoly přesahují časové a fyzické síly pečujícího, narůstá pocit vyčerpání, stres apod. Souhrn těchto faktorů může v pečujícím vyvolat pocit nenávisti, který může skončit špatným zacházením se závislou osobou. Mezi rizika ohrožující pečující osoby patří omezení

¹Home-care-plus.com. UnderstandingtheRolesofFormal and InformalCaregivers. [online]. ©2010 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://home-care-plus.com/2010/12/understanding-the-roles-of-formal-and-informal-caregivers/2010>

sociálních kontaktů, změna či zanechání zaměstnání, změny denního režimu, změny v rodinných vztazích, omezení vlastního rozvoje, nutnost naučit se technicky zvládat pečování, stres, zhoršení duševního i tělesného stavu, syndrom vyhoření či nedostatek financí v produktivním i důchodovém věku.

Grant (dle Žižlavská, 2017, s. 21) dle svého výzkumu tvrdí, že je péče doprovázena i pozitivními důsledky pro pečujícího. Ze studie plyne, že pečující jsou si schopni z pečování něco odnést. A upozorňuje na přítomnost jistých odměn a uspokojení z péče. Pečující si utváří strategie zvládnání péče a z toho plynoucí pozitiva, která pečování přináší. Například je doprovází dobrý pocit z péče, jež je prevencí viny. Pokud by se totiž pečující nerozhodl o blízkého postarat, cítil by se provinile. Pečující tento úkol pocítují jako určitou výzvu pro sebe sama a zároveň si chtějí ověřit své schopnosti. Velmi často se stává, že pečovatel vidí v pomoci blízké osobě smysl svého života. Mnoho respondentů Grantova výzkumu uvedlo, že si díky pečování odnášejí pocit toho, že dokázali vyjádřit svou lásku a náklonnost ke svému bližnímu. Grant tedy zmiňuje, že jsou pečující schopni vyrovnat se s negativními zátěžemi pomocí copingových strategií, které si pečující odnáší z přínosů plynoucích z pomoci příbuznému.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V KONTEXTU NEFORMÁLNÍ PÉČE

V druhé kapitole diplomové práce se zabývám propojením sociální práce, jakožto zástupce formální péče, s péčí neformální. V první části se věnuji pojmu senior, který je jednou z cílových skupin sociální práce. Dále se zabývám možnostmi podpory, které se dostává či nedostává neformálně pečujícími osobám. Na konec se věnuji definici syndromu vyhoření, který může pečující zasáhnout.

2.1 VYMEZENÍ CÍLOVÉ SKUPINY

Vymezení věkové hranice geriatrického pacienta je dle Kalvacha (2008, s. 25) vcelku nejednoznačné a neustálené. V rozsáhleším pojetí daného fenoménu se v ekonomicky vyspělých zemích starší věk hodnotí hranicí nad 75 let, vezmeme-li ovšem v potaz neustálé zlepšování medicínálního a funkčního stavu seniorů, je nutné tuto hranici posunout na věk 80 let. Věk 65 let bývá považován za nejnižší věkovou hranici geriatrického pacienta neboli seniora. Podíváme-li se na danou problematiku v užším slova smyslu, za seniora je označována osoba, která vykazuje určité závažné, s poklesem zdraví související, specifické zdravotní problémy charakterizované určitými chorobami, nutnou úpravou přístupu a služeb (Kavlach, 2008, s. 25).

Dle Světové zdravotnické organizace je stařecký věk, v porovnání s předchozími stádii života, takovou etapou života, která je charakterizovaná poškozením fyzických i psychických sil. Novodobé vymezení druhé poloviny lidského života začíná věkem čtyřicet pět let až padesát devět let, kdy je toto období pojmenováno jako *střední* či *zralý věk*. Následuje *vyšší věk* neboli *rané stáří* vymezený šedesáti až sedmdesáti čtyřmi lety. Třetím obdobím je stařecký věk čili *sénium*, *vlastní stáří*, typický pro věk sedmdesát pět až osmdesát devět let. Poslední etapa je vymezená hranicí devadesáti let a výše a nazývá se „*dlohověkost*“ (Haškovcová, 2010, s. 20). Haškovcová dodává, že každá lidská bytost stárne již od narození a je nutné uvědomit si, že každý člověk stárne jinak.

Holmerová zmiňuje, že se o seniorovi v odborné literatuře hovoří jako o člověku starším šedesáti pěti let. Autorka se ovšem přiklání k tomu, aby se vymezení pojmu senior navrátilo k původnímu slova smyslu, tedy „*starší než*“. Je třeba brát v potaz to, že lidé vyššího věku nejsou stejnorodou skupinou. To znamená, že na jednu stranu mohou lidé vyššího věku vykonávat důležité, náročné a zodpovědné činnosti. Na druhou stranu se osoby vyššího věku mohou potýkat se zhoršeným zdravotním stavem, ztrátou

soběstačnosti. Z čehož v důsledku toho vyplývá, že jsou odkázáni na pomoc blízkých či jiných osob. Holmerová ve svém článku uvádí, že o funkčním stavu člověka nerozhoduje pouze věk, ale především stav zdraví dané osoby, její schopnosti, motivace, velmi často také prostředí a společnost, ve kterém žije.

Sak a Kolesárová (2012, s. 14) definují stáří jako životní etapu člověka vymezenou dvěma časovými body. Dle jejich poměrně tvrdého úsudku je právě smrt ukazatelem horní věkové hranice stáří, zatímco spodní věková hranice je charakterizována jevy a procesy, které stáří tvoří, a které do lidského života přicházejí postupně. A právě souhrn těchto jevů a procesů utváří stáří. Je ovšem nutné mít na paměti, že každý člověk je individuální bytostí, a tak tyto procesy a jevy nastupují u určitého člověka v určitém věkovém rozpětí, ale v odlišném individuálním věku.

Holmerová (2017) seniory rozděluje do tří skupin. První skupinou jsou „*elitní senioři*“, kteří v různých odvětvích podávají srovnatelné či lepší výkony než jejich mladší kolegové. Dále zmiňuje „*aktivní, autonomní a soběstačné*“ seniory, tedy osoby, které své životní aktivity (např. zájmové, dobrovolnické apod.) vykonávají bez většího omezení. Poslední skupinou jsou osoby „*křehké, ohrožené či postižené omezením či ztrátou soběstačnosti, závislé*“, mezi něž patří senioři vyžadující pomoc druhých osob či využívající profesionální služby. Pro tuto skupinu osob je charakteristická ztráta soběstačnosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, smyslových či geriatrických syndromů.

2.2 FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ PÉČE

Dle Truhlářové (2017, s. 7) je pojem *neformální péče* nadřazený termínu *rodinná péče*, jelikož do kategorie neformálních pečujících patří i řada dalších osob poskytujících péči. Jedním z hlavních rysů neformální péče je fakt, že tento typ péče poskytuje laický pečovatel. To ovšem neplatí ve všech případech. Neformálním pečujícím může být i osoba, která není v poskytování péče laik, jako například zdravotní sestra, pracovník v sociálních službách apod. Neformální pečující nejsou v tuto chvíli přímo vymezení pro potřeby systému sociálního zabezpečení a sociálního pojištění. Jediné vymezení pečujících osob se váže na příspěvek na péči.

Stano (2015) informuje, že neformální pečovatelé jsou obvykle lidé, kteří se starají o staršího milovaného, a to bezplatně. Neformální péče může mít mnoho podob a může být poskytována různými lidmi v životě toho, kdo péči přijímá. Přátelé, příbuzní, děti či

manželé se řadí mezi neformální pečovatele. Dohnalová a Hubíková (2013, s. 4) dodávají, že neformálními pečovateli se mnohdy stávají rodinní příslušníci, a díky tomu mohou splývat pojmy *neformální pečovatel* a *rodinný pečovatel*. Vymezení *neformální pečovatel* je ovšem širší, neboť zahrnuje i pečující, kteří nejsou v příbuzenském vztahu jako například přátelé, sousedé apod.

Laičtí pečující by dle Kalvacha (2008, s. 21) měli být cíleně podpořeni zdravotnickými i sociálními pracovníky. Obzvláště v otázkách poradenství a intervence. Také dodává, že opečovávaný, jehož stav vyžaduje poskytování dlouhodobé péče, by rozhodně neměl být účasten dvou extrémů. A to být pouze v péči rodiny nebo naopak jen v péči odborných institucí. Vhodně se mu jeví prolínání formální a neformální péče, jež se vzájemně doplňují.

Naopak formální pečovatelé jsou obvykle placeni profesionálně. Mohou to být také dobrovolníci pracující pro charitu. V obou případech jsou poskytovatelé formální péče školeni v péči o seniory a mohou poskytovat služby, které neformální pečovatelé nemohou (Stano, 2015).

Formálními pečovateli jsou obvykle placeni poskytovatelé sociálních služeb, ale mohou to být také dobrovolníci z vládních či neziskových organizací. Pokud je o závislého pečováno doma, v mnoha případech dochází ke kombinaci formální a neformální péče. Pečující se musí pohybovat mezi péčí o závislého, péčí o domácnost a zaměstnáním. Proto si stále častěji najímají domácí pečovatelské služby, tedy zástupce formální péče, které poskytují dohled a pomoc opečovávanému v době, kdy primární pečovatel nemůže být přítomen. Pečovatelé si tyto služby formální péče platí, aby si odpočinuli nebo si udrželi stávající zaměstnání.²

Ideální se jeví skloubení obou péčí dohromady. Spolupráce a vzájemná pomoc s institucionální péčí je pro úspěšné fungování rodinné péče nezbytná. Toho lze dosáhnout za předpokladu rozmanité nabídky specializovaných i běžných služeb. Nedostatečná integrace profesionálních zkušeností formálních pečovatelů a praktických znalostí a zkušeností pečovatelů neformálních je zásadní překážkou vzájemné spolupráce. Neformální pečující může být vyloučen ze sítě profesionálních pracovníků, kteří se spolupodílejí na péči o závislou osobu. A může tak být ponechán sám v kritické situaci

²Understanding the Roles of Formal and Informal Caregivers. Home-care-plus.com [online]. ©2010 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://home-care-plus.com/2010/12/understanding-the-roles-of-formal-and-informal-caregivers/2010>

související se zdravím opečovávaného. Velmi zřídka jsou rodinní pečující považováni za rovnocenného partnera. Určující slovo při rozhodování o podobě péče by měl mít samotný závislý člověk, příp. jeho rodinný pečovatel. Protože právě rodinní pečující jsou těmi, kteří znají opečovávaného nejlépe, oni vědí, jak s ním zacházet, a znají detaily jeho zdravotního stavu. Často se stává, že profesionální poskytovatelé péče mají sklon k tomu, nebrat tuto skutečnost v potaz (Kotrusová a kol., 2013, s. 18).

Je několik výhod v péči o osobu závislou v domácím prostředí. Snižují se například obavy o bezpečnost staršího rodiče, než je tomu v případě využití institucionální péče. Závislé osoby se navíc na rodinného pečujícího mohou spolehnout. Jako člen rodiny má pečovatel silnou vazbu k staršímu a obvykle udělá vše, co může, aby se přizpůsobil všem neočekávaným změnám, které mohou v životě nastat. Na druhé straně může břemeno péče někdy vést ke konfliktům mezi členy rodiny, zejména když má primární pečovatel pocit, že ostatní dostatečně nepomáhají. Tyto aspekty již patří do nevýhod neformální péče. Pokud osoba kromě pečování pracuje, nebo pokud se pečovatel věnuje péči na plný úvazek a nemá čas pro sebe, může být vše nesmírně přetěžující. Mnoho pečovatelů má o sobě nadměrná očekávání, která navzdory jejich oddanosti a jejich úkolům vedou k pocitům viny a nedostatečnosti. Pečující mnohdy trpí duševním a fyzickým onemocněním v přímém důsledku stresu a fyzických požadavků na péči.³

2.3 NALÉHAVOST TÉMATU A POTŘEBA VĚTŠÍ ANGAŽOVANOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Definice neformální péče prozatím nemá žádnou sdílenou podobu a tak je těžké určit, jaká část populace neformální péči poskytuje. Nicméně z šetření Fondu dalšího vzdělávání vyplynulo, že každý pátý dospělý Čech (21,5%) je alespoň minimálním způsobem zapojen do péče o svého blízkého. K nárůstu neformálních pečujících dochází každoročně a je třeba očekávat, že se jejich počet bude ještě zvyšovat vzhledem k demografickým trendům. Neformální péči je třeba věnovat zvýšenou pozornost i z toto důvodu, že je tato péče pro stát ekonomicky výhodnější a právě díky podpoře neformálních pečovatelů by se mohly snížit náklady na stát a jeho finance. Pro stát totiž nastává problém až ve chvíli, kdy má neformální péče výrazný negativní dopad na jedince

³ Family Members as Carers. We look at the pros and cons, rights and reimbursements of having family members as carers [online]. 2018 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.care.com/c/stories/4336/family-members-as-carers/en-gb/>

(např. problémy na trhu práce), a který se tak začne obracet pro vnější pomoc a to znamená zvýšené nároky na samosprávu, zdravotní a sociální systém a další. Proto je třeba formulovat příslušná opatření. Problémem je i nedostatečně rozvinutá síť sociálních služeb a to zejména těch podpůrných, jako například osobní asistence či krátkodobé odlehčovací služby nebo poradenství. I přesto, že pečující mají zájem pečovat, často jim nezbývá než se obrátit na péči institucionalizovanou a tak nejsou ani v současné době rozpoznáni jako cílová skupina sociální práce. (MPSV, 2018) V této oblasti nepanuje shoda, jelikož není jasné, zda stačí pomáhat neformálním pečujícím skrze pomoc *tradičním* cílovým skupinám, které jsou již zavedené jako například senioři či osoby se zdravotním postižením anebo zda by se měli neformální pečující institucionalizovat jako svébytná cílová skupina. (Hubíková, 2017)

Hubíková (2017) vidí v ustanovení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce krok k institucionalizaci této skupiny. Přiblížení rodinných pečujících, prostřednictvím pojmenování, určitého vymezení a popisu této skupiny, by mohlo sociálním pracovníkům pomoci pochopit, o jaké osoby a jejich životní situace se jedná a jaký má pro rodinné pečující význam sociální práce a pomoc ze strany sociálních pracovníků. V souvislosti s pomocí ze strany sociálních pracovníků je nutné zviditelnit určité charakteristiky rodinné péče. Sociální pracovníci je mnohdy chápou, ale je otázkou, do jaké míry jsou schopni je zapracovat do promyšlené potřebné intervence. Pro nastavení sociální práce s touto cílovou skupinou je nutné pochopení rizikových faktorů dlouhodobé rodinné péče. Např. jakých aspektů životní situace by se měla intervence týkat. Vzhledem k tomu, že rodinní pečující nejsou cílovou skupinou sociální práce, nejsou sociálními pracovníky bráni jako *kategorie osob v ohrožení*. Jelikož u nich neidentifikují rizika, znevýhodnění či problémové životní situace. Z toho důvodu se sociální pracovníci budou věnovat dvěma činnostem sociální práce, tedy přímé práci s klientem (resp. rodinným pečujícím) a práci se subjekty, které nejsou klienty sociálního pracovníka. Důsledkem toho je vyloučena pomoc v interakcích např. edukaci profesionálů v komunikaci s rodinnými pečujícími, působení na změnu očekávání profesionálů, úředníků ve vztahu k rodinným pečujícím atd. Ale aby byla rodinným pečujícím poskytována pomoc, není nezbytně nutné, aby sociální pracovníci brali pečující jako osoby v ohrožení. Lze uvést, že rodinní pečující mohou v současné době figurovat jako klienti, s nimiž v konkrétních případech sociální pracovník pracuje. Pomoc může být ovšem nahodilá dle toho, komu bude poskytnuta, v jakém rozsahu a formě. Může nastat

i to, že pomoc pečujícímu bude spíše nastavena dle potřeb příjemce péče, o kterého se rodinný pečující stará.

Přes nesporný význam rodinné péče, který tvůrci politik plně uznávají, zůstává postavení neformálních pečujících poněkud povážlivé. V řadě ohledů nejsou jejich požadavky na větší systémovou podporu plně legitimně uznány. Možná je to dáno tím, že společnost obecně předpokládá, že rodina poskytne svému příbuznému potřebnou péči. Je to vnímáno tak, že rodinná péče je přirozená, (Hubíková, 2019, s. 13) Dobiášová, Kotrusová (2017) dochází k podobnému zjištění. I když jsou neformálně pečující v mediálních sděleních a v designu politiky vnímáni jako zasloužená skupina, jsou zároveň začleněni do politiky úspor, a tím se konstrukce neformálně pečujících mění v méně zaslouženou sociální skupinu i vzhledem k argumentaci, že v jejich případě se jedná o péči z lásky či projev mezigenerační solidarity.

Sociální pracovníci nemají čas ani nástroje směřující k pomoci rodinným pečujícím, často jsou však schopni reflektovat potíže, se kterými se pečující potýkají, a to například s fyzickou a psychickou náročností péče, sociální izolací, finančními potížemi, časovou náročností péče, nedostatkem informací o sociálních službách (Dohnalová, 2013, s. 26-29). Stesky pečujících pro ně však neznamenají nutnost k vytvoření zakázky ani k zahájení intervence. Zřejmě to není myšleno tak, že by sociální pracovníci nechtěli pomoci, jak ale píše Hubíková (2019) často se stává, že sociální pracovníci nemají dostatek informací o dostupných formách podpory a ulehčení péče.

Jeřábek (2009, s. 245-246) poukazuje na fakt, že se zvyšují celospolečenské nároky na péči o seniory, především v souvislosti s demografickým vývojem, které je nutné řešit smíšenými formami péče, během nichž dochází ke sdílení péče mezi rodinou a formálními službami. Pokud to situace vyžaduje, právo pečovat o druhé, stejně jako právo péče o vlastní osobu, musí být doprovázeno právem přístupu k pečovatelským službám. Je vhodné uvést, že rodinní pečující akutně potřebují pomoc ze strany pečovatelských služeb, které doplní rodinnou péči všude tam, kde na péči již sami nestačí. Kombinovaná péče o seniory je vhodným způsobem řešení, přičemž je slučitelná s rodinnou péčí tehdy, když rodina zůstane aktivní, ponechá si odpovědnost a bude rozhodovat všechny významné otázky týkající se péče.

2.4 PODPORA NEFORMÁLNĚ PEČUJÍCÍCH

Rodinní pečující vyplňují významnou mezeru v poskytování sociálních služeb a poskytují podporu seniorům a zdravotně postiženým příbuzným, kteří mnohdy potřebují komplexní péči (Birtha, Holm, 2017). V případě, že o osobu závislou pečuje člověk samostatně, případně s dopomocí sociálních služeb, má ze zákona nárok, po splnění určitých podmínek, na následující prvky sociální ochrany: Příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečující osoby, dále je doba péče hlavní pečující osobě obvykle započítána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení. Pečující je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Pečující osoby také nejsou limitovány při pracovním uplatnění a příjmová situace oprávněné osoby ani osob v domácnosti pro přiznání příspěvku na péči není testována (Pešlová, 2012, s. 39).

Jednou z podpor pro neformálně pečující je příspěvek na péči. Pešlová (2013, s. 12) konstatuje, že 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. Příspěvek na péči pobírá závislá osoba sama a taktéž si s ním sama hospodaří (pokud tedy nemá určeného zástupce nebo opatrovníka). Je nutné podotknout, že jde o dávku závislého, nikoli pečujícího.

Šimák (2013, s. 359) uvádí: „Osoba má nárok na příspěvek na péči v případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (tj. stavu, který má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb). Tato osoba musí zároveň potřebovat pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí životních potřeb, jinak řečeno musí být závislá na její pomoci, a to v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, který se posuzuje podle základních životních potřeb, které osoba sama nezvládá. Hodnotí se tyto základní životní potřeby: *mobilita, komunikace, orientace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost* (Šimák, 2013, s. 359).

Příspěvek na péči je vyplácen na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (MPSV, 2013).

Další podporou je dlouhodobé ošetřovné. V roce 2017 vyšla v platnost novela zákona o nemocenském pojištění, která zavádí tzv. dlouhodobé ošetřovatelské volno. Pečující tak díky tomu nepřijdou o příjem ze svého zaměstnání a nebudou nuceni toto zaměstnání opustit (Dobiášová, Kotrusová, 2016, s. 23). Je dávkou, díky níž může občan

setrvat doma v situaci, kdy bude pečovat o členy své rodiny, u něhož lékař zdravotnického zařízení poskytující lůžkovou péči stanovil, že zdravotní stav osoby vyžaduje po propuštění z hospitalizace celodenní péči. Díky dlouhodobému ošetrovnému má rodina ponechána prostor pro rozhodnutí, jak se o závislého člena rodiny postarat za předpokladu, že závislý člen bude i nadále vyžadovat péči. Mezi zákonem vymezený okruh osob, jímž za splnění daných podmínek vznikne nárok na ošetrovné, je vcelku široký. Např. příbuzní (manželka, dospělý potomek, tchýně, švagr, neteř, snacha apod.). Dále to jsou druh či družka opečovávané osoby či osoba žijící s ošetrovaným v domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu zákon stanovuje nutný trvalý pobyt s osobou, které poskytuje celodenní péči (ČSSZ, 2020). Karnet (2017) hodnotí dlouhodobé ošetrovné jako krok správný směrem, na druhou stranu, dle autorova názoru, tato podpora ze strany státního aparátu řeší pouze počáteční fázi péče nebo péči krátkodobou.

Další podporou pro neformálně pečující jsou sociální služby⁴, které mohou pečujícím ulehčit jejich břímě. Pečovatelská služba je jedním ze zdrojů pomoci rodinných pečujících. Je terénní nebo ambulantní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Michalík, 2007, s. 41). Dle zákona⁵ poskytuje úkony v oblasti zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu nebo osobní hygieně. Dále poskytuje úkony týkající se poskytnutí stravy nebo při zajištění chodu domácnosti. Zprostředkovává také kontakt se společenským prostředím.

Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let (MPSV, 2013).

Osobní asistence je terénní sociální službou poskytovanou osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění či věku. Matoušek (2005, s. 95) píše, že prostřednictvím těchto služeb pomáhají osobní asistenti se zvládnáním běžných každodenních dovedností a činností, které by závislý dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení.

⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁵ tamtéž

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění či věku.

Mezi další ambulantní sociální služby poskytovaným osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, chronickým onemocněním patří i denní stacionáře. Ty poskytují služby osobám, jež z výše vyjmenovaných důvodů potřebují pomoc jiného člověka v oblastech tělesné hygieny, poskytnutí stravy, výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, kontaktem se sociálním prostředím, sociálně terapeutickým činnostem apod.

Odlehčovací služba je další formou pomoci rodinným pečujícím, která jim má, alespoň na krátký čas, pomoci a dát jim možnost odpočinku. Je terénní, ambulantní nebo pobytové služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek (Michalík, 2007, s. 41-42).

Neméně důležitou formou pomoci mohou být i svépomocné a podpůrné skupiny, jejíž členové se scházejí za účelem sdílení svých problémů a způsobu jejich řešení (Holmerová a kol., 2016, s. 26–27). Matoušek (2008, s. 218) dodává, že se svépomocné skupiny schází za účelem vzájemné pomoci při řešení osobních, rodinných či komunitních problémů. Pomoc si poskytují členové navzájem. Tedy ti, kteří těmito problémy sami trpí. Členové skupiny si tak během setkání předávají informace, poskytují si vzájemnou emocionální podporu či přímou praktickou pomoc.

Důležitým rozdílem mezi svépomocnou a podpůrnou skupinou je ten, že u podpůrných skupin je přítomný odborník. Podpůrné skupiny bývají zpravidla uspořádány organizací a také bývá předem daná délka trvání skupiny. Společné ale mají to, že členové těchto skupin mezi sebou sdílí určitý problém, scházejí se, aby si poskytli vzájemnou pomoc, útěchu či radu (Hartl, 2010). Česká Alzheimerovská společnost (Janečková, 2016, s. 6) sděluje, že cílem podpůrné skupiny je poskytovat psychosociální, emocionální a informační podporu těm, kteří se starají o člena rodiny či jiného blízkého člověka.

Pečovatelská služba Charity Olomouc poskytuje sociální služby seniorům a dospělým lidem, kteří se ve svém životě potýkají s tělesným znevýhodněním omezujícím jejich životní styl. Snaží se o zachování, respektive zvýšení kvality života uživatelů, a to prostřednictvím dopomoci poskytované v přirozeném prostředí uživatele. Dalším cílem je odlehčit rodině při náročné péči o blízkou osobu a umožnit tak setrvání uživatele v jeho

přirozeném prostředí. Pečovatelská služba Charity Olomouc působí v obcích na území olomouckého děkanátu a je poskytována občanům, kteří si vzhledem ke svému věku, nemoci či postižení nemohou zajistit běžné denní činnosti v oblasti péči o svoji osobu a domácnost.⁶

2.4.1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Pokud neformální pečující není schopen sám zvládat péči o člena rodiny a nemá ani dostatečnou podporu, může se velmi lehce ocitnout ve stavu úplného vyčerpání.

Vyhoření je stav emočního, duševního a často fyzického vyčerpání způsobeného dlouhodobým nebo opakovaným stresem. Ačkoli je to nejčastěji způsobeno problémy v práci, může se objevit i v jiných oblastech života, například při pečování.⁷ Kalvach (2008, s. 24-25) toto tvrzení doplňuje o to, že burnout syndrom neboli syndrom vyhoření se objevuje ve chvíli, kdy pečující pocítuje přetížení a vyčerpání. Syndrom vyhoření je doprovázen ztrátou motivace, funkčními obtížemi a zdravotními problémy. Lidé trpící vyhořením bývají konfliktní, často se snaží hledat viníka svých problémů a neúspěchů, a mnohdy se obracejí proti těm, kterým poskytují pomoc. Vyhořelí se často chovají nevhodně a hrubě, za což posléze pocítují vinu. Velmi důležitá prevence syndromu vyhoření je psychoterapeutická podpora, při níž jsou probírány vztahové problémy, pomoc s pečováním a přiměřené uznání. Je nutné pečovat i o tělesné zdraví a nezapomínat tak na pravidelné lékařské prohlídky, rehabilitace apod.

Novák (2011, s. 14-15) uvádí, že syndrom vyhoření je souhrn symptomů psychického a emočního vyčerpání. Jedná se o postupné psychické vyčerpání vyvolané dlouhodobým působením stresujících podnětů. Typické jsou pocity podrážděnosti, únavy a nedocenění. Markantně se snižuje tzv. *frustrační tolerance* neboli to, co pečující dříve vnímal jako běžné, ho nyní velmi popuzuje. Mnohdy je vyhoření doprovázeno i zhoršeným zdravotním stavem.

⁶ Charita Olomouc. *Pečovatelská služba*. [online]. [cit. 2020-04-25] Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/pecovatelska-sluzba/>

⁷ Psychology Today. *Burn-out*. [online]. 2020 [cit. 2020-04-25] Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/basics/burnout>

2.5 SHRNUÍ TEMATICKÝCH VÝZKUMŮ

Huňová (2013) ve své diplomové práci na téma *Podpora neformálních pečovateli v oblasti péče o seniory* zabývá problematikou potřeb a podpory pečujících osob, kteří pečují o seniory v přirozeném neformálním prostředí. Cílem této práce byla analýza potřeb těchto osob ve vztahu k různým formám podpory. Rozhovory autorka vedla s neformálními pečovateli. Zaměřovala se celkem na čtyři oblasti v rámci podpory a potřeb: informační, finanční, sociální služby a pobytové služby. Z výsledků je patrné, že požadovanou formou podpory byla právě informační podpora, dále možnost využívat denní stacionář i terénní formy sociálních služeb ale i pobytových služeb, které by měly být primárně zaměřeny na podporu a co nejdější udržení funkčního potenciálu seniorů. Neformální pečující neprojevili zájem o účast ve svépomocných skupinách. Z výsledků výzkumné šetření dále vyplynuly následující motivační faktory: *vztah rodič – dítě, socializační faktor, nedůvěra k institucionální péči, faktory vázané jak na osobu rodiče, tak i na osobu pečovatele*. Autorka spatřuje jako významný faktor neformální péče, který dokresluje celý kontext této péče, osamocenosť. Tento faktor podle ní odkazuje na určitou míru nepochopení a nesdílenou zkušenosť, kterou komunikační partneři pociťovali ze svého bezprostředního sociálního okolí. Výsledky tedy poukázaly zejména na potřebu informační, například o nárocích nebo možnostech, které lze využít v oblasti služeb zdravotní a sociální péče. Informační podpora by měla být podle autorky zacílena na zpřístupňování informací, zejména v prostředí internetu. Dále by pro neformální pečující byly přínosné informace reflektující specifika některých nemocí, jako je například Alzheimerova nemoc. Vhodné by byly i semináře či pravidelná školení či nápomoc sociálního pracovníka jako case-managera, který by zprostředkoval pečovateli všechny potřebné informace a koordinoval i zdravotní a sociální péči.

Z jiného úhlu pohledu, zaměřeného na pomoc rodinným pečujícím ze strany sociálních pracovníků, se tomuto tématu věnuje i Hubíková (2019), která vytvořila disertační práci na téma *Životní situace rodinných pečujících a intervence sociální práce*. Ve své práci se zabývá rodinnou péčí a problémy, jímž pečující čelí. V textu pojednává o různých možnostech a typech pomoci a podpory dlouhodobým pečujícím, včetně možností a limitů sociální práce ve vztahu k nim. Cílem disertační práce je, na základě poznatků o současné podobě sociální práce s neformálními pečovateli doplněnou o zahraniční a tuzemské studie, navrhnout, jakých kroků by bylo třeba podniknout ve prospěch etablování a rozvoje sociální práce, která by se na obecních úradech zaměřila

na pomoc a podporu rodinných pečujících. Autorka po provedeném kvalitativně-
kvantitativním výzkumu shrnula několik bodů, které z rozhovorů, případových studií
vzešly. A to, že sociální pracovníci jsou přesvědčení, že rodinní příslušníci pečují na
základě rodinné solidarity a předpokládají samozřejmost péče ze strany rodiny. S tím dle
Hubíkové souvisí i přehlížení potřeb pečujících ze strany sociálních pracovníků
především z důvodu neznalosti problematiky a specifík životní situace pečujících. Na
úrovni sociální práce dochází k přehlížení rodinného pečujícího. K intervenci dochází až
v okamžiku, kdy se objevují nedostatky péče. Pochopení rodinných pečujících a situací,
se kterými se potýkají, bylo ze strany sociálních pracovníků spíše ojedinělé. Sociální
pracovníci identifikovali několik problémů vztahujících se k rodinné péči. Poukázali na
nedostatek zdrojů pomoci a služeb v určité lokalitě, a naopak o neochotu pečujících
přijmout pomoc. Sociální pracovníci nemapují zdroje pomoci v určité lokalitě a spíše
vyčkáávají, až rodinní pečující sami přijdou se zakázkou. Rodinné příslušníky delegují na
jiné subjekty, rezignují i na rozvoj vlastních znalostí a dovedností v této oblasti.

Hubíková spolu s Dohnalovou (2013, s. 55-59) vypracovaly studii s názvem
Problematika lidí pečujících o blízkou osobu ve městě Brně. I v této studii byl pro výzkum
využit kvalitativní přístup, přičemž autorky prostřednictvím polostrukturovaného
rozhovoru zjišťovaly potřebné informace. Rodinní pečující kriticky hodnotili
odlehčovací služby, které podle nich nejsou dostatečně časově flexibilní, postrádají
možnost dopravy klienta domů i do zařízení, a navíc je těchto zařízení nedostatek. Dále
by uvítali zavedení multidisciplinárního týmu zastoupeného lékařem, sociálním
pracovníkem obce a pracovníkem pečovatelské služby, kteří by v domácnostech příjemců
péče posuzovali životní situaci rodiny. Autorky doporučují, v případě, že by v průběhu
péče vznikaly právní problémy, zřídit pro pečující právní servis. Řada pečujících postrádá
informace a praktické dovednosti týkající se pečování, některým by pomohlo školení, kde
by si mohli osvojit teoretické i praktické poznatky potřebné k zvládnutí péče. Pečující se
kladně vyjádřili i k rodinné terapii zaměřené na saturaci potřeb rodiny.

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole popisují postup kvalitativního šetření. Vymežují problémovou situaci a stanovují cíle studie. Dále se věnují popisům jednotlivým kroků při realizaci výzkumu.

3.1 DEFINICE PROBLÉMOVÉ SITUACE

V teoretické části jsem se zaměřila na význam rodiny v péči o své blízké, zasadila jsem tuto péči do historického kontextu a v krátkosti shrnula její vývoj. Zabývala jsem se osobou pečující a její motivací k péči. Shrnula jsem potřeby pečujících a negativní i pozitivní dopady této péče na životy všech zainteresovaných. Ve druhé části jsem se zaměřila na vydefinování klíčových pojmů ve spojitosti se sociální prací, zmínila jsem rozdíly formální a neformální péče. Zabývala jsem se možnou formou podpory ze strany sociálních služeb a státu a v neposlední řadě jsem zmínila důvody naléhavosti tématu, kde jsem vyjádřila apel na větší potřebu angažovanosti sociální práce. Teoretickou část jsem zakončila shrnutím tematickým výzkumů.

V předchozích kapitolách jsem tedy poukázala na to, že potřeba neformální péče a počet neformálních pečovatelů neustále roste a s ohledem na demografické trendy a prodlužování věku její potřebnost bude stále narůstat. (srov. MPSV, 2018; Jeřábek, 2009; Horecký, Průša, 2009) Potřeba neformální péče také roste společně s kladením důrazu na koncept deinstitucionalizace v sociálních službách. (srov. MPSV, 2013) V sociální práci je ale pozornost zaměřována spíše potřeby osob přijímající péči, než na ty, kteří péči v domácím prostředí poskytují. Neformální pečující se snaží o udržení kvality života svých blízkých na sklonku života nebo v případě zdravotního omezení, zároveň jsou ale sami ohroženou skupinou. Potýkají s mnoha problémy a riziky, které ovlivňují jejich sociální fungování a ohrožují kvalitu jejich života. (srov. Truhlářová, 2017; Pospíšil a kol., 2016) Proto je potřeba věnovat neformálním pečovatelům více pozornosti a zaměřit se na zmapování jejich potřeb a situací, abychom na ně mohli adekvátně reagovat. Výrazným způsobem totiž doplňují sociální a zdravotní systém a jejich nedostatečná podpora může vést ke zvyšování nároku na státní rozpočet a způsobit neefektivní distribuci veřejných zdrojů (srov. MPSV, 2018). Jejich přínos je ale mnohem větší a překračuje tuto optiku. Díky neformálním pečovatelům mohou osoby, které potřebují

péči, zůstat ve svém přirozeném prostředí s podporou a blízkostí své rodiny (srov. Mlýnková, 2001; Kotrusová a kol., 2013).

V České republice stále chybí ucelená politika neformální péče. I proto je nezbytné zabývat se tímto tématem. Pozadu zůstává i sociální práce, která polemizuje nad ustanovením neformálně pečujících za cílovou skupinu. Problematiku doplňuje i nedostatek informací na straně jak neformálně pečujících, tak sociálních pracovníků. (srov. Hubíková, 2017; Dohnalová, 2017; MPSV, 2018) Celým konceptem se pravděpodobně prolíná i tabuizování či jakýsi ostych hovořit o tématu stárnutí a smrti v české společnosti. Tento koncept doplňuje i pohled na poskytování neformální péče jako jakýsi přirozený projev mezigenerační solidarity či plnění morálního závazku a odpovědnosti (srov. Dobiášová, Kotrusová, 2017; Hubíková, 2019; Novák, 2011; Allan, 1991). Rozhodnutí k takové péči je ale nelehký úkol a předchází mu mnohá úskalí.

3.2 VYMEZENÍ CÍLŮ ŠETŘENÍ

Cílem výzkumného šetření je zmapovat situace a potřeby neformálně pečujících, tedy rodinných příslušníků, kteří poskytují péči uživatelům pečovatelské služby Charity Olomouc. Pro uskutečnění výzkumu jsem vytvořila dvě dílčí výzkumné otázky, které vycházejí z teorie a rozvíjí hlavní výzkumnou otázku.

DVO1: S jakými situacemi se neformální pečující potýkají v souvislosti s péčí o rodinného člena?

DVO2: Identifikují neformálně pečující potřeby či možnou formu podpory v souvislosti s péčí o rodinného člena, a pokud ano, je možné uspokojit je prostřednictvím pečovatelské služby Charity Olomouc? A pokud je neidentifikují, lze je identifikovat skrze jejich výpovědi?

3.3 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP, METODA SBĚRU A ANALÝZY DAT, VÝZKUMNÝ SOUBOR

S ohledem na zvolené téma diplomové práce, její cíl a cílovou skupinu, na kterou je celý výzkum zaměřen, jsem se rozhodla v praktické části své práce zvolit strategii kvalitativního výzkumu. Tato strategie nám dává možnost hlouběji porozumět

zkoumanému fenoménu. Použitou metodou bylo dotazování a technikou polostrukturovaný rozhovor.

3.3.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní přístup popisuje ve své publikaci Miovský (2006, s. 17) jako přístup aplikovaný především v psychologických vědách, který využívá kvalitativních metod sloužících k popisu, analýze a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných jevů naší vnitřní a vnější reality.

Drulák (2008, s. 14) tvrdí, že kvalitativní výzkum zkoumá data, která mají charakter textu či jedinečných skutečností, jejichž převedením na číselné hodnoty bychom žádných výsledků nedosáhli. Matoušek (2008, s. 100) popisuje kvalitativní výzkum jako souhrn teoretických a metodických přístupů definovaných v opozici ke kvantitativním přístupům či jako jejich rozšíření. Oba přístupy jsou ale zaměřeny na přirozenou situaci, využívají výzkumníka jako nástroj a upřednostňují data, která mají podobu vyprávění, nikoli číselných hodnot. Creswell (dle Hendl, 2016, s. 46) doplňuje, že jde o proces hledání porozumění určitému sociálnímu či lidskému problému. Výzkumník utváří ucelené schéma, zkoumá různé typy textů, informuje o postojích a smýšlení účastníků výzkumu a provádí analýzu v přirozených podmínkách.

Kvantitativní výzkum má za úkol odhalovat neznámá fakta o sociálních a sociálně psychických jevech, odkrýt jejich obsah a obzvláště existenci těchto jevů, jejich strukturu, vlastnosti a funkce. Dále faktory, které sociální a sociálně psychologické jevy ovlivňují nebo s nimi souvisejí (Surynek, Komárková, Kašparová. 2001, s. 26).

3.3.2 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Jako metodu sběru kvalitativních dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Metodu polostrukturovaného rozhovoru zkoumají Švaříček a Šedová (2007, s. 13). Ti soudí, že cílem polostrukturovaného rozhovoru je obdržet *detailní a komplexní informace o studovaném jevu*. Polostrukturovaný rozhovor je vhodnou metodou kvalitativního výzkumu, jelikož vylučuje nevýhody obou zbývajících metod rozhovoru. Tazatel si při polostrukturovaném rozhovoru vytváří určité schéma, které je pro něho obligatorní. Dané schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, které komunikačním

partnerům pokládá. Pořadí otázek je ponecháno na úsudku tazatele, cílem je však maximální výtěžnost rozhovoru. Je doporučováno využívat tzv. *inquiry*, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi respondenta. Díky tomu si zároveň ověřujeme, zda jsme odpověď správně pochopili. Nezbytné je ale vytvoření a definování tzv. jádra rozhovoru, které obsahuje minimum témat a otázek, jemné rozdíly ve znění či stylu pokládání nejsou zakázány. Doplňující otázky jsou pro výzkumníka užitečné a pomáhají lépe porozumět problému (Miovský, 2006, s. 159-161).

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru jsem pro účely diplomové práce vytvořila na základě zvoleného cíle práce.

Jako metodu fixace kvalitativních dat jsem využila audiozáznam, jehož výhodou je komplexnost a autentičnost záznamu. Využití audiozáznamu při získávání dat je pro výzkumníka velkým plusem. Poskytuje mu totiž pomoc a podporu. Aby výzkumník zaznamenal obsah rozhovoru, nemusí využívat poznámek. Ty si dělá pouze pro svoji potřebu. Výhodou zvukového záznamu je, že zachycuje kvalitu mluveného slova včetně všech doprovodných zvuků jako např. tón hlasu, délku pomlky apod. (Miovský, 2006, s. 197).

Transkripce rozumíme proces, kdy dochází k převodu mluveného projevu z interview do písemné formy. Jedná se o časově velmi náročný proces, který je ale pro podrobné vyhodnocení transkripce nezbytně nutný. Důležité pasáže jsou zdůrazňovány podtrháváním, určitá místa je možné komentovat na kraji stránky, případně se vytváří seznamy a srovnávají jednotlivá místa textu (Hendl, 2016, s. 212).

Během období počínajícím lednem a končícím dubnem roku 2020 bylo uskutečněno osm rozhovorů. Před začátkem každého rozhovoru jsem své komunikační partnery informovala o tom, že je rozhovor anonymní. Pravá jména komunikačních partnerů a dalších osob vyskytujících se ve vyprávění jsem nahradila jmény fiktivními z důvodu znemožnění identifikace aktérů. Rozhovory byly vedeny v domácnostech komunikačních partnerů, přičemž délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala okolo jedné hodiny.

Tabulka č. 1 Schéma tematických okruhů a doplňujících otázek

Motivace	<p>Co konkrétně Vás vedlo k tomu starat se o závislého člena rodiny? Z jakého důvodu pečujete zrovna Vy?</p> <p>Jak vidíte s odstupem času své rozhodnutí stát se pečovatelem o „osobu blízkou“?</p>
----------	--

	<p>Šel/šla byste do toho znovu s tím, co teď víte? Co Vám péče o závislého dala/vzala?</p> <p>Uvažoval/a jste někdy nad tím, že byste s péčí přestal/a? Případně že ano, z jakého důvodu?</p>
Pocity	<p>Jaké jsou Vaše pocity při péči celkově?</p> <p>Co je pro Vás při péči nejtěžší?</p> <p>Musel/a jste se něčeho v souvislosti s péčí vzdát či změnit? Myslíte si, že prožíváte jiný život než lidé, kteří nepečují?</p>
Podpora	<p>Podílí se s Vámi na péči ještě někdo? V případě že ano, jak?</p> <p>Je pro Vás stávající podpora společnosti dostačující (např. v nabídce sociálních služeb, příspěvku na péči apod.)? Máte přehled o všech možnostech podpory? Co Vám případně chybí?</p> <p>Jak hodnotíte pomoc ze strany pracovníků pečovatelské služby CHO, dostalo se Vám dostatek informací potřebných k péči (jak ze strany sociálních pracovníků, tak pečovatelů)?</p> <p>Když jste začal/a pečovat, dostalo se Vám dostatek informací od odborníků (lékaři apod.)?</p> <p>Co se změnilo, když jste začali využívat pečovatelskou službu Charity Olomouc?</p>
Prevence vyhoření	<p>Jak trávíte volný čas? Máte čas na sebe, koníčky, přátele?</p>

3.3.3 METODA ANALÝZY DAT

Pro analýzu dat využívám prvky zakotvené teorie, a sice otevřené a axiální kódování.

Zakotvená teorie je započata výzkumem zkoumané oblasti či fenoménu, až poté jsou tvořeny teoretické poznatky. Je nezbytné nechat v průběhu výzkumu vyplout na povrch to, co je v dané oblasti významné, aniž bychom do toho předem zasahovali ve smyslu předjímání či jakéhokoliv označování jevu. Fáze shromažďování dat, jejich analýza i samotná tvorba teorie se vzájemně doplňují. Kódováním rozumíme operace, díky kterým analyzujeme a konceptualizujeme zjištěné údaje a opět je komponujeme novým způsobem. Nové přeskládání se tak stává klíčovým procesem tvorby. Mezi jednotlivými typy kódování se běžně přechází tam a zpět. Označujeme to jako analýzu údajů, jejímž výsledkem jsou záznamy kódování. Po uskutečnění identifikace a roztřídění významových jednotek je možné postoupit k fázi otevřeného kódování.

Poté dochází ke kategorizaci získaných dat. Kategorií rozumíme třídu pojmů, která vzniká vzájemným porovnáváním a tříděním významových jednotek a obsažených pojmů. Výzkumník se pokouší odhalit, zda je možné je přiřadit k jinému podobnému jevu nebo se jedná o samostatný celek. Proces kódování má motivovat k objevování a zároveň pomáhá identifikovat a popisovat vztahy mezi subkategoriemi. Co se týče axiálního kódování, údaje, které jsme kategorizovali v otevřeném kódování, se znovu uspořádají pomocí vytvářených spojení či vazeb mezi kategoriemi. V otevřeném kódování je patrné úsilí o rozlišení pojmů a vytvoření základní kategorie, přičemž při axiálním kódování tyto pojmy znovu skládáme dohromady a nacházíme vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006, s. 226-230).

Zakotvená teorie je dle Hendla (2016) námětem pro hledání specifické „*substantivní*“ teorie, která se určitým způsobem týká vymezené populace, prostředí nebo doby. Doplnuje, že lze otevřené kódování použít různým způsobem. Je možné kódovat podle jednotlivých slov, odstavců, celých textů nebo případů. Záleží na výzkumníkovi, kterou možnost si zvolí. Nezbytné je ovšem neopomenout cíl kódování, a to tematické rozkrytí textu. Kódy mohou tvořit podstatná jména, přídavná jména či slovesa. Během axiálního kódování výzkumník vytváří „*osy*“ propojující jednotlivé kategorie tím, že uvažuje nad příčinami, důsledky, podmínkami, strategiemi apod.

3.3.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Jako metodu výběru výzkumného souboru jsem zvolila metodu záměrného výběru. O tomto výběru nerozhoduje náhoda, ale úsudek výzkumníka. Záměrný výběr je uskutečňován anketním výběrem, přičemž se osoby dostávají do výběru sami na základně svého vlastního rozhodnutí (Chrásková, 2006, s. 22). Miovský (2006, s. 135) doplňuje, že tato metoda je nejčastěji využívána při použití kvalitativního přístupu. Jedná se o cílený výběr jedince na základě určitých vlastností a také na základě ochoty tohoto jedince zapojit se do výzkumu.

Komunikační partneři figurující ve výzkumu jsou vždy neformálními pečujícími z řad rodiny, nikoliv sousedé, přátelé apod. Další společnou charakteristikou komunikačních partnerů je fakt, že opečovávaná osoba využívá služeb Pečovatelské služby Charity Olomouc (nezáleží na rozsahu péče dané pečovatelské službou), všichni pečující jsou z Olomouckého kraje. Ve výzkumu figuruje osm komunikačních partnerů.

Jsem si vědoma, že tím není vyčerpán počet všech možných komunikačních partnerů, ale pro účel své diplomové práce jsem se rozhodla pro tento počet aktérů.

Tabulka č. 2 Základní deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru

Fiktivní jméno komunikačního partnera ⁸	Pohlaví	Věk	Aktuální stav	Vztah ⁹	Doba péče	Stupeň závislosti
Jana	žena	46	pracující	vnučka	10 let	II.
Žaneta	žena	63	pracující/ v důchodu	dcera	5 let	I.
Ivana	žena	83	v důchodu	manželka	4 roky	IV.
Lenka	žena	57	pracující	manželka	9 let	III.
Iveta	žena	59	pracující	snacha	1 rok	II.
Jan	muž	79	v důchodu	manžel	3 roky	III.
Blanka	žena	58	pracující	dcera	10 let	IV.
Ondřej	muž	62	pracující	syn	2 roky	I.

Představení komunikačních partnerů na základě informací získaných z rozhovorů.

Jana – Žije ve dvougeneračním domě spolu s manželem a synem a babičkou. O babičku se stará již desátým rokem. Paní Jana o babičku pečuje díky dobrým vztahům a slibu, že se o ni ve stáří postará. Opečovávaná osoba trpí Alzheimerovou demencí. Služeb pečovatelské služby CHO využívá druhým rokem.

Žaneta – V současné době má nárok odejít do starobního důchodu, ale stále vykonává své povolání. Žije ve dvougeneračním domě s manželem a svojí matkou. Občas přijedou na návštěvu dva synové. O svoji matku se stará již pět let z důvodu vyhovujících bytových podmínek. Opečovávaná osoba má zhoršený sluch a drobné zdravotní problémy. Služeb pečovatelské služby CHO využívá prvním rokem.

⁸Jednotliví komunikační partneři jsou uvedeni pod fiktivním jménem z důvodu ochrany osobních dat.

⁹Příbuzenský vztah k závislé osobě

Ivana – Bydlí se svým manželem ve dvougeneračním domě. Jeden ze synů bydlí ve stejné ulici, druhý bydlí v jiném městě. Ivana se o svého manžela stará čtvrtým rokem. Pečovat začala z toho důvodu, že by nikdo jiný jejímu manželovi péči poskytnout nemohl. Opečovávaný trpí posledním stupněm Alzheimerovi demence. Služeb pečovatelské služby CHO využívá prvním rokem.

Lenka – Bydlí se svým manželem v rodinném domě. Lenka se o svého manžela stará devátým rokem z důvodu, že je jeho manželkou a nedovede si představit, že by manželovi zařídila ústavní péči. Synové bydlí v jiném městě. Opečovávaný má po vážných zdravotních komplikacích velmi omezenou pohyblivost levé části těla a snížené rozumové schopnosti. Služeb pečovatelské služby CHO využívá sedmým rokem.

Iveta – Pracuje v sociálních službách. Bydlí se svým manželem, tchánem a tchýní ve dvougeneračním domě. Iveta se o svého tchána stará prvním rokem z důvodu společného bydlení v jednom domě. Opečovávaný trpí drobnými zdravotními problémy. Služeb pečovatelské služby CHO využívá prvním rokem.

Jan – Bydlí se svou manželkou v rodinném domě. Jan se o svou manželku stará třetím rokem z důvodu složení manželského slibu, kde se manželé zavázali o sebe postarat. Děti je navštěvují velmi málo. Opečovávaná je kvůli zdravotním problémům upoutána na lůžku. Služeb pečovatelské služby CHO využívá třetím rokem.

Blanka – Bydlí s manželem a svojí matkou v rodinném domě. Blanka se o svou matku stará desátým rokem z důvodu, že je pro ni přijatelnější varianta péče o matku doma, než kdyby docházela do ústavu. Také spolu bydlí v jedné domácnosti. Opečovávaná trpí Alzheimerovou demencí posledního stupně a je téměř upoutána na lůžku. Služeb pečovatelské služby CHO využívá osmým rokem.

Ondřej – Žije ve dvougeneračním domě se svou manželkou. O svou matku se stará druhým rokem z důvodu, že je jediným potomkem, nemá se tedy kdo postarat. Děti Ondřeje bydlí daleko, manželka se stará o svou matku. Opečovávaná bydlí v rodinném domě ve stejné ulici pečovatele. Trpí středním stádiem Alzheimerovi demence, má menší zdravotní problémy. Služeb pečovatelské služby CHO využívá druhým rokem.

4 SITUACE NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH SOUVISEJÍCÍ S PÉČÍ

4.1 VLIVY PŮSOBÍ NA MOTIVACI A ROZHODOVÁNÍ

Motivace hraje zásadní roli při rozhodování, zda o člena rodiny pečovat. Je důležité uvědomit si, proč se do takové péče pečující pouští. Je možné, že se motivace prolne celým obdobím pečování a může jej i ovlivnit. Někteří komunikační partneři považovali tuto péči za nezbytnou. Podle jejich přesvědčení by se nikdo jiný z rodiny nepostaral, a tak jim nic jiného nezbývalo. Důležitou roli hraje i role v rodině a vztah k osobě, která péči potřebuje a také délka takového vztahu.

Ivana: „No, starat se, zkrátka nebylo jinýho zbytí. Býváme tady spolu už přes šedesát let, než onemocněl, no tak jsem se starat musela.“

Lenka: „Protože jsem jeho manželka a jsme už spolu třicet osm let a nedovedu si představit, že bych ho někde dala, i když je to někdy náročné.“

Ondřej: „Pečuju já, protože jsem jedináček. Takže nikdo jinej, kdo by se o maminku postaral, nebyl. Takže to zbylo na mně. Nic jiného mi nezbývalo.“

Jan: „No, vyplynulo to z povinnosti plnit svatební slib, vzájemně si pomáhat v dobách dobrých i méně dobrých. Takže proto pečuji zrovna já.“

Část komunikačních partnerů péči pojala i jako automatické a přirozené gesto v rámci mezigenerační solidarity. Snaží se rodičům poskytnout takovou péči, kterou věnovali jemu coby svým potomkům. Vnímali, že jejich domácnost je pro jejich starší členy rodiny vhodnější, i když tomu museli přizpůsobit svůj dosavadní život. Neuvažovali o tom, jak náročné to bude a co vše péče obnáší a v některých případech tak později byli nuceni situaci přehodnotit.

Jana: „Když jsem byla malá, tak jsem babičce říkávala, že si ji vezmu domů, až bude stará, a tak se také stalo. Postavili jsme společně dům a vybudovali tam pro prarodiče vejminek. V době, kdy se k nám nastěhovali, jsem nepřemýšlela nad tím, proč právě já. Přišlo mi to přirozené. Později jsem situaci trochu přehodnotila.“

Ondřej: „Prostě je to moje povinnost. Maminka se o mě taky starala, tak já musím taky. Nemohl bych ji v tom jen tak nechat.“

Žaneta „Tím, že jsem si mamku vzala k sobě a ulehčila si tak péči o ní, protože když maminka bydlela sama na chalupě, musela jsem denně dojíždět, (...). Proto jsem si ji vzala k sobě. Máme nejlepší podmínky pro ubytování a péči.“

Iveta: „No, jelikož bydlíme s tchýní a tchánem v jednom domě a přestali být samostatní, tak jsem se o ně začala starat. Prostě nebylo zbylí.“

4.2 ÚVAHY O ÚSTAVNÍ PÉČI

Někteří komunikační partneři se rozhodnutím neformálně pečovat snažili vyhnout ústavní péči. Považovali jí jako zdroj komplikací a možnou příčinu zhoršení zdravotního stavu blízkého. Ústavní péče se pro ně nejevila jako primární varianta při zjištění, že jejich blízký bude potřebovat pomoc. Vnímali, že známé domácí prostředí je vhodnější než cizí pečovatelé a neznámé prostory.

Blanka: „Nemám ráda návštěvy v sociálních zařízeních a maminka nesnáší cizí prostředí, přestává v něm jíst a pít. Nesnáší cizí personál. Dokud to její zdravotní stav dovolí, je to pro mě přijatelnější. Pečuju já, protože s ní bydlím v jedné domácnosti.“

Ivana: „Děti jsou pryč, ty tady nebývají a dát ho někde do ústavu v tu chvíli mě ani nenapadlo, protože dokud jakstakš chodil a jakstakš to šlo, tož jsem si řekla, že to zvládnu“

Naopak někteří komunikační partneři by své blízké rádi umístili do pobytového zařízení. V tomto kroku jim ale například bránila naplněná kapacita anebo problémy s financováním péče.

Ivana: „No uvažovala, samozřejmě. Mě ty záda tak bolí, že nemůžu ráno vstát. No tak bych ho chtěla teda někde umístit v tom domově. (...) nikde mi ho nevezmou hned jako. V jednom zařízení by ho vzali, ale tam se musí platit, to je soukromý,“

Ondřej: „Nic jinýho mi nezbyvalo. Měl jsem zažádáno o umístění do domova pro seniory, jenomže když se na maminku dostala řada, tak maminka odmítla. A co teď

s tím že jo. Svéprávná je, takže ji do domova proti její vůli vzít nemůžou. Chtěl bych jí tam umístit proto, abych nemusel mít strach, co se s ní děje, když je doma sama.“

Důvodem pro takové umístění do péče by pro ně bylo zejména zhoršení zdravotního stavu, buď na straně pečující osoby anebo na straně opečovávaného. Zvětšující se míru péče by tak již nebyli schopni zvládat. V takovém případě ústavní péči zvažovala většina komunikačních partnerů.

Jana: „V případě, že by babička byla imobilní, tak bych musela uvažovat o domově seniorů. Sama bych péči již asi nedokázala zvládnout. Ovšem nejde o fyzickou zátěž, nýbrž o tu psychickou.“

Blanka: „Ne, jediné kdybych to přestala zvládat.“

Jan: „Ne, neuvažoval. Pokud ano, potom z důvodu mé vlastní zdravotní neschopnosti.“

Iveta: „Když jsem do toho šla, tak jsem měla taky takovou myšlenku, ale to bylo jenom z toho, co kdyby se mně něco stalo. Tam šlo jako o mě, co když já nebudu moct třeba ze zdravotních důvodů. Jinak teda ne.“

4.3 VNÍMÁNÍ PÉČE S Odstupem ČASU A OBAVY O ZAJIŠTĚNÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU VE STÁŘÍ

Komunikační partneři se také shodují, že s odstupem času vidí svoji motivaci začít pečovat stejně, a to i přes své zjevné vyčerpání. Neměnili by a neváhali pustit se do této nelehké role i přes zrazování svého okolí. Výjimečně si ale nebyli jistí, že by se do takové péče pustili znovu. Někteří komunikační partneři zpětně zvažují, zda by se do pečování pustili znovu a zda toho nelitují.

Lenka: „Asi jo, nedokázala bych manžela někde odložit, i když jsem někdy vyčerpána“.

Iveta: „No asi bych to udělala vždycky. Asi bych nezaváhala, i když vlastně sousedka je doktorka, tak mě od toho zrazovala. Já bych to udělala vždycky, to už by fakt muselo být jako, něco akutního, abych to nezvládla.“

Blanka: „(...) šla bych do toho vždycky. Bylo to prostě správný rozhodnutí.“

Jana: „Nevím, zda bych to znovu podstoupila s vědomím, jak bude péče o blízkou osobu omezující.“

Podstatným zjištěním je i následující skutečnost. Důležité pro rozhodnutí je i naděje či přesvědčení nebo dokonce ujištění pro sebe sama, že se o ně v budoucnu rodina nebo jakákoliv blízká osoba také postará.

Žaneta: „Nikdy nevím, kdy budu potřebovat pomoc já.“

Iveta: „Co mně dala... Novou zkušenost, ale já vždycky si říkám, že člověk dojde třeba taky jednou tady do toho, tak bude rád, když se o něj někdo postará. Tak si myslím, že když to vidí ty děcka, tak že si myslím, že něco v nich zůstane a že se o nás třeba taky jednou postaraj třeba, nevím. To zas je podle situace, že.“

Komunikační partneři ale naopak přichází k uvědomění, že pokud by se stali závislí na pomoci jiné fyzické osoby, nejsou si jistí, že se o ně někdo z rodiny postará. Reflektují, že jejich děti by toho nebyli schopné z důvodu nedostatku času či větší vzdálenosti obydlí, a nemohli by se tak postarat. Přirozeně v nich tyto otázky vyvolávají obavy. V důsledku čehož i naráží na proměnu funkce rodiny v čase. Potomci dříve brali automaticky, že se o své rodiče postarají, mladší generace už s tím v dnešní době, dle názoru aktérů, nepočítá. Někteří dokonce zvažují, že by pro ně bylo jednodušší vzít si vlastní život, aby neobtěžovali okolí.

Ivana: „Co mi ta péče dala... těžko říct co. Akorát to, že si nepřeju, abych tak dopadla. Že už jsem aj povedala, že si pohledám na internetě, co jsou za léky, kdybych tak zůstala, co si mám vzít, abych nebyla. Tak asi tak. Protože nevím, kdo by se mohl jako ze synů o mě starat tak jak já včil o toho manžela. Když jsou všichni v práci, zaměstnaní, mají rodinu. To nevím, co se v takovém případě dělá. No asi by mě odvezli do nemocnice a tam já nevím, kde by mě dali.“

Ondřej: „A dalo mi to, že nevím, co se mnou bude, až takhle dopadnu. Děti jsou daleko, ty se o mě nepostaraj. A asi ani tak by se nepostarali, mně přijde, že ta generace už to bere jinak. My máme rodiče ještě v úctě a cítíme, že je naše povinnost se postarat. Naše děti už to tak nevnímají.“

4.4 ZTRÁTA SOUKROMÍ A ČASU NA VLASTNÍ RODINU, NEUSTÁLÉ OBAVY A STRACH

S neformální péčí také dochází k zásadní změně v životech pečovatelů, a to ke ztrátě soukromí. Komunikační partneři se zmiňovali, že i přesto, že měli možnost odejít z domu za povinnostmi nebo aby měli čas pro sebe, stejně byli zatíženi myšlenkou, zda je jejich blízký v pořádku.

Jana: „Ztratila jsem soukromí a možnost odejít, kdykoliv a kamkoliv aniž bych musela zajistit jídlo, péči, a i když toto vše zajistím, tak myslím na to, zda je vše v pořádku. (...) Babička je na mé přítomnosti závislá, nechce, abych někam odcházela, bojí se být sama.“

Žaneta: „Ano, i když jsme přišli o veškeré soukromí. (...) vzdala jsem se soukromí a klidu. Jsem neustále na příjmu, kdyby se mamce něco stalo. V noci mám i telefon pod polštářem.“

Jan: „Hah, péče mi vzala svobodu klidného a spokojeného pohybu. (...) když jsem na chvíli odešel k lékaři a delší dobu se nevracel, nechala mě manželka hledat policii. (...) Mohu říci, že žiju v neustálém napětí a stresu, zda mám vše zajištěno pro bezproblémový chod domácnosti a péče o manželku.“

Ondřej: „V podstatě jsem celý den v nervech. Několikrát za den se tam jdu podívat, jestli se něco nestalo, Ale když tam nejsem, tak trnu strachy, jestli se něco nestalo. (...) Je ve mně furt takovej pocit nejistoty a strachu. (...) Hlavně když jsem v práci, tak na maminku furt myslím, jestli se náhodou něco nestalo. To ti, co nepečujou taky neprožívaj. Je to těžký...“

Někteří komunikační partneři identifikují čas jako svého nepřítele, jelikož se díky nedostatku času nemohou věnovat svým blízkým. Poskytování péče tak neohrožuje pouze hlavního pečovatele, ale celou rodinu. Neformální pečovatelé tak zvládají naplňovat jen některou ze svých rolí, ale například rodičovskou roli mohou přitom zanedbávat.

Iveta: „... možná nejtěžší je to, že bych se chtěla víc věnovat dětem, ale nemám na to ten čas. A že jak mám ještě tu svoji mamu, tak mám výčitky, že bych se jí měla věnovat víc a častěji, ale jako nejde to všechno stihnout.“

Lenka: „Moc času pro sebe nemám, (...). V týdnu jsem se občas stavila za vnoučatama, ale teď to máme složité. Ale to zase jen na krátko, protože manžel sleduje, kdy přijedu a pak telefonuje, kde jsem.“

Iveta: „Ta péče mně vzala čas, ten bych mohla s rodinou věnovat sobě.“

4.5 ABSENCE ČASU NA SVÉ ZÁLEŽITOSTI A SOCIÁLNÍ IZOLACE

Většina komunikačních partnerů shodně uvedla, že jim pečování vzalo, krom soukromí, také veškerý volný čas. Pečující nemají čas pro sebe, čas na své koníčky, rodinu apod. Nedostatek času pro sebe se jeví klíčovým problémem pečování o závislou osobu. Zaměstnaní pečující tráví svůj volný čas péčí o nesoběstačnou osobu. Tento fakt je velmi zneklidňující. Vzhledem k tomu, že aktérům nezbyvá ani čas vídat se se svými přáteli, hrozí zde velké riziko sociální izolovanosti.

Ivana: „No tak vzala mi volnej čas a zkrátka a prostě takovou možnost pohybu a takovýho, to jako vzala v každým případě.“

Lenka: „Vzalo mi to volný čas, po práci musím hned jet domů, abych se o manžela postarala. Málokdy si někam vyjdu.“

Blanka: „Svůj volný čas trávím prací. Někdy mám o víkendu trochu víc času pro sebe, tak si třeba dělám něco na zahrádce.“

Jan: „Volný čas nemám. Buď jsem v práci, nebo s maminkou. Strašně rád jezdím na kole, to mi fakt chybí. Dřív jsem byl zvyklej jezdit každej den, teď jsem rád, když na to sednu jednou za týden.“

Komunikační aktéři se také shodují, že se museli něčeho ve svém životě vzdát a přizpůsobit se novému režimu a skutečností. Uvědomují si, že prožívají jiný život než lidé, kteří nepečují. Vzali se svých koníčků, nemají prostor si odpočinout, odjet na dovolenou nebo jakkoliv jinak trávit volný čas. Opečování jsou na nich závislí. Vlivem péče může dojít ke zdravotního stavu pečujícího.

Ondřej: „Musel jsem změnit svoje denní návyky. Dřív jsem po práci jezdil na kole. Teď jedu rovnou za maminkou a s něčím pomáhám. Nemám čas pro sebe. Vzdát jsem se teda musel svejch koníčků.“

Lenka: „Určitě, protože je na mně závislý, nemůžu se třeba sebrat a zajet si na dovolenou, nebo po práci do kina nebo divadla. U dovolené bych si musela nejdřív vyřídit aspoň pobyt na LDN, ale to je zase běhání po doktorech.“

Ivana: „No změnit. Celé životní styl. Všecko. Navíc mi ta námaha pomohla k tomu, že se počůrávám. Já jsem trpěla inkontinencí, včil mě to zase začalo pozlobovat. Ale co jsem ho začala obracet a namáhat se, tak mně to dopadlo tak, že nemůžu udržet moč. Jiné život asi jo, nemám na nic čas.“

Jana: „Rozhodně jsem musela změnit styl svého života. Dříve jsem byla velmi aktivní. Dnes musím přemýšlet, co vše zařídit, abych mohla někam na delší čas odjet.“

Syndrom vyhoření je zde také na místě, vzhledem k tomu, že zcela chybí čas na odpočinek. V průběhu provedených rozhovorů se odkrývá příčina nedostatku času. Ve většině případů je to nemožnost střídání se v péči. Hlavní pečující jsou mnohdy na péči sami bez pomoci rodiny či okolí, a tak si nemohou odpočinout. Primární pečovatelé vykrývají pečovatelskou službou nejnütnější úkony, které nejsou schopni ze zdravotních či osobních důvodů zvládat sami, či si ji pečující najímají pro úkony péče, kterou nemohou vykonat z důvodu nepřítomnosti hlavního pečovatele (především pracovní nepřítomnosti). Jinou roli by v tomto ohledu mohly hrát služby osobní asistence, vzhledem k tomu, že osobní asistenti nejsou přímo zaměřeni na jednotlivé pečovatelské úkony, ale především v poskytování delší pomoci. Pro opečovávané osoby je také těžké odloučení, které si mnohokrát nedokáží vysvětlit. Vzájemně o sebe mají starost a obavy.

Ivana: „Žádné volné čas nemám. Vůbec. Jsem doma a od Vánoc jsem ani nebyla v Náměšti. Všechno mi zařizuje syn, nákup, lékaře. Já teda nic, ani časopis si nepřečtu.“

Žaneta: „Skoro bych se zeptala, co to je volný čas.“

Jana: „V posledním období jsem velmi unavená, ale snažím se chodit do přírody, (...). Problém je jí vysvětlit, že někam odcházím. Potřebuje ubezpečit, že se zase vrátím a že jsem ji neopustila.“

Jan: „Můj volný čas je limitován starostmi o domácnost, zajištěním potřeb a péčí o manželku (...). I kdybych si čas našel, nemohu ho plnohodnotně využít ke své

spokojenosti, protože mne manželka sice pustí ven, ale neustále má obavy, abych neměl nějakou nehodu, a proto mne kontroluje mobilem. Vysvětloval jsem jí snad stopadesátkrát, že je to zbytečné a pro mne stresující (...).“

4.6 FYZICKÁ NÁROČNOST NEFORMÁLNÍ PÉČE

Aktéři se dále shodují, že je pro ně vyčerpávající především fyzická námaha. Díky obstarávání závislé osoby trpí mnoho pečujících zdravotními potížemi, především bolestmi zad. To je pro mnoho pečovatelů společné. Zdravotní problémy, hlavně v oblasti zad, jsou častým průvodním jevem pečování.

Jan: „Nic mě nenapadá ve smyslu obtížnosti. Pokud bych to vzal trochu s humorem, potom si myslím, že spadnutí manželky na zem a její zvednutí by byl pro mne, v mém věku a svalové výbavě, problém.“

Ivana: „Domluvit se s ním, to se nedomluví. A ta fyzická námaha. Zkrátka oblíct ho, to mě dělá potíže, protože je těžkej, to víte, nepohnete jim. Neposlechne vás, neudělá, co chcete jako. Takže ta námaha jako fyzická s tím.“

Lenka: „Asi sprchování, protože mám potíže se zádama a do koupelny máme z kuchyně schod a nedá se tam zavést na vozíčku a já ho tam musím svléct a vyzout ortézu, pak zase obléct nasadit ortézu. Anebo když chytne střevní potíže, to jsem vyřízená.“

Dalším průvodním jevem pečování je únava. Ukázalo se, že fyzický stav nesoběstačné osoby hraje u pečujících důležitou roli. Pokud je zdravotní stav v pořádku, péče se ukazuje být o něco méně náročná než např. péče o imobilní osobu.

Žaneta: „No... pocity při péči jsou smíšené. Podle toho, v jaké je zdravotní i fyzické kondici. Jsem unavená, vyčerpaná...“

Blanka: „Nemám radost, když se zdravotní stav maminky zhorší. S mým přibývajícím věkem a únavou už to nezvládám.“

Lenka: „Popravdě jsem někdy unavená, hlavně když jsem s ním celý den doma.“

Jiní zmiňují obtížnosti poskytování péče v oblasti intimní hygieny. Z vlastních pracovních zkušeností vím, že mnoho rodinných příslušníků si pro své blízké zažádá o

pečovatelskou službu z důvodu, že jim není příjemné provádět hygienu svému rodiči či blízkému.

Žaneta: „Být klidná, neustále něco dokola vysvětlovat. Mamka se furt na něco ptá. Jsem ráda, že jsem zatím nemusela mamku intimně ošetřovat... to bude nejtěžší, to asi nedám.“

5 POTŘEBY NEFORMÁLNĚ PEČUJÍCÍCH

5.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZVLÁDÁNÍ

Komunikační partneři narazili na problém s podporou při pečování od ostatních rodinných příslušníků, letmo zmiňují, že jsou v podstatě jedinými osobami, které se o závislou osobu starají. Praktická pomoc ze strany ostatních rodinných příslušníků je téměř mizivá. Jedná se spíše o menší pomoc spojenou s chodem domácnosti než s péčí o nesoběstačnou osobu. Komunikační partneři zmiňují pomoc ze strany pečovatelské služby CHO, ale to je vzhledem k výzkumnému souboru zřejmé.

Jana: „Jak už bylo řečeno, využíváme služeb pečovatelské služby, dovážky obědů a dobrovolníky. Máma s tetou zapojují ve výjimečných případech, dříve na prosby o pomoc reagovaly negativně. Máma to argumentuje tím, že má vlastní život, což mě velice mrzí, protože nežádám o pomoc často.“

Lenka: „Ne, na péči se nepodílí nikdo jiný, jen v případě, když musím jednou za rok na školení na tři dny mimo domov, tak mi tady vypomůže syn.“

Iveta: „Tak manžel se tam jde vždycky jenom podívat, nebo promluvit si s nima nebo tak. Dcery se jednou za týden se domluví a udělají úklid a takovýhle věci, co jsou potřeba Ale jinak prostě nic. Taková ta denní je na mně.“

Jan: „Nepodílí, nejbližší příbuzní bydlí daleko, takže občas přijedou na krátkou návštěvu. Na všechno jsem tady sám. Ráno tedy manželce pomáhá pečovatelská služba s ranní hygienou.“

Komunikační partneři zmiňovali, že jim poskytování péče přináší vědomí, že dělají dobrou věc a z pečování mají dobrý pocit a dostáli tak svých slibů či povinností. Tato skutečnost pro ně může být pohonem v péči setrvat a zvládnout i těžší situace.

Jana: „Asi dobrý pocit. Že jsem splnila to, co jsem prarodičům slíbila. A to, že je babička spokojená, že je se mnou doma.“

Lenka: „Vědomí, že dělám to, co bych dělat měla.“

Jan: „No a dalo mi to, že závazky a povinnosti se mají plnit.“

Faktorem ovlivňující zvládnutí může být i vybavení domácnosti a k péči přizpůsobené prostory, protože i náročná péče se pak lépe a snadněji vykonává.

Ivana: „Hrozně chválím to polohovací lůžko, a to že jsem koupila tu dekubitní matraci jako. Nemusím mít starosti, že bude mít nějaký proleženiny nebo tak něco.“

5.2 POTŘEBY

5.2.1 POTŘEBA SDÍLENÍ A POCHOPENÍ

Pro mnohé pečující je zdrojem negativních pocitů jejich rodina, respektive ignorace rodiny a nezáměr se do péče zapojit. Pečující v mnohých případech nejsou v poskytování péče podpořeni ostatními rodinnými příslušníky, a tak péče ve většině případů spočívá pouze na nich.

Jana: „Že jsem na to většinou sama. Postupem času již nelze ani sdílet svoje pocity, protože tím své okolí viditelně obtěžuji.“

Ondřej: „Různé. Největším zklamáním je pro mě asi rodina, která vůbec nepomáhá. Když přijedou děti, tak se za babičkou ani nechtějí jít podívat. Už vůbec od nich nemůžu čekat, že by s něčím pomohli. Hodně se taky s manželkou hádáme, protože mi přijde, že mě nedokáže pochopit. Jako by mi měla za zlé, že se tam o maminku starám.“

Komunikační partneři uvedli, že se při péči cítí velmi sami, své pocity se bojí sdílet s okolím v domněnku, že tím obtěžuje a nikoho její problémy nezajímají. Psychická obtížnost péče je častým průvodním faktorem pečování. Pečující se nemají s kým podělit o své starosti a problémy, jedinou společností jim mnohdy dělají pracovníci pečovatelské služby Charity Olomouc. Mnoho pečujících tak ohrožuje sociální izolovanost. I proměna milované osoby v oblasti fyzické i psychické v někoho zcela jiného také patří pro pečující k psychicky náročným situacím.

Ondřej: „Ta psychická náročnost. ... je pro mě těžký vidět maminku takhle. Jinou prostě. Někdy mě nepozná, někdy si mě splete s tátou. Z toho jsem nešťastnej jí takhle vidět. Člověk si asi nepřipouští, že by takhle mohl jeho rodič dopadnout. To už je prostě jiná osoba než ta, kterou byla předtím. Nepoznávám jí.“

Jana: „V současné době si na vše připadám sama, ocenila bych větší zapojení dcer. Mámy a tety. Mnohdy jsem podrážděná a chtěla bych mít den sama pro sebe, aniž by po mně babička něco chtěla.“

Střídání pečujících osob v péči v rodinách funguje zřídka. Přitom by k ulehčení situace stačila i menší výpomoc nebo zájem někoho dalšího z rodiny.

Jana: „Nevím, zda bych toto znovu podstoupila s vědomím, jak bude péče o blízkou osobu omezující. Jiná situace by byla, kdybychom se v péči pravidelně střídali...“

5.2.2 POTŘEBA INFORMACÍ

Komunikační partneři uváděli, že přístup lékařů je naprosto nedostačující. O své pacienty mnohdy nejeví zájem, pečující je musí *nahánět* telefonem, aby opečovávaného přišli vyšetřit. Ve většině případů pečujícím neposkytli ani adekvátní informace. Spolupráce lékařů s pečujícími se tedy jeví jako neuspokojivá.

Iveta: „No od lékařů, tam jsme dostali třeba jenom kontakt a pak jsem musela sama kontaktovat tu organizaci, co jsme potřebovali. Ale pak u té organizace už jsme dostali všechny informace.“

Jana: „Informace jsem měla vzhledem ke své profesi. Od lékaře se mi žádných informací nedostalo. Naopak, jsem mu informace předávala já a nejsem si jistá, zda to k něčemu bylo.“

Dalším alarmujícím zjištěním bylo, že pečující v podstatě od nikoho nedostali informace potřebné k péči. Většina komunikačních partnerů si vyhledávala informace na internetu, někteří využívali fóra pro pečující osoby, jiní se museli naučit pečovat s postupem času.

Ondřej: „Co se týče informací, tak ty jsem od nikoho nedostal. Musel jsem trávit večery na internetu a těch fórech pro pečující, abych zjistil, na co máme nárok, jak s maminkou vůbec komunikovat a tak. Ten sociální systém je naprostá tragédie. Chybí mi prostě dostatek informací, co by pečující měli mít. Jak jsem říkal, vůbec jsem nevěděl, že mám žádat o domov se zvláštním režimem, to mi řekli, až když se na to náhodou přišlo.“

Jan: „Tohle už pro mne bylo celkem těžké. Musel jsem se snažit, abych se dověděl, co jsem potřeboval. Nejhorší bylo dostat se k příspěvku na péči a možnosti získat pořadník v ústavech sociálních služeb.“

Žaneta: „Co nezjistím, to nevím. K některým informacím jsem se dostala, až když jsem mamku přihlásila do svazu invalidů.“

Neformální pečující by přitom potřebovali vzdělávání či alespoň základní informace, které by jim pomohli péči lépe zvládat. Tyto informace jim v danou chvíli nikdo neposkytl, a tak na ně byl vyvinut ještě větší tlak. Vše si museli vyhledávat sami.

Lenka: „Bohužel, nikdo mi nic neřekl, vše jsem dohledávala na netu. A právě v tu dobu jsem potřebovala nějakou radu, jak se k takovému pacientovi chovat. (...) Prostě jsem neměla potřebné informace a moc jsem mu ustupovala a chtěla pro něj to nejlepší, ale bohužel to bylo někdy i špatně.“

5.2.3 POTŘEBA OCENĚNÍ A POTŘEBA SDÍLET ZKUŠENOST

Komunikační aktéři také vyjádřili potřebu ocenění. Mají pocit, že nejsou dostatečně doceněni. A když se stane, že je někdo z jejich sociálního okolí ocení nebo se jim ze strany blízkého člověka dostane pochopení pro jejich situaci, velice si toho váží. Zmiňují, že dokonce obdivují rodiče, kteří se starají o své děti se zdravotním postižením a obětují tomu svůj život. Zaznělo také, že by se měl stát více zapojit do podpory neformálně pečujících.

Jan: „Změnilo se prostě všechno. Jsem však velice rád, že několik vysokoškolsky vzdělaných spolužáků a dalších přátel moje jednání oceňují s pochopením, čehož si velice vážím.“

Žaneta: „Stát nebo společnost by si měla pečujících rodinných příslušníků víc vážit.“

Iveta: „Já jen, že obdivuju ty lidi, co to dělají. Buď doma, starají se o tu svoji rodinu. Nebo když mají ty postižené děti, to je pak starost na celý život.“

Došlo také k vyjádření potřeby sdílet těžce nabyté zkušenosti s ostatními pečujícími. Tyto zkušenosti a vědomosti byly získány vlastní iniciativou, jelikož jim podstatné informace nebyly poskytnuty příslušnou institucí či lékařem.

Ondřej: „Jenom to, že bych svoje draze nabyté zkušenosti rád předal i ostatním pečujícím, protože vím, že dohledat všechny nutný informace je fakt námaha.“

5.3 POZITIVNÍ ASPEKTY PÉČE

Při této otázce se u komunikačních partnerů projevily rozpaky. V souhrnu se dá říci, že převažují negativní pocity nad těmi pozitivními. Mnohdy se u pečujících objevují různé nálady a pocity. Je nutné podotknout, že v mnoha ohledech zvyšuje náročnost péče i osoba opečovávaného. Ve skrze pečující cítí určitou radost z toho, že dělají něco užitečného, spatřují v tom smysl, a to je pro ně důležité. I když jim v tom někdy může bránit tvrdohlavost a péče se jim tak může zdát zbytečná.

Iveta: „Někdy z toho má člověk radost, že člověk dělá něco, co je vlastně užitečný a někdy jsou ty starší lidi takový tvrdohlaví, že někdy prostě... jim rád pomáhá, ale oni si nedají říct anebo to odmítají, ale nevím, jak bych to řekla. Jdou si furt za svým, když člověku se to špatně dělá, když ví, že je to nesmysl.“

Jan: „Mé pocity celkově při péči, no... Od pocitu, že je velmi šťastná, že ji pečlivě ošetřuji, až po to, že vysloveně zuřím, že mě neposlouchá.“

Někteří spatřují jako pozitivní aspekt péče větší kontakt se společenským prostředím a navázání vztahů s lidmi, se kterými by se jinak nepotkali.

Žaneta „Navíc díky tomu poznávám i nové lidi, což je pro mě příjemné.“

5.4 MÍRA PODPORY STÁTU A SPOLEČNOSTI

Překvapujícím zjištěním bylo, že většina komunikačních partnerů byla s finanční podporou v podobě příspěvku na péči spokojena. Jejich výše se komunikačním partnerům zdály přiměřené k finančním výdajům vynaloženým na péči o závislou osobu.

Iveta: „Já si myslím, že je dostačující, že zatím jsem se nesečkala s tím, že když jsem něco potřebovala, tak mně nevyhověli. Takže tady v tom nevidím žádný problém.“

Jan: „Myslím si, že o uváděných možnostech jsem informován celkem dobře, ale dalších aktuálních informací není nikdy dost. S příspěvky na péči jsem spokojen, částky jsou vyhovující.“

Jiné stanovisko zaujímal komunikační partner, který je pracující. V těchto případech je příspěvek na péči nedostačující, jelikož poslouží pouze k výdajům určeným na péči závislé osobě, ale nerovná se příjmu plynoucím ze zaměstnání. Někteří zmiňovali nedostatečnou kapacitu zařízení sociálních služeb, a to jak pobytových, tak terénních.

Ondřej: „Vůbec ne, příspěvek na péči je k smíchu. Maminka má přiznanou jedničku. Ubohých pár stovek, to nepokryje nic. Nezaplatí to ani pečovatelky, co chodí.“

Ivana: „Já myslím, že jo. Akorát s těma kapacitami těch pomocných složek je to všude špatný. A co se týče té finanční podpory jako, tak ta si myslím, že je dostačující.“

Komunikační partnerka zhodnotila situace pečujících s ohledem na státní aparát jako nedostatečné. Potřeby pečujících jsou i v této době stále opomíjeny a zanedbávány.

Jana: „Vzhledem k tomu, že pracuji v sociálních službách, tak mám přehled, co je a není možné. Ale podpora pečujících je dlouhodobě opomíjena. A to jak psychická, tak finanční.“

5.5 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA CHARITY OLOMOUČ

Všichni komunikační partneři uvedli pozitivní stanovisko k poskytovaným službám ze strany pečovatelské služby Charity Olomouc. Někteří z nich vidí pracovníky jako své partnery na cestě při pečování, jiní chválí ochotu a vstřícnost pracovníků.

Iveta: „(...) já si myslím, že holky dělají úplně všechno, že dělají i nad rámec.“

Lenka: „Hodnotím moc kladně, od počátku jsem byla informovaná ohledně péče o manžela. Jsem vděčná za pomoc ze strany charity, bez nich bych to sama nezvládla.“

Další zmiňují důležitost péče ze strany pečovatelské služby s ohledem na zaměstnání. Díky pečovatelské službě se mnoho pečujících může i nadále věnovat svému zaměstnání a není tak nucena ho opustit. Důležitý je také společenský kontakt a možnost si s někým jiným během dne pohovořit.

Blanka: „Bez pomoci pečovatelské služby bych nemohla chodit do zaměstnání.“

Jana: „Bez pomoci pečovatelek by pro mne nebylo možné péči o babičku dlouhodobě zvládnout zároveň se zaměstnáním a péčí o rodinu.“

Ivana: „No na jedničku s hvězdičkou. Poctivě přendou, co je třeba udělají, když jich aj o něco navíc poprosím, tak to udělají děvčata bez řeči. Jsou velice ochotný a zkrátka bez problému. No a psychická pomoc taky teda, kromě těch pečovatelek, co přijdou, si vlastně s nikým nepromluví.“

Pomoc pečovatelské služby spočívá v pochopení situace i ve sdílení pocitů. Pocitu, že v tom jedinec není sám, že se ta daná situace neděje jen jemu samotnému. Dále je pomoc pečovatelské služby směřována na poradenství ohledně příspěvku na péči, se kterým si neformální pečující neví rady.

Ondřej: „Beru je jako svého partnera, kterej ve mně probouzí víru, že na to nejsem sám. Dává mi to pocit, že na všechno nejsem sám. Jinak mi nikdo nepomáhá. Když mi bylo nejhůř, dal jsem si schůzku s jednou z pracovnic, která prožívala podobnou situaci, a moc hezky jsme si popovídali. Měl jsem pocit, že mě někdo chápe. Jinak těch informací se mi dostalo jen tolik, kolik jsme potřebovali vědět pro chod pečovatelský služby. Ta sociální pracovnice mi poradila s příspěvkem na péči a řekla mi o různých kompenzačních pomůckách.“

Žaneta: „Potom když jsem mamku přihlásila do pečovatelský služby, tak mi sociální pracovnice poradila s příspěvkem na péči. Mamka říkala, že jsou na ní holky milé.“

Neformální pečující také vyjadřují další potřebu. Chtěli by, aby služby více reagovaly na jejich potřeby, aby se dokázaly přizpůsobit jejich často se měnící či zhoršující situaci. Aby pečovatelská služba měla více prostoru a možností, tedy těší rozsah působnosti a kapacity, aby pečovatelky nebyly limitovány časem.

Dále aby vznikaly služby, které rozšíří svojí cílovou skupinu i na osoby s duševním onemocněním. Další vyjádřili potřebu či větší zájem o rehabilitace a cvičení.

Lenka: „(...) aby s ním někdo cíleně cvičil, protože mi skoro nijak nepomáhá při vstávání, koupání, usedání na vozík apod.“

Ondřej: „(...) aby tyto domovy zvážili možnost rozšíření služeb i pro osoby s psychickou poruchou“.

Ivana: „Rozšiřovat péči dle potřeb a situace rodinného příslušníka, které se neustále mění, jako například když se zhoršuje samostatnost, tak, aby ani on nemusel být ve stresu z toho, že se dostává do situací, které nezvládá v době, kdy nemá nikoho po ruce, protože každá návštěva pečovatelky je předem časově omezena a neumožňuje reagovat na jeho aktuální potřeby. Momentálně jedním s další službou o rozšíření péče. Ale to není ideální. Již tak se střídá u příslušníka pět pečovatelek.“

Ondřej: „(...) aby se stát více zaměřil na nemocné a staré lidi místo těch, co nepracují a jen berou sociální dávky.“

ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zaměřila na situace a potřeby neformálních pečujících starajících se o uživatele pečovatelské služby Charity Olomouc. Cílem bylo identifikovat a analyzovat situace a potřeby rodinných pečovatelů a zhodnotit jejich dosavadní podporu z pohledu sociální práce.

Na základě odborné literatury a dalších pramenů jsem představila teoretický rámec tohoto tématu. V první kapitole jsem se věnovala historickému vývoji rodinné péče. Poté jsem se zaměřila na rodinnou péči obecně, kde jsem nastínila její definici, funkce a podobu. Pozornost jsem dále věnovala definici pojmu rodinný pečující a motivaci rodiny poskytovat péči. Ohlédla jsem se za negativními dopady péče na pečující osobu. V neposlední řadě jsem věnovala pozornost potřebám a situacím rodinných pečujících a pozitivnímu vlivu péče. Druhá kapitola se orientuje na kontext dané problematiky v souvislosti se sociální prací. V této části se zaměřuji na vymezení pojmu senior. Zaobírám se spojitostí sociální práce s neformální péčí a podporou pečujících ze strany sociálního systému. Kapitulu doplňuji krátkou charakteristikou Pečovatelské služby Charity Olomouc a syndromem vyhoření, který pečujícího může postihnout. Teoretickou část uzavírám tematickými výzkumy týkající se neformální péče v kontextu sociální práce. V praktické části diplomové práce popisuji postup výzkumu, metodologii výzkumného šetření, stanovení dílčích cílů šetření, základní deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru a představení jednotlivých aktérů výzkumu. Prostřednictvím kvalitativní studie jsem identifikovala situace a potřeby plynoucí poskytování péče nesoběstačným osobám.

Z výzkumu vyplývá, že rodinní pečující započnou péči o nesoběstačného člena rodiny především díky tomu, že jiné východisko nenalezli. Důležitou roli hrají také rodinné vztahy a role v rodině. Neméně důležitá se jeví mezigenerační solidarita. To stejné potvrzuje i Jeřábek (2005). Mnohdy péče započíná s nadějí, že pokud sami pečující budou někdy v budoucnu potřebovat péči jiné osoby, ujme se toho rodina. Tyto myšlenky ale záhy ve většině případů zavrhnou a poukazují na to, že se o ně rodina nebude schopna postarat, nebo se nebude chtít postarat.

Ukazuje se, že s odstupem času se rodinní pečující nad svým rozhodnutím, postarat se o závislého člena, pozastavují a znovu toto rozhodnutí přehodnocují. I přesto ale péče probíhá dál, jelikož by se většina pečujících této role nevzdala. Někteří pečující dokonce

vidí ústavní péči jako nevhodnou, jelikož by mohla zhoršit zdravotní stav opečovávané osoby. Pokud již někteří pečující uvažovali o umístění závislého člena do ústavního zařízení, zabránila jim v tom kapacita zařízení či nedostatek financí. Dalším případem, kdy pečující uvažovali o využití ústavní péče, bylo v případě zhoršení zdravotního stavu jak závislé osoby, tak pečujícího.

Z výzkumu vyplývá, že nejpalčivějším problémem neformálních pečujících je nedostatek času pro sebe. Pečující tak nemají čas na svou rodinu, přátele a své koníčky. Shodně uvádějí, že se díky pečování museli přizpůsobit novému životnímu režimu. Pečující tak nemají příležitost jen na dovolenou či trávit čas dle svých představ.

Ukazuje se, že jsou pečující ve většině případech na péči sami bez pomoci blízkých osob. Což se odráží i na jejich fyzickém a psychickém stavu. Velmi často pečující trpí zdravotními problémy v oblasti zad apod. Své pocity, starosti a obavy se bojí sdílet s okolím, jelikož se domnívají, že ho tím obtěžují. Chybí jim také pocit ocenění společnosti. Na druhou stranu jim péče přináší pocit toho, že dělají dobrou věc. Dalším velkým problémem je nedostatek informací, a to především na začátku péče. Paradoxně tedy v tu chvíli, kdy pečující nejvíc informací potřebují. Dále pečující označili jako problém spolupráci s lékaři, kteří nejsou mnohdy ochotní navštívit nesoběstačnou osobu v domácnosti, celkově přístup lékařů vidí pečující jako laxní. Překvapující bylo zjištění, že pečující vnímají podporu ze strany státu v podobě příspěvku na péči jako dostačující a přiměřený. V neposlední řadě se vyjadřují k pečovatelské službě Charity Olomouc, v jejíchž pracovnících vidí mnohdy své partnery a vyjadřují jim vděk. Často díky těmto službám nemusejí pečující opouštět svá zaměstnání. Co se dá této sociální službě vytknout je to, že nedostatečně reaguje na potřeby pečujících a není zde prostor pro přizpůsobení a rozšíření kapacity v případě potřeby.

Pečovatelská služba Charity Olomouc v roce 2020, v rámci půjčovny kompenzačních pomůcek, otevírá edukační centrum pro rodinné pečující. V edukačním centru se budeme věnovat praktickému nácviku péče i odbornému sociálnímu poradenství, výsledky diplomové práce lze tedy použít ku prospěchu pečujících, jelikož jsou v práci identifikovány nejčastější problémy, se kterými se pečující setkávají a pracovníci tak na tyto problémy mohou pružněji reagovat. Dále mohou mít výsledky práce informační charakter pro širokou veřejnost i další pracovníky pomáhající profesí.

ODBORNÉ MONOGRAFIE

- 1] ALLAN, G. 1991. *Social work, Community Care and Informal Networks*. In Davies, M. 1994. *The Sociology of Social Work*. London and New York: Routledge.
- 2] BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 80-247-1197-4.
- 3] BIRTHA, M., HOLM, K., 2017. WHO CARES? Study on the challenges and needs of family carers in Europe. Dostupné z: http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_Study-Family-Carers.pdf
- 4] CAKIRPALOGLU, P. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, s. r. o. ISBN 978-80-247-4033-1.
- 5] ČSSZ [online]. 2020 [cit.2020-04-25] Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobé-osetrovne>
- 6] DOBIÁŠOVÁ, K., KOTRUSOVÁ, M. 2017. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? *Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR*. in Časopis sociální práce/Časopis sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2017, č. 6.
- 7] DOHNALOVÁ, Z., HUBÍKOVÁ, O. 2013. *Problematika lidí pečujících o osobu v městě Brně*. Sociální nadační fond města Brna „Domovy potřebných“. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.
- 8] DRULÁK, P. 2008. *Jak zkoumat politiku: kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-385-7.
- 9] HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 10] HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 11] HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 12] HOLMEROVÁ, I. Vyšší věk a my – Jak se dívat na stáří. Duha: Informace o knihách a knihovnách z Moravy [online]. 2017 [cit. 2020-04-25]. ISSN 1804-4255. Dostupné z: <http://duha.mzk.cz/clanky/vyssi-vek-my-jak-se-divat-na-stari>
- 13] HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ H., NIKLOVÁ, D. 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerská společnost, o.p.s. ISBN: 978-80-86541-49-5
- 14] HORECKÝ J., PRŮŠA L. 2019. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN: 978-80-907053-4-0

- 15] HUBÍKOVÁ, O. 2019. *Životní situace rodinných pečujících a intervence sociální práce*. Disertační práce. Brno.
- 16] HUBÍKOVÁ, O. 2017. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce*. Časopis sociální práce/Časopis sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2017, č. 6.
- 17] HUŇOVÁ, J. 2013. *Podpora neformálních pečovatелů v oblasti péče o seniory*. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií.
- 18] CHARITA OLOMOUC. *Pečovatelská služba*. [online]. [cit. 2020-04-25] Dostupné z: <https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/pecovatelska-sluzba/>
- 19] JEŘÁBEK, H. 2005. *Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty)*. In: Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK. Studie CESES. ISSN: 1801–1519.
- 20] JEŘÁBEK, H. 2009. *Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty*. Sociologický časopis / Czech Sociological Review. Dostupné z: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-68510>
- 21] JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK. ISSN: 1801-1519.
- 22] KAHOUN, V. a kol. 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-733-0
- 23] KALVACH, Z. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 24] KALVACH, Z. 2008. *Pečujeme doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh.
- 25] KARNET, L., 2017. *Neformální domácí péče – neviditelný společenský problém*. In Časopis sociální práce/Časopis sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2017, č. 6.. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=1017>
- 26] KLÍMOVÁ-CHALOUPKOVÁ, J. & HAMPLOVÁ, D. 2014. *Kdo pečuje o starší a nemocné členy rodiny?* In D. Hamplová. Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti. Praha: Sociologické nakladatelství SLON
- 27] KOTRUSOVÁ, DOBIÁŠOVÁ, HOŠÁLKOVÁ, 2013, Fórum sociální politiky: odborný recenzovaný časopis. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISSN 1803-7488.
- 28] KREBS, V. a kol. 2010. *Sociální politika 5. přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-585-4
- 29] KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 80-247-1370-5

- 30] LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. 1999. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-205-X.
- 31] MATOUŠEK, O. 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 80-86429-19-9
- 32] MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-368-0
- 33] MICHALÍK, J. 2007. *Právo a etika v péči o nemocné a postižené*. Praha: ISBN: 978-80-239-9250-2
- 34] MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1362-4.
- 35] MLÝNKOVÁ, J. (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing.
- 36] MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelská činnost 1. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- 37] MPSV. 2013. *Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb* Praha. ISBN: 978-80-7421-057-0.
- 38] MPSV. 2018. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*.
- 39] NOVÁK, T., 2011. *Péče o pečující: Jak být pečovatelem také sám sobě*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN: 978-80-254-9149-2
- 40] PEŠLOVÁ, R. 2012. *Právní průvodce pečujících 2012*. Arch Brno: Moravskoslezský kruh, o. s. – vydání první v edici Pečuj doma.
- 41] JANEČKOVÁ, H. 2016. *Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele: jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost? 2. upravené vydání*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-46-4.
- 42] POSPÍŠIL, D. a kol. 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné 23. 4. 2020 z <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>
- 43] PROVAZNÍKOVÁ, E., KALVACH, Z. 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Ostrava: Printo spol. s. r. o. ISBN: 978-80-87956-15-0
- 44] PSYCHOLOGY TODAY. Burn-out. [online]. 2020 [cit. 2020-04-25] Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/basics/burnout>
- 45] SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- 46] SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E., 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-0384.

- 47] ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 48] HOME-CARE-PLUS. *Understanding the Roles of Formal and Informal Caregivers*. [online]. 2010 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://home-care-plus.com/2010/12/understanding-the-roles-of-formal-and-informal-caregivers/2010>
- 49] FAMILYMEMBERS AS CARERS. *We look at the pros and cons, rights and reimbursements of having family members as carers* [online]. ©2018 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.care.com/c/stories/4336/family-members-as-carers/en-gb/>
- 50] Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*