

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky

**PÉČE O OSOBU BLÍZKOU Z POHLEDU
PEČUJÍCÍHO**

THE CARE OF A CLOSE PERSON FROM THE POINT OF
VIEW OF THE CARER GIVER

Bakalářská diplomová práce

Eva Šestáková

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Helena Kubátová, Ph.D

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 25. 3. 2014

Poděkování

Mé poděkování patří především vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Heleně Kubátové, Ph.D za její cenné rady a podněty při odborném vedení mé bakalářské práce.

Svým blízkým a přátelům chci poděkovat za trpělivost a podporu po celou dobu studia.

ÚVOD.....	4
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1 PŘÍJEMCE PÉČE.....	6
1.1 VYMEZENÍ POJMU PÉČE	6
1.2 OSOBA ZÁVISLÁ NA POMOCI.....	7
1.3 POSUZOVÁNÍ ZÁVISLOSTI	7
1.4 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	11
1.5 STÁŘÍ	11
2 POSKYTOVATEL PÉČE	13
2.1 FORMÁLNÍ POSKYTOVATEL	13
2.2 NEFORMÁLNÍ POSKYTOVATEL.....	13
2.3 PEČUJÍCÍ OSOBA	14
2.3.1 Rodina.....	14
2.3.2 Rodinná solidarita.....	15
2.3.3 Současná podoba péče	16
3 PÉČE JAKO ŽIVOTNÍ UDÁLOST.....	17
3.1 SITUACE PÉČE	17
3.2 ROLE PEČUJÍCÍHO	18
4 DOPAD PÉČE NA PEČOVATELE.....	21
4.1 ŽIVOTNÍ POTŘEBY	21
4.2 POCITY, EMOCE	23
4.3 NEGATIVNÍ ASPEKTY PEČOVÁNÍ	24
4.3.1 Zátěž	24
4.3.2 Syndrom vyhoření	30
4.3.3 Zvládání zátěže a stresu.....	34
4.4 SOCIÁLNÍ OPORA	35
4.5 POZITIVNÍ EFEKT PEČOVÁNÍ	37
5 POMOC PRO PEČUJÍCÍ	39
5.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	39
5.2 JAK POMOCI SÁM SOBĚ	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST	43
1 CÍL PRÁCE – VÝZKUMNÝ PROBLÉM	43
2 STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ	43
3 POPULACE A VZOREK.....	44

4	PILOTNÍ STUDIE	45
5	TECHNIKA SBĚRU DAT.....	45
6	STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK	46
7	PŘEDVÝZKUM	46
8	SBĚR DAT	47
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	48
10	DISKUZE	60
	ZÁVĚR	62
	PŘÍLOHY	64
	PŘÍLOHA Č.1 – MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB	64
	PŘÍLOHA Č. 2 – NEUPRAVENÝ DOTAZNÍK	65
	PŘÍLOHA Č. 3 – UPRAVENÝ DOTAZNÍK	69
	SEZNAM LITERATURY	73
	TIŠTĚNÉ ZDROJE	73
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	74
	PRÁVNÍ PŘEDPISY	75
	ANOTACE	76

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je péče o blízkou osobu z pohledu pečujícího. Jedná se o tzv. péči rodinnou, kdy některý z rodinných příslušníků pečuje o svého nesoběstačného nemocného nebo zdravotně postiženého člena rodiny.

Toto téma je mi blízké díky mé profesi sociálního pracovníka. S pečujícími osobami i jejich svěřenci se setkávám v rámci sociálního šetření již mnoho let a při těchto setkáních si stále více uvědomuji, jak odpovědná, náročná a zavazující je role pečovatele. Přesto se nemohu ubránit pocitu, že pečujícím není věnována dostatečná pozornost, podpora a uznání veřejnosti. A to bylo hlavním důvodem k volbě tohoto tématu.

Pro osoby, které nejsou schopny se o sebe z důvodu špatného zdravotního stavu nebo vysokého věku postarat samy, je bezpochyby láskyplné domácí prostředí v kruhu blízkých to nejlepší řešení.

Jak ale prožívá tuto životní situaci pečující osoba? Jaké překážky musí překonávat a jaké problémy musí v souvislosti s péčí řešit? Jaký na ni má dlouhodobé pečování dopad? Najít odpověď na tyto otázky je cílem mé bakalářské práce.

V první části bakalářské práce vysvětlím základní pojmy týkající se tématu, jako jsou: péče, příjemce a poskytovatel péče, závislost na péči a její posuzování, přičemž se budu opírat především o Zákon o sociálních službách.

V další části se budu věnovat situaci péče, roli pečujícího a podrobněji se budu zabývat možnými dopady péče na pečující osobu, ať už v pozitivním nebo negativním smyslu. V závěru teoretické části se zmíním i o možnostech pomoci pečujícím.

Praktická část je zaměřena na identifikaci problémů, pocitů a potřeb pečujících osob. Na vzorku osob pečujících o osoby ve stupních závislosti III. a IV., tedy osob vyžadující náročnou celodenní osobní péči, budu pomocí standardizovaného dotazníku zjišťovat jejich prožívání péče.

V první části dotazníku se zaměřím na charakteristiku osoby, která je nejpočetnějším respondentem a tedy i nejčastějším pečovatelem. Dále se budu zajímat o to, zda tato osoba pečuje sama nebo s pomocí jiné osoby, případně sociálních služeb a délku doby pečování, pro představu náročnosti péče. Jsem si vědoma toho, že existuje řada dalších okolností, které ovlivňují náročnost péče i její prožívání pečujícím, jako je: osobnost pečujícího, zdravotní stav pečujícího, počet osob, o které pečuje, spolubydlení s pečovaným, ekonomická situace rodiny, rodinné zázemí, podpora ostatních členů rodiny při péči, ale i osobnost pečovaného, jeho věk, druh zdravotního postižení nebo onemocnění, vztah s pečovaným a podobně. V tomto rozsahu však není v mých schopnostech a možnostech výzkum provést.

V druhé části dotazníku se již zaměřím na problémy, pocity a potřeby pečujících osob, přičemž budu vycházet z teoretické části a pokusím se tak naplnit cíl této práce.

Záměrem mé práce je upozornit na náročnou životní úlohu rodinných pečujících, neboť se domnívám, že i oni sami potřebují pomoc a podporu nás ostatních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘÍJEMCE PÉČE

1.1 Vymezení pojmu péče

Pojem péče není jednoduché definovat, neboť péče má mnoho podob. S ohledem na osobu, které je péče poskytována, rozlišujeme péči o dítě, péči o osobu se zdravotním postižením, péči o seniora, péči o umírajícího apod. Podle místa poskytování péče hovoříme o péči terénní, ambulantní, pobytové. Péči lze také rozlišovat podle způsobu poskytování na péči rodinnou, pěstounskou, sociální, zdravotní a ošetrovatelskou, paliativní a další. Podle délky poskytování se péče dělí na dlouhodobou a občasnou.

Dle pečujícího označujeme péči jako tzv. „formální“, zajišťovanou profesionálním poskytovatelem služeb, a „neformální“, laickou, poskytovanou osobou blízkou nebo asistentem péče. S těmito typy péče se podrobněji seznámíme v dalším textu.

Obecně je možné péči definovat jako vztah nejméně dvou osob: toho, kdo péči poskytuje, a toho, kdo péči přijímá, který je založený na principu solidarity. Cílem této interakce je poskytnout pomoc a podporu těm, kteří nemají dostatek sil, možností a schopností uspokojit sami své základní životní potřeby.

Péči o osobu závislou na pomoci jiné osoby, které se tato bakalářská práce věnuje, definuje Tošnerová (2001, s. 16) jako „činnost v rámci, v němž se pečující věnuje osobě tělesně či psychicky hendikepované takovým způsobem, že se snaží důsledky jejího znevýhodnění mírnit.“

Cílem této činnosti je zajistit nesoběstačné osobě důstojný a kvalitní život.

1.2 Osoba závislá na pomoci

Osobou závislou na pomoci rozumíme „osobu, která v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojování životních potřeb.“ (Jeřábek 2005 s. 42).

Za příjemce péče je pro účely této bakalářské práce považována osoba závislá na pomoci jiné osoby dle Zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.).

1.3 Posuzování závislosti

Závislost na pomoci jiné osoby a míru této závislosti zcela konkrétně stanovuje pro účely řízení o příspěvku na péči Zákon o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči (zákon č. 108/2006 Sb.).

Posuzování stupně závislosti provádí příslušná Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení na základě lékařských zpráv a sociálního šetření provedeného sociálním pracovníkem místně příslušného úřadu práce.

Při posuzování stupně závislosti je hodnocena schopnost zvládat 10 základních životních potřeb, které „vycházejí z mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a uceleným způsobem sledují rozhodující oblasti života posuzované osoby ve vztahu ke schopnosti péče o sebe a schopnosti sociálního začlenění“ (Králová, Rážová 2012, s. 21).

Králová, Rážová (2012, s. 21- 23) nabízí výčet těchto základních životních potřeb, které jsou blíže vymezeny prostřednictvím konkrétních aktivit:

Mobilita

Tato základní životní potřeba se považuje za zvládanou, pokud je osoba schopna vstávání a usedání, stoje, zaujímání poloh, pohybování se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůze po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používání dopravních prostředků včetně bariérových.

Orientace

Tato základní životní potřeba se považuje za zvládanou, pokud je osoba schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Komunikace

Tato základní životní potřeba se považuje za zvládanou, pokud je osoba schopna se dorozumět a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, používat běžné komunikační prostředky, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům.

Stravování

Tato základní životní potřeba se považuje za zvládanou, pokud je osoba schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat a servírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

Oblékání a obouvání

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna si vybrat oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Tělesná hygiena

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Výkon fyziologické potřeby

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Péče o zdraví

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

Osobní aktivity

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, stanovit si a dodržet denní program, vyřizovat své záležitosti.

Péče o domácnost

Tato základní životní potřeba je považována za zvládanou, pokud je osoba schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

Stupeň závislosti dle Zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb., § 11) určuje stupeň závislosti dle počtu nezvládaných základních životních potřeb takto:

„U osob do 18 let věku

- stupeň I (lehká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 3 základní životní potřeby a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby,
- stupeň II (středně těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby,
- stupeň III (těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby,
- stupeň IV (úplná závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

U osob starších 18 let

- stupeň I (lehká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby;
- stupeň II (středně těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby;
- stupeň III (těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby;
- stupeň IV (úplná závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“

Dalším kritériem pro určení stupně závislosti je splnění podmínky *dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu*. Tím je myšlen takový nepříznivý zdravotní stav, „který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost“ (zákon č. 108/2006 Sb., § 3).

Příčinou toho, že se osoba stane závislou na pomoci jiné osoby, může být vrozené zdravotní postižení nebo získané, způsobené úrazem či nemocí, ale také ztráta soběstačnosti v důsledku pokročilého věku.

1.4 Zdravotní postižení

Zdravotním postižením rozumíme takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok, přičemž dalším znakem je setrvalost tohoto stavu, ve smyslu nevyléčitelnosti. Tím se liší od nemoci, která je z povahy věci vyléčitelná (Michalík 2007, s. 41).

Nejčastěji se setkáváme se zdravotním postižením:

- tělesným
- mentálním (duševní, autismus)
- zrakovým
- sluchovým
- řečovým
- kombinovaným (např. hluchoslepota)
- způsobeným civilizačními chorobami

Uvedená klasifikace je pouze obecná, mezi zdravotní postižení patří řada dalších méně známých nebo méně častých (Michalík 2011, s. 35).

1.5 Stáří

Obecně pojem stáří označuje poslední vývojovou etapu života, která uzavírá a završuje život (Čevela, et al., 2012).

Stáří je „specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy“ (Pacovský, Heřmanová 1981, s. 57) .

Stáří není nemoc, v průběhu stárnutí však dochází k fyzickým, psychickým a sociálním změnám.

Přesto však je typickým projevem pravého stáří zhoršení zdravotního stavu a specifický charakter nemocí. Ve stáří lidé často trpí polymorbitou¹, zvyšuje se výskyt různých chorob, jejich průběh bývá komplikovanější a nemoci se stávají často chronickými. Je to způsobeno tím, že organismus už se nedokáže bránit tak, aby zvládnul i běžná onemocnění jako dřív. (Vágnerová 2007).

Choroby typické pro stáří mohou mít za následek významné omezení fyzických schopností, způsobují také psychické problémy, které se mohou projevovat kolísáním emočního ladění, zvýšenou citlivostí, úzkostností, unavitelností a nevykonností. Nemoci pohybového ústrojí omezují především lokomoci².

Velmi častým problémem stáří bývá demence, která mívá za následek úplnou ztrátu soběstačnosti jedince. V průběhu postupující demence může docházet ke změnám osobnosti, nemocný ztrácí své sociální návyky, nerespektuje běžné normy chování. Tato výrazná změna osobnosti je značně traumatizující pro nejbližší členy rodiny (Vágnerová 2007).

¹Polymorbitita - výskyt různých závažných chorob současně
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz> [online]

²Lokomoce – schopnost pohybu, pohyb v prostoru pomocí svalové činnosti
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz> [online]

2 POSKYTOVATEL PÉČE

Jak je uvedeno v první kapitole, péči rozlišujeme podle toho, kdo péči poskytuje, na péči formální a neformální. S tím, co jednotlivé pojmy znamenají, se seznámíme nyní.

2.1 Formální poskytovatel

Formální péče neboli péče profesionální může být poskytována poskytovatelem služeb jen na základě oprávnění, které vzniká rozhodnutím o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad, případně ministerstvo, je-li zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., § 78). Mezi nejvýznamnější registrované poskytovatele služeb pro osoby závislé na pomoci patří:

- **terénní služby** – pečovatelské služby, osobní asistence
- **pobytové služby** - domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče,
- **ambulantní služby** – centrum denních služeb

2.2 Neformální poskytovatel

Neformální péčí, neboli laickou péčí, je myšlena péče poskytovaná laickou osobou – příbuzným nebo známým. Tato péče nás v různé podobě provází v podstatě od narození až do smrti.

V případě poskytování pomoci osobě závislé na péči podle zákona o sociálních službách rozlišujeme:

- péči poskytovanou asistentem péče
- péči poskytovanou osobou blízkou

Asistent sociální péče – může jím být zdravotně způsobilá fyzická osoba, starší 18 let věku. Registrace se v tomto případě nevyžaduje, asistent je však povinen uzavřít s osobou, které poskytuje pomoc, písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci (zákon č. 108/2006 Sb., § 83)

Osoba blízká - dle zákona o důchodovém pojištění se za osobu blízkou považuje manžel, manželka, příbuzní v řadě přímé, což je dítě vlastní i osvojené, za určitých podmínek také dítě převzaté do trvalé péče nahrazující péči rodičů, sourozenci, zeť, snacha a manžel rodiče, a to kteréhokoli z manželů (zákon č. 155/1995 Sb., § 24).

2.3 Pečující osoba

Pečující osobou, kterou se budu dále v této bakalářské práci zabývat, je osoba, která poskytuje svému příbuznému neformální, laickou péči v jeho přirozeném rodinném prostředí.

Dle Tošnerové (2009, s. 35) pečující osoba pomáhá člověku, který není schopen se sám o sebe postarat v důsledku onemocnění, úrazu nebo pokročilého věku, provádět činnosti, které by prováděl sám, kdyby měl potřebné síly, vůli nebo znalosti.

Jedná se tedy o péči poskytovanou mezi rodinnými příslušníky, proto se zastavíme u pojmů rodina a rodinná solidarita, které s rodinnou péčí úzce souvisí.

2.3.1 Rodina

K vysvětlení pojmu rodina lze použít tyto, dle mého názoru nejvýstižnější, definice:

„Členové rodiny jsou jedinci, kteří narozením, adoptí, sňatkem nebo vyhlášením společenství sdílejí hluboké, osobní vztahy a jsou vzájemně oprávněni přijímat a zavázáni poskytovat podporu nejrůznějšího druhu v nejrůznější možné šíři (zvláště v době potřeby podpory)“ (Levine 1999 in Jeřábek a kol. 2005, s. 35).

Baštecká (2001, s. 170-171) cituje Plaňavu, který rodinu definuje jako „uspořádaný systém, jehož smyslem, účelem a náplní je utvářet poměrně bezpečný a stálý prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí.“

Hartl, Hartlová (2004, s. 512) uvádějí, že rodinu pojí manželství, pokrevní vztahy, ale také odpovědnost a vzájemná pomoc.

Z uvedených definic vyplývá jedna společná a dle mého soudu velmi důležitá funkce rodiny, a tou je vzájemná pomoc a podpora mezi jejími členy. Rodina by také měla svým členům poskytovat zázemí, pocit bezpečí, jistoty a důvěry. Právě v takových těžkých životních situacích, jakými bezesporu vážné onemocnění nebo úraz člena rodiny a následná potřeba péče je, se kvalita rodinné podpory, soudržnosti a vzájemných vztahů prověří.

2.3.2 Rodinná solidarita

Pojem solidarita vysvětluje Matoušek jako svornost mezi lidmi, které pojí společné zájmy i soucit (2003, s. 219). S přívlastkem „rodinná“ případně „mezigenerační“ mluvíme o solidaritě mezi rodinnými příslušníky, která je předpokladem poskytování pomoci a péče o stárnoucí rodiče či nemocné příbuzné.

V době péče se právě rodina stává tou nejdůležitější oporou a to, že se okruh podpory vztahuje jen na nejbližší okolí, je považováno za samozřejmost. Jde o vztah vzájemné pomoci a ochotu být v těžké chvíli s postiženým. Pokud v rodině nedochází k potřebné podpoře, je to považováno za bezohlednost a zanedbání péče (Křivohlavý 1998).

Rodina vždy hrála významnou úlohu při zajištění pomoci svým blízkým, kteří z důvodu nemoci nebo stáří pomoc potřebovali.

Během historického vývoje se však rodina jako centrum péče o své nesoběstačné členy dostala do pozadí a její úlohu převzala z větší míry zdravotnická zařízení.

Zkušenosti z řady vyspělých zemí však jasně dokazují, že rodinu v péči o seniory, nemocné a zdravotně postižené členy nemůže zastoupit žádná zdravotnická ani jiná instituce (Bártlová 2006, s. 236).

Tento způsob péče je nenahraditelný zejména pro jeho emocionální složku, úzké sepjetí a závislost mezi pečujícím a osobou, o kterou je pečováno. Graham definuje vztah péče jako „práce z lásky“ : „Péče ... je prožívaná jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“ (Graham in Jeřábek 2005, s. 10).

2.3.3 Současná podoba péče

Na podobu rodinné péče má vliv zejména demografické stárnutí současné společnosti. Tak jako narůstá počet osob vyššího věku tak narůstá i počet těch, kteří budou potřebovat pomoc druhých v každodenním životě (Přidalová 2006, s. 69).

Je snahou, aby mohli senioři zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí s pomocí svých blízkých za současné dostatečné nabídky sociálních služeb. S ohledem na demografické trendy ve společnosti je právě otázka příbuzenské podpory a vzájemné pomoci, zejména směrem od dospělých dětí k stárnoucím rodičům, velmi aktuální (Přidalová 2007, s. 219).

3 PÉČE JAKO ŽIVOTNÍ UDÁLOST

3.1 Situace péče

Zdravotní postižení nebo závažné onemocnění blízkého člověka postihuje a ovlivňuje i jeho blízké. Zjištění této skutečnosti způsobuje silný stres u nemocného i jeho rodinných příslušníků, vyvolává úzkost, strach z budoucnosti, deprese a pocity bezmoci (Vágnerová 2004, s. 92-93).

Je pochopitelné, že čím neočekávaněji a rychleji onemocnění nebo postižení vzniklo, tím hůře se s ní nemocný i jeho rodina vyrovnávají. Velmi těžce jsou zvládány zejména těžké úrazy nebo náhlá onemocnění, které se staly člověku doposud zdravému, soběstačnému.

Přijmout závažnou nemoc blízkého člověka je těžké. Obavy o jeho život, soucítění s jeho psychickým i fyzickým utrpením jsou velkou zátěží pro jeho rodinné příslušníky (Vágnerová 2004, s. 93-94).

Dlouhodobá závislost na péči způsobená závažnou nemocí nebo úrazem vyžaduje od rodiny rozhodnutí, jak další péči zajistit. Na toto rozhodnutí má vliv řada faktorů.

Je to především intenzita péče, kterou závislá osoba potřebuje.

Jeřábek (2005, s. 12) dělí péči podle hlediska **intenzity a naléhavosti** potřeb na tři stupně:

- podpůrná péče – nepravidelná, občasná pomoc, která není časově náročná (finanční podpora, doprava k lékaři, vyřízení záležitostí na úřadech apod.)
- neosobní péče – péče časově náročnější, zahrnující především péči o domácnost, úklid, přípravu jídla, praní apod.
- osobní péče – je nejnáročnější formou péče, vyžaduje stálou přítomnost pečující osoby, pomoc při úkonech péče o vlastní osobu.

Náročnost péče lze také odvodit ze stupně závislosti osoby na péči. Se zvyšujícím se stupněm závislosti, kdy přibývá nezvládaných úkonů, stoupá přirozeně i náročnost péče. Tím se zvyšuje nejen fyzická a psychická náročnost péče, ale i náročnost časová. U stupně III a IV, které zahrnují i péči osobní, hovoříme o péči nepřetržité, tzv. „24 hodinové“.

Kromě intenzity domácí péče ovlivňují schopnost rodiny poskytovat a unést dlouhodobou péči další faktory. Mezi nejdůležitější patří: podílení se dalších členů rodiny (nebo jiných osob) na péči, ekonomická situace rodiny, spolubydlení s pečovaným, rodinné vztahy a v neposlední řadě také fyzické a psychické zdraví pečujícího.

Pokud se rodina rozhodne o svého člena postarat vlastními silami, nebo s částečnou vnější pomocí, musí si odpovědět na řadu otázek:

Kdo bude pečovat?

Kde bude péče probíhat? Budou nutné úpravy bytu, odstranění bariér?

Jaký rozsah péče je potřeba?

A řadu dalších otázek s ohledem na současnou situaci té které rodiny.

Je nutné život rodiny přeorganizovat, a to často dost výrazným způsobem. Je třeba zvládnout rozdělení rolí, upravit denní harmonogram s ohledem na potřeby pečovaného, změnit zvyklosti rodiny, vyřešit otázku bydlení, případně upravit dobu zaměstnání nebo zaměstnání zcela opustit (Jeřábek 2005, s. 7).

3.2 Role pečujícího

Role³ pečujícího je neočekávaná, neplánovaná a pečující na ni není připraven. Není proto snadné se na ni adaptovat, zejména v případě, když pečující zastává roli více.

³ *Role je chápána jako „strukturně závazný, nicméně trvale vyjednaný reskript chování, který je očekáván od držitele určitého postavení (Sociologický slovník, 1996).*

Čím více rolí člověk zastává, tím vyšší je nekompatibilita rolí a dochází tak k napětí a ke konfliktu mezi nimi. Pečující tak může prožívat interrolový konflikt (například osoba pečující o svého rodiče se může dostat do konfliktu se svou rolí manžela či rodiče) nebo konflikt intrarolový (například role pečujícího a role dítěte u osoby pečující o rodiče) (Bártlová, 2006, s. 236-237).

V péči o závislou osobu se z převážné většiny případů stává pečující osobou žena, která plynule přechází z péče o děti k péči o příbuzné, většinou stárnoucí a nemohoucí rodiče a prarodiče. Pozice ženy jako pečující o nemocné je obecně pokládána „přirozenou“ a ženě „vrozenou“, přestože se jedná o velmi náročnou činnost. (Rubášová in Jeřábek 2005, s. 44). Právě ony se pak vzdávají svých vlastních osobních cílů a přijímají roli pečující osoby.

Základem kvalitní péče je dobrý vztah mezi pečovaným a pečujícím. Domácí péče musí být přijata oboustranně, jinak ztrácí smysl. Tento vztah spočívá v kodexu chování mezi pečující osobou a člověkem závislým na péči, kterou lze vymezit následujícími znaky (Kerres a Seeberger, 2000, s. 32 in Bártlová 2006):

- rodinná (laická) se zaměřuje na ošetrovatelské potřeby jiného člověka
- péče se provádí na základě vzájemnosti
- role jsou zaměnitelné
- vztah mezi pečujícím a nemocným je osobní, musí mezi nimi existovat nebo vzniknout přímý a hluboký vztah
- je snaha v průběhu péče co nejvíce respektovat samostatnost druhého, protože se vychází z toho, že ztráta osobní nezávislosti jde ruku v ruce se ztrátou osobní důstojnosti.

Onemocnění blízkého člověka a s tím spojené poskytování péče je pro pečující osobu velkou zátěží. Závažně a dlouhodobě ovlivňuje jeho životní styl a návyky a znamená pro něj vnucenou životní změnu (Vágnerová 2004, s. 92, Baštecká 2001, s. 248).

Zejména osobní péče je náročná a vyžaduje od pečující osoby obětavost, vytrvalost, pravidelnost a velkou zodpovědnost. Podle Jeřábka je to právě zodpovědnost, která je nejvíce zatěžujícím aspektem pro pečující osobu, zejména pro primárního pečujícího (Jeřábek 2005, s. 12–13). Primární pečující jakožto člen rodiny, který na sebe přebírá většinu péče, je také nejvíce ohrožen negativním efektem pečování (Bártlová 2006, s. 238).

4 DOPAD PÉČE NA PEČOVATELE

V této kapitole se budu zabývat tím, jak prožívá péči pečovatel, co pozitivního, ale i negativního mu péče přináší a jaký má na něj tato situace vliv. Nejdříve však vysvětlím pojmy „potřeba“ a „emoce“, kterými se budu zabývat v dalším textu a zejména pak v praktické části této práce.

4.1 Životní potřeby

Potřeby se projevují jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince a cílem je chování směřující k redukci těchto potřeb, která vede k různým druhům uspokojení. (Nakonečný 1995 s.125).

Lidskými potřebami se zabýval i americký klinický psycholog A. H. Maslow, jenž chápe potřebu jako podmínku k udržování fyzického a duševního zdraví. Potřeby uspořádal do hierarchického systému dle naléhavosti, s jakou je prožíváno puzení k aktivitě, od nejnižších „základních“ k vývojově nejvyšším (viz. příloha č.1).

Základní potřeby

- fyziologické potřeba – uspokojení žízně, hladu, sexu
- potřeba bezpečí – ochrana před zločinem, finanční jistota, pocit pohody a zdraví, zajištění v případě nemoci, úrazu

Psychologické potřeby

- potřeba sounáležitosti a lásky - být milován druhými, být akceptován a patřit k někomu
- potřeba uznání – potřeba výkonu, kompetence, respektu, důvěry, získání souhlasu

Potřeby sebeaktualizace

- potřeba realizovat své schopnosti, potřeba tvořit, objevovat, rozvíjet se
- potřeba co nejlépe využít svých schopností.

Maslow zavádí i pojem „metapotřeby“ - potřeby jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti atd., jejichž uspokojování buduje tu pravou lidskost a vede k radosti a štěstí. „Vyjadřují potřebu transcendence, překročení každodenní zkušenosti, potřebu vyššího duchovního života a transpersonální zážitky“ (Nakonečný 2000, s. 130, 131).

První čtyři stupně pyramidy potřeb nazýval Maslow „nedostatkovými potřebami“. To znamená, že pokud člověk tyto potřeby uspokojil, přestaly být motivujícími. Potřeby posledního stupně, který nazýval „růstovou motivací“, potřebami bytí a seberealizací, neboť pokud jsou jednou splněny, člověk je pociťuje neustále. Čím více je živý, tím jsou silnější .

Uspokojení potřeby sebeúcty vede k pocitům sebedůvěry, schopnosti a přiměřenosti a k pocitu být užitečný a potřebný pro svět. Ale pokud je naplnění těchto potřeb zamezeno, vytváří to pocity méněcennosti, slabosti nebo bezmoci (Maslow, 1954, s. 91, překlad in Dvořáková).

Pro pečující osobu je dle Tošnerové (2002) důležité, aby dokázala zhodnotit sama sebe ve vztahu k pečované osobě a také to, jakou měrou je do péče zainteresována, zda péči vykonává opravdu jen v tom rozmezí, které je pro jejího svěřence nezbytné, anebo se již plně odevzdala potřebám pečované osoby a její vlastní potřeby pro ni již nemají žádný význam.

4.2 Pocity, emoce

Zátěžové situace, do kterých se pečující v souvislosti s péčí o blízkou osobu dostávají, v nich vyvolávají různé emoce. Dle Jeřábka (2005, s. 13) jsou emoce neodmyslitelnou součástí osobní péče: „bez emocí by to prostě nešlo.“

Definice

Říčan charakterizuje emoci jako cit, který je její složkou, plus příslušné fyziologické dění a vnější chování (2007, s. 101).

Pocity jsou odpovědí na nějaký podnět, kterým bývá obvykle určitá, typická životně důležitá situace.

Dělení emocí

Základní dělení emocí rozlišuje emoce podle toho, jak je člověk prožívá, na libé a nelibé. K libým emocím patří především radost, štěstí, spokojenost, k nelibým smutek, hněv, úzkost.

Dělení citů podle délky trvání a intenzity:

- nálady – jsou to dlouhodobější psychické stavy, které nemívají příliš vysokou intenzitu
- afekty – vyznačují se velmi vysokou intenzitou prožívání a obvykle krátkou dobou trvání
- vášně – dlouhodobé emoční stavy s vysokou intenzitou prožívání

Determinační faktory emocí

Emoce jsou determinovány (podmíněny) vnějšími a vnitřními podněty, které na člověka neustále působí.

K vnějším determinantům lidské psychiky řadíme prostředí, ve kterém se člověk nachází, sociální vlivy – jako jsou vliv událostí, která člověk prožívá, prostředí ve kterém přebývá, vliv rodiny, přátel apod.

Vnitřními determinanty jsou především základní potřeby každého člověka i jeho momentální fyzický a psychický stav.

4.3 Negativní aspekty pečování

Úloha rodinného pečovatele znamená zásadní životní změnu a je velmi často spojena se stresem. Změny sice mohou přispět k osobnímu růstu pečovatele, ale zcela jistě vyvolávají také emoční napětí a úzkost, následkem čehož je potom tělesné onemocnění pečovatele nebo jeho psychické a emoční vyčerpání (Tošnerová 2002, s. 9). Psychické a emoční vyčerpání nazýváme syndromem vyhoření, o kterém se ještě budu zmiňovat.

4.3.1 Zátěž

Péče o nesoběstačného člověka je bezesporu velkou zátěží pro pečujícího. Tošnerová (2002, s. 11-12) rozlišuje zátěž:

- **fyzickou** – péče o nesoběstačnou osobu znamená nejen péči o domácnost – úklid, praní prádla, nákupy, příprava jídla apod., ale zejména náročnou péči osobní – zvedání a přemísťování osoby s omezenou pohyblivostí při koupání, při fyziologické potřebě, při oblékání, při přesunu na vozík nebo dopravě k lékaři;
- **finanční** – Tošnerová zde uvádí, že finanční zátěž vzniká, pokud není dostatek prostředků k úhradě služeb – lékařských, farmaceutických a rehabilitačních. Dle mého soudu dochází ke zhoršení finanční situace pečující osoby nebo rodiny zejména v případě, kdy pečující osoba opustí zaměstnání a rozhodne se pečovat o svého blízkého. Jediným příjmem pečující osoby je potom příspěvek na péči;⁴

⁴ Výše příspěvku na péči činí
u osob mladších 18-ti let věku: v I. stupni 3.000,-Kč, ve II. stupni 6000,-Kč,
ve III. stupni 9.000,-Kč a ve IV. stupni 12.000,-Kč;
u osob starších 18-ti let věku: v I. stupni 800,-Kč, ve II. stupni 4.000,-Kč,
ve III. stupni 8.000,-Kč a ve IV. stupni 12.000,-Kč (zákon č.108/2006 Sb., § 11).

- ***zátěž plynoucí z okolního prostředí*** – řešení vhodného bydlení pro pečovanou osobu je další zátěží pro pečujícího. Vzhledem k nárokům na bydlení, vzniklých z důvodu nesoběstačnosti pečované osoby, je nutno zvážit, zda dosavadní bydlení je vyhovující nebo zda je třeba byt například bezbariérově upravit. S ohledem na dosažitelnost péče se pak pečující osoba, zejména při nutné celodenní péči, musí rozhodnout, zda bude o blízkého pečovat v jeho prostředí nebo, pokud to není možné, jej přestěhuje k sobě domů. Dle mého názoru se v obou případech jedná o velký zásah do soukromí a zvyklostí pečující osoby, případně celé rodiny, který je často provázen stresem a může negativně ovlivnit i doposud harmonické rodinné vztahy.

Problémy může pečující osobě činit také obtížný přístup k informacím týkajícím se péče nebo pečovaného, nedostupnost sociálních služeb, nekvalitní lékařská péče apod.;

- ***sociální zátěž*** – při poskytování 24 hodinové péče denně se pečovatel postupně izoluje jak od své rodiny, tak i do přátel a společenského života. Na společenské kontakty pečovateli nezbývá z důvodu náročné péče čas a často ani síly.

Domnívám se, že sociální izolací jsou nejvíce ohroženy osoby, kterým s péčí nikdo nepomáhá a které nemají podporu svého okolí. Dle mých zkušeností, je pomoc a opora pečující osobě poskytována od sousedů a přátel spíše na vesnicích, než ve městech, kde nejsou mezi lidmi tak blízké vztahy;

- **citová zátěž** – všechny výše uvedené typy zátěže přispívají k velké citové zátěži, které je pečovatel vystaven téměř vždy. Musí se vyrovnávat s mnoha změnami ve svém dosavadním životě, nemožností hospodařit se svým volným časem i s velkou zodpovědností. Zažívá pocity nadměrných požadavků na svou osobu, pocity přetížení z práce, z nedostatku času, pocity nesvobody, bezmoci a neovlivnitelnosti situace (Tošnerová 2002, s. 11-12, Krivohlavý 2001, s. 174-178). Dle mých zkušeností je velká citová zátěž způsobená také soucítěním s nemocným, sdílením jeho trápení a bolesti, obavy o jeho život, strach z budoucnosti apod.

Různé druhy zátěže mohou v pečujících vyvolávat nepříjemné pocity jako je hněv, pocit nedobrovolné izolace, odpor a znechucení z trvalé odpovědnosti a ztrátu duševní rovnováhy, které ovlivňují vztah mezi pečujícím a pečovaným, ale také mezi dalšími členy rodiny (Tošnerová 2002, s. 11-12).

Nyní se seznámíme se základními zátěžovými situacemi, které, *dle svého působení na člověka*, rozlišuje Vágnerová (2004, s. 48-54) na: frustraci, konflikt, trauma, krizi, deprivaci a stres, jejichž projevy se velmi často objevují u pečujících osob.

Frustrace

Frustrací označujeme situaci, „kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení“.

Tato situace je zdrojem velkého psychického napětí. Intenzivní stavy frustrace zažívá člověk při nemožnosti dosáhnout uspokojení základních životních potřeb.

Situaci frustrace lze řešit několika způsoby: překonáním překážky nebo jejím obejitím, hledáním náhradního cíle nebo rezignací na vzniklou situaci (Mikšík, Švancara in Pelcák 2012).

Konflikt

Konflikty patří mezi běžné potíže, se kterými se člověk setkává v každodenním životě (např. konflikty mezi lidmi, mezi tím, co mohu a co chci apod.). Závažným se konflikt stává ve chvíli, kdy trvá příliš dlouho, ovlivňuje osobně důležitou oblast a člověk jej není schopen řešit. Jedná se zejména o významné vnitřní konflikty, které se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají střet dvou a více vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí či snah. Člověk se musí rozhodnout mezi dvěma či více rozpornými motivy, jejichž současné uspokojení se ale vzájemně vylučuje.

Příkladem může být střet tlaku vědomí povinnosti s tendencí k aktuálnímu uspokojení. Způsobuje pocity bezradnosti, nerozhodnosti.

Přestože konflikt i frustrace patří k tzv. denním mrzutostem, při opakovaném, dlouhodobém působení na člověka může působit jako stresující faktor (Vágnerová 2004, Pelcák 2012).

Trauma

Traumatem je náhle vzniklá situace, která vede k určitému poškození nebo ztrátě pro jedince výrazně negativní. První reakcí na trauma je šok.

Psychické trauma se projevuje především v emoční oblasti člověka, a to ztrátou pocitu bezpečí, jistoty. Je provázeno úzkostí a obavami z budoucnosti, ale i smutkem nad ztrátou něčeho důležitého. Trauma narušuje objektivitu jedince, který se může stát nekritickým a nesoudným. Traumatizace může být jednorázová nebo opakující se, v každém případě však může být zdrojem stresu postiženého jedince (Vágnerová 2004, Pelcák 2012).

Krize

Psychickou krizi lze charakterizovat jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace, dlouhodobého hromadění nebo náhlého nárůstu problémů. Typickým znakem krize je selhání adaptačních mechanismů. Krize znamená, že existuje nezvládnutý problém a lze ji chápat i jako podnět ke změně. Krizi vnímá jedinec jako narušení pocitu bezpečí a jistoty, má pocit napětí, úzkosti, zoufalství, beznaděje. Situace se mu jeví jako nezvládnutelná. Reakcí na tuto situaci může být jak zpomalené a utlumené chování, tak jednání impulsivní a zkratkovité.

Krize je vyhocením stresové situace a znamená, že je třeba hledat nové způsoby reagování z důvodu neefektivnosti těch dosavadních (Vágnerová 2004, Pelcák 2012).

Deprivace

Deprivace je stav, kdy některé z objektivně významných biologických nebo existenciálních potřeb nejsou uspokojovány v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a dostatečně dlouho.

Deprivace je nejzávažnějším zátěžovým faktorem, který může nepříznivě ovlivnit aktuální psychický stav jedince.

Na rozdíl od frustrace, kdy může člověk volit zástupné cíle a náhradní řešení, je v případě deprivace východiskem pouze vzpoura či rezignace (Vágnerová 2004, Pelcák 2012).

Stres

Stres je možné definovat jako „reakci organismu na zátěžový podnět z prostředí“, nověji jako „nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět“ (Sutherland 1997, in Baštecká 2001, s. 239).

Dle Vágnerové (2004) se jedná o „stav nadměrného zatížení či ohrožení“. Z uvedených definic je zřejmé, že právě osoby pečující, vystavené

dlouhodobé zátěži, jsou ohroženy stresem nejvíce. Proto se stresu budu věnovat podrobněji.

Znaky stresu

- *Pocit neovlivnitelnosti situace.* Pokud má člověk pocit, že nemůže průběh událostí nijak ovlivnit, vnímá tuto situaci jako stresovou.
- *Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace.* Pokud člověk nemůže odhadnout, kdy tato situace vznikne, nebo kdy se bude opakovat a nemůže se na ni proto připravit, zvyšuje to pocit stresu.
- *Pocit nezvládnutelnosti situace.* Na člověka jsou kladeny subjektivně nepřiměřené nároky, které není schopen zvládnout.
- *Nepříjemný tlak okolností vyžadující příliš mnoho změn.* Změna životních zvyklostí klade velké nároky na adaptaci a vyvolává pocit dezorientace (Vágnerová 2004, s. 51,52).

Pojmy vztahující se ke stresu

Zatěžující vlivy a negativní faktory, které vedou k napětí a dostávají člověka do tíživé situace, jsou označovány jako *stresory*.

Pozitivní životní faktory, které člověka v tíživé situaci posilují a povzbuzují a pomáhají mu adaptovat se na tuto situaci, jsou označovány jako *salutory* (Křivohlavý 2001, s. 170).

Křivohlavý dále uvádí, že „pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a silou (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. *Stresová situace* nastává v tom případě, kdy míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost nebo možnost daného člověka tuto situaci zvládnout“. Mluvíme o tzv. *nadlimitní zátěži*.

Zdůrazňuje ale také, že je třeba vzít v úvahu poměr mezi tím, co daný jedinec vnímá jako ohrožující, a tím, co chápe jako řešení situace. Na základě tohoto poměru pak rozlišuje *distres*, negativně prožívaný stres, kdy osoba vnímá negativně své ohrožení a domnívá se, že nemá dost sil a možností situaci zvládnout.

Naproti tomu *eustres* je pozitivním emocionálním zážitkem, kdy se sice jedinec dostává také do zátěžové situace a často i záměrně, ale její zvládnutí mu přináší radost nebo vzrušení.

Vliv stresu na zdravotní stav

Dnes je již známou skutečností, že stres má podstatný vliv jak na naše tělesné, tak i duševní zdraví.

Profesor MUDr. Vratislav Schreibr, DrSc. uvádí v rozhovoru ke své knize „Lidský stres“: *„Stres je narušením normálního stavu. Aktivuje v člověku dávnou situaci ohrožení, kdy měl náš prapředek možnost reagovat dvojím způsobem: boj, nebo útěk. Reakce zůstala, ale člověk už nemůže ani bojovat, ani utíkat, musí stres snášet, pokud možno bez velkého výdeje fyzické námahy. A to je podstata stresových nemocí“* (Daníčková 2000).

Stres může působit na zdravotní stav člověka buď přímo, nebo nepřímo.

Přímým účinkem stresu je zejména jeho negativní vliv na endokrinní, nervový nebo imunitní systém.

Nepřímým účinkem stresu na zdravotní stav je vliv stresu na chování člověka - nezdravý životní styl.

Stres má negativní vliv na řadu onemocnění. Jedná se především o infekční nemoci, kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění, hypertenzi, bolest hlavy, astma, diabetes mellitus či revmatickou artritidu.

Stres má vliv i na vznik negativních emocionálních stavů (nálad). Platí zde ale i obrácené pravidlo, že osoby, které patří spíše mezi pesimisty, daleko intenzivněji prožívají stres a hůře se na něj adaptují (Křivohlavý, 2001).

Dlouhotrvající zátěž a neschopnost jedince se s touto zátěží vyrovnat může vést až k úplnému psychickému vyčerpání.

4.3.2 Syndrom vyhoření

Jak definují burnout syndrom, čili psychické vyhoření, přední psychologové (Ayala Pines a Elliot Arosen), kteří se touto problematikou zabývají, uvádí ve své knize „Jak neztratit nadšení“ Jaro Křivohlavý (1998).

Definice syndromu vyhoření

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“.

- *Tělesné vyčerpání* je charakterizováno výrazným snížením energie, celkovou slabostí a chronickou únavou.
- *Citové vyčerpání* je definováno pocity beznaděje a představou, že člověk je chycen do pasti a není mu pomoci.
- Pro *mentální vyčerpání* je charakteristický negativní postoj člověka k sobě samému a ke světu a životu vůbec (Ayala Pinesová a Elliot Aronson 1988 in Křivohlavý 2001, s. 116).

Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Syndromem vyhoření jsou ohroženi všichni lidé, kteří jsou vystaveni **trvalé zátěži** v sociálně-emocionální oblasti (Tošnerovi, 2002).

S psychickým vyhořením se setkáváme především ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je „náplní práce“ zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Této zátěži, jak již bylo řečeno, je vystavena i osoba pečující o bezmocného blízkého člověka.

Kromě uváděné nadměrné zátěže je další okolností příznačnou pro burnout **frustrace**, nespokojení našich potřeb a očekávání. Křivohlavý (1998) zmiňuje v souvislosti se syndromem vyhoření tzv. *existenciální potřebu*, čili

potřebu pocitu, že naše práce nebo činnost má smysl. Neexistence smysluplnosti bytí (absurdita) je rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření.

Právě při péči o blízkou osobu mohou pečující zažívat tyto pocity, neboť jejich péče a snaha nemusí vést ke zlepšení zdravotního stavu, naopak stav se i přes jeho úsilí nadále zhoršuje. Domnívám se, že k psychickému vyhoření může dojít u pečující osoby i v případě, že péče skončí úmrtím pečované osoby a pečující osoba, které starost o jeho blízkého vyplňovala několik let veškerý čas, najednou ztrácí smysl života.

Další potřebou, která, je-li neuspokojována, je často u zrodu syndromu vyhoření, je *potřeba respektu* (úcta a uznání druhými lidmi) (Křivohlavý 1998). I tato potřeba je velmi často u pečujících frustrována, a to jak od blízkého okolí pečujícího, tak i přímo od osoby, o kterou pečuje. Okolí často hodnotí situaci pečujícího, který celodenně pečuje o svého blízkého, jako výhodnou, protože „nemusí chodit do práce“ a „za péči má zapláceno“ (příspěvek na péči). Pečované osoby, zejména pokud jsou postiženy některým druhem demence, ale i osoby, které své onemocnění nesou těžce a jsou takzvaně „naštvaní na celý svět“, nejenže neocení péči, která je jim poskytována, ale jsou často na svého pečovatele hrubí, obviňují ho, podezírají, mají nepřiměřené nároky a stále nejsou spokojeni.

Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření, který je důsledkem dlouhodobě působícího stresu a neschopnosti člověka vypořádat se s psychickou i fyzickou zátěží, je procesem trvajícím řadu měsíců i let a probíhá v různě dlouhých fázích. Pojetí vývoje tohoto procesu podle Christiny Maslach:

1. fáze – idealistické nadšení a přetěžování;
2. fáze – emocionální a fyzické vyčerpání;
3. fáze – dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením;
4. fáze - terminální stadium - vyhoření, sesypání se.

Hlavními důsledky syndromu vyhoření jsou ztráta smyslu života, ztráta pozitivního vnímání sama sebe, pocit osamocení v dnešním světě, pocit zlosti a hořkosti a pocit, že je všechno beznadějné (Rush, 2004, s. 7-62).

Projevy stresu a syndromu vyhoření

Stres se projevuje v oblasti fyziologické, emocionální i behaviorální.

K fyziologickým příznakům řadíme nejčastěji: bušení srdce, bolesti hlavy, migrény, bolesti krční a bederní páteře, palčivé bolesti rukou a nohou, bolesti břicha, nechutenství, snížení či nedostatek sexuální touhy, vyrážky v obličeji, nepříjemné pocity v krku, dvojité vidění

Emocionální příznaky stresu zahrnují: prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se nedůležitými věcmi, neschopnost projevit sympatii a empatii, nadměrné starosti o své zdraví a vzhled, omezení kontaktů s jinými lidmi, pocit nadměrné únavy, obtížné soustředění, zvýšenou podrážděnost, popudlivost, úzkostnost.

Mezi behaviorální příznaky můžeme zařadit: nerozhodnost, zvýšenou nemocnost a absence v práci, vyhýbání se zodpovědnosti, zhoršenou kvalitu práce, zhoršené řízení, závislost na drogách všeho druhu – léky, cigarety, alkohol, dále nechutenství nebo naopak přejídání se, problémy se spánkem, sníženou pracovní produktivitu.

Obdobné příznaky se objevují i u syndromu vyhoření:

1. pocity fyzického vyčerpání – únava, tělesná slabost, ztráta sil;
2. pocity emocionálního vyčerpání – beznaděj, bezvýchodnost, úzkost, pocit „chycení do pastí“;
3. pocity psychického vyčerpání – pocit ztráty lidské hodnoty, pocit bezcennosti, ztráty iluzí a marnosti vlastního života.

U člověka, který se dostal do stavu vyhoření, převažuje zejména pocit, že již nemůže dál (Křivohlavý, 1998).

4.3.3 Zvládání zátěže a stresu

Pelcák (2012, s. 24) charakterizuje zvládání (coping) jako „průběžně se odehrávající kognitivní, behaviorální a emoční snahy jedince zvládnout, popř. tolerovat nebo redukovat vnější i vnitřní nároky, se kterými se jedinec střetává v rámci svého života v obklopujícím prostředí.“

Při zvládání nadlimitní zátěže volí jedinec strategie, které členíme do dvou hlavních skupin:

- strategie orientované na problém - jsou používány na stresující situace, které se jeví jako přístupné změně;
- strategie orientované na zvládnutí emocí - používají se v situacích, které změnit nelze.

„Zvládání spočívá ve snaze přímo změnit ohrožující podmínky nebo ve snaze změnit hodnocení těchto podmínek“ (Pelcák 2012).

Strategie zvládání stresu

1. Strategie zvládání zaměřené na problém:

- aktivní zvládání (úmyslné zvýšení koncentrace nebo snahy dosáhnout cíle);
- plánování (zvažování, jak zvládnout problematickou situaci);
- zdrženlivé zvládání (vybrat si vhodný čas a nejednat bezprostředně).

2. Strategie zvládání zaměřené na emoce:

- hledání instrumentální sociální opory (získávat informace, zkušenosti a pomoc);
- hledání sociální emocionální opory (získávat podporu, sympatii a porozumění);
- pozitivní reinterpretace (identifikace kladných aspektů problému);
- akceptace (přijetí problému, jeho změnění nebo přizpůsobení se);
- popření (odmítnutí věřit v existenci problému či v jeho řešení);
- obrat k náboženství (příklon k nadpřirozenému jevu).

3. Dysfunkční strategie:

- zaměření se na projevování emocí (zaměření na osobní nepohodu a její projevy);
- behaviorální odpoutání (projevování pocitů bezmoci a vzdání se cíle);
- mentální odpoutání (mentální odvádění pozornosti od problému jinou činností);
- odpoutání pomocí alkoholu a drog (únik od řešení užíváním drog).

(Pelcák, 2012, s. 25)

4.4 Sociální opora

Fungující sociální oporu považují za jeden z nejdůležitějších faktorů, který má velký vliv na schopnost pečujících zvládnout svou náročnou úlohu pečovatele.

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde „o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“ (Křivohlavý 2001, s. 94).

Jak už bylo zmiňováno, pečování o těžce nemocného blízkého člověka je bezpochyby těžkou životní situací spojenou s vysokou mírou stresu a pro pečující osobu je tedy podpora okolí obzvláště důležitá. Pomoc druhých lidí člověku v nouzi působí jako takový nárazník, který tlumí negativně doléhající působení stresoru (buffering effect). Má tedy významný vliv na jeho psychický i fyzický zdravotní stav, vnímanou pohodu a kvalitu života (Křivohlavý 2001, s. 105, Baštecká 2001, s. 282-286).

Nejvýznamnější sociální skupinou poskytující jedinci sociální oporu je především skupina primární, osoby jemu nejbližší – rodinní příslušníci.

Stejnou funkci může však plnit i společenství spolupracovníků nebo jiných, pro daného člověka důležitých, lidí, kteří jsou ochotni ho podržet v těžkých

chvích. Příkladem jsou skupiny lidí, kteří se ocitli ve stejné životní situaci a poskytují si tak vzájemně pomoc a podporu. Mohou to být i svépomocné skupiny pečovatелů, kteří si mohou vyměňovat informace, podělit se o své pocity a navzájem se podporovat. Účastí ve svépomocné skupině mohou pečující osoby pomáhat druhým a zároveň i samy sobě (Tošnerová 2002, s.16).

Rozlišujeme druhy opory:

- **emocionální opora** (nabízená láska, porozumění, soucítění, laskavé jednání, dodávání odvahy, naděje, klidu, podaná ruka při depresích, pocitech beznaděje a odcizení apod.);
- **instrumentální opora** (konkrétní praktická pomoc při nějaké činnosti, finanční výpomoc, materiální podpora, zařízení neodkladných záležitostí, obstarání potřebných věcí apod.);
- **informační opora** (podání potřebných informací, pomoc při orientaci v nastalé situaci, hledání řešení, podávání rad a nasloucháním zjišťovat potřeby člověka a možnosti pomoci;
- **hodnotící opora** (projevování úcty a respektu, podpora kladného sebevědomí a sebehodnocení, ocenění jeho úsilí, povzbuzení ve víře a naději, podpora jeho autoregulace, společné sdílení a nesení těžkostí člověka v tísní (Křivohlavý 2001, Matoušek 2003).

V případě dělení sociální opory na oporu *anticipovanou* (očekávanou) a oporu *získanou* (obdrženou), uvádí Baštecká, že očekávaná opora se ukazuje důležitější než opora získaná, neboť neznamená závislost a ztrátu sebedůvěry ve vlastní schopnosti. Očekávaná opora zahrnuje přesvědčení, že jsme milováni, oceňováni a druhým lidem na nás záleží a jsou nám nablízku lidé, připraveni v případě potřeby pomoci (Baštecká 2001).

Přes všechny zmiňované pozitivní vlivy poskytování sociální opory může jít někdy o zásah, který má spíše negativní následky. Jedná se zejména o nadměrnou pomoc, která zbavuje adresáta možnosti řídit běh událostí a postarat se sám o sebe. Je proto nutné správně rozlišit míru a také potřebu poskytované pomoci, aby byla pro daného člověka přínosem a přitom jej nepřipravila o možnost vyřešit danou situaci samostatně. Může dojít také k poskytování jiného druhu pomoci, než odpovídá potřebám a představám dané osoby, a i nejlépe míněná pomoc se pak míjí účinkem (Křivohlavý 2001).

4.5 Pozitivní efekt pečování

Z hlediska nesoběstačné osoby je rodinná péče bezesporu tím nejlepším řešením. Tento druh péče respektuje nejen integritu člověka s jeho přirozeným sociálním prostředím, ale má i vliv na jeho psychiku, na kterou pozitivně působí přítomnost blízkých osob a známého domácího prostředí. Právě dobrý psychický stav napomáhá k posílení imunity, rychlejšímu uzdravování a zmírnění doprovodných psychických symptomů vyskytujících se téměř u všech forem onemocnění. (Bartoňová in Jeřábek 2005 s. 34).

Přestože je na péči o blízkou osobu, zejména pokud hovoříme o péči osobní „24 hodinové“, nahlíženo spíše jako na negativní a problémovou životní situaci, může pro pečující znamenat i pozitivní zkušenost. Období péče jim může přinášet uspokojení z toho, že se obětují pro někoho, koho milují, nebo proto, že zvládli roli pečovatele, která se jim zdála zpočátku nerealizovatelnou (Přidalová 2006, s.74).

Tošnerová, zabývající se pocity a potřebami pečujících o své blízké nemocné Alzheimerovou chorobou, odkazuje na kvalitativní analýzu zkušeností pečujících partnerů ze zemí EU, ze které vyplývá, že tito respondenti prožívají přes náročnost péče i pozitivní aspekty.

Tyto aspekty péče můžeme, dle mého názoru, vztáhnout i na ostatní pečující:

- ***uspokojení z vlastní práce*** – uspokojení, že pro svého blízkého dělám to nejlepší, co mohu;
- ***vzájemnost a vzájemná náklonnost*** – tento aspekt dle mého názoru nejlépe vystihuje již dříve uváděná definice péče Hilary Graham jako „práce z lásky“;
- ***společnost*** – možnost zůstat spolu;
- ***smysl pro povinnost*** – pocit morální povinnosti postarat se o svého blízkého (Tošnerová 2001, s. 52).

5 POMOC PRO PEČUJÍCÍ

5.1 Sociální služby

Služby sociální péče jsou v Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definovány jako služby, které: „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (§38).

Sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství;
- služby sociální péče;
- služby sociální prevence.

Rozsah služeb uvedených v zákoně je široký, zaměřený na různé skupiny osob, v různých obtížných životních situacích.

Já se budu zabývat blíže službami, které mohou pomoci zejména pečujícím osobám při poskytování péče.

Sociální poradenství

Sociální poradenství rozlišujeme na poradenství základní a odborné. Poradenství základní, které zajišťuje každý poskytovatel sociálních služeb, má za úkol poskytnout osobám informace, které jim pomohou řešit nepříznivou životní situaci.

Poradenství odborné je orientováno na potřeby jednotlivých sociálních skupin, především pro osoby v různých poradnách, mimo jiné i v poradnách pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, zajišťuje sociálně terapeutické činnosti a pomáhá klientům při uplatňování jejich práv, právem hájených zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., § 37).

Možnost získat kvalitní a dostatečné informace je, dle mého názoru, pro pečující osobu velmi důležité zejména v počátcích pečování, kdy je třeba se v nové situaci zorientovat.

Služby sociální péče

Pečovatelská služba

Tato terénní nebo ambulantní služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb.

Základními činnostmi této služby jsou pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, dovážka stravy, v případě pobytové služby poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Dle mých zkušeností z praxe, pomáhá tato služba pečující osobě ve zvládání náročné dlouhodobé péče tím, že převezme a zabezpečí některé z jejích úkolů a povinností. Jedná se zejména o úkony, které pečující osoba nezvládá fyzicky (např. koupání, přenášení, převozy) nebo z časových důvodů (donáška oběda, vyřizování osobních záležitostí apod.). Úkony pečovatelské služby jsou s klientem dohodnuty předem podle potřeb klienta a nabídky pečovatelské služby.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Pečující osoba má možnost na potřebnou dobu (většinou v rozmezí týdnů) umístit nemocného do zařízení poskytující odlehčovací službu a odpočinout si tak od náročné péče, vyřídit si osobní záležitosti nebo často také z důvodu nutnosti vlastní hospitalizace nebo nemoci, jak znám z praxe.

Osobní asistence

Formou osobní asistence se poskytuje osobám se sníženou soběstačností pomoc bez časového omezení v jejich přirozeném prostředí při činnostech, které osoba potřebuje.

Centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře

Tato zařízení poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Nabízí pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Týdenní stacionáře nabízejí kromě vyjmenovaných činností také služby ubytovací (zákon č. 108/2006 Sb., § 38 - § 47).

5.2 Jak pomoci sám sobě

Aby se pečující osoba uchránila před fyzickým a psychickým vyčerpáním, musí se o sebe starat stejně jako o svého svěřence. Často se stává, že pečovatel se zcela odevzdá potřebám svého svěřence a jeho vlastní potřeby pro něj zcela ztratí význam.

Tošnerová (2002) zdůrazňuje, že pro pečujícího je důležité, aby si uvědomil své pocity, vyplývající z péče o nemocného, ať už pozitivní nebo negativní, přijal je a naučil se je vyjadřovat. Tímto způsobem se lépe vyrovná se svou situací.

Tošnerová (2002) také poukazuje na to, že je třeba si stanovit reálné cíle, odhadnout své možnosti a schopnosti s ohledem na své vlastní zdraví a svůj čas. Nebát se požádat o pomoc ostatní členy rodiny nebo přátele a nesnažit se dokázat, že všechno zvládneme sami. Pokud je to možné, využívat nabízených sociálních služeb, a ušetřený čas tak věnovat sami sobě. Proti pocitům osamělosti je nutné neuzavřít se vůči okolnímu světu do izolace, ale komunikovat a setkávat se i s ostatními lidmi. Udržování sociálních

kontaktů a svých oblíbených činností pomáhá udržovat zdravé sebevědomí a životní rovnováhu.

V období péče, kdy je na pečovatele kladena velká zátěž, je třeba, aby pečovatel nezanedbával své zdraví a udržoval se ve fyzické i psychické kondici. Pro zvládání stresu je vhodné se naučit některé z relaxačních technik, které uvolňují napětí a preventivně působí proti psychickému vyhoření.

Tošnerová stejně jako Křivohlavý zdůrazňuje pozitivní účinky humoru a smíchu. Lidé, kteří smysl pro humor nemají nebo jej už ztratili, vyhořují podstatně dříve. Smích je nejlepším lékem, uvolňuje napětí, snižuje bolest a zlepšuje dýchání i celkovou náladu. (Tošnerová 2002, s. 13-19, Křivohlavý 1998, s. 113-115). I v takové těžké situaci, jakou péče o těžce nemocného blízkého člověka je, platí známé: „s úsměvem jde všechno líp.“

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části své bakalářské práce se zabývám problémy, pocity a potřebami osob pečujících o osobu blízkou. Zvolila jsem metodu kvantitativního výzkumu a postupovala v něm podle příručky pro uživatele Miroslava Dismana „Jak se vyrábí sociologická znalost“.

1 Cíl práce – výzkumný problém

Hlavním cílem tohoto výzkumu je identifikovat potřeby, problémy a pocity osob pečujících o osobu blízkou.

2 Stanovení výzkumných předpokladů

I. Nejčastějším pečujícím je žena ve věku 40-60 let, pečující o své rodiče nebo rodiče manžela.

Tento předpoklad jsem vyvodila z kapitoly 3.2 *Role pečujícího*, kde se zmiňuji o genderových rolích v péči a 2.3.2 *Rodinná solidarita*, kde se zabývám problematikou demografického stárnutí.

II. Nejčastěji pociťují pečující osoby potřebu mít čas na kontakty s ostatními lidmi.

Tento předpoklad vychází z podkapitoly 4.3.1 *Zátěž*, kde uvádím různé druhy zátěže, z jejichž charakteristik jsem odvodila potřeby a problémy pečujících osob.

III. Nejčastějším negativním pocitem pečujících osob je úzkost a strach z budoucnosti.

Tento předpoklad jsem vyvodila z podkapitoly 3.1 *Situace péče* a 4.3.2 *Syndrom vyhoření*. Pečující osoby jsou tímto syndromem ohroženy v důsledku dlouhodobé nadměrné zátěže a frustrace.

IV. Osoby pečující bez pomoci příbuzných nebo známých, využívají sociální služby více než osoby pečující s pomocí.

Vzhledem k náročnosti péče, zejména pokud pečuje pouze jedna osoba, předpokládám, že z důvodu zvládnutelnosti péče využívá pečující osoba sociální služby. O možné pomoci pečující osobě a potřebě sociální opory se zmiňuji v podkapitole 4.4 *Sociální opora* a 5.1 *Sociální služby*.

V. Nejčastěji vnímaným pozitivním aspektem péče je posílení rodinných vazeb.

Tento předpoklad vychází z kvalitativní analýzy zkušeností pečujících partnerů ze zemí EU, o které se zmiňuji v podkapitole 4.5 *Pozitivní efekt pečování* s využitím poznatků o vzájemné pomoci mezi rodinnými příslušníky v podkapitole 2.3.1 *Rodina*.

K předpokladu **I.** se vztahuje otázka č. **1, 2 a 3** dotazníku.

K předpokladu **II.** se vztahuje tabulka č. **7** dotazníku.

K předpokladu **III.** se vztahuje tabulka č. **8** dotazníku.

K předpokladu **IV.** se vztahuje otázka č. **4, č. 6** dotazníku.

K předpokladu **V.** se vztahuje tabulka č. **9** dotazníku.

3 Populace a vzorek

Při tvorbě vzorku jsem zvolila techniku účelového výběru.

Pro účely výzkumu byly ze spisové dokumentace agentury příspěvku na péči Krajské pobočky Úřadu práce ČR, Kontaktního pracoviště X, oddělení nepojistných sociálních dávek vybrány osoby, které poskytují péči blízké osobě pobírající příspěvek na péči ve stupni III a IV v domácím prostředí.

Důvodem pro volbu stupně závislosti III a IV byl předpoklad poskytování celodenní péče, která vzhledem ke své náročnosti

výrazně ovlivňuje život pečující osoby. Zjistit jak prožívá situaci péče pečující osoba je právě cílem výzkumu.

Na Kontaktním pracovišti Úřadu práce v X je evidováno celkem 926 klientů, kteří pobírají příspěvek na péči. Agenda je rozdělena na dvě části a každou spravuje jeden sociální pracovník a jeden odborný referent. Ve spisové dokumentaci, kterou mám na starost je 148 klientů, kteří pobírají příspěvek na péči ve stupni III a IV, z nichž o 109 klientů je pečováno v domácím prostředí osobou blízkou.

Osoby, pečující o těchto 109 klientů, jsem vybrala jako výzkumný vzorek.

Vzorek bude reprezentovat osoby pečující o osoby blízké, závislé na pomoci v III. a IV. stupni, Kontaktního pracoviště Úřadu práce v X.

4 Pilotní studie

Dle Dismana je cílem pilotní studie zjistit, „zda informace, kterou požadujeme, v naší populaci vůbec existuje a zda je dosažitelná.“

Pilotní studie je důležitá, zejména pokud nemáme hlubokou znalost o populaci, kterou se výzkum týká.

Vzhledem k tomu, že pracuji již několik let jako sociální pracovník a při sociálním šetření pro účely příspěvku na péči se pravidelně setkávám jak s osobami vyžadující péči, tak s osobami pečujícími v jejich domácím prostředí, dovolila jsem si pilotní studii vynechat.

5 Technika sběru dat

Pro sběr dat jsem se rozhodla využít standardizovaný dotazník. Důvodem tohoto rozhodnutí bylo zejména zajištění anonymity dotazovaných, časová nenáročnost pro dotazované a možnost ověřit si své předpoklady u širokého vzorku respondentů.

6 Standardizovaný dotazník

Dotazník je členěn do dvou částí. V první části zjišťuji základní informace o respondentovi a o podobě péče. V druhé části se věnuji problémům, potřebám a pocitům pečujících osob. Dotazník je sestaven z uzavřených otázek, na které respondent odpovídá písemně. Ke každé otázce jsou respondentovi nabídnuty předem zformulované odpovědi, ze kterých vybírá vhodnou odpověď. Výběr a formulace otázek vychází z teoretické části této práce. Tento dotazník je anonymní.

7 Předvýzkum

Pro ověření srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek dotazníku byl proveden předvýzkum. Vzorek respondentů tvořilo 8 pečujících osob z řad rodinných příslušníků a známých, kterým jsem dotazník předložila osobně. Po jeho vyplnění jsme diskutovali o tom, jak otázkám porozuměli a jak se jim celkově s dotazníkem pracovalo.

Na základě jejich připomínek jsem dotazník upravila takto:

1. Byl sjednocen způsob označování otázek to *X na vyhrazeném místě*
2. U otázky č. 2 byly *stanoveny věkové kategorie* pro snadnější vyplňování
3. U otázky 6 byla doplněna možnost – *centrum denních služeb, denní stacionář a týdenní stacionář* a možnost *nevyužil/a jsem žádnou z výše uvedených služeb*.
4. U otázky č. 7 doplněna možnost *Potřebuji se věnovat i ostatním členům rodiny* a možnost *Nepociťuji žádnou z uvedených potřeb*.
5. U otázky č. 8 doplněna možnost *Cítím se stále unavený/á, Cítím se na konci sil* a možnost *Neprožívám žádný z uvedených pocitů*.
6. U otázky č. 9 doplněna možnost *Péče mi nic pozitivního nepřinesla*.

7. Dále byla provedena grafická úprava: *výběr výraznějšího motivu písma a zvětšení písma.*

8 Sběr dat

Po vytvoření finálního dotazníku, byly dotazníky nakopírovány a předány respondentům. Z celkového počtu 109 respondentů, byl dotazník zaslán prostřednictvím České pošty celkem 58 respondentům, zbývajícím 51 respondentům byl dotazník předán osobně. O pomoc s distribucí dotazníků byly požádány kolegyně ze spádových obcí, které dotazníky předaly a následně vyplněné i převzaly. K dotazníku zaslanému poštou byla přiložena ofrankovaná obálka s adresou pro usnadnění zpětného odeslání.

Do požadovaného termínu se vrátilo celkem 77 dotazníků, tj. 71 % z celkového počtu rozeslaných dotazníků. Dotazníky byly zkontrolovány a 4 dotazníky vyřazeny z dalšího zpracování z důvodu chybějících údajů o respondentovi.

K dalšímu zpracování bylo k dispozici celkem 73 dotazníků, tj. 67% z celkového počtu rozeslaných dotazníků.

Tyto dotazníky byly průběžně třízeny podle jednotlivých otázek a odpovědi byly zaznamenávány na zvláštní arch. Na základě součtů jednotlivých odpovědí byly vytvářeny tabulky a následně grafy.

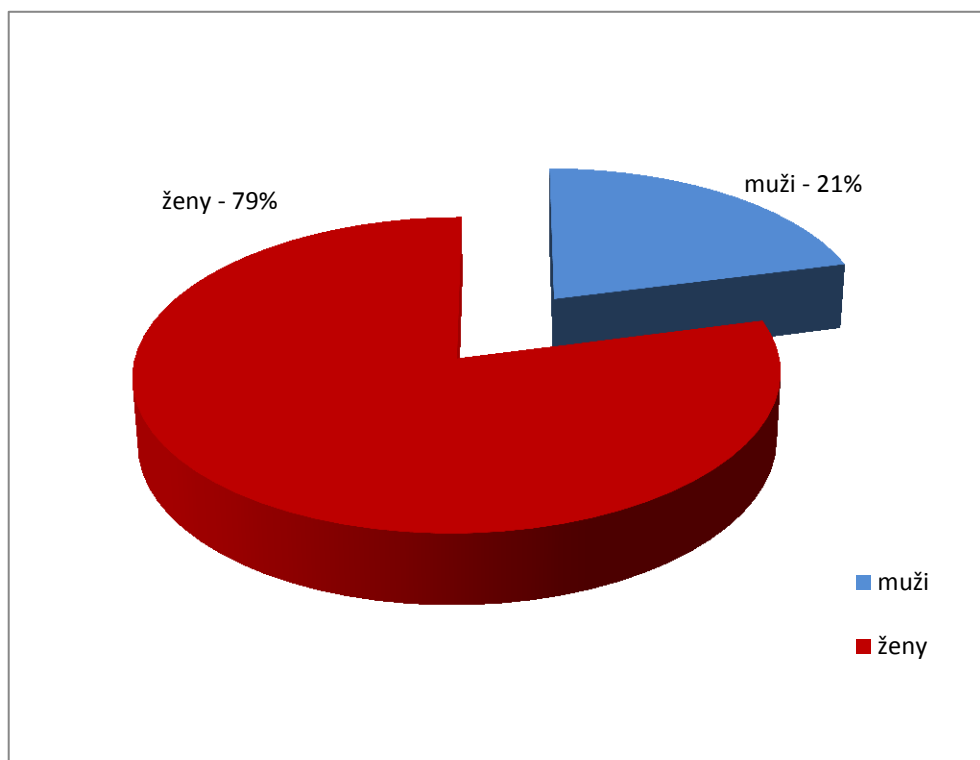
9 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 zjišťovala počet respondentů dle pohlaví.

Tabulka č. 1

respondentů celkem	73
z toho ženy	58 tj. 79%
z toho muži	15 tj. 21%

Graf č. 1 – pečující podle pohlaví

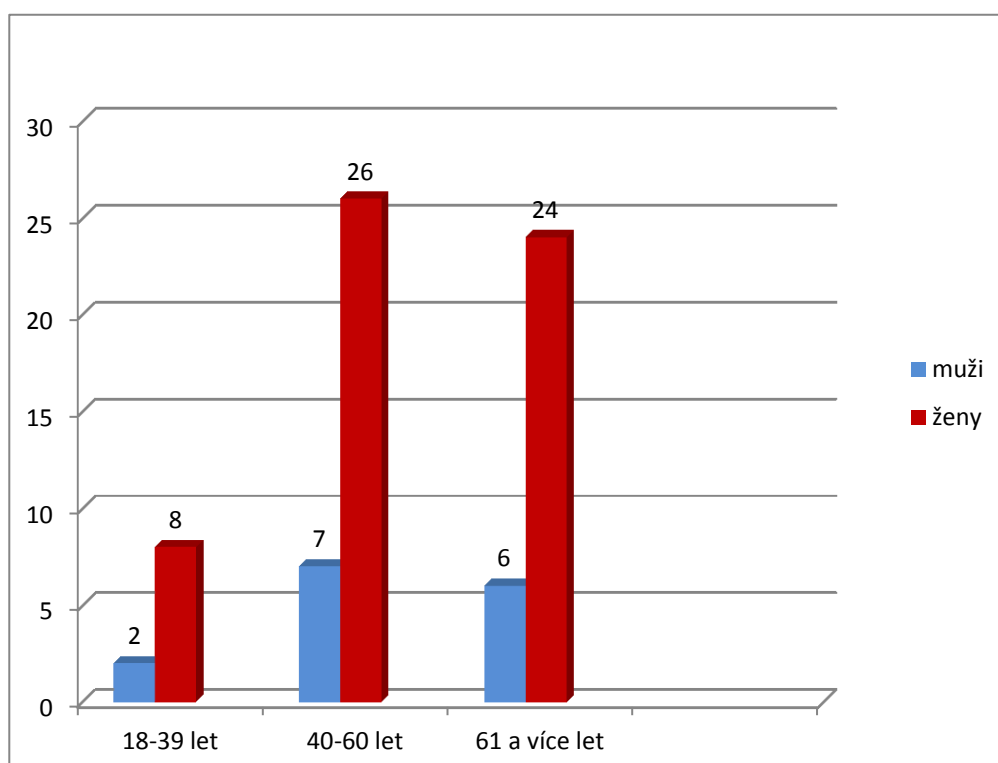


Otázka č. 2 zjišťovala počet mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích.

Tabulka č. 2

věková kategorie	18-39 let	40-60 let	61 let a více
muži	2	7	6
ženy	8	26	24
celkem	10	33	30

Graf č. 2 - počet pečujících mužů a žen v jednotlivých věkových kategoriích

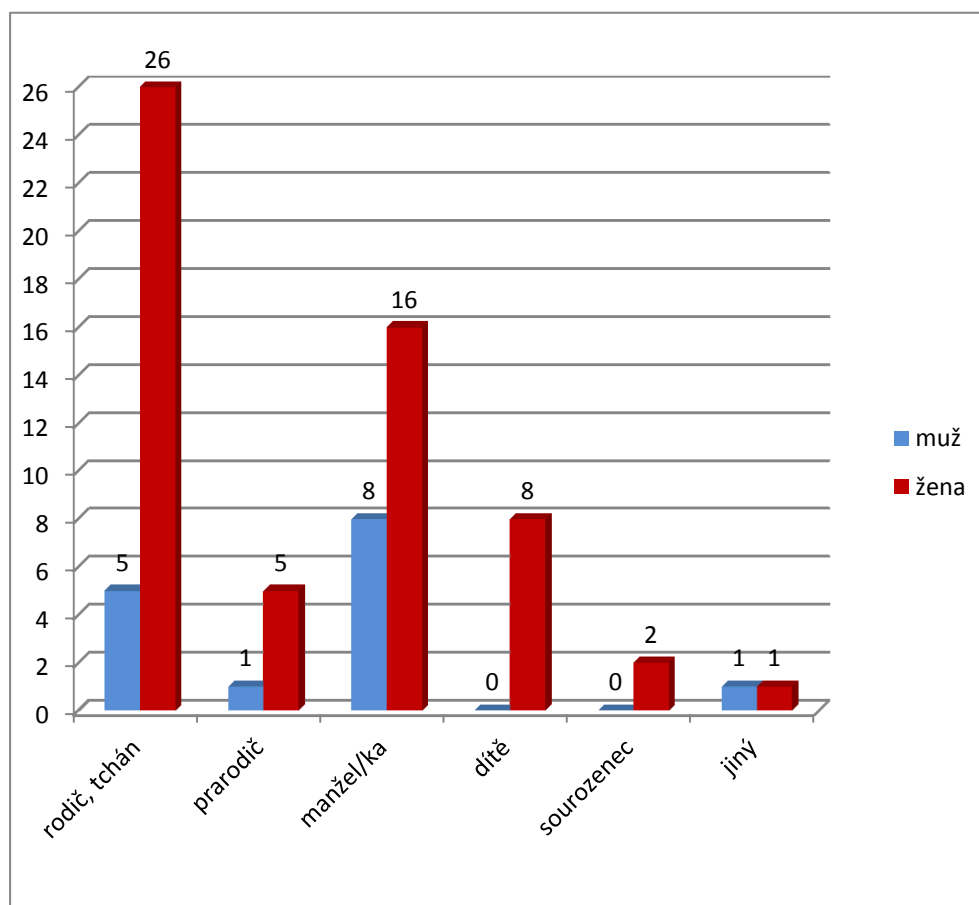


Otázka č. 3 zjišťovala četnost jednotlivých příbuzenských vztahů pečovaného vůči pečovateli muži/ženě.

Tabulka č. 3

vztah / pečující	muž	žena	celkem
rodič, tchán/tchýně	5	26	31
prarodič	1	5	6
manžel/manželka	8	16	24
dítě	0	8	8
sourozenec	0	2	2
jiný příbuz.vztah	1	1	2

Graf č. 3 – přehled pečujících mužů a žen dle příbuzenských vztahů k pečovanému

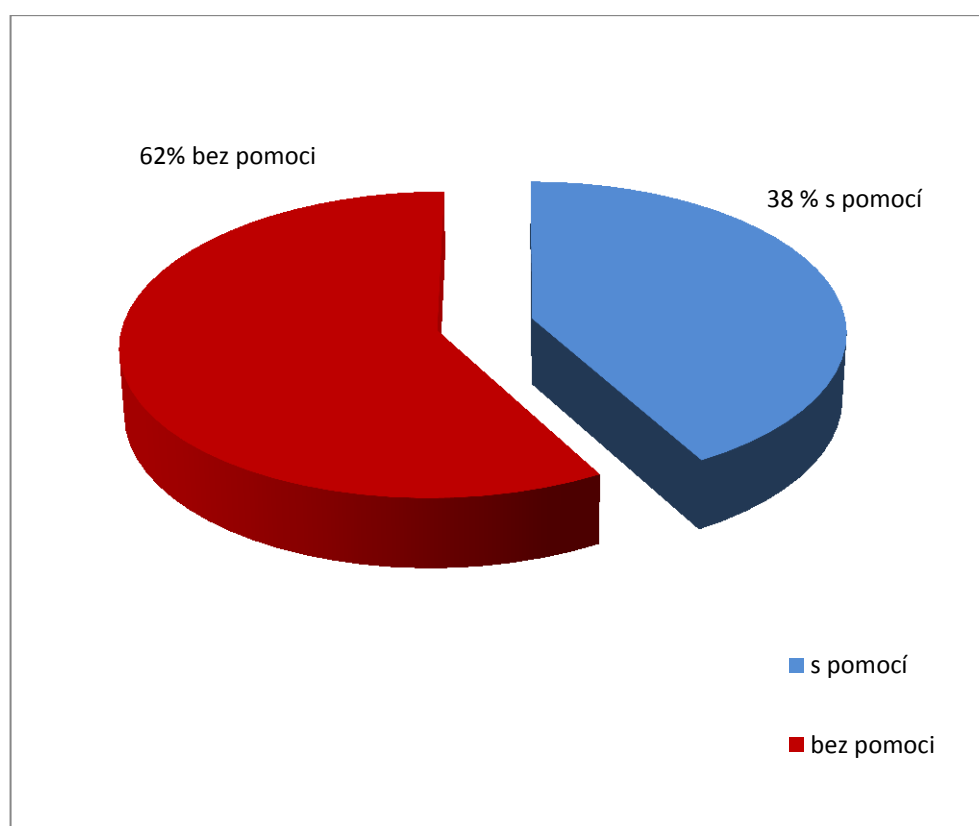


Otázka č. 4 zjišťovala počet osob pečujících s pomocí nebo bez pomoci jiné osoby.

Tabulka č. 4

bez pomoci pečuje	45 respondentů, tj. 62 %
s pomocí pečuje	28 respondentů, tj. 38 %

Graf č. 4 – počet osob pečujících s pomocí/ bez pomoci dalších osob

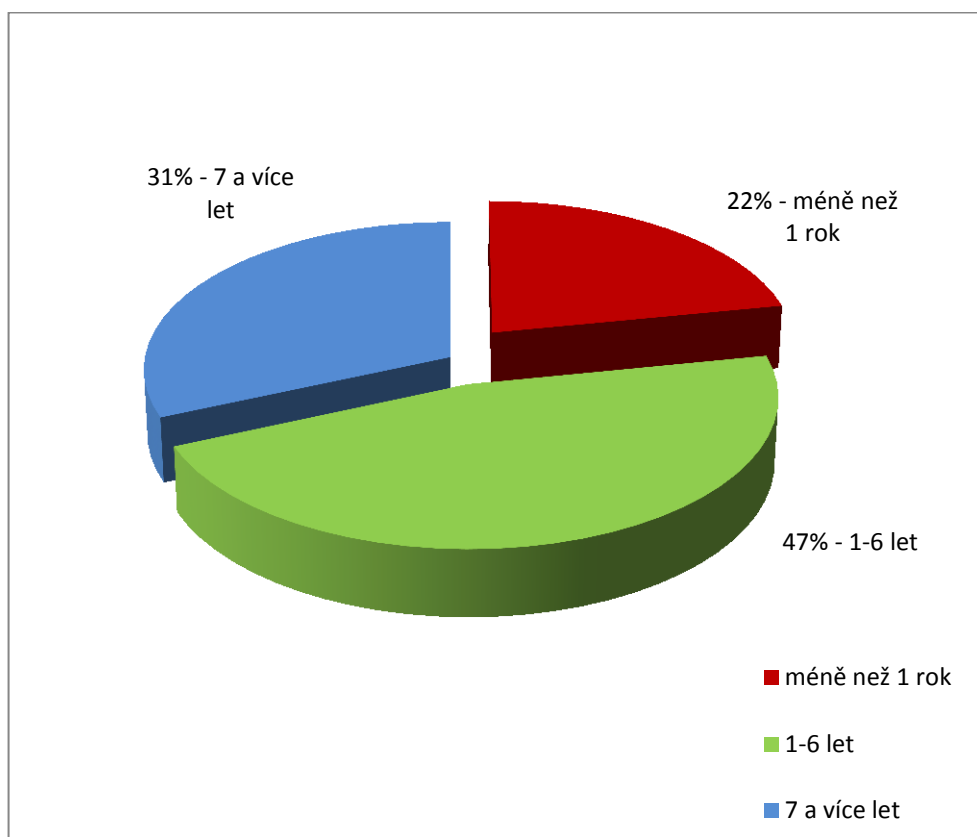


Otázka č. 5 zjišťovala dobu trvání péče.

Tabulka č. 5

délka pečování	počet respondentů
méně než 1 rok	16 tj. 22%
1rok - 6 let	34 tj. 47%
7 let a více	23 tj. 31%

Graf č. 5 – doba trvání péče

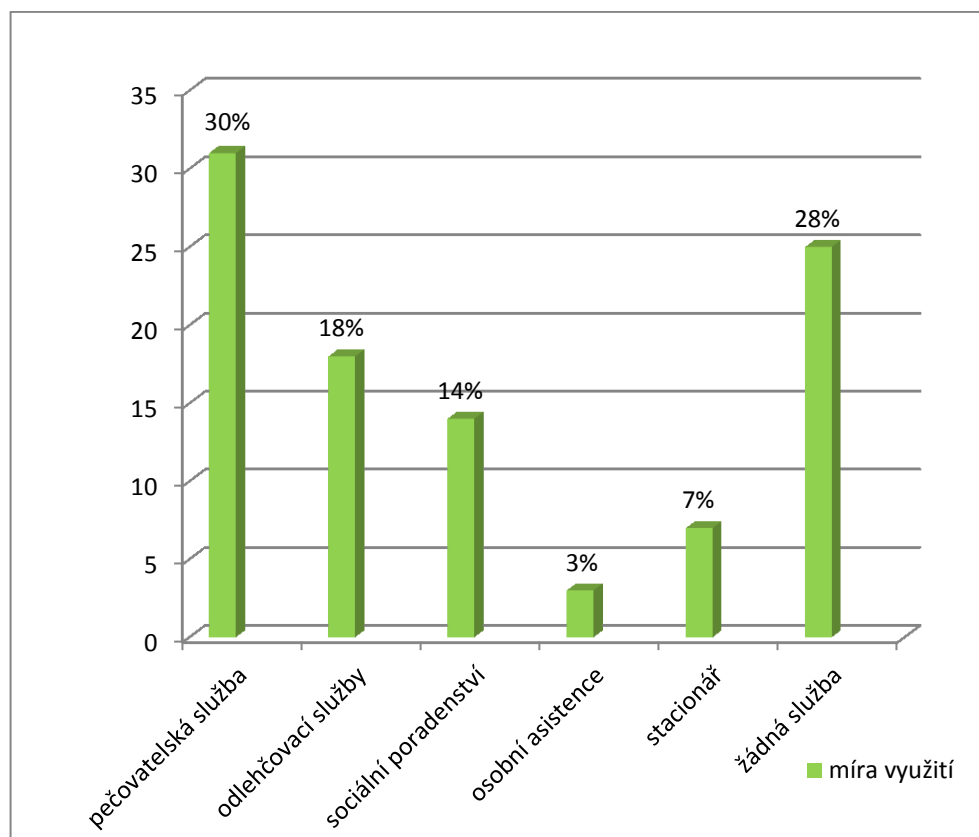


Otázka č. 6 zjišťovala míru využívání sociálních služeb pečujícími osobami.

Tabulka č. 6

druh služby	četnost využití
pečovatelská služba	31 tj. 30%
odlehčovací služba	18 tj. 18%
sociální poradenství	14 tj. 14%
osobní asistence	3 tj. 3%
centrum denních služeb, stacionáře	7 tj. 7%
žádná služba	28 tj. 28%

Graf č. 6 – míra využívání sociálních služeb pečujícími osobami



Předpoklad I.

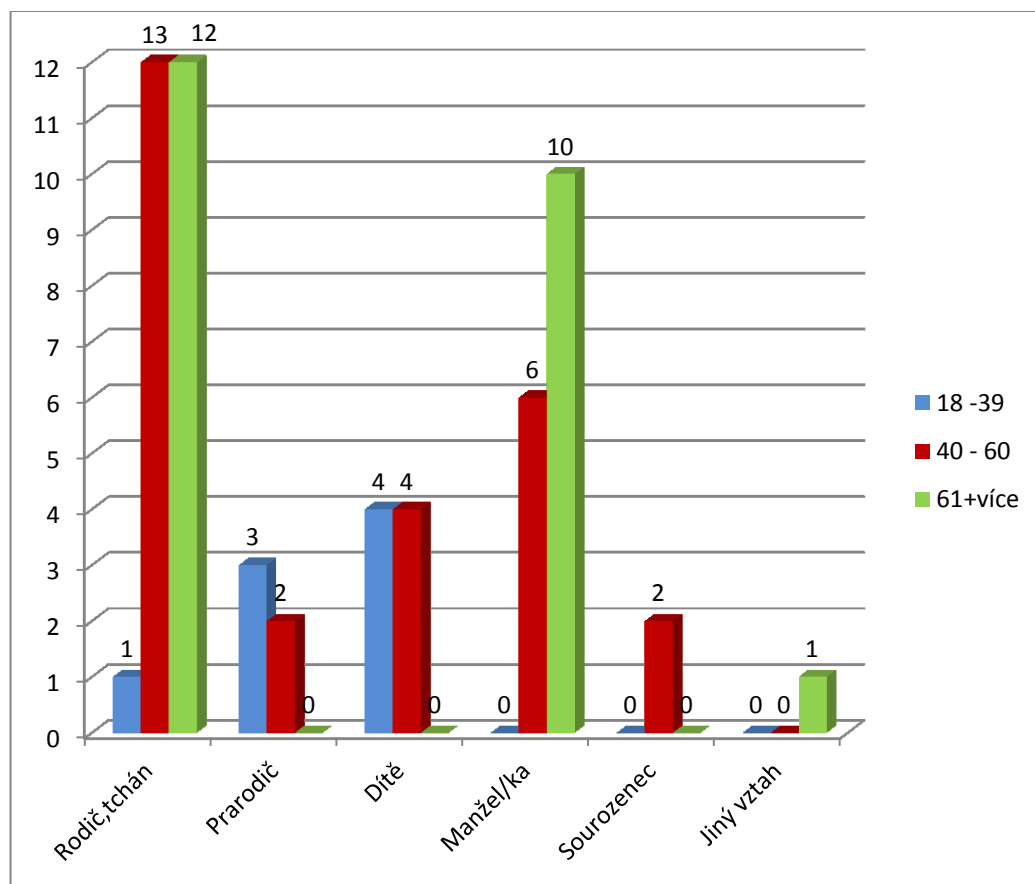
Nejčastějším pečujícím je žena ve věku 40-60 let, pečující o své rodiče nebo rodiče manžela.

Tento předpoklad ověřuje otázka č. 1, č. 2 a č. 3.

Tabulka č. I – ženy podle věkových kategorií pečující o příbuzného

ženy	18-39 let	40- 60 let	61 let a více
rodič, tchán/tchýně	1	13	12
prarodič	3	2	0
dítě	4	4	0
manžel/ka	0	6	10
sourozenec	0	2	0
jiný příbuz.vztah	0	0	1

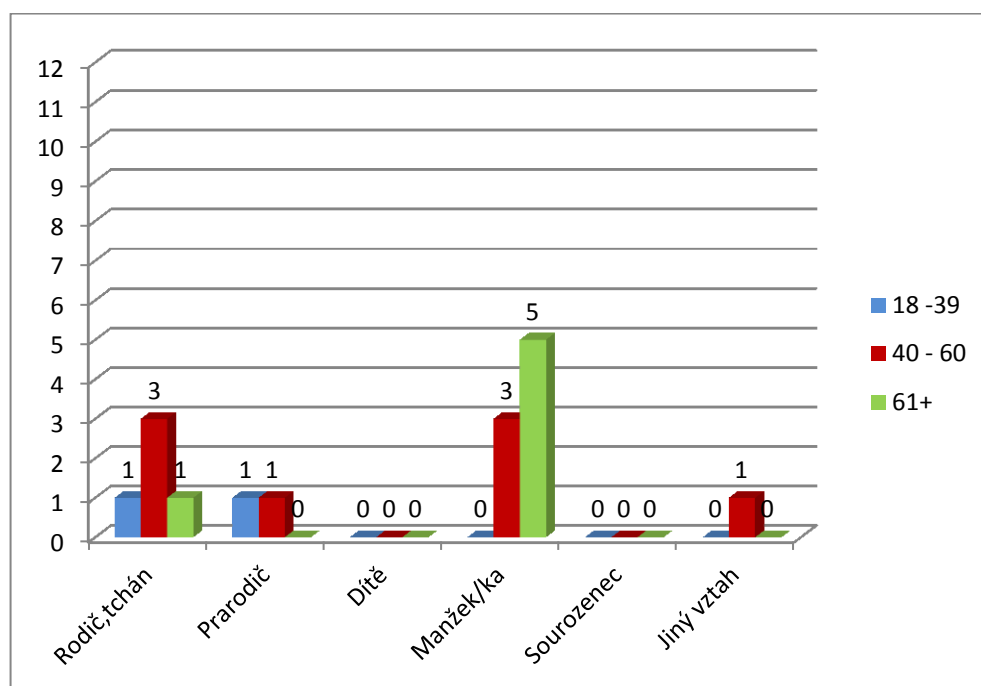
Graf č. I – ženy podle věkových kategorií pečující o příbuzného



Tabulka č. I – muži podle věkových kategorií pečující o příbuzného

muži	18-39 let	40- 60 let	60 let a více
rodič, tchán/tchýně	1	3	1
prarodič	1	1	0
dítě	0	0	0
manžel/ka	0	3	5
sourozenec	0	0	0
jiný příbuz.vztah	0	1	0

Graf č. I – muži podle věkových kategorií pečující o příbuzného



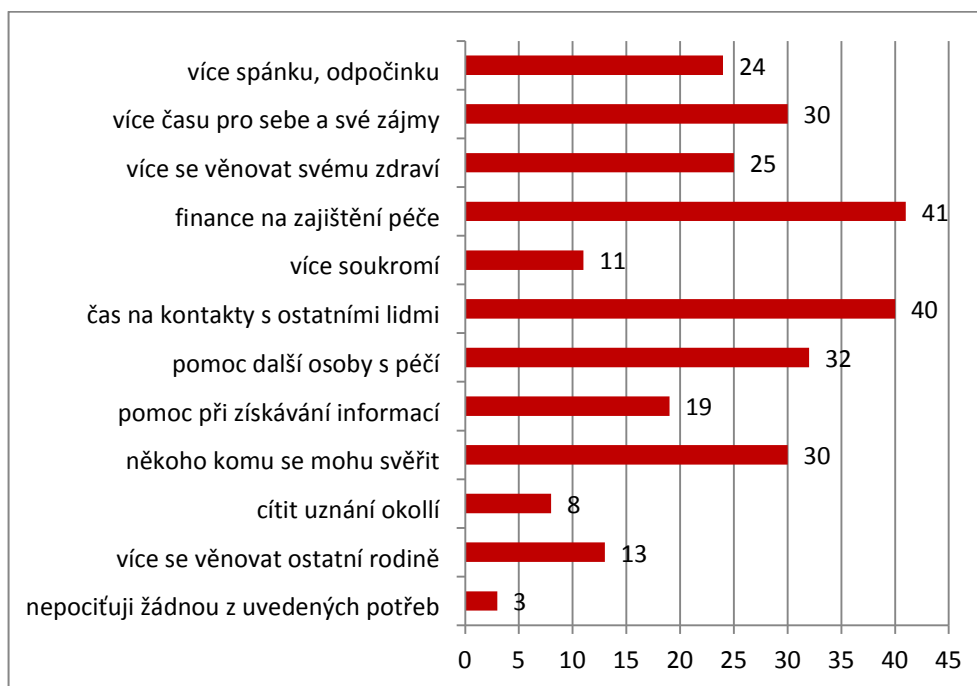
Tento předpoklad se potvrdil. Vzhledem k minimálnímu rozdílu mezi ženami pečujícími o rodiče a rodiče manžela ve věkové kategorii 40-60 let a věkové kategorii 61 let a více, lze konstatovat, že nejčastějšími pečovateli jsou ženy starší 40 let pečující o své rodiče, tchána nebo tchýni. Druhým a třetím nejčastějším pečujícím je žena ve věkové kategorii 61 let a více a věkové kategorii 40-60 let pečující o svého manžela.

Předpoklad II.

Nejčastěji pociťují pečující osoby potřebu „mít čas na kontakty s ostatními lidmi“.

Tento předpoklad ověřuje otázka č. 7

Graf č. II – četnost pociťovaných potřeb pečujících osob



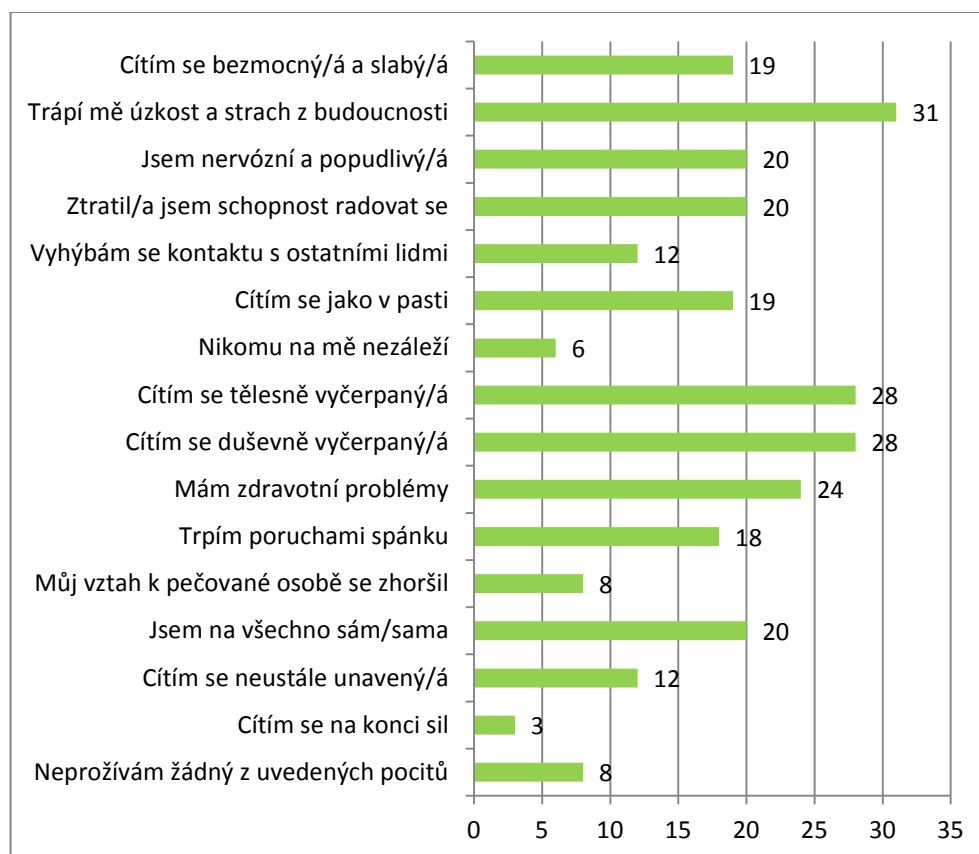
Nejčastěji uváděnou potřebou byla potřeba mít „dostatek financí na zajištění péče“. Potřebu „mít více času na kontakty s ostatními lidmi“ uvedlo pouze o jednoho respondenta méně. Vzhledem k minimálnímu rozdílu lze konstatovat, že předpoklad se potvrdil. Často respondenti uváděli také potřebu pomoci další osoby s péčí, převážně ti, kteří pečovali sami. Pouze tři respondenti uvedli, že nepociťují žádnou z uvedených potřeb.

Předpoklad III.

Nejčastějším negativním pocitem pečujících osob je „úzkost a strach z budoucnosti“.

Tento předpoklad ověřuje otázka č. 8

Graf č. III – negativní pocity pečujících osob



Tento předpoklad se potvrdil. Úzkost a strach z budoucnosti pociťuje většina respondentů. Jako další negativní pocit uváděli respondenti nejčastěji tělesné a duševní vyčerpání. Na ně navazují pociťované zdravotní potíže.

Předpoklad IV.

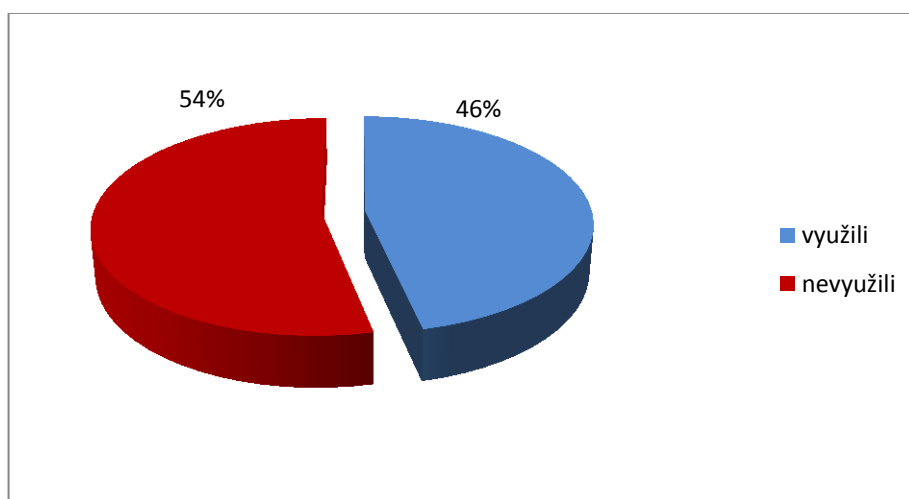
Osoby pečující bez pomoci příbuzných nebo známých, využívají sociální služby více než osoby pečující s pomocí.

Tento předpoklad ověřuje otázka č. 4 a otázka č. 6.

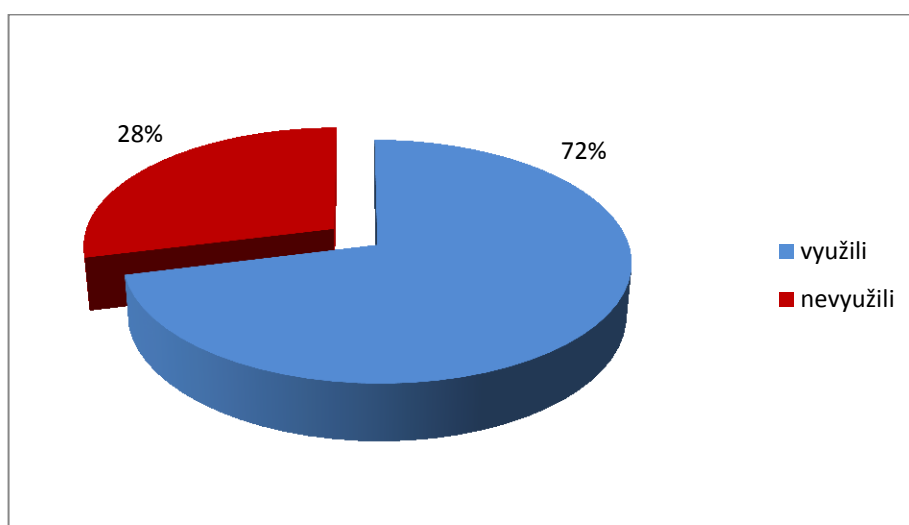
Tabulka č. IV - míra využití sociálních služeb pečujícími s pomocí a bez pomoci další osoby.

	využili služby	nevyužili služby
pečující s pomocí	13 tj. 46 %	15 tj. 54 %
pečující bez pomoci	32 tj. 72 %	13 tj. 28 %

Graf č. IV a) – míra využití sociálních služeb osobami pečujícími s pomocí



Graf č. IV b) - míra využití sociálních služeb osobami pečujícími bez pomoci



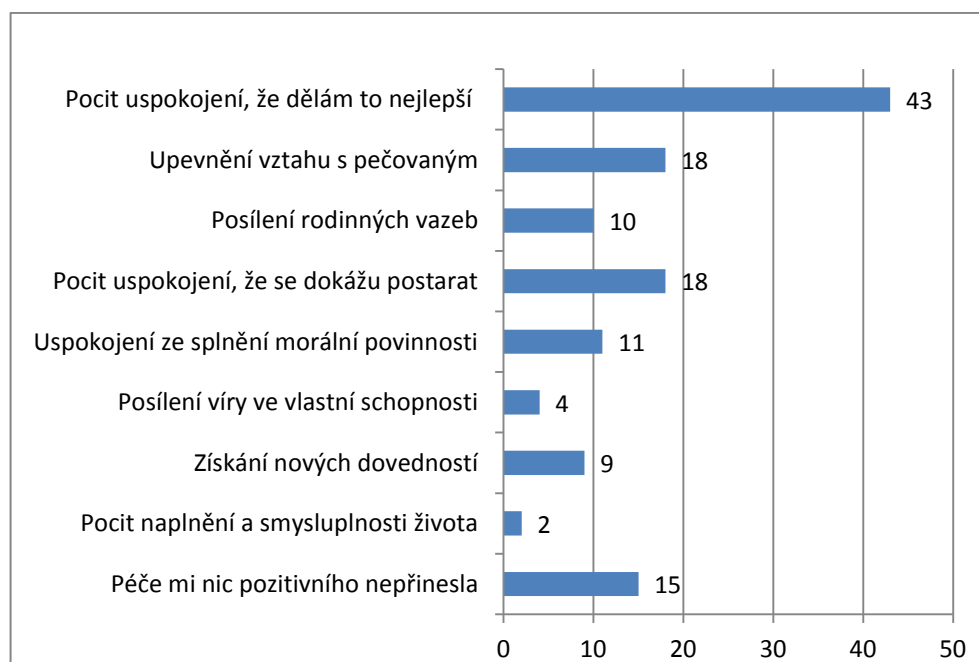
Tento předpoklad se potvrdil. Sociální služby využilo 72% osob pečujících osamoceně a pouze 46% osob, kterým s péčí pomáhá příbuzný nebo známý.

Předpoklad V.

Nejčastěji vnímaným pozitivním aspektem péče je „posílení rodinných vazeb“.

Tento předpoklad ověřuje otázka č. 9

Graf č. V – pozitivní aspekty péče



Tento předpoklad se nepotvrdil. Nejčastěji uváděným pozitivním aspektem péče, je „pocit uspokojení, že pro svého blízkého dělám to nejlepší, co mohu.“ Tento pocit uvedlo 59 % všech dotazovaných. 21 % respondentům péče nic pozitivního nepřinesla.

10 Diskuze

Cílem tohoto výzkumu bylo identifikovat potřeby, pocity a problémy osob pečujících o člena rodiny, který je závislý na pomoci jiné osoby.

Vzhledem k tomu, že při tvorbě vzorku byla použita technika účelového výběru, není použitý vzorek reprezentativní, a tudíž neumožňuje širokou generalizaci uváděných výsledků. Výsledky výzkumu jsou proto platné pouze pro vybraný vzorek.

Potvrzení předpokladu, že nejčastějším pečujícím je žena starší 40 – 60 let, pečující o své rodiče nebo rodiče manžela, není překvapením. Na tuto skutečnost poukazuje ve svých publikacích Tošnerová, Přidalová et al. Zdůrazňují tak přirozenou roli ženy – pečovatelky. Vzhledem demografickému stárnutí a současným trendům udržet seniora co nejdéle v domácím prostředí, lze předpokládat, že tato skupina pečujících i bude stále nejpočetnější.

Předpoklad, že nejčastější pocíťovanou potřebou je „mít více času na kontakty s ostatními lidmi“ uvedlo pouze o jednoho respondenta méně než nejčastěji uváděnou potřebou mít „dostatek financí na zajištění péče.“ Tento rozdíl je natolik zanedbatelný, že lze tento předpoklad považovat za potvrzený. Dá se tedy říci, že nejpalčivějším problémem pečujících osob je nedostatek financí a nucené omezení společenských kontaktů. S nedostatkem společenských kontaktů souvisí i další často uváděné potřeby a to „potřeba mít více času pro sebe a své zájmy“ a „mít se komu svěřit se svými problémy“. Tyto nedostatkové potřeby jsou charakteristické pro sociální izolaci, které jsou pečující v důsledku časově náročné péče vystaveni. Potřeba „pomoc další osoby s péčí“ je třetí nejčastěji uváděnou potřebou a to zejména osobami pečujícími osamoceně. U těchto osob byla dále zjištěna vyšší míra využívání sociálních služeb.

Pro 56 % pečujících znamená péče o blízkého finanční zátěž. Důvodem mohou být zvýšené náklady na zajištění péče (kompenzační pomůcky,

úprava bytu, speciální hygienické potřeby, doprava k lékaři, dietní strava apod.), nebo nutnost opustit zaměstnání a věnovat se péči. Tato situace je problematická zejména pro zaměstnané osoby, které ještě nedosáhly důchodového věku a opouští zaměstnání z důvodu péče. Nejen, že ztrácí kontakt s pracovním trhem, ale příspěvek na péči, který je jejich jediným příjmem, výrazně ovlivňuje i výši budoucího důchodu.

Péče je pro pečujícího také velkou citovou zátěží.

Nejčastěji uváděným negativním pocitem pečujících je „úzkost a strach z budoucnosti“. Tento pocit vyplývá z velké odpovědnosti, kterou je pečující zatížen i jeho odevzdání se péči. Úzkost a strach z budoucnosti pak často vyvolává otázka „co bude dál, až nebudu schopen pečovat?“

Péče však neznamená jen negativní dopad na pečovatele, má i své pozitivní stránky. Nejčastěji pocíťovaným pozitivním aspektem péče je „pocit uspokojení, že pro svého blízkého dělám to nejlepší, co mohu“, který potvrzuje, že péče je projevem lásky k blízké osobě a snahou pomoci jí v těžkém životním období.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na osoby pečující o svého rodinného příslušníka, který není schopen se o sebe ze zdravotních důvodů nebo z důvodu pokročilého věku postarat sám. Smyslem této práce bylo upozornit na náročnou životní situaci pečujících i na potřebu pomoci a podpory široké veřejnosti.

Práce byla rozdělena do dvou celků – teoretické a praktické části. V teoretické části byl čtenář seznámen s tím, co je péče, kdo je příjemcem a kdo poskytovatelem péče. Dále už byla pozornost zaměřena především na pečující osobu, na roli pečovatele, která s sebou přináší řadu pozitivních ale i negativních aspektů. V závěru byly zmíněny i možnosti pomoci pečujícím, zejména pak pozitivní vliv sociální opory.

Výzkum byl zaměřen na identifikaci problémů, pocitů a potřeb pečujících osob, provedený formou standardizovaného dotazníku. Za respondenty byly účelově vybrány osoby pečující o osoby závislé na péči ve stupni III. a IV. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že nejčastějším respondentem, a tedy i pečovatelem, je žena ve věku 40 let a více, která pečuje o své rodiče nebo rodiče manžela.

Náročnost péče byla v tomto výzkumu měřena délkou péče a participací dalších osob na péči. Je pochopitelné, že dlouhodobá péče, bez pomoci a podpory ostatních členů rodiny nebo známých, je pro pečujícího velmi vyčerpávající a může vést až k syndromu vyhoření.

Výzkumem bylo zjištěno, že pečující osoby jsou vystaveny velké zátěži, zejména pokud poskytují náročnou celodenní osobní péči. Tato zátěž, vyvolává nejen řadu pocitů, ale i potřeb a problémů. Častým problémem pečujících je nedostatek finančních prostředků na péči. Dalším často uváděným problémem je sociální izolace – nedostatek kontaktů s ostatními lidmi, nedostatek času pro sebe a své zájmy. Je způsobena časovou náročností péče, podřízení se potřebám nemocného a opomíjení potřeb

vlastních. Sociální izolace znamená také nedostatečnou nebo zcela chybějící sociální oporu, která je pro člověka, obzvlášť v těžkých životních situacích, mimořádně důležitá. Působí jako prevence stresu a syndromu vyhoření a pozitivně ovlivňuje zvládnutelnost péče.

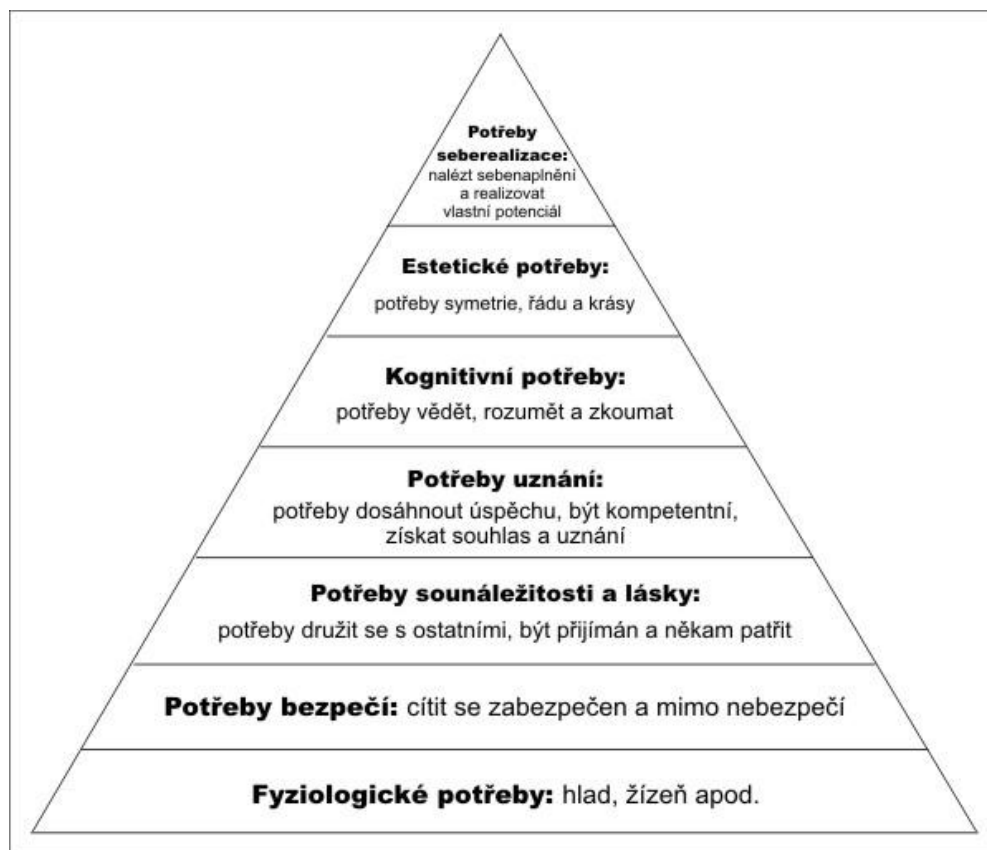
Mezi příznaky stresu a syndromu vyhoření se řadí i respondenty často uváděná úzkost a strach z budoucnosti, která vyplývá z pocitu nejistoty a nepředvídatelnosti stávající situace. Přesto se ochota pečujících, postarat se o své blízké, nesnižuje. Je to dáno láskyplným vztahem k pečované osobě a snahou pomoci jí v její těžké situaci. Tento pocit uspokojení z poskytování pomoci svým blízkým je i nejčastěji uváděným pozitivním aspektem péče.

Svým výzkumem jsem splnila cíl své práce – identifikovat problémy, pocity a potřeby pečujících. Vzhledem k šíři tématu i jeho aktuálnosti bych se ráda problematice pečujících osob věnovala v navazující práci.

Tato bakalářská práce měla za úkol přimět čtenáře, aby se zamyslel nad situací rodinných pečujících a uvědomil si, jak náročná a obětavá je jejich úloha. Aby pochopil, že si pečující zaslouží nejen náš obdiv, ale i skutečnou pomoc a podporu, díky níž bude jejich břemeno o něco lehčí. Pokud se mi to podařilo alespoň u několika čtenářů, pak měla tato práce smysl.

PŘÍLOHY

Příloha č.1 – Maslowova pyramida potřeb



Příloha č. 2 – neupravený dotazník

DOTAZNÍK

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci a v současné době zpracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma pocity, potřeby a problémy Vás, pečujících osob.

Ze své praxe sociálního pracovníka vím, jak nelehká a často nedoceněná je úloha rodinného pečovatele, proto bych ráda svou práci na Vaši situaci upozornila.

Prosím Vás proto o spolupráci na mém výzkumu upřímným zodpovězením otázek v tomto dotazníku. Neuvádějte své jméno, dotazník je anonymní.

Z důvodu časové tísně, prosím o vyplnění a odeslání dotazníku do 12.3.2014.

Děkuji za Vaši pomoc a čas.

Eva Šestáková

I. ČÁST

Zakroužkujte, prosím, správnou odpověď. U otázky číslo 2 doplňte Váš věk.

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž b) žena

2. Jaký je Váš věk?

.....

3. Osoba, o kterou pečujete je Váš/Vaše:

- a) rodič
- b) tchán, tchýně
- c) prarodič
- d) manžel/manželka
- e) dítě
- f) sourozenec
- g) jiný příbuzenský vztah

4. Pomáhá Vám s péčí jiná osoba/osoby?

- ano ne

5. Jak dlouho pečujete?

- a) méně než 1 rok
- b) 1- 6 let
- c) 7 a více let

6. Využil/a jste někdy některou z níže uvedených sociálních služeb:

- a) pečovatelská služba
- b) odlehčovací služba
- c) sociální poradenství
- d) osobní asistence

II. ČÁST

7. Označte křížkem, které z uvedených potřeb aktuálně pociťujete:

X

Potřebuji více spánku, odpočinku.	☒
Potřebuji více času pro sebe.	☐
Potřebuji se věnovat více svému zdraví.	☐
Potřebuji dostatek financí na zajištění péče.	☐
Potřebuji více soukromí.	☐
Potřebuji mít čas na kontakty s ostatními lidmi.	☐
Potřebuji pomoc další osoby s péčí.	☐
Potřebuji pomoc při získávání informací týkajících se péče.	☐
Potřebuji někoho, komu se mohu svěřit se svými problémy.	☐
Potřebuji cítit uznání okolí.	☐

8. Označte křížkem, které z uvedených pocitů v současné době zažíváte:

X

Cítím se bezmocný/á a slabý/á.	☐
Trápí mě úzkost a strach z budoucnosti.	☐
Jsem nervózní a popudlivý/á.	☐
Ztratil/a jsem schopnost radovat se.	☐
Vyhýbám se kontaktu s ostatními lidmi.	☐
Cítím se jako v pasti.	☐
Nikomu na mně nezáleží.	☐

pokračování na další straně

Cítím se tělesně vyčerpaný/á.	
Cítím se duševně vyčerpaný/á.	
Mám zdravotní problémy (bolesti hlavy, zad, psychické potíže apod.).	
Trpím poruchami spánku.	
Můj vztah k pečované osobě se zhoršil.	
Jsem na všechno sám/sama.	

9. Označte křížkem, co pozitivního Vám péče přinesla:

X

pocit uspokojení, že pro svého blízkého dělám to nejlepší, co mohu	
upevnění vztahu s pečovaným	
posílení rodinných vazeb	
pocit uspokojení z toho, že se o svého blízkého dokážu postarat	
posílení víry ve vlastní schopnosti	
získání nových dovedností a znalostí při péči o jinou osobu	
pocit naplnění a smysluplnosti života	

Děkuji za vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník odešlete, prosím, přiloženou ofrankovanou obálkou.

Příloha č. 3 – upravený dotazník

D O T A Z N Í K

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci a v současné době zpracovávám závěrečnou bakalářskou práci na téma pocity, potřeby a problémy Vás, pečujících osob.

Ze své praxe sociálního pracovníka vím, jak nelehká a často nedoceněná je úloha rodinného pečovatele, proto bych ráda svou práci na Vaši situaci upozornila.

Prosím Vás proto o spolupráci na mém výzkumu upřímným zodpovězením otázek v tomto dotazníku. Neuvádějte své jméno, dotazník je anonymní.

Z důvodu časové tísně, prosím o vyplnění a odeslání dotazníku do 12.3.2014.

Děkuji za Vaši pomoc a čas.

Eva Šestáková

I. ČÁST

Označte prosím, křížkem, správnou odpověď.

1. Jakého jste pohlaví?

☐ muž ☐ žena

2. Jaký je Váš věk?

☐ 18 – 39let ☐ 40 - 60 let ☐ 61 a více

3. Osoba, o kterou pečujete je Váš/Vaše:

☐ rodič	☐ tchán, tchýně
☐ prarodič	☐ manžel/manželka
☐ dítě	☐ sourozenec
☐ jiný příbuzenský vztah	

4. Pomáhá Vám s péčí jiná osoba/osoby?

☐ ano ☐ ne

5. Jak dlouho pečujete?

☐ méně než 1 rok ☐ 1- 6 let ☐ 7 a více let

6. Využil/a jste někdy některou z níže uvedených sociálních služeb:

- ☐ pečovatelská služba
☐ odlehčovací služba
☐ sociální poradenství
☐ osobní asistence
☐ centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář
☐ nevyužil/a jsem žádnou z výše uvedených služeb

II. ČÁST

7. Označte křížkem, které z uvedených potřeb aktuálně pociťujete:

X

Potřebuji více spánku, odpočinku.	
Potřebuji více času pro sebe a své zájmy.	
Potřebuji se věnovat více svému zdraví.	
Potřebuji dostatek financí na zajištění péče.	
Potřebuji více soukromí.	
Potřebuji mít čas na kontakty s ostatními lidmi.	
Potřebuji pomoc další osoby s péčí.	
Potřebuji pomoc při získávání informací týkajících se péče.	

Potřebuji někoho, komu se mohu svěřit se svými problémy.	
Potřebuji cítit uznání okolí.	
Potřebuji se více věnovat i ostatním členům rodiny	
Nepociťuji žádnou z uvedených potřeb.	

8. Označte křížkem, které z uvedených pocitů v současné době zažíváte:

X

Cítím se bezmocný/á a slabý/á.	
Trápí mě úzkost a strach z budoucnosti.	
Jsem nervózní a popudlivý/á.	
Ztratil/a jsem schopnost radovat se.	
Vyhýbám se kontaktu s ostatními lidmi.	
Cítím se jako v pasti.	
Nikomu na mně nezáleží.	
Cítím se tělesně vyčerpaný/á.	
Cítím se duševně vyčerpaný/á.	
Mám zdravotní problémy (bolesti hlavy, zad, psychické potíže apod.).	
Trpím poruchami spánku.	
Můj vztah k pečované osobě se zhoršil.	
Jsem na všechno sám/sama.	
Cítím se neustále unavený/á	
Cítím se na konci sil.	
Neprožívám žádný z uvedených pocitů.	

9. Označte křížkem, co pozitivního Vám péče přinesla:

X

pocit uspokojení, že pro svého blízkého dělám to nejlepší, co mohu	☒
upevnění vztahu s pečovaným	☐
posílení rodinných vazeb	☐
pocit uspokojení z toho, že se o svého blízkého dokážu postarat	☐
uspokojení ze splnění své morální povinnosti	☐
posílení víry ve vlastní schopnosti	☐
získání nových dovedností a znalostí při péči o jinou osobu	☐
pocit naplnění a smysluplnosti života	☐
Péče mi nic pozitivního nepřinesla.	☐

Děkuji za vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník odešlete, prosím, přiloženou ofrankovanou obálkou.

SEZNAM LITERATURY

Tištěné zdroje

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2001

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., *Sociální gerontologie, Úvod do problematiky*, 1. vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2012.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Karolinum, 2002

HARTL, HARTLOVÁ, *Psychologický slovník*. 1. opravené vydání, Praha: Portál, 2004

JEŘÁBEK, H. a kolektiv *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vydání. Praha: UK FSV CESES, 2005

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vydání. Olomouc: ANAG, 2012

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2001

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládnout stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládnout stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994

MICHALÍK, J. *Malý právní průvodce pečujícími*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vydání, Praha: Academia, 2000

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., *Gerontologie*, Praha, Avicenum, 1981

PELCÁK, S. *Duševní hygiena*. 2. vydání, Benepal, a. s., 2012

RUSH, D. M. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2004

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5. vydání, Praha: Grada Publishing, 2007

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001

TOŠNEROVÁ, T. *Průručka pečovatele. Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* 3. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002

TOŠNEROVÁ, T. *Vzděláváním k profesionalitě v sociálních službách.* Učební texty. Česká asociace pečovatelské služby, 2009

TOŠNEROVI, *Burn – Out syndrom*, pracovní sešit pro účastníky kurzů, Praha: Hestia, 2002

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. vydání. Praha: Portál, 2004

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* 1. vydání. Praha, Karolinum, 2007

Elektronické zdroje

BÁRTLOVÁ, S. Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, 2006, č. 6, s. 235 – 239, dostupné na: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2006/370-postaveni-laickych-pecovatelu-v-peci-o-seniory-a-nemocne>

DVOŘÁKOVÁ, (bakalářská práce) . Brno: Masarykova univerzita.

Dostupné na:

http://is.muni.cz/th/363978/fss_b/Dvorakova_bakalarska_prace.pdf

DANÍČKOVÁ, S. Jak chutná stres aneb Míra věcí. Akademický bulletin.

Oficiální časopis Akademie věd ČR, 9/2000, dostupné na:

<http://abicko.avcr.cz/archiv/2000/9/obsah/jak-chutna-stres-aneb-mira-veci.html>

PŘIDALOVÁ, M., Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů?

Sociální práce, 2006, č. 2, s. 68-81, dostupné na:

<http://www.socialniproce.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=28>

PŘIDALOVÁ, M. Mezi solidaritou a konfliktem, *Sociální studia- časopis*

katedry sociologie FSS MU, 2007, č.1-2, r.4, s. 219-236, dostupné na:

<http://socstudia.fss.muni.cz/?q=content/mezi-solidaritou-konfliktem-zku%C5%A1enost-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%ADch-dcer-syn%C5%AF>

Právní předpisy

Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 155/1995 Sb. *o důchodovém pojištění*, ve znění pozdějších předpisů

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: Eva Šestáková

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název diplomové práce: Péče o osobu blízkou z pohledu pečujícího

Počet znaků: 77.202

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova:

péče, osoba závislá na pomoci, pečující osoba, zdravotní postižení, stáří, rodina, role pečujícího, životní potřeby, pocity, emoce, zátěž, sociální opora, sociální služby.

Key words:

care, person dependent on care, care giver, health disability, old age, family, care giver's role, living necessities, feelings, emotions, burden, social support, social services.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá situací osob pečujících o své rodinné příslušníky. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy: péče, pečující osoba, osoba závislá na pomoci atd.

V teoretické části se autor věnuje situaci péči – okolnostem, které ji ovlivňují. Dopad dlouhodobé péče na pečovatele, je posuzován s pozitivního i negativního hlediska. V závěru jsou nabídnuty možnosti pomoci pečujícím osobám.

Výzkum je zaměřen především na prožívání péče pečujícími osobami s cílem identifikovat jejich problémy, pocity a potřeby v souvislosti s péčí o nesoběstačnou osobu.

Annotation:

The dissertation deals with situations of persons who care for their family members. In the theoretical part, the main expressions are explained: care, care giver, person dependent on care, etc. In this part, the author also addresses the care situation– the circumstances that affect it. The impact of long term care on a care giver is looked on from both the positive and the negative point of view. Possibilities of help to care givers are offered in the conclusion.

The research is focused above all on how care persons cope with giving care. Its goal is to identify their problems, feelings and needs in connection to the care of a person who is not self-reliant.