

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

**Katedra křesťanské sociální práce**  
*Charitativní a sociální práce*

Bc. Martina Škývarová, DiS.

*Postoj opečovávaných osob k jejich pečujícím s ohledem na  
subjektivní srovnání formální a neformální domácí péče*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Leoš Zatloukal Ph.D.

2019

**„Každý by si měl včas vytvořit takový svět, v němž jednou zestárne. A pokud nemá žádné vlastní děti, jsou vztahy jiného druhu ještě důležitější: rodina bude příště tam, kde se o sebe starají dva nebo více lidí.“**

**Herbert Henzler, Lothar Späth**

## **Prohlášení**

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

V Olomouci 16. 4. 2019

Martina Škývarová

.....

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat mému vedoucímu práce Mgr. Leoši Zatloukalovi Ph.D. za podněty, díky kterým tato práce mohla vzniknout. Rovněž také děkuji Mgr. Lucii Vidovičové, Ph.D., Doc. PhDr. Daně Sýkorové, Ph.D. a Mgr. Ivaně Olecké, PhDr. za spolupráci při realizaci v empirické části. Dík patří také všem respondentům, kteří byli ochotni a sdílní se na této práci podílet, ale zejména mým blízkým, kteří mi byli oporou.

# OBSAH

Obsah.....	5
Úvod .....	7
1 Úvod do problematiky domácí péče.....	9
1.1 Vymezení pojmu domácí péče.....	11
1.2 Historie a vývoj domácí péče .....	11
1.3 Výhody a nevýhody domácí péče.....	12
1.4 Rozdělení domácí péče .....	14
1.4.1 Z hlediska poskytovajícího subjektu.....	14
1.4.1.1 Neformální domácí péče .....	14
1.4.1.2 Formální domácí péče.....	16
1.4.2 Z hlediska poskytované péče.....	18
1.5 aktuální změny v oblasti domácí péče .....	19
2 Aktéři domácí péče.....	22
2.1 Pečující osoby.....	22
2.1.1 Obecná charakteristika .....	22
2.1.1.1 Feminizace péče.....	22
Možné následky dlouhodobého poskytování domácí péče .....	23
2.1.2 Dělení dle povahy pečující osoby .....	25
2.1.2.1 Neformální pečující.....	25
Otázka finanční.....	27
Důležitost povahy rodinných vztahů .....	27
2.1.2.2 Formální pečující .....	29
Důležitost povahy nerodinných vztahů .....	29
2.2 Opečovávané osoby .....	30
2.2.1 Obecná charakteristika cílové skupiny.....	30
2.2.1.1 Postavení opečovávaných osob.....	31

2.2.2	Příspěvek na péči.....	32
3	Možné aspekty ovlivňující postoj opečovávaného.....	34
4	Empirické šetření.....	36
4.1	Vymezení cíle výzkumu .....	36
4.1.1	Výzkumný přístup .....	36
4.1.2	Metoda sběru dat .....	37
4.1.3	Metoda zpracování dat .....	38
4.1.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
4.1.5	Charakteristika výzkumného terénu.....	42
4.1.6	Otázky navržené pro kvalitativní výzkum.....	42
4.1.7	Analýza dat.....	42
4.1.8	Diskuze.....	61
4.2	Etické normy a pravidla pro sběr dat.....	62
	Závěr.....	64
	Bibliografický seznam.....	66
	Odborná literatura.....	66
	Odborné články a prameny.....	68
	Internetové zdroje.....	69
	Ostatní zdroje .....	69

# ÚVOD

Domácí péče je v naší společnosti a v dnešní době stále více aktuální téma, co se důležitosti a užitečnosti týče. Vzhledem k celkové dlouhodobé vidině stárnutí společnosti je dle mého názoru vcelku na místě zabývat se právě touto problematikou. Rodina jakožto základ společnosti i základní jednotka státu je ve většině případů také prvním místem – domovem – kam jedinec přichází, ve které je vychováván a v níž prožívá významné události. Je přirozené, že člověk, který už není schopen svými silami danou situaci zvládnout a tudíž je do určité nebo plné míry odkázán na péči jiné osoby, může chtít tyto chvíle prožívat ve svém domácím prostředí. Na stranu druhou lze nepochybně vzít v potaz fakt, že právě domov a domácí prostředí může být příčinou možného trápení či obtížných rodinných situací.

Sociální práce se jako taková zaměřuje na zlepšení životních podmínek lidí. Orientuje se na rodinu a rodinné vztahy už právě tím, že je s touto institucí člověk velmi úzce spojen. Bez jedinců by nebyly rodiny a bez rodin by nebyla společnost, stejně jako bez náročných situací v rodinách nebo mimo ně by nebylo komu pomáhat. Ve velké části pramenů o původech domácí péče nalezneme přirozenost právě v pospolitosti rodiny. Mohlo to být do určité míry zapříčiněno také tím, že v blízkosti bydliště neexistovaly instituce, které by zabezpečovaly uspokojování všech potřeb člověka skrze pobytovou službu, čímž byli rodinní příslušníci odkázáni právě na původní domácí péči.

V tomto bodě se dostáváme i k domácí péči formálního charakteru. V dnešním světě je skvělé, že existuje možnost, jak o člověka odborně pečovat a přitom zachovat jistotu jeho domácího prostředí. V případě, že si člověk nepřeje být kvůli své situaci umístěn do pobytového zařízení, případně nefunguje-li z jakýchkoli důvodů kontakt s rodinnými příslušníky, nabízí se právě tato varianta. V některých případech mohou pracovníci formální péče pomoci k případnému znovunalezení nefungujících vztahů v rodině, či naopak je mohou v určitých případech porušit.

Složky formálních a neformálních pečovatелů však fungují efektivně společně, tím pádem je osobě v péči zajištěna jak láska bližních, tak odbornost personálu, a to vše na místě, kde se cítí bezpečně a dobře. Zároveň je byla neformálnímu pečovateli ulehčeno „břemeno“ zodpovědnosti a vyčerpávající péče, a k tomu zajištěno zaměstnání pro pracovníky sociálních a zdravotnických služeb v tomto oboru. Hlavní prioritou je však opečovávaná osoba a její blaho.

Cílem této práce tedy bude na základě kvalitativního výzkumu porozumět a popsat, jak opečovávané osoby s ohledem na jejich subjektivní vnímání interpretují formální a neformální péči a co pro ně daná péče představuje. V čem – a zda vůbec – spatřují u daných forem negativní a pozitivní stránky a jaké možné případné faktory hrají roli.

Pokud jde o mou osobní motivaci, mohu říci, že pramení právě v oblasti zaměstnání. Pracuji na pozici koordinátora podpory, u nichž jsou cílovou skupinou právě domácí pečující. Je logické a přirozené, že člověk se zajímá o cílovou skupinu, v níž se pohybuje a orientuje. Avšak za celou dobu mých praxí, zkušeností, ani působení na jiných místech jsem nepoznala tak zajímavou, rozmanitou, potřebnou, a do určité míry i čistou cílovou skupinu. Byla jsem nadšená a překvapená z jejich přesvědčení, z jejich posledních sil, ze zbytků radosti, kterou jsou schopni rozdávat navzdory jejich psychické i fyzické téměř nulové energii. Z obrovského sebezapření, díky kterému dokáží každý den čelit nemocem či znevýhodněním jejich milovaných rodinných příslušníků a bez úsilí o nárok na výplatu se snažit učinit jim každý den o něco lepší díky možnosti být doma. Také všem těmto lidem je tato práce věnována.

K tomu, aby bylo zjištěno, do jaké míry je domácí péče funkční a smysluplná ze strany rodinných příslušníků, a na kolik ze strany formálních pečujících, je nutné tuto práci orientovat empiricky. Práce bude proto rozdělena na dvě části – teoretickou, ve které budou popsány všechny důležité pojmy a důležité oblasti, jež se s tímto tématem pojí – a empirickou, kde bude skrze kvalitativní výzkum zjišťován výše zmíněný cíl práce.



# 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY DOMÁCÍ PÉČE

Jak už bylo popsáno v samotném úvodu práce, domácí péče je v naší společnosti stále více přítomné téma, a i když to může znít jako klišé, opak je pravdou. Když vezmeme v potaz samotnou prognózu stárnutí obyvatelstva a celkové věkové složení populace v následujících několika desetiletích, dojdeme k závěru, že počet obyvatel, kteří překračují hranici 65 let, narůstá rychlým tempem. Naopak osoby, které disponují většinou atributů domácí péči vykonávat zejména z důvodu věku, bude méně. Tímto následkem tvoří starší osoby stále větší část potenciální cílové skupiny domácí péče.<sup>1</sup> Nejedná se však jen o osoby staršího věku, ale i o osoby, jež potřebují péči z jiných důvodů, jak bude ještě zmíněno níže.

Péče v domácím prostředí je úzce spjata i se zabezpečením základních lidských potřeb. Jako příklad je možno zmínit pyramidu potřeb, se kterou přišel americký psycholog Abraham Harold Maslow. Tato hierarchie se skládá z pěti schodů, které na sebe vzájemně navazují. Na nejnižším bodě se nachází *základní fyziologické potřeby*, dále *pocit bezpečí a lásky*, na třetím stupni je *potřeba přijetí*, o bod výše *potřeba uznání* a na špičce pyramidy leží *potřeba seberealizace*. Koncept je míněn tak, že člověk má největší potřebu uspokojit nejdříve potřebu na nižších příčkách, pak teprve může pokračovat dále. Tudíž v případě, že se člověk v domácí péči necítí dobře na místě, kde se nachází, může se to odrazit do dalších osobních sfér jako pocitování úzkosti, úsilí o kompenzaci potřeby atd. (Šamánková, 2011, 26-27)

Zabezpečení základních lidských potřeb souvisí také s holistickým pojetím člověka, které spočívá v nutnosti nahlížení na osobu ze čtyř hledisek. Biologického, psychologického, sociálního a spirituálního. Jelikož všechny tvoří jednotu, je důležité, aby žádné pojetí nebylo opomenuto. Proto není jen důležité to, jakým způsobem je péče poskytována, ale také od koho a na jakém místě, či jakými lidmi je daná osoba obkloповána. (Jankovský, 2018, s. 9 – 21)

Pokud jde o uskutečněné výzkumy, které byly na obdobné či jinak blízké témata napsány a vyzkoumány, můžeme jich v následujících řádcích několik uvést. Ve většině

---

<sup>1</sup> Staženo 27. 1. 2019; <https://www.czso.cz/documents/10180/20565681/402009u.pdf/fcfe907e-6df9-4caf-b1db-b99c5893eec8?version=1.0>

případů se jednotlivé práce zaměřovaly na seniory a jejich vnímání, což může být spojeno právě s prognózou stárnutí obyvatelstva, která tuto problematiku čím dál více zdůrazňuje.

V první řadě se jedná o výzkum, který byl zveřejněn v časopisu Sociální práce/sociální práce, a jenž se zaměřuje na *Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku*. Cílem bylo na základě kvantitativního výzkumu populace, který se zaměřoval na prioritní volby v oblasti formy a způsobu péče, upozornit na neuspokojivou péči ze strany neformálních pečovatелů. Výsledná data zjistila, že většina dotazovaných (82%) dosud neměla zkušenost s pobytovou sociální službou, jež by poskytovala péči rodičům, a pouze 11% by do budoucna tuto variantu chtělo využít. Co se týče samotných výsledků preferencí, bylo první místo zastoupeno právě neformálními pečujícími, od kterých by chtělo zajištění péče 39% dotázaných. Celých 25% respondentů by rádo tuto péči kombinovalo s určitou formou terénní formální péče, a 13% dotazovaných by si ponechalo jen možnost terénní odborné péče. Mezi hlavní faktory ovlivňující upřednostnění pobytové služby se řadilo zejména hodnocení tamní kvality služeb, počet osob na pokoji, či vzdálenost služby od místa bydliště svého nebo blízkých.

Také bych ráda zmínila kvalitativní výzkum v rámci bakalářské práce s názvem *Domáci a ústavní péče z pohledu seniorů a pečujících*.<sup>2</sup> Tato práce se znovu orientuje na cílovou skupinu seniorů a přináší zajímavé výsledky, které poukazují na primární potřebu seniorů být v domácím prostředí. Objevuje se zde však také pocit bytí na obtíž, což je dalším faktorem, který ovlivňuje náhled na tuto volbu, stejně jako otázka velikosti města, kde člověk žije vzhledem k okolním možnostem, anebo povahové rysy daného seniora.

Práce, která nese také zajímavé výsledky, s názvem *Domovy pro seniory versus domácí péče o seniory*<sup>3</sup>, se tentokrát zaměřuje na výhody a nevýhody formální domácí péče ve srovnání s pobytovou péčí, v rámci stejného poskytovatele. Cílová skupina jsou znovu seniory, kteří mezi hlavní klady domácí péče ze strany vyškolených pracovníků řadí zejména skutečnost, že mohou setrvat v domácím prostředí a i tak mají zajištěnou péči. Jako negativní prvek zmiňovali omezenou pracovní dobu.

---

<sup>2</sup> Kvintusová Jitka, *Domáci a ústavní péče z pohledu seniorů a pečujících*. Hradec Králové, 2014, bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Obhajoba: 23. 1. 2015

<sup>3</sup> Adámková Pavla, *Domovy pro seniory versus domácí péče o seniory*. České Budějovice, 2010, bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta, katedra praktické teologie.

Z posledního vybraného výzkumu na téma *Postoj seniorů a jejich rodinných příslušníků k práci terénních pracovníků v sociálních službách*<sup>4</sup> vyplývá, že z hlediska postoje seniorů k terénním pracovníkům, jakožto zástupcům formální péče, je nejpodstatnější jejich chování a schopnost komunikovat, což hodnotí všeobecně velmi pozitivně. Na druhé straně už byla méně podstatná jejich odbornost či dosažené vzdělání v daném směru.

## 1.1 VYMEZENÍ POJMU DOMÁCÍ PÉČE

Pojem domácí péče je zjednodušeně řečeno péče poskytovaná v domácím prostředí jedince, která se zaměřuje na podporu či udržitelnost jeho soběstačnosti, posílení udržitelnosti zdraví a na redukování jeho bolesti, či soužení společně se snahou o zabezpečení poklidného případného úmrtí doma. Co s týče věcného charakteru dění, je potřeba zmínit, že k péči v domácím prostředí člověka je třeba souhlasu a doporučení praktického lékaře nebo lékaře při hospitalizaci s ohledem na schopnosti zajištění této možnosti.<sup>5</sup>

Zatímco zahraniční fungování takové péče se rozlišuje dle úkonů, které člověk v domácím prostředí opečovávaného dělá, v Česku je to definováno pouze místem poskytování – ať už je poskytována ze strany sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, zdravotníků, dalších zaškolených a nezaškolených osob, rodinných příslušníků, příbuzných nebo známých. (Matoušek, 2016, 50-51)

## 1.2 HISTORIE A VÝVOJ DOMÁCÍ PÉČE

Na problematiku vývoje je možno nahlížet z několika pohledů. V širokém slova smyslu tento vztah můžeme připodobnit k obecnému vztahu nemocný – léčitel. Už od pradávna byl člověk náchylný k nemocem či jakýmkoli událostem, které vedly k tomu, že potřeboval pomoci v tom, co nezvládl vlastními silami. Někoho, kdo by byl připraven a ochoten nastavit pomocnou ruku a zasáhnout. Od doby, co jsou na světě lidé a tyto

---

<sup>4</sup> Coufalová Martina, *Postoj seniorů a jejich rodinných příslušníků k práci terénních pracovníků v sociálních službách*. Brno, 2018. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Obhajoba 28. 5 2018

<sup>5</sup> Metodická opatření. Koncepte domácí péče, ZN.: VVO/30179/04, REF.: Lenka Hladíková Bc, MUDr. Milan Špaček, v. r.

situace, existuje archetyp vztahu nemocný – léčitel. Tyto vrozené možné formy lidského chování pomáhají myslet a konat podle stanoveného nástinu jednání, kterým člověk disponuje. (Guhhenbühl-Craig, 2010, s. 65 – 69)

V užším slova smyslu můžeme vývoj rozdělit na začátky domácí péče poskytované ze strany rodin a jakési domácí ústavní péče sloužící pro osoby, jež rodinu z nejrůznějších důvodů neměly a jimž tohle místo „rodinné prostředí“ mohlo nahrazovat.

V prvním případě dle dochovaných spisů a poznámek filozofů můžeme důvodně předpokládat, že v dřívějších dobách v případě stáří či nemoci člena rodiny, o něj bylo postaráno právě ze strany rodinných příslušníků takřka automaticky. Fungovala zde jakási rodinná solidarita, která ale nemohla být zajištěna v každém případě. V situaci, kdy potřebný rodinu neměl či se od něj jakkoli distancovala, byl nucen k tuláctví či žebráctví. (Haškovcová, 2010, s. 183 -190) Podobný názor zastává i Jeřábek (2013, s. 43-44), který uvádí, že v souvislosti s historií vzniku péče v domácím prostředí, je právě rodina pokládána za konvenční místo pro péči o příbuzného člena, které se nejvíce a nejdéle osvědčilo. V tomto případě již není tolik důležité, který člen domácnosti o daného člověka pečuje.

O samotném původu domácí péče v případě druhém existuje jen málo přesných informací, přesto můžeme říci, že její historie směřuje ke křesťanským kořenům. Původně byla motivací k této službě zejména hodnota lásky a pomoci bližnímu, která měla dobročinný charakter. Postupem času se začaly zřizovat útulky, ústavní péče apod., kde byli potřební lidé umístováni, později i dle druhu nemoci a věku. (Haškovcová, 2010, s. 183 -190)

### 1.3 VÝHODY A NEVÝHODY DOMÁCÍ PÉČE

Před výčtem pozitivních a negativních stránek je důležité uvést, že velmi záleží na druhém poskytujícím subjektu, se kterým je domácí péče pro tento účel srovnávána. Níže uvedené aspekty nemusí vždy platit, jelikož existují četné rozdíly i mezi fungování jednotlivých sociálních a zdravotnických zařízení.

Hlavní výhodou, která už byla výše lehce zmíněna, je pro člověka, o něhož je pečováno, samotné **domácí prostředí**. Ať už se jedná o osobu se zdravotním postižením

či např. Alzheimerovou chorobou nebo jakoukoli jinou nemocí či důvod, proč daná osoba potřebuje péči, domácí prostředí představuje důvěrně známý prostor, ve kterém se člověk cítí bezpečně, ke kterému má vztah, popř. nějaké vzpomínky. Každá změna tohoto prostředí může mít za následek zhoršení stavu pečovaného či ovlivnění způsobu jeho chování. (Hauke, 2017, s. 261-267) Stejný názor zastává i Pochmanová a kol., (2015, 3) která poskytování péče právě v místě, kde se mezi sebou důvěrně znají aktéři péče, nazývá dobrým rozhodnutím.

Dalším velkým kladem, který se váže k důležitosti důvěrně známého prostředí, je **moc rozhodování** o svém denním programu. Pečovaný nemusí být podřízen dennímu režimu, jako tomu je v případě pobytových služeb. Pokud to jeho situace a zdravotní stav dovolí, je možno si tyto aktivity řídit dle svého (čas vstávání, čas podávání jednotlivých jídel, náplň dopoledního/odpoledního programu, možnost dívat se na svůj oblíbený program, atd). (Mlýnková, 2011, s. 60-65)

S tím je spojena i další pozitivní stránka, a to **dostatek soukromí**. Pečovaný nemusí svůj pokoj sdílet s žádnou jinou cizí osobou, čímž je zachována lidská důstojnost i při vykonávání fyziologických potřeb, převlékání nebo podobných činnostech.

Jako velký všeobecný výhodný element je možno zmínit hlavně finanční stránku. Péče poskytovaná formálním nebo neformálním pečovatelem v domácím prostředí je pro stát mnohem levnější než péče institucionální, což je dalším důvodem podpory této formy péče. (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, Kubů, 2014, s. 21-215)

Naopak jednou z nevýhod ve srovnání s institucionálním zařízením je možno uvést **nepřítomnost dostatku odborného personálu**, který by byl vždy k dispozici. Stejně tak je to s velkou škálou potřebných pomůcek a zařízení, jež jsou k dané péči potřebné, a které mohou být v institucionální péči běžně dostupné. (Mlýnková, 2011, s. 64-65)

S tím může být spojen případný negativní důsledek v podobě **domácího násilí** či **zanedbávání** páchané na opečovávané osobě, jelikož právě osoba v domácím prostředí je těmito jevy ohrožena.<sup>6</sup> Některé situace vyžadují rozhodnutí proti vůli osoby v péči, nicméně otázka je, zda je vždy cílem jeho nejlepší zájem a blaho. V ideálních případech

---

<sup>6</sup> Domácí násilí v kontextu rodiny a práce, (2014). Brno: Spondea, o. p. s., první vydání. Publikace vznikla v rámci projektu „usnadnění vstupu na trh práce osobám z rodin s výskytem domácího násilí – přenos dobré praxe ze zemí EU pro práci s celou rodinou jako systémem“, ISBN: 978-80-260-7191-4

by to tak mělo být, ovšem výsledek takového rozhodnutí může vyjít najevo až postupem času. Každý pomáhající je vychováván jinak, má jiný hodnotový systém, odlišné způsoby myšlení, chování, pohledu na svět, na sebe i na ostatní. Tohle všechno a ještě mnohem více má vliv na to, jakým způsobem se později pečující v situaci rozhodování ohledně druhého zachová. (Guggenbühl-Graig, 2010, s. 9-13) Nevýhodou v tomto smyslu je fakt, že tyto aspekty mohou zůstat skryty a nezměněny právě díky tomuto soukromému vzájemnému fungování.

## 1.4 ROZDĚLENÍ DOMÁCÍ PÉČE

### 1.4.1 Z HLEDISKA POSKYTUJÍCÍHO SUBJEKTU

Druhy domácí péče můžeme pro účely této práce primárně rozdělit dle subjektu, od kterého je pomoc směřována. Tím je myšlena na straně jedné rodina opečovávaného a její blízcí (neformální péče) a na straně druhé osoby, které mají tuto péči v popisu práce ve svém zaměstnání (formální péče).

#### 1.4.1.1 NEFORMÁLNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Hubíková O. ve svém článku v časopisu Sociální práce/Sociálna práca tuto péči označuje také jako „laickou“, „neformální“ nebo „rodinnou“. Základním stavebním kamenem je zde jakákoli **emoční vazba či citové spojení**, díky které vzájemný vztah určitým způsobem funguje. (Hubíková, 2017, s. 6-7)

Jinými slovy je tato péče poskytována na základě určité citové, rodinné nebo přátelské vazby. Tím je myšlena zejména blízká **rodina, přátelé, známí**, atd., kteří tuto péči vykonávají bez nároku na jakoukoli finanční odměnu mimo své pracovní povinnosti a vztahy. Pro výkon této péče se zde nevyskytuje žádná nutnost odborného vzdělání na rozdíl od péče formální.<sup>7</sup> Díky skutečnosti, že tato péče vyžaduje hodně fyzického i psychického zatížení a je mnohdy poskytována nad rámec časových i jiných možností pečujícího, je společností označována jako značně nesnadná. (Michalík, 2008)

Dle Haškovcové (2010, s. 285) by právě toto rodinné prostředí mělo být prvotními poskytovateli péče v případě, že u někoho z blízkých dojde ke zhoršení zdravotního stavu z jakýchkoliv důvodů.

---

<sup>7</sup> Staženo z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/neformalni-dlouhodobá-pece/>

Zde se také vyjadřuje Schimmerlingová a Nováková (dle Matoušek, 2012, s. 189-190) se svým označením dilemat sociální práce. Na této straně se objevuje *defomalizace*, která svým obsahem upouští od výše zmíněných prvků formalizace, a soustředí se na jednoduchost poskytování péče ať už ze strany zástupců péče formální nebo rodiny a příbuzenstva.

Samotný vztah mezi rodinou, čili polem neformální péče, a institucí či jejími prostředníky jakožto představitele formální péče, je z hlediska těchto skupin návazný. Rodina, do níž opečovávaný patří, je základní přirozenou institucí, která je spojena neformálními vztahy, prezentujícími se jako „my“. Mimo rodinu do této skupiny nejbližších mohou patřit také přátelé, lidé v sousedství atd. To znamená, že u jakékoli jiné osoby, která se podílí na formální péči, se automaticky mění vztah mezi ní a opečovávaným díky absenci rodinných citových vazeb. (Jankovský, 2018, s. 79 – 80)

## KLADY A ÚSKALÍ

Jeden z negativních, už výše zmíněných bodů, může být přílišná **náročnost péče**. Fakt, že je poskytována v „osobním volnu“ rodinného příslušníka, který má k této činnosti mnohdy ještě další zaměstnání, je z dlouhodobějšího hlediska skoro neudržitelná a nepředstavitelná ve srovnání s člověkem, který má tuto náročnou práci jako placené zaměstnání.<sup>8</sup>

Jako možný negativní aspekt můžeme brát potenciální následující situaci. Složitost a náročnost domácí péče z hlediska pečovatelů si může žádat **ulehčující krok**, kterým je svěřením opečovávaného člověka na několik hodin denně do rukou poskytovaných sociálních služeb, či pečovatelských agentur. Postupem času však rodina zjišťuje, že pomoc při péči ze strany poskytovaných služeb jim opravdu pomáhá, a objevuje se větší časový prostor pro zajištění jejich osobních záležitostí. A tedy v případě, že člověk, o něhož je pečováno, se ještě nenachází přímo v domácnosti jeho rodinných příslušníků, situace nakonec může končit tak, že daná služba přebere veškerou péči o danou osobu. Rodina už může příbuzného navštěvovat, nicméně jejich fyzická oddálenost má postupný vliv na jejich vzájemný vztah. (Souralová, 2017, s. 122 – 124)

---

<sup>8</sup> Staženo z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/neformalni-dlouhodobaa-pece/>

Pozitivním aspektem, jak tvrdí Klevetová, Dlabalová (2008, s. 75-83) může být důležitost již několikrát zmíněného rodinného prostředí, které může v tomto těžkém období pro opečovávanou osobu působit jako prostor, v němž se cítí jistě a bezpečně, což pozitivně působí na jejich pocit zachování důstojnosti a úcty.

#### 1.4.1.2 FORMÁLNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče za pomoci formálních pečovateli samozřejmě mnohdy nahrazuje **neschopnost přítomnosti domácí péče ze strany rodinných příslušníků**, avšak v celkovém vývoji se nakonec stává zejména obchodní a ekonomickou záležitostí. Na většině webových stránek či jiných formách poskytování informací danými službami můžeme najít všechny potřebné informace ohledně nabízených služeb, ale také podrobných výších úhrady za ně. Ceny mohou být popsány za jednotlivé úkony, které služba provádí, mohou se lišit v souvislosti s dalšími jevy jako je potřebná délka a náročnost poskytované péče, nebo také v jakém časovém období je služba vytiženější, což může souviset s její vyšší cenou apod. (Souralová, 2017, s. 106)

Poskytování sociální služby jakožto formální péče je na rozdíl od neformální péče spojeno **uzavřením smlouvy**, (sociální služba – klient) **a tím nastavením hranic**, na což je vázáno dodržováním určitých pravidel. Ze strany sociální služby ke klientovi se jedná o zachování mlčenlivosti o všech údajích či informacích, které se týkají klienta.<sup>9</sup> Na tento názor navazuje i Mach, Janečková, Čiberová (2014, s. 57-59), kteří doplňují, že způsob, jakým se smlouva mezi oběma stranami bude uzavírat, závisí do určité míry na zaměření dané sociální služby, jejich cílech, ale také na charakteristice cílové skupiny, pro niž má být služba uskutečňována.

Typickým příkladem poskytovatele jsou nestátní neziskové či příspěvkové organizace.<sup>10</sup>

Sirovátka, Greve (2014, s. 12) popisují, že nabízení těchto forem péče do velké míry souvisí se socioekonomickými změnami v dané zemi, podle kterých se následně tvoří nabídka služeb, která by měla uspokojovat konkrétní poptávku. To může být

---

<sup>9</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, část pátá, § 100

<sup>10</sup> Staženo z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/formalni-dlouhodob-pece/>



spojováno s trhem práce, (nejen finančními) možnostmi daných rodin, jejich strukturálním složením atd. Ve všech těchto faktech se následně odráží výsledná podoba nabídky sociálních služeb.

Dle Haškovcové by se u profesionální péče mělo jednat zejména o vysokou odbornost, která musí být vedena lidskostí, vstřícným jednáním a schopností vcítění se, na základě čehož lze navázat zdravý vztah. Nemělo by být v žádném případě nahrazeno přetvářivým zájmem o druhého či naučenými postoji. (2012, s. 29)

K tématu formální péče se v širším spektru vyjadřuje Matoušek (2012, s. 189-190), který problematiku této oblasti popisuje jako jedno z dilemat sociální práce a označuje je jako *formalizace* (ve srovnání s *deformalizací sociální práce*). V souhrnném popisu jde o myšlenku, zda a jakým způsobem podporovat formalizaci sociální práce, která se odráží v rozsáhlé spolupráci se státní správou, s čímž je spojeno dodržování pravidel, kodexů, standardů a byrokracie. Tím pádem dochází ke „*snižování rozsahu přirozených činností jednotlivce, rodiny a jiných společenství, jež se stále víc stávají předmětem formálně organizovaného, financovaného a centralizovaného úsilí.*“ Otázkou zůstává, zda a do jaké míry je tento stav efektivnější než kdyby tomu bylo naopak.

## KLADY A ÚSKALÍ

Jedním z „pozitiv“ formální domácí péče je už mezi řádky výše zmíněn fakt, že při poskytování péče v případě jakýchkoli neshod či **konfliktů je možno smlouvu rozvázat** a péči ukončit. To platí jak ze strany opečovávaného, kterému nemusí plně vyhovovat daní pracovníci nebo pravidla dané služby, tak i ze strany formálních pečujících, kterým nemusí plně vyhovovat daný „klient“. <sup>11</sup>

Naopak jako negativní aspekt je možno vnímat nutné **dodržování dohodnutých pravidel a postupů**, které mohou vést k přílišné formalizaci vztahu mezi opečovávaným a pracovníkem a dodržování předem stanovených hranic ve vzájemném vztahu. (Matoušek, 2012, s. 189-190)

---

<sup>11</sup> Standardy kvality sociálních služeb č. 2, 4, 7,

## 1.4.2 Z HLEDISKA POSKYTOVANÉ PÉČE

Domácí péče se nemusí dělit jen dle poskytovaného subjektu, ale také formou a zaměřením daného cíle péče. Pro účely této práce se můžeme se lehce dotknout některých z nich:

### Domácí sociální péče

Sociální péče je prováděna skrze sociální služby. K těm můžeme v tomto případě přiřadit především osobní asistenci či pečovatelskou službu, která si klade za cíl pomoci klientovi takovým způsobem, aby byla do co největší míry zajištěna jeho soběstačnost v domácím prostředí při zachování jejich důstojnosti.<sup>12</sup>

Pro účely této práce máme na mysli v nejzákladnějším měřítku zejména konkrétně sociální služby osobní asistence a pečovatelské služby. Oba druhy jsou svou povahou nejčastěji terénními službami, jejichž cílová skupina jsou osoby s omezenou soběstačností závislé na péči jiné osoby. Zaměřují na poskytování následujících služeb a úkonů:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně
- Pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Ve společném srovnání se pečovatelská služba zaměřuje spíše na vykonávání daných a předem smluvených úkonů, které jsou poskytovány pouze v určeném čase a svým zaměřením více směřují k zajišťování samotné péče o osobu. Tento fakt se vyznačuje ve srovnání se službou osobní asistence také i poskytnutím podmínek pro vykonání hygieny nebo poskytnutí stravy. Vedle toho služby osobní asistence nejsou časově omezeny a jsou poskytovány v oblastech, které si osoba v péči vyžaduje. Ve svém výčtu činností mají také navíc výchovné a vzdělávací činnosti a pomoc při uplatňování práv.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, část třetí, hlava I

<sup>13</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, § 39, 40

## **Domácí zdravotní péče**

Tato ošetrovatelská péče je prováděna ze strany zdravotních sester v domácím prostředí člověka a je poskytována v situacích, ve kterých již netřeba dalšího pobytu v určitém léčebném zařízení. Jsou zde prováděny zdravotnické úkony, které v domácím prostředí nemůže vykonávat laik. Cílová skupina je velmi rozmanitá, mohou to být osoby kteréhokoli věku, jejichž zdravotnímu stavu je umožněno se doléčit doma. Návštěvy zdravotních sester jsou neplacené a o všech dalších podrobnostech rozhoduje lékař. <sup>14</sup>

## **Domácí paliativní péče**

Paliativní péče je poskytována osobám s nevléčitelným onemocněním s hlavním úmyslem zabezpečení co nejkvalitnějšího a nebolestivého zbytku života s klidnou smrtí. Zahrnuje práci jak s daným člověkem, tak s jeho blízkými a rodinou nejen co se týče zdravotních postupů, ale také práci s psychikou, informování o následných možnostech a pomoc s řešením problémů. Typickým zařízením, kde je tato forma péče poskytována, jsou hospice (pro účely tohoto příkladu to jsou domácí hospice). (Stiborová, Frei, 2018, s. 8) Jako určitou odnož může být brána **hospicová péče**, která jistým hlediskem souvisí a navazuje na předešlou paliativní. Poskytuje se v rámci mobilních hospiců, které tvoří odborný tým (zdravotních pracovníků, lékařů, sociálních pracovníků, psychologa, případně kněze), v tomto případě mobilní v rámci jednotlivých domácností s klienty. <sup>15</sup>

## **1.5 AKTUÁLNÍ ZMĚNY V OBLASTI DOMÁCÍ PÉČE**

Budoucí vývoj domácí péče je významně spojen s vývojem a složením celkové populace. Jelikož také struktura obyvatelstva nám udává, do jaké míry je možné počítat s narůstající potřebou a poptávkou po domácí péči z důvodu věku, nejrůznějších onemocnění (ať už chronických anebo akutních) a podobných jevů. Tento fakt souvisí také s různými formami znevýhodnění či postižení, jelikož díky znalosti přibližného složení obyvatelstva a určité prognostiky do dalších let, je možno se připravit

---

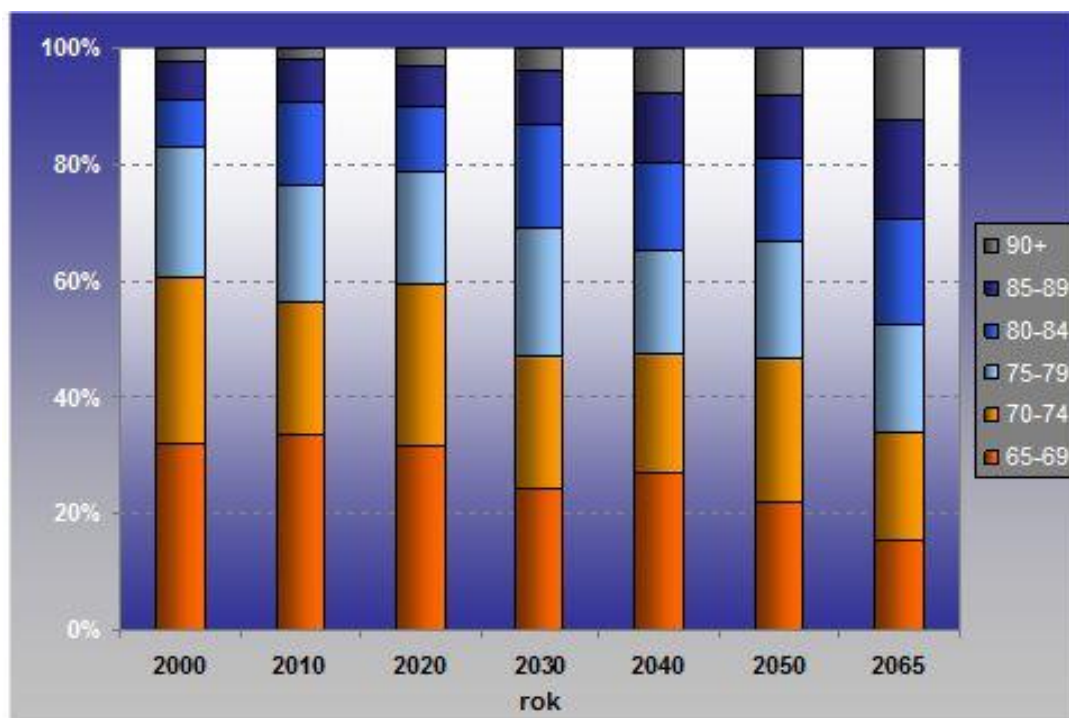
<sup>14</sup> Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>

<sup>15</sup> Dostupné z: <https://pece.cz/novinka/v-cem-se-lisi-hospic-a-paliativni-pece>

na potenciální události díky skutečnostem, které mohou být charakteristické pro určité věkové skupiny lidí.

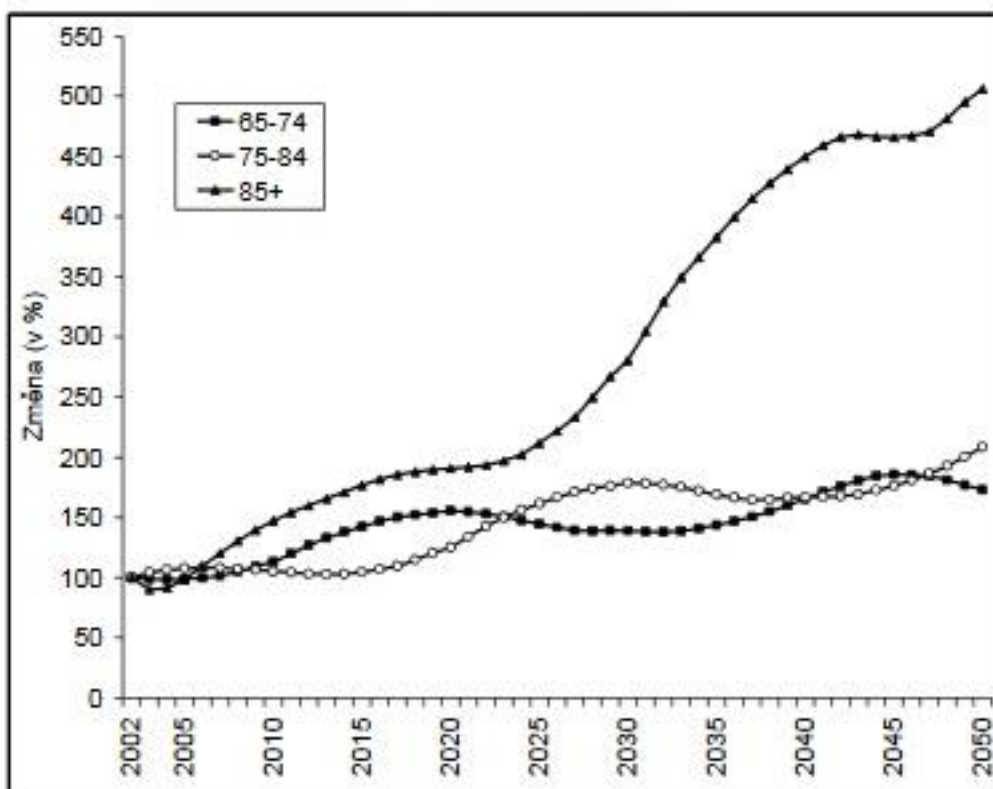
Pokud jde o konkrétnější prognostiku struktury obyvatel České republiky v dalších letech, můžeme očekávat velký nárůst populace starší 65 let až do roku 2065 (viz obr. 1). Podle informací, s nimiž přichází i český statistický úřad ve své *projekci obyvatelstva České republiky vypracované* od roku 2002 do roku 2050, se množství těchto lidí má zvýšit o dvojnásobek až trojnásobek počtu, který byl na počátku výzkumu (viz obr. 2).

V tomto případě můžeme počítat s potenciálním zvětšujícím se počtem osob, které budou v určité nebo plné míře potřebovat péči. Tato skutečnost může přispět k opatřením, které by preventivně a pružně reagovaly na potřeby osob, jež se z důvodu pokročilého věku stanou příjemci péče. Dá se tedy důvodně předpokládat, že by mohl vzrůst i zájem o domácí péči jako takovou bez ohledu na charakter poskytujícího subjektu.



Obrázek 1: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v%)<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Staženo 27. 1. 2019; [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824)



Obrázek 2: Očekávané změny počtu obyvatel starších 65 let (2002=100%) střední varianta, 2002-2050 <sup>17</sup>

Další změna, která se váže k roku 2019, je zvýšení příspěvku na péči, který bude podrobně popsán ještě níže. Tento příspěvek se vyplácí osobám pečujícím o osobu blízkou, která určitým způsobem není schopna svými silami nepříznivou situaci zvládnout, a tudíž je odkázána na péči jiné osoby. Změna se týká pouze III. stupně, který se zvyšuje z původních 9 900 Kč na 13 900 Kč u dětí a z 8 800 Kč na 12 800 Kč u dospělých osob, a IV. stupně závislosti osoby na péči, který se zvyšuje z 13 200 Kč na 19 200 Kč. První dva stupně zůstávají na stejné výši, jak u osob do 18 let, tak u osob nad 18 let. Cílem je podpořit domácí péči neformálních pečovateli vzhledem k informacím výše psaným. <sup>18</sup>

<sup>17</sup> Staženo 27. 1. 2019; <https://www.czso.cz/documents/10180/20565681/402009u.pdf/fcfe907e-6df9-4caf-b1db-b99c5893eec8?version=1.0>

<sup>18</sup> Tisková zpráva ze dne 7. prosince 2018, Ministerstvo práce a sociálních věcí. Staženo dne 20. 1. 2019 [https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci\\_schvalili\\_skokove\\_navyseni\\_prispevku\\_na\\_peci\\_ve\\_III.\\_a\\_IV.\\_stupni\\_zavislosti.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci_schvalili_skokove_navyseni_prispevku_na_peci_ve_III._a_IV._stupni_zavislosti.pdf)

## **2 AKTÉŘI DOMÁCÍ PÉČE**

Stejně jako v jakémkoli jiném vztahu mezi lidmi, i domácí péče je prostor tvořený dvěma stranami, přičemž každá ze stran do vzájemného vztahu vnáší něco ze sebe, co společné území následně utváří.

### **2.1 PEČUJÍCÍ OSOBY**

#### **2.1.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA**

Pečující osoby jsou pro účely této práce jedinci, kteří pečují o někoho v jeho domácím prostředí bez ohledu na to, zda jsou formálními pečovateli či neformálními pečujícími.

##### **2.1.1.1 FEMINIZACE PÉČE**

Téma pečujících osob je ve velké míře spjato s otázkou role žen. Ženy jsou od pradávna považovány za pečující osoby, hospodyňky. Toto relativně ustálené genderové nastavení společnosti je předáváno z generace na generaci skrze nejrůznější výukové metody či pomůcky. Ženy jsou matky, které vychovávají děti, starají se o domov a dochovávají své rodiče.

Co se týče pracovního trhu, v některých povoláních jsou ženy automaticky dosazovány na místa, jejichž náplň práce je podobná činnostem, které podle výše zmíněných stereotypů vykonávají v domácnosti. Tyto pracovní místa jako právě např. sociální pracovníce, kuchařky, uklízečky, prodavačky apod. jsou za svou práci finančně hůře ohodnoceny, čímž jsou odsunovány na okraj pracovního trhu. (Valdrová, 2006, s. 136 – 137) Naproti tomu Kraus (2014, s. 129) v posledních desetiletích shrnuje zvýšení zapojení žen do celkového chodu společnosti zejména díky častějšímu nabývání vzdělání a způsobilosti. Tím se výrazně mění i role mužů a otců a celkové společenské hodnoty.

Nicméně zastoupení žen v oblasti domácí péče je již takřka všeobecně přijímaný fakt, který je patrný z nejrůznějších provedených výzkumů k tématu laických pečujících. Přitom samotná role žen může být společností vnímána jako „podřadná“, jelikož

v případě žen jakožto domácích pečujících se může zdát skutečnost, že ženy nejsou těmi, které by přispívaly svými daněmi z výdělků do systému důchodového pojištění. (Michalík, 2011, s. 31)

Ženy a jejich archetyp mají všeobecně větší tendence k pečovatelskému povolání. Může to být dáno jejich ženskou složkou, ve které tkví mateřské pudové pudy péče. Novák (2014, s. 15) v tomto případě přisuzuje ženskému zastoupení větší cit, ochotou a loajalitu pracovat v té oblasti, kde je třeba, a za podmínek, které jsou třeba. Disponují větším talentem svým komplexnějším myšlením plnit úkoly péče tak, aby nebylo zapomenuto na žádný malý, leč nezanedbatelný prvek. Naproti tomu muži v této oblasti většinou vyjadřují svou genderově robustnější a silnější stránku, díky které jsou schopni pomoci při jednorázových akcích, kde je zapotřebí jejich síly. Příkladem může být stěhování daného opečovávaného, opravy nejrůznějšího druhu, atd. Tato nastíněná situace ovšem neplatí v každém případě.

Fakt, že se pečujícími stávají častěji ženy než muži, může být spojen také s věkem, jakého se jednotlivé genderové kategorie dožívají. Všeobecně je dáno, že ženy dosahují zpravidla vyššího věku bez závažnějších onemocnění, která by vedla k omezení pohybu, připoutání na vozík či lůžko, což může být právě jedním z důvodů, z jakého se častěji stará žena o muže. V tomto průzkumu v zaměření na Českou republiku je procentuální část 75- 85% všech pečujících tvořena ženami. (Souralová a kol., 2017, str. 101)

Je však možné, že do určité míry v tomto případě nehraje roli pouze oblast žen, ale také otázka patriarchátu/matriarchátu v rodině, což by genderově znamenalo, že odpovědnost za péči by mohl automaticky převzít silnější a dominantnější jedinec či rodič. (Hakim, 2004, s. 49-57)

## **MOŽNÉ NÁSLEDKY DLOUHODOBÉHO POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE**

Jak už bylo řečeno, domácí péče je z jednoho pohledu složitá v tom, že se jedná o práci s lidmi. A lidé mají city, myšlenky, nálady, pocity, strachy, úzkosti, emoce, což je soubor rozmanitých akcí, které nejsou často dopředu předvídatelné a vyzpytatelné. A jelikož v této práci jsou ve vzájemném vztahu dvě lidské složky, může být soužití o to náročnější.

Z hlediska možných problémů spojených s výkonem této činnosti může dojít u pečujícího (bez ohledu zda se jedná o formálního nebo neformálního pečovatele) např. k **tělesnému vyčerpání** – v tomto případě trpí celý organismus tělesnou únavou, nemohoucností a ztrátou tělesných sil. Tělo je náchylnější k nejrůznějším onemocněním či bolestem. Snaha si odpočinout je marná, jelikož žádný způsob oddechu nevede k odpočinku či načerpání sil. S tím je spojená nechut' nebo naopak chuť k jídlu, která je zvýšená. Dále můžeme mluvit o **emočním vyčerpání**, ve kterém osoba pociťuje emoce jako beznaděj či zoufalství. Už je natolik vyčerpán celkovou situací, že se mohou objevit i agresivní sklony spojené s podrážděností člověka. Ztrácí energii na uspokojení svých vlastních potřeb, k nimž se vykazuje apatický vztah. V neposlední řadě je řeč o **duševním vyčerpání**, ve kterém se objevují apatie jak ke své osobě, tak i k ostatním. Nedostatek lidskosti je zapříčiněn podrážděností pramenící z vztahu k opečovávanému, kterého pečující vidí jako příčinu vlastního utrpení. Typická jsou také introvertní sklony spojené s celkovou úzkostí. (Jankovský, 2018, s. 172 – 173)

Tyto jevy se mohou vyskytovat jak jednotlivě nebo ve vzájemné kombinaci. Výskyt všech tří situací stavů pohromadě v dlouhodobé formě se nazývá **syndrom vyhoření**. Zdánlivý počáteční elán a vysoká míra touhy pomoci druhému mohou být základní spouštěče pro tento chronický stres, jež může v konečném důsledku vést k naprosté celkové rezignaci. (Jankovský, 2018, s. 172 – 173)

Dalším negativním aspektem, který se může v tomto vztahu objevit je **syndrom pomocníka**. Tím je myšleno zejména nutková potřeba osob pomáhat ostatním bez ohledu na to, zda o takovou pomoc mají zájem či ne. Příčinou může být touha po kompenzaci uspokojování svých vlastních potřeb. Protismyslnou věcí je, že by člověk s tímto syndromem potřeboval pomoc spíše, než ten, o koho je pečováno. (Jankovský, 2018, s. 179) Schmidbauer (2000, s. 13) na tento stav nahlíží z psychologického hlediska a tvrdí, že v tomto případě je velmi tenká linie mezi zdravým a nemocným člověkem z hlediska pomoci druhým jakožto hodnotou altruismu.



## 2.1.2 DĚLENÍ DLE POVAHY PEČUJÍCÍ OSOBY

Stejně jak bylo zmíněno v předcházející kapitole v oblasti rozdělení domácí péče podle charakteru poskytujícího subjektu, v následujících kapitolách budou popsáni činitelé formální a neformální péče.

### 2.1.2.1 NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ

Neformální pečující, kteří se rozhodli vzít svého rodiče nebo blízkého příbuzného do domácí péče, se s žádným vysokým postavením spojovat nemohou. Dá se to považovat jako logicky absurdní jev, jelikož tato „profese“ je po všech stránkách náročná a mnohdy velice nedoceněná. Hubíková (2017, s. 6-10) v časopise Sociální práce/sociálna práca polemizuje o této kategorii osob jako o nové cílové skupině sociální práce, kterým by se měly přizpůsobit jisté možnosti vzniku nových služeb, se kterými je tato skupina spojena.

Role takových pečujících se do jisté míry různí. Jak už bylo zmíněno výše, tato skupina je primárním prvotním poskytovatelem péče, když přijde na situaci ji vyžadující. Dle Mlýnkové (2011, s. 42-43) plní rodina také funkci jakéhosi zdroje informací či aktivního spolupracovníka, který se může síly projevit právě v oblasti zajišťování kompenzačních pomůcek či úpravou domácího prostředí.

Nejedná se však pouze o péči o rodiče již dále nezvládajícího svou sebeobsluhu, ale ve velkém počtu případů je role domácích pečujících ještě o něco těžší. Mohou to být lidé tzv. *sendvičové generace*<sup>19</sup>, jež se nachází ve *středním věku*, a kteří se zároveň musí starat o své nezaopatřené či nezletilé děti. Starají se tak v domácnosti zároveň o dvě odlišné věkové kategorie, které v určitých momentech mohou spojovat stejné potřebné úkony (výměna inkontinenčních pomůcek, podávání stravy, dopomoc při oblékání, péči o sebe atd.) Celková situace může na neformálního pečujícího vyvíjet takový tlak, při kterém není schopen ani z časových důvodů nějakého sociálního kontaktu s okolím. (Bertini, 2013)

Jak tvrdí Bertini (2013, s. 107 - 108), prohození rolí pečovatele jakožto rodiče a jeho dítěte na pečovatele jakožto dítě a jeho rodiče, je často velice náročná. Dříve

---

<sup>19</sup> *Sendvičová generace* = osoby ve středním věku, které tvoří „náplň sendviče“ mezi výchovou svých nedospělých dětí a péčí o své stárnoucí rodiče (Bertini, 2013: 13)

opečované děti vychovávané svými rodiči, zvyklí na jejich rady, elán a podporu jsou stavěni do role pečovatelů a starajících. Je jednoduché mluvit o tom, že každý jednoho dne zestárne, ale v momentě, když se to stane člověku osobně, vlastní zkušenost je jiná. Mnohdy je velice těžké pochopit a smířit se s tím, z jakého důvodu už daný rodič neplní úlohu rodiče.

Pokud jde o samotnou hodnotu péče o domácnost a rodinu, podle Wortelboer (2006, str. 130) by se dala charakterizovat jako péče o život a přebírání zodpovědnosti za ni. V tomto případě by měla dostát ocenění odpovídajícím způsobem. Je však otázkou, zda prostřednictvím finančních prostředků, či jinou formou.

Schopnost pečovatele jakožto dítěte rodiče poskytnout domácí péči, záleží na mnoha faktorech. Bez ohledu na to, jak moc se zaslouhuje o to, aby svému rodiči nabídl nejlepší péči v domácím prostředí, situace je mnohdy jiná. Daný jedinec jakožto potenciální pečovatel musí být takových nároků péče v první řadě zejména psychicky i fyzicky schopen. Z hlediska rodiče vyžadující péči, je naprosto přirozené, že by chtěl v tuto dobu zůstat ve svém domácím prostředí. Ne ve všech případech je tohle řešení možné, ale právě naopak je především ze zdravotních, finančních, či diagnostických důvodů nutná ústavní péče. Tento moment může být velice traumatický pro samotné dospělé dítě, které se chtělo svou péčí odvděčit milovanému rodiči za jeho celoživotní starost a výchovu. (Bertini, 2013, s. 108)

Z výsledků výzkumu, který byl proveden v České republice, vyplývá, že 80% obyvatelstva je přesvědčena, že péče o svého rodiče v situaci vyžadující pomoc je jejich povinností. (Novák, 2014, s. 15)

Jako jeden z možných pozitivních stránek na péči ze strany rodinného příslušníka, je pro něj skutečnost, že doba, po kterou tento rodinný příslušník pečuje o osobu blízkou, se mu započítává do doby pro následný výpočet důchodového pojištění. Jedná se o započítávání v celém rozsahu, stejně jako je tomu u doby zaměstnání.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Staženo z: <https://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2019/jak-se-pro-duchod-zapocitava-doba-pece.htm>

## OTÁZKA FINANČNÍ

Finanční stránka neformální péči všeobecně moc nelichotí. Z všeobecného hlediska může panovat názor, že právě péče o opečovávaného příbuzného může být vysoce ekonomicky náročná, což může mít za příčinu riziko chudoby pro celou pečující rodinu. Tato finanční zátěž může vést i k nutnosti omezit čas strávený v zaměstnání na úkor domácí péče, v nejtěžších případech dokonce i k úplnému opuštění zaměstnání.

Jako v určitém ohledu krátkodobé řešení, ale i jako obrovský posun můžeme vnímat uzákonění tzv. **dlouhodobého ošetrového**, na které má nárok osoba, která je buď v příbuzenské linii s člověkem vyžadujícím péči po příchodu z hospitalizace – ve které se nacházel nejméně 7 dní po sobě jdoucích – nebo je jejím manželem/manželkou či druhem/družkou, či osobou v příbuzenské linii těchto zmíněných. Tato sociální dávka funguje od roku 2018, je hrazena z nemocenského pojištění a vyplácí se osobám výše uvedeným maximálně po dobu 90 kalendářních dní za účelem možnosti poskytování domácí péče po dohodě se svým zaměstnavatelem. Samozřejmě disponuje dalšími podmínkami nároku, nicméně není možné zde uvést všechny.<sup>21</sup>

## DŮLEŽITOST POVAHY RODINNÝCH VZTAHŮ

Rodina a rodinné vztahy jsou zasazené do společnosti jako základní jednotka státu, čili pro budoucí fungování velice důležité. Možný (2006, s. 14 – 15) se zmiňuje, že právě rodina plní roli sociálního zařízení, ve kterém se formuje budoucí povaha členů, kteří jsou tímto spojením chráněni. Důležité je zmínit skutečnost, že tato společnost je ovlivněna plněním rodinných závazků, které v případě nefunkčnosti ubírají společnosti celkovou sílu.

V užším měřítku je důležitost rodinných vztahů z hlediska domácí neformální péče celkem výrazná. Starší rodiče, kteří se s ochotou a láskou vroucně starali o své potomky, v nich mohou v momentě obrácení potřeby péče nalézt ochotné pečovatele. Základem takového fungování je vzájemný fungující vztah, kterým je možno následně danou situaci řešit s láskou. Dobré vztahy také napomáhají k pozdější snadnější komunikaci o nelehkých tématech, jako např. otázka umírání rodiče, správa majetku, nedořešené záležitosti apod. Vztah opečovávaného rodiče (či opečovávaného blízkého člověka) s jeho příbuzným pečujícím je velice ovlivňován také faktem možné blízké

---

<sup>21</sup> Předpis č. 187/2006 Sb., Zákon o nemocenském pojištění - HLAVA VII

smrti. V momentě, kdy si dospělé dítě uvědomí, že každý okamžik s rodičem může být posledním (zvláště u vysokého věku seniorů či těžkých nemocech), vkládá se do péče více pochopení, tolerance a lásky. (Bertini, 2013, s. 107 – 111) Tento jev se samozřejmě může objevovat i u pečujících formálního charakteru, avšak celoživotní citové pouto zde není.

Na straně druhé, v dnešním moderním světě, který pomalu začíná upouštět od základních hodnot ucelených rodin, se čím dál častěji stává, že jsou starší rodiče (rodič sám) vzdáleni stovky kilometrů od jejich už dospělých potomků. Lidé čím dál více zakládají své životy s jinými lidmi v jiných městech, často i v jiných státech. Tohle může být další bod, který ovlivňuje neschopnost fungování domácí péče. Jelikož v případě, že je mezi nimi udržován jen telefonický či občasný kontakt a nastane právě situace nutnosti domácí péče, je obtížnější tuto situaci řešit v případě, že bydlí každý na jiném místě. Za těchto okolností záleží na dalších podmínkách, které danou situaci obklopují. Je obtížnější přestěhování celé rodiny za daným opečovávaným člověkem jen pro to, že chce zůstat v jeho domácím prostředí. V opačném případě má člověk vyžadující péči snížený počet nabízených možností, i přes skutečnost, že by se o něj jeho rodina ráda starala. Čím dál jednodušší řešení daných situací jsou možnosti nejrůznějších forem ústavní péče jako domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, či jiné formy ústavní péče. (Souralová a kol., 2017, s. 104)

S opačným názorem přichází Novák (2014, s. 21) s tvrzením, že následná péče o svého rodiče či příbuzného nemá být chápána ve formě odvděčení se, ale přirozeného předávání jakési pomyslné štafety. To znamená, že pomoc je dána tomu, kdo ji v daný moment potřebuje. Jakmile jí bude potřebovat střední či starší generace, mladá generace má být připravena jí vypomoci a postarat se o ni. Haškovcová (2010) se ve své knize zamýšlí nad situacemi, kdy rodina není vždy spojena fungujícími vztahy, na základě kterých by byla následná péče s ochotou poskytována. Vždyť se může stávat, že se rodiče vždy nechovali způsobem, kterým by si zasloužili budoucí lásku a úctu svých dětí. Ano, panuje názor, že starším osobám by měla být prokazována úcta a podpora, nicméně proč by v takových případech měli děti mít chuť se o své rodiče postarat? Tyto situace mohou být jedním z faktů, které mohou ovlivnit budoucí ochotu vzájemné případné péče.

### 2.1.2.2 FORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ

Formální pečující jednoduše řečeno nedisponují s daným klientem vzájemnými rodinnými vazbami. Jsou to osoby, které jsou vázány pracovní smlouvou k určitému zařízení, které danou péči zprostředkovává právě skrze své pracovníky. Ti musí být dobře zaškoleni a odborně způsobilí k výkonu práce. Slovo formální může být v tomto případě odvozeno od formalit a dohod, na kterých je založen jejich vzájemný vztah. Ve smlouvě o poskytování jsou popsány veškeré podrobnosti fungování s ohledem na ochranu práv obou stran. Podrobně je popsán začátek poskytování péče, dále také na jakou dobu, na jakém místě, v jakém rozsahu a za jakou cenu s možností odstoupení od smlouvy.<sup>22</sup> Pro účely této práce jsou subjekty formální péče myšleni hlavně poskytovatelé osobní asistence, pečovatelské služby či jiných služeb, které jsou způsobilí k poskytování péči v domácím prostředí jedince.<sup>23</sup>

Tito pracovníci jsou zpravidla vázáni také *Etickým kodexem sociálních pracovníků*, který hájí práva a zájmy jak pracovníka, tak klienta. Jde ruku v ruce s dodržováním lidských práv, dává si za cíl spolupráci a snahu o ni mířenou od obou stran, eliminaci jakýchkoli předsudků, stereotypizací, či chování s nimi spojené atd. (Gulová, 2011, s. 40-41)

### DŮLEŽITOST POVAHY NERODINNÝCH VZTAHŮ

V některých případech se může stát, že osoba, o níž je pečováno si výslovně nepřeje, aby domácí péči prováděli rodinní příslušníci a blízké osoby. Důvodem mohou být výčitky svědomí, že jsou na obtíž, ubírají čas svým příbuzným a pouze přidělávají starosti.<sup>24</sup>

V obdobném případě, kdy osoby staršího věku potřebující péči, a ze svého kruhu rodiny nemají nikoho, kdo by jim byl v této situaci nápomocen, jsou odkázáni na pomoc od vyššího subjektu, kterým je samotný stát. Ten do určité míry umožňuje poskytování péče v domácím prostředí, nicméně po rozdílně kratší dobu, než jakou by tomu bylo u příkladu s rodinou podporou. Není nutno situaci vyloženě označovat za negativní,

---

<sup>22</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, část třetí, hlava II

<sup>23</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, část třetí, hlava I

<sup>24</sup> Průvodce domácí péčí. Pro ty,

nicméně tomto případě jde o možnost volby pečovaného, která se tímto způsobem dosti zužuje. (Bertini, 2013, str. 108 – 109)

Pokud se podíváme na povahu nerodinných vztahů z hlediska sociální práce s člověkem, o něhož je pečováno, mohou se zde vyskytovat zásadní bodové rozdíly oproti důležitosti rodinných vztahů. Jde zejména o jakýsi příslib dobře odvedené práce ze strany sociální služby či jiné agentury zajišťující péči o tyto osoby. Vzhledem k tomu, že tato cílová skupina s sebou nese velkou rozmanitost problémových situací spojených s možným zhoršováním jejich zdravotního stavu, může být péče o ně o to náročnější, v tomto případě i o to náročnější dodržet slíbenou kvalitu poskytované péče. Tím, že mezi sebou nemají žádné rodinné vztahy, se péče mění pouze na provedenou službu, bez ohledu na to, jak dobrý vztah mezi sebou mají pečující a opečovávaný. (Matoušek, 2012, s. 189-190)

Sociální práce tím, že je to práce s lidmi je sama o sobě dost náročná a některé její úkony či poslání mohou být až kontroverzní. V případech domácí péče je v některých případech zákonem dovoleno a potřeba jednat za klienta, který už není schopen svého úsudku či vlastního svobodného jednání. Tento úsudek a jeho celkové chování může být změněno i onemocněními, kterými trpí, čímž je logicky třeba někoho, kdo jej dobře zná, aby mohl rozhodovat v jeho nejlepší prospěch. (Guggenbühl-Craig, 2010, s. 9) Tu se ale nabízí otázka, zda jeho nejlepší blaho je nějaká všeobecně známá věc. Každý pracovník by se ve stejné situaci zachoval trošku jinak,

## **2.2 OPEČOVÁVANÉ OSOBY**

### **2.2.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY**

Cílová skupina by se dala charakterizovat dle následujících společných znaků. V první řadě je to zejména dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jenž zákon o sociálních službách definuje jako *„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.“*<sup>25</sup> Z tohoto důvodu člověk, kterého do této kategorie můžeme zařadit, bude s největší pravděpodobností potřebovat v různé míře dopomoc jiné

---

<sup>25</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, § 3c

osoby. V tomto bodě je ale důležité připomenout, že každý případ vyžaduje individuální přístup a neexistuje žádná univerzální nebo přesná definice člověka, který domácí péči potřebuje a z jakého důvodu či příčiny.

Lidé, o které je pečováno, jsou všeobecně dost rozmanitá kategorie, zejména z hlediska druhu nepříznivého zdravotního stavu, věkové kategorie, stupni závislosti na péči atd. V reakci na aktuální situaci dnešního světa však vyvstává do popředí kategorie osob vyššího věku. Stárnutí společnosti je totiž, jak bylo zmíněno již v úvodu práce, stále více aktuální problém ve všech zemích světa. Jelikož vlivem pokroku medicíny se lidé dožívají stále vyššího věku, je potřeba na tento jev ze strany společnosti adekvátně reagovat. Většina starších lidí bude postupem času potřebovat právě funkční sociální systém, který by jim poskytl sociální služby odpovídající jejich potřebám. (Matoušek a kol., 2013, str. 369)

Zvyšující se počet osob ve vyšším věku si s sebou nese mnoho psychických i fyzických, i duševních změn. Zejména jde o nemoci, které se vyskytují převážně vlivem stárnutí, jako jsou např. nemoci kardiovaskulárního systému, nepříznivé změny v pohybovém systému, snížení celkové stability nebo smyslového aparátu, které s sebou nesou větší rozmanitost následných rizik. V neposlední řadě jsou to také duševní poruchy, jelikož se zde vyskytuje vysoké riziko výskytu depresí, demenci a pocitu ztráty smyslu života, které mohou vést až k sebevražedným sklonům. (Matoušek a kol., 2013, str. 371) Kalvach a kol. (2008, str. 118) tento stav popisuje jako soubor souvislých a souběžných nefunkčních prvků, jež by se daly označit jako opak vitality.

Pokud jde o přijímání pomoci ze strany ostatních, Mlýková (2011, s. 43) tvrdí, že osoba v péči bude lehčeji přijímat pomoc právě ze strany neformálních pečujících, než ze strany zástupců sociálních služeb jakožto cizích osob.

### **2.2.1.1 POSTAVENÍ OPEČOVÁVANÝCH OSOB**

Zde může znovu zahrát velkou roli problematika moci. V některých případech mohou být pečovaní bráni pro svou potřebu pomoci jako podřazení, nehodni důstojnosti a úcty. To se může odrazit v jejich případné nepřijemnosti a podrážděnosti, jelikož mají méně šancí s tím něco udělat nebo tomu vzdorovat. Může se také stát, že si své chování

neuvědomují a vymykají se společensky uznaným normám. Často se objevují snahy popírat své problémy a nedostatky z důvodu strachu z toho, co bude následovat, a právě v tomto momentu je snaha o zachování lidské důstojnosti velice důležitá věc, která může pomoci osobě v péči ke zmírnění studu, vzájemnému respektu a fungování. (Pochmanová, 2015, s. 32-33)

Tato kapitola do jisté míry souvisí s problematikou, která bude popsána níže, a to s možnými předsudky. Předsudky a potenciální přesvědčení pečujícího člověka v tom, že ten, o něhož je pečováno, už není ničeho schopen sám, a je nutno se o vše postarat. Potíž nastává tehdy, kdy má opečovávaný a pečovatel odlišný názor na určitý problém, kdy může pečující situaci využít a rozhodnout za druhého právě z důvodu myšlenky, že druhý už nedokáže správně kognitivně fungovat. S člověkem se nepracuje takovým způsobem, který by ho formoval či nadále udržoval v do nějaké míry v soběstačném stavu, ale péče je soustředěna pouze na zabezpečení základních potřeb. Plamínek energie těchto osob tak může pohasínat právě z důvodu „špatného“ přístupu k péči, nikoli daného onemocnění. (König, Zemlin, 2017, 19-21)

Pokud to situace dovolí, je důležité v co největší míře respektovat konečné rozhodnutí samotného člověka, o něhož je nebo má být pečováno, o tom, jak bude péče prováděna, kým, kde a za jakých podmínek. Je vhodné přistupovat k člověku s respektem a čas od času se znovu ubezpečit, zda opečovávanému tento způsob poskytování péče vyhovuje. (Pochmanová a kol., 2015, s. 33)

### 2.2.2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Důležitá dávka, která v této oblasti hraje velkou roli a která náleží právě osobě v péči, je **příspěvek na péči**, který je vyplácen ze státního rozpočtu a může si jej nárokovat osoba, která je dle určitých podmínek závislá na pomoci jiné osoby a jíž se poskytuje péče v domácím, či jiném prostředí. Vyplácí se ve čtyřech stupních, které jsou odvozeny od míry závislosti daného člověka na potřebné péči.<sup>26</sup> Jak už bylo popsáno na začátku práce, v roce 2019 došlo/dojde k velkému posunu v oblasti zvýšení těchto částek.

---

<sup>26</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, část druhá, hlava I.



Díky této dávce si může pečovaný dovolit uhradit buď domácí péči formálního charakteru či opustit své zaměstnání.

Pro poskytnutí a následné vyplácení této dávky je nutno splnit několik požadavků. Od vyplnění žádosti o příspěvek na péči až po absolvování sociálního šetření pracovníka z úřadu práce, který rozhodne o tom, zda a v jakém stupni bude potenciálnímu opečovávanému příspěvek na péči uznán. Hodnotí se tyto oblasti: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Podle počtu oblastí, které daný člověk není schopen zvládnout vlastními silami, se poskytnutí příspěvku rozděluje to čtyř skupin:

- **Lehká závislost** – zde patří osoby, které nezvládají tři až čtyři výše zmíněné životní potřeby
- **Středně těžká závislost** – zde patří osoby, které nezvládají pět až šest výše zmíněných životních potřeb
- **Těžká závislost** – zde patří osoby, které nezvládají sedm až osm výše zmíněných životních potřeb
- **Úplná závislost** - zde patří osoby, které nezvládají devět až deset výše zmíněných životních potřeb<sup>27</sup>

Výše zmíněné výčty jsou ještě rozděleny dle věku dané osoby, a to do 18 let a nad 18. V tomto případě jsou zde zmíněny pouze informace týkající se osob dospělých, jelikož se předpokládá, že kvalitativní výzkum bude proveden s osobami plnoletými.

S ohledem na dané znevýhodnění jedince může mít osoba krom příspěvku na péči nárok na další benefity jako je příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz OZP, apod.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006, hlava II.

<sup>28</sup> Staženo z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

### 3 MOŽNÉ ASPEKTY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJ OPEČOVÁVANÉHO

V první řadě je v souvislosti s výše zmíněnou důstojností a s co největší snahou zachování rozhodování opečovávaného spojen také fakt, jaké jsou reálné možnosti péče. Sýkorová (2007, s. 195-199) se o tom zmiňuje způsobem, že do velké míry samotné rozhodnutí ovlivňuje vzdálenost, která dělí jednotlivé členy rodiny jakožto potenciální pečující, či jiné formy formální pomoci. Důležitým možným ovlivňujícím prvkem je také samotný **charakter vzájemných vztahů** s představiteli neformální péče jako příbuznými, a případných zkušeností s jednotlivými zástupci formální péče. U rodinných příslušníků ještě může hrát roli další fakt, a to případná otázka dědictví v případě, že se nabízí možnost pečovaného z něj dosáhnout na určitý podíl. Samozřejmě také ovlivňuje rozhodnutí rodiny, která má tendence přebírat zodpovědnost za rozhodnutí a její časové a pracovní možnosti.

S podobným názorem přichází i Klevetová, Dlabalová (2008, s. 85), kdy upozorňují na další rozhodující prvek, kterým je **otázka existence tradic** v rodině, všeobecná **nabídka společenských možností** a podpory a etická otázka celkové situace a postavení k ní.

K otázce možností se vyjadřuje také Matoušek a kol. (2013, s. 215), který se zmiňuje, že opečovávaná osoba (z hlediska formální péče klient) bohužel nemá v nepříznivé sociální situaci velkou **možnost volby aktérů péče**. Zatímco klient (zákazník) má mimo sociální sféru pomoci možnost výběru z různě zaměřených, lokalizovaných a dostupných institucí, které mu jeho produkt/službu zajistí, v tomto případě se staví do popředí právě zmiňovaný prvek nepříznivé sociální situace jedince, která tímto omezuje pole nabízených druhů pomoci.

Ve většině případů patří pečující osoby do jiné věkové kategorie než ti, o které pečují. S tím jsou spojeny také **rozdílné názory** a odlišný pohled na svět, jež se mohou odrážet v podobě určitých bariér ve vzájemném fungování.

Dříve byl pojem *ageismus* spojován spíše s vyjádřením jen podobného věku vrstevníků, v nynější době se už vysvětluje jako forma diskriminace, která dělí určitou část společnosti na „my“ a „oni“ právě na základě odlišného věku. V hlavní roli převažují

**předsudky** a ideje negativního charakteru, které se mohou v tomto vztahu odrazit. (Jirásková a kol. 2005, s. 21-22)

Jako možný negativní prvek, který by následně mohl ovlivnit rozhodnutí upřednostnění jedné formy domácí péče je také možná **negativní předešlá zkušenost**. To může být spojeno jak se zkušeností se samotnými zástupci péče, tak s poskytováním péče jako takové.

Do hry také může vstoupit všeobecná **problematika mezigeneračních vztahů konfliktů** a, které podle Jiráskové (2005, s. 26) jsou napříč generacemi hned v těsném závěsu za hádkami v manželství. Základní stavební kámen tvoří znovu ona výše zmíněná forma diskriminace či stereotypizace, na čemž je založeno veškeré hodnocení druhého. To, co můžeme nazvat jako opravdu odlišnost, díky které bychom si ani tak nerozuměli, tvoří jen zanedbatelnou část těchto konfliktů. Problém nastává tehdy, když člověk tyto předsudky vezme za svou pravdu a nepřipustí, že by ona realita byla přece jenom jiná. Příkladem s dobrým koncem by bylo řešení konfliktu způsobem, ve kterém by si byly obě strany schopny daný konflikt definovat, také jeho příčinu a následné možnosti kompromisu jako uznání pravdy druhého.

## 4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

V empirické části této práce bude popsána použitá metodika kvalitativního výzkumu společně s jeho průběhem a přinesenými výsledky.

### 4.1 VYMEZENÍ CÍLE VÝZKUMU

V úvodu diplomové práce byl popsán cíl celé práce, který má být naplněn následujícím cílem výzkumu:

**Hlavním cílem** výzkumu bude zjistit:

- Jakou formu domácí péče opečovávaní využívají, a jakým způsobem vnímají odlišnosti formální a neformální péče s ohledem na jejich subjektivní vnímání

**Vedlejšími cíli** výzkumu bude zjistit:

- jakým způsobem opečovávaní tyto formy péče hodnotí
- jaké zkušenosti s představiteli obou poskytovaných forem péče a jejího fungování opečovávaní mají

Z cíle výzkumu je vyvozena *hlavní výzkumnou otázkou*:

- Jakou péči využívají osoby, o něž je pečováno a jakým způsobem a v čem vnímají odlišné prvky formální a neformální domácí péče

A dílčí *výzkumné otázky*:

- Jakým způsobem opečovávaní tyto formy hodnotí?
- Jaké zkušenosti s představiteli obou poskytovaných forem péče a její fungování opečovávaní mají?

#### 4.1.1 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP

Vzhledem k charakteru výzkumné otázky byl zvolen přístup kvalitativního výzkumu, poněvadž postoj člověka je subjektivní záležitost.

K objasnění pojmu kvalitativního výzkumu je možno použít charakteristiku Miovského (2006, s. 17-18, 25-26), který jej popisuje jako jedinečný a dynamický proces, v němž jsou hlavními aktéry výzkumník s respondentem, kteří se společnými silami zasluhují o vytváření nové vzájemné reality. Výsledné informace a data jsou objemná a úplná, vzhledem ke srovnání s kvantitativními výsledky, které jsou měřitelné a jasné.

Kvalitativní výzkum se také oproti kvantitativnímu soustřeďuje na zkoumání prostoru, který nelze převést na čísla. Tento lidský prostor může zahrnovat všechny nálady, city, prožitky, emoce, zkušenosti, vzpomínky, které ovlivňují proces uvažování a chování lidského jedince. Každý člověk je v tomto ohledu jedinečná bytost, v níž jsou právě tyto ovlivňující faktory předmětem zkoumání v rámci kvalitativního výzkumu. Tento výzkum disponuje také mnoha metodami, jak k výsledkům přijít. Jedním z nich může být metoda pozorování chování člověka, dalším (který bude v této práci využit) je rozhovor s respondenty a v neposlední řadě také studování dokumentů. Samozřejmě také nezáleží jen na charakteru zkoumaného subjektu, nýbrž i na objektu, který s ním vstupuje do interakce. Od něj se očekává, že bude schopen správně zhodnotit výsledné informace, poučovat se ze svých zkušeností s nimi, udržovat zdravý odstup, ale také disponovat určitou sociální a teoretickou citlivostí. (Strauus a Corbin, 1990, s. 17-19)

#### **4.1.2 METODA SBĚRU DAT**

Jelikož je téma obsahem kvalitativního výzkumu, jsem jako metodu zpracování dat vybrala polostrukturovaný, spíše až nestrukturovaný rozhovor s prvky narativního přístupu.

Polostrukturovaný rozhovor je zlatou střední cestou mezi rozhovorem, jež má předem danou pevnou strukturu a rozhovorem, jež probíhá naprosto volně. Středobodem tohoto druhu rozhovoru je však určitá předem stanovená konstrukce, jakýsi rámeček, v němž jsou zařazeny otázky, které se v rozhovoru určitě následně objeví a které je nutno pro danou odpověď vyzkoumat. V tomto případě není důležité pořadí, v němž budou otázky pokládány, významnější než posloupnost samotná, jsou otázky doplňovací. Díky těmto otázkám se dozjišťuje charakter reality sloužící také k ověření, jakým způsobem respondent odpoví na otázky mýnil. V konečném důsledku jde především o jakousi plynulost a nenásilnost vedení rozhovoru či procesu zjišťování potřebných informací.

Tazatel tyto informace reflektuje a doptává se takovým způsobem, aby docílil pochopení a správného přeformulování percipientovy myšlenky či vnímání. (Miovský, 2006, s. 159-160)

Na polostrukturovaný rozhovor navazuje rozhovor nestrukturovaný, který se může do určité míry přirovnat k běžnému rozhovoru dvou lidí. Tazatel se nesnaží respondenta násilně nasměrovat do míst a témat, která má za cíl vyzkoumat, nicméně se snažit rozvíjet myšlenku a průběh vyprávění dotázaného s ohledem na zkoumané téma. (Miovský, 2006, s. 158)

Pod zmíněnými prvky narativního přístupu, který je spojen především s osobním postojem (v tomto případě opečovávané osoby) k dané realitě, si můžeme představit zejména skutečnost, jež se při rozhovoru odhaluje, a tou je otázka, jaký význam má toto vyprávění právě pro dotazovanou osobu. Role „tazatele“ se v tomto případě dá nazvat spíše jako „naslouchačem“. (Freedman, Combs, 2009, s. 39, 64-65)

Při rozhovoru je důležité soustředit se nejen na pokládání otázek, ale i na povahu získané odpovědi. Správné otázky totiž můžeme pokládat jen v případě, že plynule posloucháme celý proces rozhovoru, a jsme schopni navázat správným doptáním se. Netřeba zmiňovat, že není na místě se vzdávat při případném zdánlivém neúspěchu, jelikož správně položená otázka nebo celkový postoj tazatele může celou situaci obrátit lepším směrem. (Kaufmann, 2010, s. 58)

Podle výše zmíněných a popsaných zásad jsem se snažila celý rozhovor vést a směřovat k tomu, aby se mi podařilo všechny odpovědi obsáhnout danými několika málo připravenými otázkami, ale i těmi, které se naplánovat nedají.

### **4.1.3 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT**

Jednou z částí analýzy dat byla zvolena metoda **otevřeného kódování**, což by se zjednodušeně dalo popsat jako metoda, při které se sumarizují stejné či podobné prvky do jednotlivých souhrnných kategorií, které se pak pojmenovávají. Bez této části procesu zpracování dat by sesbíraná data nešla nijak dále použít či upotřebit. Tato metoda vznikla ze zakotvené teorie. (Strauss, Corbin, 1990, s. 62)

Pokud jde o specifičtější popis práce s daty, byl převzat postup Švaříčka, Šed'ové (2007, s. 211-227), podle kterých byly informace v rozhovorech rozčleněny na jednotlivé části. Tyto části obsahovaly jak slova, tak celé věty s informacemi, které se následně sjednocovaly s jednotkami stejného významu, jinak nazýváno kódy. Díky těmto kódům vznikly nové kategorie informací, které s následně dále zpracovávaly.

#### 4.1.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Pro výběr vhodného vzorku respondentů byla použita metoda **účelového výběru**. Navzdory tomu, že je cílová skupina sama o sobě rozmanitá, některé konkrétní prvky zúžily výsledný výběr. Použitím této metody výběru je důležité popsat přesné a dané elementy, které jsou hromadné a shodné pro výsledný vzorek, jež bude následně zkoumán. Tento popis a zúžení výběru je dán pouze okem badatele, který tuto konkretizaci určuje. (Disman, 2002, s. 112-113),

Cílový vzorek byl tvořen 8 respondenty spadající do výše zmíněné kategorie osob, jež jsou závislé na péči jiné osoby, a jejichž oblast nesoběstačnosti zasahuje právě do fungování fyzické nebo smyslové oblasti. V tomto bodě je důležité zmínit, že jelikož se s touto cílovou skupinou pojí (nejen) vyšší věk, který může zapříčínovat nejrůznější duševní onemocnění, z tohoto důvodu jsem volila účelně osoby, u kterých nejsou omezeny duševní pochody, a které jsou tudíž schopny vnímat a vést rozhovor.

Druhým kritériem byl předpoklad, že dotazovaný má pro potřeby této práce zkušenosti jak s domácí péčí formálního charakteru, tedy zástupcem určité sociální služby, tak s domácí péčí neformální, čili rodinným příslušníkem či přítelem. V konkrétnějším měřítku šlo o osoby, jejichž nepříznivý zdravotní stav trvá déle než 1 rok právě z důvodu vyššího věku, úrazu s trvalými následky nebo druhu nějakého postižení.

Z tohoto pohledu byly rozhovory uskutečněny se 4 osobami závislými na péči z důvodu věku a 4 z důvodu postižení či úrazu. Z genderového pohledu je vzorek zastoupen rovnocenně 4 ženami a 4 muži. Věková kategorie je široká, nejmladšímu respondentovi bylo 28 let, nejstaršímu 83 let. Míra a doba poskytované péče od jednotlivých zástupců formální a neformální péče je různorodá. Rodinný stav, dosažené

vzdělání či bytová situace dotazovaných nebyl faktor, který by hrál roli v účelovém vybírání. Co se týče jmen a osobních údajů respondentů, jsou pro účely této práce pozměněny a zachovány jsou jen informace, které souvisí s cílem práce.

Nejstarším respondentem byl pan **Tobiáš (79 let)**, který žije v domácnosti se svou manželkou. Ta zaštiťuje spolu s jejich synem (který bydlí ve stejné obci) největší část péče, jelikož pan Tobiáš trpí Parkinsonovou chorobou. Se svou rodinou má dobré vztahy, když potřebuje, pomohou i ostatní členové rodinné struktury krom výše zmíněných. Občasně k němu dojíždí také pečovatelská služba, která zajišťuje některé odborné úkony.

Další respondentkou byla paní **Ester (73 let)**, která žije v domácnosti se svým synem. Péče je jí poskytována z důvodu následků úrazu ve vyšším věku a s tím spojenými obtížemi. Má zkušenost s péčí od rodinného příslušníka (syna), i od pečovatelské služby, která za ní pravidelně dochází. Pokud jde o vztahy v rodině, se synem vychází skvěle, o něco méně hodnotný vztah má se svou dcerou, od které trvalou péči nepřijala.

Třetí nejstarší ženou byla paní **Ráchel (68 let)**, která následkem cévní mozkové příhody vyžaduje souvislejší péči poslední tři roky. Žije v domácnosti se svým synem a snachou, kteří praktickou péči zajišťují. S těmi má dobrý vztah, nicméně s ohledem na jejich možnosti nebyli příliš nakloněni zajištění komplexní péče z jejich strany. Každý den k ní dochází pracovníci osobní asistence, kteří se o ni starají po největší část dne.

Rozhovor byl také uskutečněn s paní **Rebekou (63 let)**, která potřebuje péči z důvodu úrazu a následného zhoršení zdravotního stavu, a také z důvodu staršího věku. V domácnosti bydlí sama, ale stará se o ni dcera, která má bydliště ve stejném městě. Spolu udržují výborný vztah, což se nedá říci o vztahu s jejím synem, se kterým kontakt udržují pouze sporadicky. Dále jí také navštěvují osobní asistentky, které jí pomáhají s běžnými denními úkony.

Pátým respondentem byl pan **Samuel (57 let)**, který od narození trpí svalovou dystrofií, a tudíž je upoután na vozík a odkázán na pomoc jiné osoby. Bydlí ve společné domácnosti s manželkou. Mezi sebou mají dobrý vztah, i když spolu netráví každou volnou chvíli. Z největší části se o něj starají osobní asistenti, z menší části jeho žena.

Dalším percipientem byl pan **Nataniel (41 let)**, jež je v podobné situaci jako pan Samuel. Od narození je taktéž upoután na vozík a kvůli své nemoci tedy odkázán na péči



jiné osoby. Žije v domácnosti sám, přičemž mu v péči pomáhá jeho přítelkyně, matka, a také pracovníci osobní asistence. S matkou – stejně jako s přítelkyní má dobrý vztah, se svým otcem už se nevidá.

Předposledním dotázaným je pan **Rafael (37 let)**, který potřebuje péči jiné osoby posledních 10 let vlivem úrazu a následného částečného ochrnutí. V domácnosti bydlí sám a má zkušenost s péčí od pracovníků osobní asistence, i od své matky a přátel, se kterými udržují dobré vztahy. Matka bydlí několik domů od něj, přesto největší podíl péče je zajištěn formálními pečovateli.

Poslední a zároveň nejmladší respondentkou je paní **Sára (28 let)**, která potřebuje také dopomoc v péči vlivem postižení dolních končetin. Bydlí v domě se svými rodiči a sourozenci, kteří obstarávají občasnou péči. S matkou udržuje velice dobrý vztah na úrovni přátelství, přesto ve většině případů ke svému všeobecnému fungování využívá služeb osobní asistence.

Pro lepší orientaci ve faktech, které mohou hrát nějakým způsobem roli v postoji k daným formám péče, byla vytvořena následující tabulka:

Respondent	Věk	Důvod péče	Doba poskytování péče	Zástupce ne/formální péče
Pan Tobiáš	79 let	Stáří, Parkinsonova choroba	7 let	Manželka, syn Pečovatelská služba
Paní Ester	73 let	Stáří, úraz	5 let	Syn Pečovatelská služba
Paní Ráchel	68 let	Stáří, úraz	3 roky	Syn, snacha Osobní asistence
Paní Rebeka	63 let	Stáří, úraz	2 roky	Dcera, Osobní asistence
Pan Samuel	57 let	Fyzické postižení	Od narození	Manželka, Osobní asistence
Pan Nataniel	41 let	Fyzické postižení	Od narození	Přítelkyně, matka, Osobní asistence
Pan Rafael	37 let	Úraz, postižení	10 let	Matka, přátelé, Osobní asistence
Paní Sára	28 let	Postižení	Od narození	Rodiče, sourozenci, Osobní asistence

#### 4.1.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO TERÉNU

Výzkumný terén může být popsán jako prostor, ve kterém lidé, o které je pečováno, žijí. Ve většině případů bylo tímto místem důvěrně známé domácí prostředí jedince, ve kterém se rozhovor odehrával. I když u všech respondentů není domov jediným prostředím, ve kterém se zdržují, v jejich situaci je to základní složka, která hraje z největší části nezměrnou roli. Už jen právě z důvodu toho, že se jedná o domácí péči.

#### 4.1.6 OTÁZKY NAVRŽENÉ PRO KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Vzhledem k faktu, že jako metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný, spíše až nestrukturovaný rozhovor s prvky narativního přístupu, byla vždy na začátku každého rozhovoru použita následující otázka k vyvolání vyprávění respondenta:

- *Můžete mi, prosím, vyprávět o tom, jak se Váš život odvíjel od doby, kdy jste začal využívat nějakou domácí péči?*

Důležité tedy bylo zejména i to, o čem se respondenti rozhodli mluvit jako první, o čem mluvili delší či kratší dobu, nebo na co kladli důraz, na základě čehož se také daly zjistit jejich prioritní pohledy na dané problematiku. Otázky na doptávání se týkaly především vedlejších výzkumných otázek tak, aby naplnily cíl práce a výzkumu. Byly použity v případě, že o nich dotazovaný nezačal mluvit sám.

#### 4.1.7 ANALÝZA DAT

V následující kapitole podrobně popíšu a vysvětlím přinesené výsledky uskutečněného výzkumu. Prostřednictvím analýzy a metody zpracování dat byly s ohledem na název práce sestaveny jednotlivé kategorie, jež zachycují danou problematiku z určitého úhlu. Jako první bude popsána oblast neformální péče, následně formální péče, srovnání těchto dvou forem a nakonec možné ovlivňující faktory. V těchto kategoriích budou charakterizovány konkrétní vydefinované oblasti.

## OBLAST NEFORMÁLNÍ PÉČE

### · RODINA JAKO ZÁKLAD

Jelikož všichni respondenti nějakým způsobem využívají neformální péči, ať už ze strany rodinných příslušníků nebo partnerů, sousedů, přátel atd., je na místě považovat tuto kategorii za důležitou. Tato oblast využívání se v uskutečněných rozhovorech většinou pojila **se začátkem potřeby péče**, kdy se konkrétně rodina a její příslušníci stali jejími prvními poskytovateli. Např.: „*já jsem od dětství, od útlého dětství postižená, takže o mě pečoval pořád někdo. Maminka, rodiče.*“ (pan Samuel). U paní Sary je to obdobné, nicméně přestože má s maminkou výborný vztah, v tomto případě zmíněna nebyla: „*neformální péči já využívám od svého narození, protože vlastně můj hendikep (...) se týká jakoby už od narození.*“ (paní Sára)

Podobnou situaci můžeme vidět i u pana Rafaela, u kterého se tímto hezky nastiňuje obětavost jeho matky, se kterou měli té době dobrý vztah: „*začal jsem po úrazu vlastně, (...) no, takže nastoupila mamka, která odešla vlastně z práce a začala se o mě starat.*“ V případě pana Tobiáše se setkáváme s tím, že primárně nemluví o sobě jako o člověku potřebujícím péči, ale v mluví o jeho ženě, kterou tímto staví do popředí: „*Nejdřív se o mne začala starat moje manželka.*“ Situace prvotního poskytování péče ze strany rodinných příslušníků mohou být spojeny s faktem, že výše zmíněné osoby jakožto zástupci neformální péče jsou buď nejbližšími osobami člověka, nebo osobami, se kterými se člověk dostane nejvíce do styku a tudíž je to v danou situaci nejbližší, nejrychlejší a nejefektivnější varianta, jak bylo zmíněno v teoretické části.

S tím je spojena skutečnost, která souvisí s **proces/moment rozhodování**, co se s daným opečovávaným bude dít od okamžiku, kdy začal potřebovat nějakou formu péče. V tomto případě se může často stát, že zodpovědnost za osobu potřebující péči padne právě do rukou nejbližších, kteří následně buď sami, nebo se souhlasem opečovávané osoby jednájí. V tomto bodě můžeme uvést, že existuje rozdíl mezi osobou, která péči vyžaduje od narození, jelikož o tomto procesu rozhodovat nemůže, jak to můžeme vidět v odpovědích výše např. u pana Samuela nebo u paní Sary. V těchto případech se rodiče rozhodli pro péči, k čemuž se vyjadřuje i pan Nataniel: „*Pečující si to může vždycky vybrat. (...) Každá matka se může svého dítěte zříct, může ho zabít, může od něho utýct, (...) ...na konci toho všeho je svobodný rozhodnutí. (...) Vždycky může*

*odejít, vždycky. I kdyby toho svého potomka nechal prostě zemřít. Je to strašný, ale pořád je to varianta.“*

Jiné to bude u osoby, která je plnoletá, a tudíž má do určité míry možnost se podílet – pokud chce – na rozhodování, kdo o ni bude pečovat. Jako příklad můžeme uvést následující výtažek z rozhovoru:

*(pan Rafael): „vlastně mamka 6 let se o mě starala.“*

*(tazatel): „to jste se nějak bavili – nebo ona se prostě rozhodla, že se o tebe chce starat?“*

*(pan Rafael): „Jo ona, a já jsem říkal dobře. Bylo to sice jak na houpačce, (...) ale nějak jsme to zvládali.“* V tomto případě stejně jako v některých dalších, bylo první rozhodnutí

v rukou blízké osoby, přičemž opečovávaná osoba se k tomu následně jen nějakým způsobem vyjádřila. Někdy se objevila i forma přijetí: *„Nic jiného mi nezbylo, (...) zlomenina krčku to byla úplná konečná, že jsem nemohl vůbec chodit a ona (manželka) musela začít zajišťovat všechno, takže tam ani nebyl nějaký prostor na vzájemnou komunikaci, samozřejmě jsem nechtěl, aby mi pomáhala, aby to všechno dělala ona.“*

*(pan Tobiáš) Nebo může hrát roli i jistá forma ujištění: „vzhledem k tomu, že se mnou bydlí můj syn, tak jsem měla jistotu, že mě pomůže.“* (paní Ester) Na druhou stranu, kdyby se výsledná situace opečovávané osobě s ohledem na neformální péči vyloženě nelíbila, dalo by se s tím pracovat, nicméně všichni respondenti jsou se svou situací spokojeni, o čemž bude řeč níže.

Dalším častým zjištěným faktem bylo, že rodinní pečující se angažují v **zajištění „nadstandartních“ věcí**, které se vážou na **blíží vzájemný vztah**, a které by se ve formální péči neobjevily a z hlediska hranic by ani neměly. Např.: *„protože měl o mě strach, že jsem hodně padala, takže postupně mi začal pořizovat i různé pomůcky, chodítka jsme si půjčili... (...) že se ten můj stav zhoršoval, tak mě to všechno snažil přizpůsobit tomu, jak na tom jsem.“* (paní Ester) Či: *„...domácí (neformální) péče, ta vlastně byla neustále taková stimulující, mamka mě do něčeho honila, říkala, však radši pomalu, ale udělej si to sám, jo, a to je obrovské rozdíly třeba“* (pan Nataniel) V tomto případě však záleží na zkušenosti, se kterou je to srovnáváno. Nebo: *„On (syn) sháněl soukromou osobu, která by se o mě starala, protože oni chodí oba do práce i s manželkou. (...) takhle oni mě plošinu vyřídili nebo tak všechno, nebo když se potřebuje nějaká úprava třeba.“* (paní Ráchel) Či: *„jako nejvíc manželka která vlastně všechno zařídila a oběhala*

*ale to jako i ted'ka, cokoliv co vlastně potřebuju, tak prostě zařídí ona no. Doktory obvolá, všechno prostě zařídí, co je potřeba no.* “ (pan Tobiáš)

## · DŮVĚRA, VDĚK

V tomto případě můžeme mluvit zejména o **známé důvěře či pocitu někam patřit**. Skutečnost, že je daná osoba v domácím prostředí, jež zná s dalším člověkem, kterého zná a který zná jeho. Např.: *„...u té dcery se mě líbí, že mě prostě zná, je to moje dcera, celý život a ví, co jsem, třeba čím jsem si prošla, co jsme si zažily i spolu a tak, co nemám ráda, co mám ráda, co jak myslím, na co se ráda dívám... ona to prostě ví. Mě zná.*“ (paní Rebeka) Stejný pohled na důležitost toho, jakým způsobem pečující zná blízkého, o kterého pečuje, se objevuje také zde: *„...ta neformální dopomoc, péče, (...) je pro mě strašně důležitý. Je to takový nějaký potvrzení toho, že někam patřím, že pro někoho něco znamenám. (...) ... jakoby chrání ten vztah, tak je jakási identifikace (neformálního pečujícího) s tím problémem, nebo s tou situací.*“ (pan Nataniel) Důraz je kladen i na vzájemnou blízkost: *„Tak ona (manželka) mi je nejbližší člověk“* (pan Tobiáš) Nebo: *„...je to můj syn, tak je fajn, že jsme jakoby spolu, víte, (...) ale přijde mi, že se víc chodí a víc se zajímá, než kdyby mě nic nebylo...“* (paní Ráchel) Či: *„Ta její láska jako my jsme tady s tebou, ta její podpora, ta je strašně důležitá.*“ (Pan Samuel) Vliv má také právě to, jak se člověk, o kterého je pečováno, v dané situaci cítí. Bez ohledu na potřebu péče je důležité slyšet nebo vědět, že člověk někam patří.

Také se skoro u většiny respondentů přes všechny výše zmíněné nepříznivé aspekty objevil **pocit vděku či uznání blízkých**, kteří danou neformální péči vykonávají. Bylo to zejména spojeno s obdivem v tom smyslu, že pečují z částečně jiné motivace, než je tomu u pečujících formálního charakteru. Tento rozdíl bude však popsán níže v oblasti srovnání jednotlivých druhů péče. Paní Rebeka zmiňuje: *„A vidím, jak ona toho má ještě hodně, ale chodí sem, stará se o mě, je to prostě... hrozně hezký. Ona má ještě práci, víte, stará se o děcka....“* Nebo: *„neformální péči, takovou tu, kdy prostě kamarád, přítelkyně nebo matka nebo prostě někdo, mi pomáhá, tak tam zas oceňuju to, že to je (...) s jakousi láskou, angažovaností, že tomu člověku třeba záleží na tom, jesi to mám dobrý, dobře.“* (pan Nataniel) Důležitou roli v tomto smyslu hraje charakter vzájemného vztahu, na kterém je péče postavena.

## · ŽIVOTNÍ STYL

S tím také souvisí **zaběhnuté zvyky**, či **automatické chování**. Nějaké činnosti, kterou osoba, o kterou je pečování nemusí nahlas říct, ale rodinný příslušník ji zkrátka automaticky udělá. Např.: „*No tak byl jsem na mamku už zvyklý, jsem se mohl prostě spolehnout, že prostě budu mít navařené, že se o mě postará, (...) Že už jakoby jsem nemusel nic říkat, ale věděla, co má dělat sama.*“ (pan Rafael) Nebo: „*Jsem tak zvyklý, máme to tak zaběhnuté jak to prostě je a asi to tak stačí i když mi je líto, že ona si nemůže zajet někde a dát si lázně nebo tak.*“ (pan Tobiáš) Nebo jak už bylo zmíněno výše pocit jistoty ve vzájemném vztahu, na které je spolehnouti: „*vzhledem k tomu, že se mnou bydlí můj syn, tak jsem měla jistotu, že mě pomůže.*“ (paní Ester)

## · ZKUŠENOST

Dostáváme se k otázce, zda může mít na péči vliv i **nepříznivá zkušenost s neformální péčí** ve smyslu možného využití role moci ze strany neformálního pečujícího, jak bylo zmíněno v části teoretické. Vlivem špatných vzájemných vztahů nebo nějakých neshod by mohlo dojít k upřednostnění péče formální. Žádný z dotázaných ale o takové situaci nemluvil. Je to možná do jisté míry dáno také tím, že respondenti byli všichni v takové psychické kondici, že by byli schopni si v případě takové situace zasáhnout. Ze strany domácích pečujících docházelo maximálně k hádkám, což je občasný klasický prvek je všech domácnostech. Např.: „*protože tím, že jsme se synem každý den, tak se někdy samozřejmě hádáme, někdy i zbytečně*“ (paní Ester) Hádat se s blízkými je sice občas přirozené, nicméně to může mít v dlouhodobém měřítku a v častější formě negativní důsledky.

## · ÚSKALÍ

Co se týče jakýchsi úskalí neformální péče, dotazovaní měli tendence mluvit o nich většinou jako první, tudíž mohou být pro ně prioritní nebo jim přisuzují větší důležitost.

Drtivá většina respondentů měla na tuto oblast stejný názor, který by se dal sumarizovat tak, že jsou sice velice rádi za poskytování takové péče od rodinných příslušníků a cení si jí, nicméně se objevuje **pocit obtěžování svých blízkých**, jelikož si

byli často vědomi náročnosti péče ze strany neformálních pečovatелů. Ve většině případů tedy primárně hovořili nikoli o sobě a své péči, ale o představitelích neformální péče a jejich situaci: „*No, tak mě to prostě štvalo, protože vidím ju jako moju dceru a jak se tady... jako o mě stará a že má ještě vrásky ze mě, že mě musí chodit hlídat a pomáhat mě.*“ (paní Rebeka) Obdobný názor: „*...to vidím na tom synovi, že on musí odběhnout od rodiny a že to dělá rád a manželka taky že to dělá ráda (...) jako беру jejich volný čas, těm rodinným příslušníkům. Že místo toho aby přišli na kávu tak mi přijdou utírat zadek.*“ (pan Tobiáš) Zde je možno vidět, že osoby pečující se mohou řadit do tzv. sendvičových generací, jak bylo zmíněno v části teoretické. Objevuje se i názor, který nad takovou péčí v dlouhodobé vidině vůbec neuvažuje reálně: „*protože toto by nebylo možný chtít po rodině. I kdyby chtěli, tak já tady nejsu sama.*“ S tím souvisí i možný náhled, že právě pro tyto důvody by neměla být neformální péče tím hlavním tahounem, jelikož to může mít dalekosáhlé následky. „*...rodina je nejlepší. Určitě. Ale neměla by být tím hlavním pečujícím prvkem. Ani třeba i v manželství, když už jsou, spolu dlouho, (...), a pokud o něho ten druhý pečuje, s láskou, je to sice příjemné, a fajn, ale velmi brzo ho to utahá. Měli by i tyto jakoby se naučit maximálně využívat té péče odjinud, aby to usnadnili, a tu láskyplnou péči poskytovat v těch dobách, kdy tam nikdo není.*“ Na druhé straně u pana Nataniela se objevuje názor, že je potřeba blízkého člověka zdravě „zaměstnat“ do péče, aby se nestala následující věc, se kterou má zkušenost: „*já jsem dokonce v minulosti i třeba vztah s dívkou do značné míry pohřbil tím, že jsem od ní nich nechtěl, protože jsem ji nechtěl obtěžovat, a bylo mi to hloupý. A ona prostě měla pocit, jakože jí vůbec nepotřebuju, nebo že mě jakoby zavazí*“.

Hovoří se tedy i o určitém **omezení opečovávané osoby**, které brání se dožadovat uspokojení všech svých potřeb. „*...nemám rád takovej ten pocit, že ted' někoho otravuju, ruším jeho soukromí, (...), takže je to takový nekomfortní anebo potom je druhá varianta otravovat, ale to se mi zase nechce otravovat lidi, který mám rád a se kterým jsem v nějakým osobním vztahu, jo.*“ (pan Nataniel) Objevila se tedy i myšlenka, že i kdyby to rodinní příslušníci dělali dlouhou dobu dobrovolně, tak by to ze strany opečovávaného nebylo správné: „*...tak jim to nechceme dělat. Takže je to takové určité omezení, oni by mě možná rádi vyšli vstříc, ale nějaká autocenzura zase brání tomu, abych se pustil po svých potřebách nějakým větším tempem.*“ (pan Samuel) Dá se mluvit i o nějakém „*...já jsem spíš pro takový jakože, když jsem radši nechal mamku*

*odpočinout.* “ V těchto případech se může stát, že pečovaný bude své potřeby klást až pod potřeby ostatních.

Dalším společným prvkem, který se často v rozhovorech objevoval, byla tzv. **ponorková nemoc**.<sup>29</sup> V případě, že se v určitém období o osobu starala (nebo by se starala) dlouhodobě jen jedna osoba jakožto rodinný příslušník, mohlo by jednoduše dojít k tomu, že (by) napětí mezi lidmi rostlo právě z důvodu, kolik času spolu tráví. Např.: *„Jednak jakože ona (rodina) potřebuje vypnout, nebo odpočnout si, nabrat síly, nebo vyřešit si nějaký svoje záležitosti, ale i pro mě, že není prostě pořád s něma, dyť to musí být šílená ponorka jako pro obě strany.“* (paní Sára) Podobný názor zastává i paní Rebeka: *„...že si může i ta dcera odpočinout, že jsem tak jako dál. Jakože kdybysme měly být spolu třeba 24 hodin denně, tak to taky není dobré. To se nevydrží.“*

Znovu se primárně myslí na pečující, až pak na nějaký vzájemný stav, který by mohl vést k napětí. Objevuje se i souvislost s přístupem od rodinných pečujících ve smyslu slov pana Rafaela: *„...jakože doma a být s rodičma to už je někdy jakože ponorka, (...) když se starají ti rodinní příslušníci, ale pořád tě berou, že budeš pořád jejich děcko.“* Pan Nataniel vidí za tímto neklidem či pnutím lásku, se kterou to ten člověk prožívá: *„Ona nadává z lásky, oni nás ti lidi někdy s\*\*eu, no jasně, že nás se\*\*u, pořád něco chcou, jenže nakonec stejně zjistíme, že tam jdeme dobrovolně. Že je ta tím (...) nějakaj hrozně velkej důvod, proč to děláme.“* Toto napětí může vést až k omezení společného trávení času: *„S ženou už nejezdíme ani na společné dovolené, protože jsme se tam většinou pohádali“* (pan Samuel) V případě rodinných pečujících se tato situace může řešit o něco složitějším způsobem, než je tomu např. u formální péče.

## **OBLAST FORMÁLNÍ PÉČE**

Co se týče postojů dotázaných a oblast formální péče, ve srovnání s neformální péčí měli dotázaní tendence o mluvit přednostně o pozitivních aspektech před nepříznivými.

---

<sup>29</sup> ponorková nemoc = napětí mezi lidmi, které je zapříčiněno bytím dlouhodobě ve stejném prostoru, což může mít za následek stres, vznik konfliktů, mnohdy až odpor k druhému člověku.  
Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/rozvoj-osobnosti/ponorkova-nemoc-kdyz-spolu-lide-travi-prilis-mnoho-casu>



## POTŘEBA JAKO ZÁKLAD

U každého opečovávaného percipienta je míra zapojení formální péče jiná. Souvisí to samozřejmě s mírou potřebnosti takové péče a jeho možnostmi, ať už časovými, finančními, postojovými. Ve většině případů ale percipienti ve spojení s oblastí využívání péče zmiňovali právě jejich uvědomovanou **potřebu formální péče**, kterou využívají. Může být v menší míře: „*v některých věcech pomoc potřebuju, hlavně prostě v doprovodech*“ (paní Sára). Či: „*pečovatelka 2x za týden vždycky přijela a pomohla s nějakými úkony...úkony, který byly potřeba*“ (pan Tobiáš). Nebo: „*u mě střídá jak dcera, tak syn, tak asistentky, protože už toho potřebuju dost*“ (paní Ester) U paní Rebečky je potřeba spojena také s vděčností: „*já vím, že potřebuju pomoci s některými věcmi a jsem pak hrozně ráda, když přijdou a pomohou mě s tím*“ (paní Rebeka) Objevuje se i ve větší míře: „*a já potřebuju víc a víc hodin asistence*“ (pan Samuel) Čili dá se říci, že potřebnost využívání formální péče viděli všichni dotázaní.

Využívání také do velké míry může souviset s **důvodem jejich potřebnosti**, které budou popsány níže v kategorii možných ovlivňujících faktorů v rozhodnutí o zapojení formální a neformální péče. V krátkosti – mohou to být např. náročnost situace, kdy je neformální pečující přehlcen vysokými požadavky okolních podmínek, dále také povaha vzájemných vztahů nebo touha po osamostatnění se.

Zajímavým může být i samotný přechod od neformální péče k formální z hlediska **přechodových bodů**. U paní Sárky to bylo realizováno formou brigády: „*jsem si dala na fb různé inzeráty jakoby po vysokých školách, ať už na fakultě sociálních studií, na pedagogickou fakultu (...) že by to byla normálně forma brigády, kdy bysme se domluvily jakoby na dobrý slovo*“ Zde i jak ona mezi řádky uvádí, není vzájemný vztah podložen žádnou smlouvou a pečující nejsou vázáni žádnými pravidly organizace, což může znamenat, že jí to i tímto způsobem po určitou dobu vyhovovalo.

V největším procentu zástupci formální péče vykonávají přímou obslužnou péči o člověka, která je prováděna většinou v domácím nebo ve venkovním prostředí a v čase, kdy není neformální pečovatel přítomen. Základním rozdílem, který v této situaci také hraje roli je spojení se sociální službou, pod kterou pracovníci činnost vykonávají. První

kontakt s těmito formami péče byly většinou zajištěny ze strany rodinných příslušníků, kteří službu vyhledali (jak bylo popsáno výše), nicméně o **sociálních šetřeních** či něčem podobném, díky kterým se následně domlouvá fungování péče, a které většinou znamenají prvotní kontakt s formální péčí, se nezmínil přímo žádný z respondentů. Všichni z nich plynule přecházeli do doby, kdy byla péče již poskytována. Jediná respondentka uvedla „*Pak teda přišla ta pečovatelka, a začala mě tady povídat, z jaké jsou služby, a že dělají, jako že se tady o mě budou starat*“ (paní Rebeka). Což může značit právě jakýsi informační úvod ze strany sociálních služeb do poskytování péče. Získání informací může být také přes „menší služby“, které tito lidé využívají jako je např. právě roznáška obědů: „*vlastně ještě přes tu paní, která nám rozvázela obědy. Ona taky byla jako nějak přes ty služby napojená*“ (paní Ester)

#### · DŮVĚRA, VDĚK

Stejně jako u péče neformální, se mezi dotázanými objevuje **vděčnost** i vzhledem k vědomí náročnosti péče. Ve všech případech jsem se dozvěděla, že jim jejich nynější situace naprosto vyhovuje. „*jako je super, že něco takovýho funguje (...) je to přirozený, že každý má nějaký takovej svůj život (...) umožňuje mě o normální každodenní fungování.*“ (paní Sára) Nebo: „*tak když dojde, jasně že je to potřeba a já jsem za to rád, že mi pomůže ale třeba jako s tou osobní hygienou*“ (pan Tobiáš) Či: „*já už nikam nechci jít, mě nejvíc vyhovuje takto, jak to je*“ (paní Ráchel) Obdobný názor má i pan Nataniel, který tento druh péče jako první nazývá profesionálním: „*ta profesionální péče je pro mě v jistým slovasmyslu pohodlnější, v jistým slovasmyslu bezpečnější*“. Zajímavé bylo, že nikdo z dotázaných nezmínil žádnou důležitost odbornosti formálních pečovatelů.

Na druhé straně můžeme právě oblast ne/důvěry vzhledem k zástupcům neformální péče vidět jako určitý **zásah do soukromí**, který nemusí být vždy příjemný. Tím, že je péče poskytována v domácím prostředí člověka, respondenti často mluvili o zástupci formální péče jako o někom „cizím“, i když ho už znají. Problémovým momentem bývá většinou první setkání, společně s nějakým odhalením intimity. Např.: „*tak vlastně to bylo hned ráno, že – jako věděl jsem, že přijde – a ted'ka prostě všechno pryč, peřina, že, moje intimita okamžitě jde do háje prostě, že*“ (pan Rafael) Či: „*No ty lidi jsou cizí že, nevím, koho si vezmu do baráku (...)...tak svléct se do naha před někým kdo přijde prvně*“ (pan Tobiáš) Nebo: „*ze začátku mě strašně štvalo, že jako ty cizí paní*

*mě přijdou pomoc umýt nebo že vidí, jak a co tady mám a přehrabují mi to tady.*“ (paní Rebeka) Z těchto odpovědi vyplývá, že zvyknout si na někoho může být otázka času, např. ve smyslu: *„Už jsem si zvykl na to, za tu dobu, od toho roku je to 2009, jsem to počítal, a už jak jsem přesáhl 30, tak jsem to přestal počítat prostě“* (pan Rafael) Nebo: *„Za ty roky se u mě vystříдалo, no troufám si říct určitě několik set lidí – asistentů.“* (Pan Samuel) Pak se naopak může stát, že v případě, že si člověk zvykne na takovou pečující osobu a získá její důvěru, může se hůře srovnávat s jejím případným odchodem. *„třeba špatně snáším, když má přijít nějaká nová pečovatelka a stará má jít pryč, že si zas musím zvykat na jinou“* (paní Rebeka) Nebo: *„já jsem byl zvyklý jenom na ňu, jo, (...). Jako obrečel jsem to ten její odchod.“* (pan Rafael)

O intimitě nebylo hovořeno jen z pohledu fyzického, ale z všeobecného pohledu, kdy pečující má přehled nad komplexními informacemi o opečovávané osobě. Např. jako u pana Samuela: *„Byť oni mě vidí s prominutím do peněženky, znají moje PINy (...) koukají mi do trenýrek, když už to jako takle mám, mohu říct. A umývají mě, utírají zadek, řídí se mnou, myslím si, že mnohdy asistenti o mě dneska už vědí víc, než moje žena.“* V tomto případě pan Samuel (který ze všech respondentů potřebuje péči v největším rozsahu) si je vědom těchto úskalí, které mohou vést k nepříjemným situacím: *„asistenti mohou vnášet do té rodiny určitý cizí prvek, který najednou tu rodinu může až rozbít. (...) Pořád tady někdo je, pořád tady někdo zvoní, ztráta soukromí.“*

## · ŽIVOTNÍ STYL

Jako pozitivní prvek, který se objevoval skoro ve všech rozhovorech, je **určitá rozmanitost lidí, zpestření dne**, něco, na co se člověk může těšit, z čeho může čerpat, od koho se může ještě učit, udržování sociálního kontaktu. Ve většině případů byl tento fakt zmíněný mezi prvními, když došla řeč na formální péči. Tím pádem to v této oblasti může být označeno jako jedna z jejich priorit. Např.: *„že každý ten asistent mi do té služby přinese něco jiného, že, někdo má takový názor, jiný má taková názor“* (pan Rafael) Nebo: *„A hlavně ta asistence je hrozně různorodá“* (paní Sára) Či: *„že ten člověk není furt s jedním člověkem a je to takový rozmanitý“* (pan Tobiáš) Řeč byla také právě o oblasti onoho učení, kdy nešlo pouze o prvek rozmanitosti, ale i jakéhosi hlubšího významu asistence založeném na předávání zkušeností a inspirací: *„prostě člověk se s nimi pořád něco učí, rozšiřuje obzory a je to oboustranně. Aspoň pro mě teda určitě přínosné“* (pan Samuel). Objevuje se i obdobný názor, že právě z oné rozmanitosti osob se dá spousta

nového načerpat a přebírat: „já jsem taková trošku houba – vstřebávám to, co se kolem mě v tom světě děje.“ (pan Nataniel). Jedna respondentka uvedla pozitivní prvek rozmanitosti v rámci srovnání s rodinným příslušníkem: „jsem vždycky ráda, že přijde někdo jiný, s kým si můžu popovídat, takové zpestření protože tím, že jsme se synem každý den.“ (paní Ester) Důraz na sociální kontakt přidává i paní Ráchel: „já jsem ráda spíš, že mám i nějaký jiný sociální kontakt, protože už nechodím ven“ (paní Ráchel).

Několik respondentů v oné rozmanitosti zmiňovalo také **souvislost s věkovým rozdílem** mezi nimi a zástupci formální péče, ať už se jednalo o pečující mladšího nebo staršího věku: „Jsou v různých věkových kategoriích, každý člověk je jiný“ (pan Tobiáš)

V případě, že se jednalo o **mladší pečující** než opečovávaná osoba, bylo to většinou spojováno s nějakou inspirací, příjemným pocitem jakési mladosti v blízkosti a připomínáním si toho, jaké to bylo v mládí. Např.: „Já si nestěžuju, dneska roky popošly a já mám kolem sebe pořád ty dvaadvaceti, pětadvacetileté děvčata a je mi s něma dobře“ (pan Samuel) „protože já od výrazně mladších lidí většinou jakoby čerpám inspiraci (...) oni mi jako připomínají, jak jsem byl (...) ty vášně, který proudí v tom těle, touhy, ty naděje do budoucna, ty jsou tam pořád stejný. A mě hrozně baví si to jakoby skrze ně připomínat.“ (pan Nataniel) Do určité míry to může souviset s okolnostmi, kterých si je člověk vědom, a díky kterým si tvoří k této věci postoj jako např.: „i když jak stárnu (...) možná právě tím, jak nemám děti, tak pořád mám pocit, že spíš si rozumím s těmi cetiletými, než – jo, těch 20 až 30 nebo řekněme do 40. Takové ty povídačky o rodině, o dětech, jak jim rostou zoubky, nebo o vnoučatech prostě mě minuly. (...)“ (pan Samuel)

Na druhou stranu, když byla zmínka o **starších pečujících**, bylo to spojováno s inspirací obdobně jako u mladších: „o mě se občas starají i dámy těsně před důchodem (...) je to tak v něčem inspirující. (...) lidi v seniorním věku mě taky něčím dokážou inspirovat, možná takovým svým nadhledem.“ (pan Nataniel) Tato situace ovšem ve většině případů nenastává u opečovávaných osob, kteří danou péči potřebují z důvodu svého staršího věku. Zde se zpravidla počítá s mladšími pečovateli, tím pádem nemají opečovávaní do určité míry možnost takového srovnání.

Ve srovnávání z hlediska věkového rozdílu byli zmíněni i **vrstevníci**, kteří byli spojováni nebo označováni jako dobří společníci k dialogu: „*S někým, kdo je řekněme přibližně stejně starý, tak si můžete povídat o tématech, které zajímají vás*“ (pan Samuel)

Jako další důležitý bod, který byl v rozhovorech zmiňován jako jeden z nejčastějších, byla (ať už v pozitivním nebo negativním náhledu) **náplň programu**. Co se týče starších respondentů, většinou dokázali pojmenovat a ocenit práci formálních pečovatelů ve smyslu, že se jim věnují a vymýšlí program, zabavují volný čas. Např. u paní Ráchel: „*když je u mě asistentka, tak máme nějaký program, že si zahrajeme pexeso, vyluštíme křížovku, nebo člověče nezlob se*“. Na druhou stranu jsou si vědomi i toho, že mají možnost rozhodování, co budou dělat, kdy, a zda vůbec: „*i když mají nějakou náplň práce (asistentky), podle čeho to musí dělat, tak to není nic jako (...) teď půjdeme dělat tohle, a, no a je to spíš, že se zeptá a já řeknu, že jo*.“ (paní Ráchel) Zcela opačný názor měl pan Tobiáš, kterému vymýšlení programu nevyhovuje a stačí mu jen přímá péče: „*zase jako já mám rád svůj klid (...) nechci tam ještě dalšího člověka, kterej by tam ještě něco vytvářel*.“ V těchto případech to samozřejmě souvisí s daný režimem dne, povahou člověka a jeho zvyky.

U dotázaných, kteří zatím nepotřebují péči z důvodu potíží spojených se starším věkem, bylo vymýšlení programu postaveno přesně obráceně. U starších osob musel společný program vymýšlet zástupce formální péče, kdežto v tomto případě musí respondenti vymýšlet program svým pečujícím. Např.: „*Na druhé straně jsme tím nějak trochu i omezováni, aspoň já to tak vnímám, kdy musím jakoby jim vymýšlet program. To už je takový možná moje skrblictví, jo, že přece ho nebudu platit za to, že sedí v obýváku*.“ (pan Samuel) nebo: „*ale je to o tom, co si prostě řekne jako klient té služby, asistent se buď přizpůsobí, nebo se to domluví s jiným asistentem (...) U asistentů je to – co si neřeknu, to nemám. Ale tak by to mělo být, jo*.“ (pan Rafael) Může to být dáno zejména rozdílem mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou, které mají jednotlivé úkony postaveny trochu rozdílně.

U mladších respondentů, kteří péči ještě nepotřebují z důvodu staršího věku, a kteří určitým způsobem fungují i v rámci širšího prostoru než je samotná domácnost, byla velmi často zdůrazňována **důležitost možnosti naplánování** ve smyslu: „*toš je to dobré, můžeš si naplánovat s tím asistentem prostě cokoliv, jo. Hlavně to plánování*.“ (pan

Rafael) Nebo: „*to je možná velice klíčovej prvek té formální péče pro mě, že ona se dá plánovat*“ (pan Nataniel) Plánování bylo spojováno i s jakousi potřebou jistoty: „*jako potřebuju mít tu jistotu, že jako opravdu někdo ke mně dojde v ten čas, který potřebuju (...) prostě vím, že budu mít tu službu zajištěnou, když se to domluví, když si napíšu požadavky.*“ (Paní Sára)

## · ZKUŠENOST

Důvodem, který může zapříčinit upřednostnění neformální péče, může být **předchozí negativní zkušenost**. Jako např.: „*Protože jsem nikdy nechtěla (...) do nemocnice vůbec, tam jsem byla nešťastná a jak se mě tam přitížilo, tak jsem pak byla i psychicky na tom špatně, tam bych už prostě nechtěla.*“ (paní Ester) Nebo: „*Vyhovuje mě to, a jsem spokojená. Je to rozdíl mezi nemocnicí. (...) co si přeju, to se dělá, pečovatelky mě naučily chodit.*“ (paní Ráchel) V těchto případech se však negativní zkušenost váže k péči institucionální, což je také forma formální péče. Nabízí se otázka, zda se tato zkušenost odrazila do postoje k formální péči, což souvisí také s povahou rodinných vztahů, které by upřednostnění určitého druhu péče mohly usnadnit. V těchto případech jsou rodinné vztahy v pořádku, obě respondenty žijí se rodinnými příslušníky za využití také formální péče. K pracovníkům sociálních služeb si přesto chovají kladný vztah: „*když jsem byla na LDNce, tak dycky jsem chtěla jít co nejdřív dom, už ty svoje asistentky znám, takže to mě vyhovuje nejvíc.*“ (paní Ráchel) Na druhé straně u paní Ester, která využívá služeb i pečovatelské služby, se objevuje určitý blok k cizím lidem ve smyslu: „*jsem nikdy moc nezažila takový laskavý přístup jak od syna prostě. Možná pro mě jsou až moc cizí a je to pro mě i – jakože jsem měla tu špatnou zkušenost z LDNky nebo nemocnic (...) tak to je možná takový menší blok*“ (paní Ester) Zde je to spojeno právě s potřebou ohleduplnosti, která hraje největší roli: „*asi mi přijde nejdůležitější ta ohleduplnost*“.

## · ÚSKALÍ

Pokud jde o **nepříznivé aspekty**, které se k formální péči mohou pojit, vracíme se znovu ke stránce rozmanitosti osob a zpestření. Na straně druhé dotazovaní spatřovali jisté úskalí a byli si vědomi toho, že právě pro důvod různorodosti lidí, **si nemusí vždy se všemi formálními pečovateli rozumět či jim nemusí vyhovovat**. Jako např.: „*prostě*

*dát se nějak dohromady s tím člověkem, je to někdy těžko“ (pan Rafael) Nebo: „Že nikdy jako nevíte, s kým se setkáte.“ (paní Sára) Či: „s někým si prostě sednu víc a s některýma míň (...) dycky prostě trvá, když jako přijde nějaká nová se zaučit, tak než to nějak nám zapadne“ (paní Rebeka) Paní Rebeka zjevně situaci přijala i ve smyslu: „Koho pošlou, toho pošlou.“, což může být odůvodněno i následným: *ono to to je i asi o povaze člověka“.**

Často jsem v rozhovorech zaznamenávala také **oblast vzájemných hranic**, která může být vnímána jako překážka nebo naopak: „*Přesto je tam ta bariéra, že zas úplně kamarádi to nejsou. Jsou vázáni pravidly osobní asistence, a odsud' podsud' mohou a nemohou.*“ (pan Samuel) Tyto hranice mohou být chápány jako potřebné, zdravé a dobré ve smyslu, že každý ze zúčastněných ví, co může a co už ne. Jako: „*Hranice určují prostor. A teprve v nějakém prostoru se dá prožívat svoboda. Čili hranice jsou strašně důležité a v té formální péči jakoby dávají možnost tomu, aby se uskutečnil nějaký vztah. Ony chrání jednak samozřejmě toho, kdo poskytuje péči, a jednak toho, kdo ji přijímá.*“ (pan Nataniel) Není to vždy jen o hranicích, i když jsou z hlediska organizací a kodexů předem dané, ale i o neustálé komunikaci o nich. „*Já se vždycky ptám, ať je to kdokoliv, (...) dycky se snažím i myslet na toho člověka jakože prostě nejsem jeho jediná, že pak bude mít třeba další tři ty klienty a jako i tak prostě, nemůžu ho strhat.*“ (paní Sára)

Na druhou stranu se objevují i **krajní meze hranic**, které každý opečovávaný může vnímat někde jinde. Zde se nabízí otázka, kde je hranice využívání/zneužívání služeb, která může souviset s rozdílem ve výčtu činností v rámci poskytovaných služeb. Z toho se může odrážet postoj opečovávané osoby k této oblasti. Zde panoval u respondentů spíše názor, že když mají možnost dané věci či činnosti využít, tak proč by to neměli udělat. Např.: „*já to vnímám, že tady dělá svoji práci, která obnáší se o mě postarat.*“ (paní Ester). Nebo: „*Zatímco s těma profesionálama (...) jakoby vždycky víme, prostě proč jsme tady. (...) když já něco potřebuju, tak – vlastně on pokud nemá objektivní důvody, tak není důvod mi to neudělat hned řekněme. (...) je to takový, že se tam cítím míň zavázaněj.*“ (pan Nataniel) Naproti tomu paní Sára danou oblast vnímá přesně opačně, i když ve srovnání vyžaduje méně péče než výše zmínění respondenti: „*Já toho člověka neberu prostě ani jako nějakýho sluhu, nebo otroka, někdo jako argumentuje tím, že já si to platím, vy jste služba, (...) ten asistent není úklidová služba. (...) je to v podstatě taková noha nebo opora.*“ (paní Sára)

Tyto hranice do určité míry souvisí také s jakousi **nutností byrokracie**, která se ve vztahu opečovávaný – zástupce formální péče, odráží. Dva z respondentů si byli vědomi toho, že se jejich intervence a formálním pečujícím musí zapisovat, na jejich obsahu pracovat, někam se posunovat. „*Jak se má, co se má, tamten předpis, a evropská směrnice*“ (pan Nataniel) Nebo: „*hlavně se musí psát žejzo, věci, intervence a musí se něco dát, protože jakmile nevidí na kraji a na tom, že prostě ten člověk se třeba nikam neposouvá nebo tohle, tak z toho zas třeba plynou dotace, že, na ty lidi. Takže se bohužel se musí dělat i ty papírové věci, no.*“ (pan Rafael)

## OBLAST SROVNÁNÍ FORMÁLNÍ A NEFORMÁLNÍ PÉČE

Pokud jde o srovnání v **oblasti hranic**, které zmínili všichni respondenti, převažoval názor, že jelikož je rodinný pečující pro opečovávanou zpravidla bližší, tyto hranice mají tendence se rozevírat více a osoby si k sobě vzájemně více dovolí. „*samozřejmě je to jiný v tom, že když vás naštvě asistent, tak ho jako s prominutím nepošlete do prd\*\*\*. Té mamce – né, že bych jí to řekla, ale můžu být na ni ostřejší jako*“ (paní Sára) Podobný názor má i paní Ester: „*asi si k ní nedovolím tolik co třeba k synovi. S tím, že je to oboustranné, on si taky ke mně dovolí víc (...) Já mám k těm asistentkám asi nějak respekt, je to koneckonců pořád cizí člověk a syn je rodina. (...) U těch asistentek se snažím i víc ovládat.*“ Zde se tedy objevuje zajímavý fakt, že jak bylo zmíněno výše, opečovávané osoby mají často tendence neobtěžovat své neformální pečující tak jako formální, nicméně pokud je řeč o hranicích, dovolí si k nim více, než k zástupcům sociálních služeb.

To může fungovat i obráceně. Jedná se o **pocit opečovávaného osoby mít možnost svobodného rozhodování**. V případě, že je pečujícím rodinný příslušník se může osoba v péči cítit určitým způsobem omezena, jelikož si rodinný příslušník k němu dovolí více, než formální pečovatel: „*rodiče pořád – tohle by neměli a tohle a když jsem v asistenci, tak vlastně můžou skoro všechno, že.*“ (pan Rafael) Nebo: „*a pořád má tendence do něčeho kecat (...) jako ona by mě do toho asi taky nemluvila, ale přece jenom nějak by se k tomu vyjádřila. A ten asistent – tomu je to víceméně jedno, nebo ani ze své pozice mě nemůže do toho nějakým způsobem mluvit.*“ (paní Sára) Udržování hranic



může být někdy i ze strany formálních pečovatelů v oblasti poskytování péče, což se může odrážet do pocitu automatizace práce jako např.: „že mi přijde, že to dělají trošku automaticky jako práci (...) Přijde mi, že syn je ke mně tak nějak ohleduplnější“ (paní Ester)

Také byla řeč o **důležitosti pravidel** i v neformální oblasti, kde musí být také jasně daná: „Když za mnou třeba přijde moje máma, tak taky jí neřeknu a ted' na kolena a budeš šůrovat podlahu, protože bych tím překročil hranice (...) pravidla jsou strašně důležitý v obou formách, ale v té formální péči jsou deklarovaný, velmi explicitně, velmi jasně, velmi zřetelně, a proto přinášejí jakoby míň nedorozumění a podle mě o něco větší bezpečí pro obě strany.“ (pan Nataniel)

V návaznosti na hranice jde také o **postoj k samotným druhům dané péče**. Jak už bylo zmíněno výše, v případě, že pečujícím je rodinný příslušník, hranice se v oblasti potřebnosti péče posunují ve smyslu jakési autokorekce potřeb, která u formální péče není: „Že ted' si řeknete, ale tak zas ted' tolik to nepotřebuju, to ještě chvílku vydržím, počkám, až vstane. (...) Když je tady někdo placenej, a tak napadne mě, že se chci napít, tak ho poprosím, aby mi podal pití, protože on je v práci“ (pan Samuel)

V souvislosti s tím jde také i o **možnosti**, což může souviset právě s generačním postavením ve smyslu otevřenosti: „Málokdo s rodiči má natolik otevřený vztah, aby se s nimi bavil o všech svých problémech. A je to prostě úplně jiné, nemluvě o tom, že s nimi (asistenty) můžeme začít některé věci, které by s rodiči asi nešly.“ (pan Samuel) Situace může být ovšem jiná, pokud by se jednalo o rodinného pečujícího ve stejném věku.

Co se netýká úplného srovnání, nicméně se objevovalo skoro u všech dotázaných, byl **důraz na jejich spokojenost** s tím, že péče je jim poskytována právě **v domácím prostředí**: „co je nejdůležitější je to, že můžu být doma“ (paní Ester). Nebo: „dycky jsem chtěla jít co nejdřív dom (...) takže to mě vyhovuje nejvíc. A proto říkám, že už nechci nikam jít“ (paní Ráchel). Či: „chci být prostě doma, nechci ani do žádné nemocnice chodit a nechci ani nikde být přes noc, mám rád, když jsem doma a všechno se prostě děje doma.“ (pan Tobiáš). Tyhle respondenty spojuje vyšší věk, než ostatní, což může mít také vliv. Nicméně takový názor vidíme i u pana Rafaela, který patří mezi mladší dotázané: „domácí péče je dobrá“.

Zmínit ještě mohu **otázku role žen**, která se pojí s kapitolou v teoretické části. Pokud by se měli počítat nejbližší pečující neformální osoby, řeč by byla především opravdu o ženách. V rozhovorech byli zaznamenáni dva synové, nicméně zbytek byly matky, manželky, přítelkyně, dcery. Z toho vyplývá, že ženy mohou častěji plnit roli pečujících. Co se týče formální péče, u mužů to většinou byli asistenti, u žen pečovatelky.

Z mnoha rozhovorů se mezi řádky dalo vyčíst, že formální péče v tomto smyslu neplní jen funkci samotné péče o tělo a duši, ale i o další složky holistického přístupu jako je právě i ta sociální část. Pokud totiž dotazovaní zmiňovali rodinné příslušníky jakožto pečující, mluvilo se zejména o péči jako takové. V případě trávení „**volného času**“ péčí, nezbyvá na vymýšlení programu ze strany rodinných pečujících ani moc času, ani sil.

Nikdo z respondentů nezmínil, že by s rodinným pečujícím trávil čas nějakou hrou nebo jinou formou zábavy. Tyto osoby jsou mnohdy rádi, že nějakým způsobem zvládají složku přímé péče, což může být důvodem právě pro rozhodnutí přijetí péče formální. Rozdíl je také v tom, že neformální pečující mají většinou k závazku domácí péči ještě zaměstnání, přičemž u formálních pečujících je zaměstnáním právě poskytování péče. Jako např.: „*No mě se i líbí, že když je u mě asistentka, tak máme nějaký program, že si zahrajeme pexeso, vyluštíme křížovku, nebo člověče nezlob se, no. Syn když, tak se stará jen o to zajištění praktické, jinak že by se mnou něco hrál to ne.*“ (paní Ráchel)

Zajímavé také bylo, že v případě, kdy respondenti hovořili o **péči neformální, měli tendence začínat nepříznivými aspekty**, což může být spojeno právě s faktem, že se do značné míry soustřeďovali na náročnost situace a trable svých pečujících než popisováním své situace. To může být dáno zejména faktem, že jsou to jejich blízcí a jim na nim záleží. Naopak, když přišla řeč na péči **formálního charakteru, v první řadě měli tendence mluvit o pozitivnějších stránkách**, které souvisely spíše s nimi samotnými.

## **OVLIVŇUJÍCÍ FAKTORY**

V této kategorii budou popsány faktory, jež mohou do určité míry zasahovat do formování pohledu na formální nebo neformální péči.

Jeden ze společných faktorů, který se v rozhovorech s percipienty objevoval často, byl **důvod vstupu formální péče** do dané situace. Jak už bylo zmíněno na začátku, ve většině případů byla právě rodina tím prvotním zázemím, která péči zajišťovala. Jedním z důvodů byla u části respondentů **náročnost situace a celkové péče**, kdy už nebylo možné dále servávat jen s pomocí neformální péče. S tím je spojena kapitola v teoretické části, která pojednává o náročnosti neformální péče a jejích důsledcích na dané pečovatele. Např.: „*U mě ta asistence začala takovým jakože – ne selháním, ale už to bylo na mamku, jakože hodně, i psychicky i fyzicky, tak vlastně jsme se rozhodli, že půjdem od sebe*“ (pan Rafael). Nebo: „*jsme se rozhodli, (...) že chceme se ženou žít dohromady, začali jsme plánovat budoucí život, (...) pak o mě celý den pečovala, (...) jenomže jak jdou roky a sil ubývá, tak žena už tyto věci ne úplně zvládá, z čehož plyne potřeba více asistence.*“ (pan Samuel). Či: „*to už jsem začala mít větší zdravotní problémy (...) že ještě rok jakoby to nějak zvládal (syn), ale bylo to pro něj náročné, (...) hledal možnost, aby tam přijela třeba asistentka na půl dne a pomohla nám.*“ (paní Ester). „*No pak toho prostě na ni bylo hodně (...) a domluvila mě, že tady k nám může chodit nějaké pečovatelka. Že se tady bude o mě starat jako. (...) – ona se mě ptala, jako jesi mě to nevadí, a já jsem jí říkala, že ne.*“ (paní Rebeka)

Další důvod by se dal popsat jako **otázka blízkosti vzájemných vztahů**. V případě, že vztahy fungují, je větší pravděpodobnost, že se rodina postará, i když to nemusí být ve všech ohledech jako např.: „*oni (syn se snachou) jako takhle se o mě starají, ale tyhle hygienické věci nedokážou. (...) oni na to podle mě nemají takovou kapacitu, na tu hygienu.*“ (paní Ráchel). Což vyznačuje právě v této oblasti potřebu vstupu formální péče, která ji zajistí. Podobnou situaci je možno vidět u paní Rebeky: „*Ono je to samozřejmě jiné, kdyby to byla dcera a kdyby to byl syn, žejo. Dcera, (...) je to žena, která to starání, jako má k tomu jiný přístup, no. Ale kdyby mě měl třeba umývat syn, tak to bych nechtěla.*“ Zcela opačný postoj k otázce syna a dcery zaujímá paní Ester: „*když se o mě stará ten syn, on je takový ohleduplnější, víc respektuje moje soukromí, a dcera možná je to tím, že je taky žena, tak ta se s tím většinou moc nepáře, to mě je o něco nepříjemnější teda no, i když je to muž.*“ Může to být zapříčiněno i **dlouhodobou nepříznivou domácí vztahovou situací**, která vedla k následnému samostatnému bydlení: „*protože to už naši byli rozvedení (...) já už jsem tu domácí péči začal vnímat jakože obtěžuju, že jsem neustále závislej, a že jsem tam jako na přítěž, (...) a ty vztahy byly takový jako různě narušený, takže celkově mě to přišlo takový jako hodně*

*nekomfortní (...) jsem začal tu profesionální péči upřednostňovat před tou neformální.“* (pan Nataniel). Z těchto situací může plynout, že nezáleží na předpokladech, které se ve společnosti mohou objevovat ohledně – nejen – genderového nastavení, nýbrž na povaze a charakteru vzájemných vztahů, jež má mezi sebou pečující a pečovaný.

Možnou příčinou či ovlivňujícím faktorem by mohla být také **touha se osamostatnit**, s čímž se v určitém věku člověka počítá – v případě pana Nataniela, který vyžaduje péči již od narození: *„pro člověka na vozíku bydlet s rodičema to je vlastně hroznej průser. To je něco, co je prostě opravdu takovýto dno (...) společenský, kdy ten člověk nebyl schopen zpřetrhat to pouto, získat odvalu a vykročit do samostatného života,“* (pan Nataniel). Nebo: *„když ten člověk najde s podporou těch vnějších služeb sílu a někdy až drzost jít proti nim a osamostatnit se, tak je to to nejlepší, co může udělat.“* (pan Samuel) Touha po osamostatnění může být vedena také externím doporučením formální péče: *„jsem na (nezisková organizace) mě měla dobrý reference (...) jakoby přes kamarádku, která je využívá od svých 12 let, tak říkala, hele, jdi do nich, jsou spolehliví.“* (paní Sára) Tyhle situace mohou být jedny z těch, které člověka utvrdí v tom, posunout se v životě dále a otevřít dveře i formální péči.

Jedním z faktorů, jež může mít také vliv na upřednostnění jednoho druhu péče je **získávání informací či jejich dostupnost**. V případě, že by se v domácnosti nevědělo o určitých možnostech péče, jako např. v neformální péči nejrůznější sociální dávky či pomoci nebo ve formální péči podmínky či možnosti využití služeb, mohla by být situace jiná, než kdyby tomu tak bylo. U pana Tobiáše třeba po dlouhou dobu chyběly informace o sociálních dávkách, které mohly situaci měnit: *„potom jsme ale až zjistili, dá se říct dva roky potom, co takhle už jsem nemohl chodit, že se dá získat nějaký příspěvek na péči, takže zase vnuk byl na úřadě a vyřídil“* Jak už bylo zmíněno výše, ve většině případů stála za shromáždění informací blízká osoba: *„máme u nás domov seniorů, a ten vím, že syn kontaktoval, a že tam získal kontakty na asistentky“* (paní Ester).

#### 4.1.8 DISKUZE

Ve srovnání s již uskutečněnými výzkumy, jež byly zmíněny a popsány v první kapitole, z dat výzkumu této práce vyplynulo, že ve většině případů se již vyzkoumaná data shodovala s daty vyplynulými z této práce.

Ohledně srovnání výsledků výzkumu uskutečněného v rámci časopisu Sociální práce/sociální práce a výše zmíněných dat můžeme říci, že výsledky mohou z části souhlasit v tom smyslu, že opečovávaným osobám je zpravidla bližší péče ze strany neformálních pečujících, ale s určitými háčky. U respondentů této práce to byl zejména pocit obtěžování s ohledem na blízký vztah s pečujícím, kdežto ve výzkumu, o kterém psala Vávrová a Vaculíková tyto podrobné informace a ovlivňující faktory zkoumány nebyly z důvodu kvantitativního zaměření. Čtvrtina by byla ráda za péči obou forem zároveň, což dotazovaným v této práci vyhovovalo v největší míře. O využití možnosti pobytových služeb uvažovalo v kvantitativním výzkumu nejméně lidí, což se shoduje s názory respondentů v tomto výzkumu, kteří to měli spojeno s negativními zkušenostmi nebo tuto formu jako možnost vůbec nezmiňovali.

V další řadě se jedná především o pocity cílové skupiny – v případě výše zmíněných bakalářských a diplomových prací – seniorů, u kterých se v případě domácí péče objevují pocity „bytí na obtíž“. Naproti tomu je pro ně důležité mít možnost být doma i přes všechny nežádoucí problémy, díky kterým péči potřebují, což se prokázalo i u těchto respondentů. Naopak věcí, která se vůbec nepotvrdila, je fakt, že nikdo z dotázaných nevedl jako negativní prvek omezenou pracovní dobu. Nikdo z respondentů o tom ani nehovořil, což může značit fakt, že to pro ně není tak důležité. Nebo to může být do jisté míry dáno tím, zda se u sociální služby jedná o pečovatelskou službu nebo službu osobní asistence. Zmíněná pozitivní schopnost komunikace se může schovat za onu rozmanitost osob, kdy každý je jiný a přináší do formálního vztahu trochu něco jiného. Věc, která sedí stejně, je skutečnost, že respondentům nezáleželo na vzdělání či odbornosti daných pracovníků.

Na druhé straně jsem si vědoma skutečnosti, že z důvodu relativně nízkého vzorku dotázaných nemusí data přesně odpovídat skutečnosti, poněvadž na odpovědi v rámci těchto oblastí může mít vliv více věcí. Jednou z nich může být i otázka, do jaké míry respondenti odráželi ve svých výpovědích skutečnou realitu. Chápu také, že v případě

volby jiného vzorku 8 osob, mohly výsledky dopadnout o poznání jinak. Jsem si vědoma také limitu, který se skýtá v poměrně obširné a široké škále cílové skupiny, do které patří mnohem více lidí, než kdyby se jakýmkoli způsobem konkretizovala. V případě zúžení výsledného vzorku osob v rámci věkového omezení, důvodu setrvávání v domácí péči, druhem formy neformální péče, charakteristikou osoby v péči neformální, či diagnózy by mohla vyplynout odlišná data. Na druhou stranu je také potřeba vidět tuto cílovou skupinu z větší vzdálenosti, abychom u ní mohli nalézt podobné prvky právě napříč těmito odlišnostmi. Nicméně tento výzkum odráží pohled v rámci srovnání formální a neformální domácí péče osmi dotázaných osob, jež jsou závislé na péči jiné osoby.

Jako jistý ovlivňující faktor, který může mít do jisté míry vliv na výsledná fakta, mohu brát také mou schopnost vést rozhovor, která nemusela být vždy ideální pro zjištění přesně relevantních výsledků. Nicméně byla z mé strany vyvinuta veškerá snaha pro to, abych pokládala správné doplňující otázky ke zjištění reálné skutečnosti a odpovídající interpretaci dotázaných na problematiku domácí péče.

## **4.2 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA PRO SBĚR DAT**

Pokud jde o etické normy ve výše popsaném výzkumu, v první řadě šlo zejména o zachování anonymity respondentů, s čímž je spojena změna těch informací, díky kterým by mohla být osoba rozpoznána. Konkrétně šlo o jejich jména a příjmení, jež byly nahrazeny smyšlenými, stejně jako změna jmen jejich příbuzných a blízkých, které v rozhovorech zaznívaly. Zachováno k obrazu reálnému bylo pouze pohlaví osoby, její věk, rozsah a forma poskytované péče. Také byli všichni dotázaní seznámeni s hlasovým nahráváním rozhovoru, díky čemuž mohl být následně přepsán a analyzován. Respondent byl ujištěn o změně jmen a zachování anonymity.

Vzhledem k tomu, že se výzkum týká péče v domácím prostředí, mohly by být některé výzkumné oblasti považovány za důvěrné či intimní. Především mám na mysli informace ohledně blízkosti a charakteru vzájemných vztahů s pečovateli, rozsah péče a jeho průběh poskytování či životní příběh, který se k dané potřebnosti péče váže. V těchto okruzích jsem se snažila pohybovat opatrně a nechat spíše na opečovávané osobě, kolik toho bude ochotna sdělit.

Jako jeden z dalších elementů, na které by se mohla vztahovat určitá etická norma, je možno zmínit prostor, ve kterém se rozhovory uskutečňovaly. Po většinou byly prováděny v domácím prostředí opečovávané osoby, což bylo ve všech případech na návrh osoby v péči, a tudíž bylo potřeba zachovávat určité hranice.

## ZÁVĚR

Tématem práce byl postoj opečovávaných osob k jejich pečujícím s ohledem na srovnání formální a neformální domácí péče. Práce obsahuje dvě části, první je část teoretická, ve které jsou popsány veškeré potřebné informace, které souvisí s tématem domácí péče, a které se následně odráží v části druhé – empirické, která danou problematiku zkoumá skrze kvalitativní výzkum.

Teoretická část byla rozdělena do tří kapitol. První kapitola byla věnována úvodu do problematiky domácí péče, zasazení do aktuálního dění a vývoje v ČR a rozdělení forem domácí péče. Druhá kapitola pojednávala o podrobnému popisu jednotlivých aktérů péče, jak osob, o které je pečováno, tak osob, které o ně pečují s ohledem na rozdělení a obecné charakteristiky formálních a neformálních domácích pečujících. Ve třetí kapitole byly popsány možné vlivy, které by mohly měnit postoj osoby v péči v upřednostnění dané formy domácí péče.

S ohledem na cíl práce byl v empirické části použit kvalitativní výzkum, v rámci kterého byla popsána metoda sběru dat, kterou byl nestrukturovaný až polostrukturovaný rozhovor s prvky narativního přístupu. Výzkum byl uskutečněn s osmi osobami, které jsou závislé na péči jiné osoby, a kterým je taková péče poskytována v domácím prostředí.

Uskutečněný výzkum přinesl zajímavé výsledky. Zajímavé bylo, že v případě, kdy respondenti hovořili o péči neformální, měli tendence začínat nepříznivými aspekty. Jako nejčastější nepříznivé aspekty byly uváděny pocity obtěžování svých blízkých a jistá omezení opečovávané osoby ve smyslu autokorekce svých potřeb. Mezi kladné stránky řadili důležitost blízkosti důvěrně známé osoby, pocitu někam patřit, své zvyky a pocity vděku. Naopak, když přišla řeč na péči formálního charakteru, v první řadě měli tendence mluvit o pozitivnějších stránkách, které spatřovali v rozmanitosti a pestrosti pracovníků, zajímavější náplni programu, či věkových rozdílech. Na druhé straně byly z nepříznivé stránky zmiňovány možné vzájemné nesoulady pramenící z oné rozmanitosti osob, dále existence vzájemných hranic daných sociální službou, ale také faktu, že pečující osoba se může zdát cizí.

Největší srovnání dotázaných se objevovaly v oblasti hranic vzájemného vztahu. Překvapivé přitom bylo, že i když si k neformálnímu pečovateli osoby v péči „dovolili“



více na základě bližšího vztahu, z hlediska zajištění svých potřeb byli umírněnější. Naproti tomu u osob zaměstnaných pod sociální službou, jež péči poskytují, disponovali pocitem jakéhosi práva, díky němuž se nemusí stydět o cokoli požádat.

Pokud jde o srovnání, zda měli osoby v péči, které jsou závislé na pomoci ostatních z hlediska věku, podobné pohledy na danou problematiku, v jistých ohledech můžeme říci, že ano. Základní rozdíly se objevovaly zejména v oblasti programu, kdy bylo zajištění programu z velké části na pečující osobě. Na rozdíl u opečovávaných, které péči potřebují z důvodu nějakého druhu znevýhodnění, postižení či následkem úrazu, byly spíše iniciátory zajištění programu právě oni. Z hlediska ovlivňujících faktorů se kupodivu jedním z hlavních faktorů stal důvod potřebnosti péče. Mezi další důležité prvky patřila otázka blízkosti vzájemných vztahů, s čímž jsou spojeny i eventuální negativní zkušenosti. Dotazovaní uváděli jako významnou také oblast informací, které jsou v dané situaci podstatné právě z důvodu možného rozhodnutí se co dál.

Další užití výsledných dat by se mohlo pojit zejména s větší konkretizací cílové skupiny či rozsáhlejším rozbohem jednotlivých faktorů, jež mohou do jisté míry ovlivnit možnost upřednostnění dané formy péče. Samozřejmě to může být zapříčiněno i povahou dané osoby, jejím životním příběhem, atd., nicméně by také nebylo na škodu vyzkoumat i tuto oblast a jít více do hloubky.

## BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

### ODBORNÁ LITERATURA

- [1] Bertini K. (2013). *Sendvičová rodina, Souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0478-7
- [2] Čevela R., Čeledová L., Kalvach Z., Holčík J., Kubů P. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. (2014). Praha: Grada Publishing. 1. vydání. ISBN: 978-80-247-4544-2
- [3] Disman M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. Dotisk 3. vydání. ISBN: 80-246-013-7
- [4] Dlabalová I., Klevetová D. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing. 1. vydání. ISBN: 978-80-247-2169-9
- [5] Freedman J., Combs G. (2009). *Narativní psychoterapie*. České vydání: Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-549-3
- [6] Guggenbühl-Craig A. (2010). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Z německého originálu přeložil Petr Patočka. Vydání druhé. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7376-809-8
- [7] Gulová L. (2011). *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing. 1. vydání. ISBN: 978-80-247-3379-1
- [8] Hakim C. (2004). *Models of the Family in Modern Societies*. England: Ashgate Publisnihg limited. ISBN: 0 7546 3728 X (hbk)
- [9] Haškovcová H. (2010). *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Vydavatel: Havlíček Brain Team: Praha. ISBN: 978-80-87109-19-9
- [10] Haškovcová H. (2012). *Sociální gerontologie anebo senioři mezi námi*. Praha: Galén. Vydání 1. ISBN: 978-80-7262-900-8
- [11] Hauke M. a kol. (2017) *Když do života vstoupí demence. Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. 1. vydání. Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN: 978-80-906320-7-3
- [12] Jankovský J. (2018). *Etika pro pomáhající profese*. 2. doplněné a podstatně přepracované vydání. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7553-414-9
- [13] Jirásková a kol. (2005). *Mezigenerační porozumění a komunikace*. 1: vydání. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN: 80-86861-80-5

- [14] Kalvach Z., a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2490-4
- [15] König J., Zemlin C., *100 chyb při péči o lidi s demencí*, původní německé vydání: Brigitte Kunz Verlag. An imprint od Schlutrech, 2016; české vydání: Praha, Portál s. r. o., 2017. ISBN: 978-80-262-1184-6
- [16] Kraus B. (2014). *Společnost, rodina a sociální deviace*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN: 978-80-7435-411-3
- [17] Mach P. Janečková E., Čiberová H., (2016) *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb*. Ostrava: Anag. 1. vydání. ISBN: 978-80-7554-009-6
- [18] Matoušek O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 1. vydání. ISBN: 80-7178-549-0
- [19] Matoušek O. a kol. (2012). *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0211-0
- [20] Matoušek O. a kol. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0366-7
- [21] Michalík J. (2011). *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*, UP v Olomouci, Pedagogická fakulta, Olomouc, 1. vydání, ISBN: 978-80-244-2957-1
- [22] Miovský M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing. ISBN: 80-247-1362-4
- [23] Možný I. (2006). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN: 80-86429-58-X
- [24] Novák T. (2014). *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-5152-8
- [25] Pochmanová a kol. (2015). *Průvodce domácí péčí. Pro ty, kteří péči zvažují/pro ty, kteří ji poskytují*. 1. vydání. Vydala Cesta domů. ISBN: 978-80-905809-2-3
- [26] Schmidbauer W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-312-9
- [27] Sirovátka T., Greve B. (2014) *Inovation in social services*. New York: Ashgate publishing. ISBN: 13:978-1-138-27060-2
- [28] Suralová a kol. (2017). *Péče na prodej, jak se práce z lásky stává placenou službou*. Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-8651-7

- [29] Stiborová D, Frei J. (2018). *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. 1. vydání. Vydavatel: Stiborová Denisa, Sedlec – Prčice. ISBN: 978-80-270-3719-3f
- [30] Strauss A., Corbin J. (1990). *Basics of qualitative research*. United States: SAGE Publications. ISBN: 0-8039-3250-2
- [31] Sýkorová D. (2007). *Autonomie ve stáří*. 1. vydání. Praha: SLON, ISBN: 978-80-86429-62-5
- [32] Šamánková M. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN: 978-80-247-3223-7
- [33] Švaříček R., Šedřová K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. Vydání 1. ISBN: 978-80-7367-313-0
- [34] Valdřová J. (2006). *Gender a společnost*. Publikace vznikla v rámci projektu Aktion Česká republika. ISBN: 80-7044-808-3
- [35] Vidovićová L. (2008). *Stárnutí, věk a diskriminace nové souvislosti*. Masarykova univerzita: Mezinárodní politologický ústav, Brno, ISBN: 978-80-210-4627-6
- [36] Wortelboer M. (2006). *Domácnost péče o život*. Fabula. Překlad Hana Jankovská, Hranice. ISBN: 80-86600-34-3

## ODBORNÉ ČLÁNKY A PRAMENY

- [37] *Domácí násilí v kontextu rodiny a práce*, (2014) publikace vznikla v rámci projektu „usnadnění vstupu na trh práce osobám z rodin s výskytem domácího násilí – přenos dobré praxe ze zemí EU pro práci s celou rodinou jako systémem.“, Brno: Spondeo, o. p. s., první vydání, ISBN: 978-80-260-7191-4
- [38] Hubíková O., (2017) *Otázka ustanovení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce*. Časopis sociální práce/Sociálna práca. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č. 6, ISSN: 1213-6204 (Print)
- [39] *Metodická opatření*. Koncepte domácí péče, ZN.: VVO/30179/04, REF.: Lenka Hladíková Bc, MUDr. Milan Špaček, v. r.
- [40] Michalík J. a kol., *Závěrečná zpráva z výzkumu „Postoje uživatelů sociálních služeb k novému způsobu jejich poskytování“*, Olomouc: IRVS, 2008.
- [41] MPSV, *Tisková zpráva ze dne 7. prosince 2018*. [online]. [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci\\_schvalili\\_skokove\\_navyseni\\_prispevku\\_na\\_peci\\_ve\\_III.\\_a\\_IV.\\_stupni\\_z\\_avislosti.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci_schvalili_skokove_navyseni_prispevku_na_peci_ve_III._a_IV._stupni_z_avislosti.pdf)

- [42] Vávrová S., Vaculíková J. *Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku*. Časopis sociální práce/Sociálna práca. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, č. 6. ISSN: 1213-6204 (Print)

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

- [43] Staženo 1. 3. 2019, [online]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>
- [44] Staženo 1. 3. 2019, [online]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu>
- [45] Staženo 3. 3. 2019, [online]. Dostupné z: <https://pece.cz/novinka/v-cem-se-lisi-hospic-a-paliativni-pece>
- [46] Staženo 3. 3. 2019, [online]. Dostupné z <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>
- [47] Staženo 12. 4. 2019 [online]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/rozvoj-osobnosti/ponorkova-nemoc-kdyz-spolu-lide-travi-prilis-mnoho-casu>
- [48] Staženo 12. 4. 2019 [online]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2019/jak-se-pro-duchod-zapocitava-doba-pece.htm>

## **OSTATNÍ ZDROJE**

- [49] Standardy kvality sociálních služeb (příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.)
- [50] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006