



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Dlouhodobě pečující jako klienti sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Kateřina Rysková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice, 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Dlouhodobě pečující jako klienti sociální práce“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu své bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Kateřina Rysková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, užitečné rady a ochotu pomoci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu při psaní této práce a během celého studia. Také děkuji všem informantům za vstřícnost a spolupráci při vedení rozhovorů. Závěrem děkuji Domácímu hospici sv. Veroniky v Českých Budějovicích, kde jsem měla možnost výzkum realizovat.

Dlouhodobě pečující jako klienti sociální práce

Abstrakt

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou dlouhodobě pečujících. Cílem práce je zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce a jakou pomoc od sociálního pracovníka očekávají.

Teoretická část se opírá o studium odborné literatury a publikací, které se týkají tématu dlouhodobé péče. Jedná se především o literaturu nebo publikace, jež obsahují pojmy, jako je formální péče, neformální péče, motivace pečovatele, zátěž pečovatele nebo pojem sociální práce či sociální pracovník/pracovnice.

Pro zpracování praktické části své práce jsem zvolila strategii kvalitativního výzkumu, konkrétně metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor, který jsem s informanty vedla, se skládal z 11 otázek. Cílem rozhovorů bylo zjistit, kdo je podle dlouhodobě pečujících sociální pracovník, zda se považují za jeho klienta a co od něj očekávají. Po získání potřebných informací byly rozhovory přepsány a poté vyhodnoceny prostřednictvím analýzy trsů.

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo to, že dlouhodobě pečující nedokáží správně definovat sociálního pracovníka ani náplň jeho práce. Sociálního pracovníka často zaměňovali s pečovatelem nebo pracovníkem v sociálních službách. Dále je z výzkumu patrné, že se dlouhodobě pečující i přes neznalost náplně práce sociálního pracovníka za jeho klienty považují. Očekávají od sociálního pracovníka pomoc s péčí o blízkou osobu, zajištění hygieny a chtějí, aby osobám, o které pečují, ulevil od bolesti.

Klíčová slova

Dlouhodobá péče; formální péče; neformální péče; domácí péče; pečovatel

Long-term carers as clients of social work

Abstract

This bachelor's thesis deals with the subject of long-term carers. It aims to discover whether long-term carers consider themselves to be clients of social work and what kind of help they expect to receive from a social worker.

The theoretical part of the thesis is based on scientific literature and publications which deal with the topic of long-term caregiving. They are mostly literature or publications containing terms such as formal care, informal care, caregiver motivation, caregiver burden or social work, social worker.

I chose the strategy of qualitative research, namely the method of a semistructured interview. The interview I have led with informants consisted of 11 questions. The purpose of these interviews was to find out who a social worker is according to long-term carers, whether they consider themselves to be clients of a social worker and what they expect from him/her. After obtaining the necessary information the interviews were transcribed and analysed through clustering.

It ensued from the results of my research that long-term caregivers could not define a social worker nor his/her duties. Social workers were often confused with carers or social service workers. It was further suggested that long-term carers considered themselves to be social workers despite not knowing what his/her work includes. They expect a social worker to help them with taking care of a close person, ensuring hygiene and relieve a close person being taken care of of his/her pain.

Key words

Long-term care; formal care; informal care; home care; carer

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická část	9
1.1 Pojem dlouhodobá péče	9
1.1.1 Dlouhodobá zdravotně sociální péče.....	10
1.1.2 Typy dlouhodobé péče	10
1.1.2.1 Formální péče	11
1.1.2.1.1 Pracovníci ve formální péči	11
1.1.2.1.2 Vybraná zařízení formální péče	13
1.1.2.2 Neformální/domácí péče.....	16
1.1.2.2.1 Motivace pečovatele.....	17
1.1.2.2.2 Zátěž pečovatele.....	19
1.1.2.2.3 Pozitiva a negativa neformální/domácí péče.....	20
1.1.2.3 Kombinovaná/sdílená péče	21
1.2 Podpora neformální péče v kontextu sociální politiky.....	22
1.2.1 Finanční nástroje zaměřující se na osobu pečovatele.....	22
1.2.2 Finanční nástroje zaměřující se na osobu pečovaného.....	23
1.3 Pečovatel jako klient sociální práce	25
1.3.1 Sociální práce	26
1.3.2 Sociální pracovník.....	26
1.3.3 Role sociálního pracovníka při práci s pečujícími	27
1.3.4 Potřebná opatření v dlouhodobé péči	28
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíl práce	30

2.2 Výzkumné otázky.....	30
3. Metodologie	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Výzkumný soubor	31
3.3 Realizace výzkumu	33
3.4 Etika výzkumu	34
4. Výsledky	36
4.1 Kdo je sociální pracovník.....	36
4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	37
4.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2	38
4.4 Realita versus očekávání	40
5. Diskuze	43
5.1 Považují se dlouhodobě pečující za klienty sociální práce?	43
5.2 Jakou pomoc očekávají dlouhodobě pečující od sociálního pracovníka?.....	44
6. Závěr	46
8. Seznam příloh	55
9. Seznam zkratk	57

Úvod

Člověk, který dlouhodobě pečuje, se nachází ve velmi těžké situaci, náročné jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Aby byl pečující schopen takovou situaci zvládnout, je potřeba mu pomoci. Pomoc by mu měl poskytnout nebo zprostředkovat sociální pracovník. Sociální pracovník má být tím, na koho se mohou pečující vždy obrátit a požádat o pomoc.

Téma „Dlouhodobě pečující jako klienti sociální práce“ jsem si vybrala, jelikož tuto problematiku vnímám jako velice aktuální. Počet osob, o něž je potřeba pečovat, neustále narůstá a s tím roste i počet pečujících, kterým je nutné se věnovat. Domnívám se, že v současné době je věnována větší pozornost těm, kdo péči potřebují, než samotným pečujícím. Z tohoto důvodu jsem se chtěla na téma dlouhodobé péče zaměřit.

V teoretické části své práce se zabývám charakteristikou dlouhodobé péče a jejím rozdělením na formální, neformální a kombinovanou péči. Dále jsem se snažila zmapovat potřeby pečujících, jejich motivaci k péči a upozornit na zátěž, která je na ně kladena. Zabývala jsem se i propojením sociální práce a již zmíněné dlouhodobé péče. Celá teoretická část práce je podložena studiem odborné literatury na dané téma.

V praktické části práce jsem se zaměřila na vyhodnocení výsledků z polostrukturovaných rozhovorů s informanty, kterými byli klienti Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích. Pomocí výzkumu jsem se pokusila naplnit cíle práce, jimiž bylo zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce a jakou pomoc od sociálního pracovníka očekávají.

Z výsledků je patrné, že dlouhodobě pečující nedokáží správně definovat sociálního pracovníka a náplň jeho práce. Sociální pracovník je v jejich očích zaměňován s pracovníkem v sociálních službách nebo pečovatelem. Navzdory této neznalosti se za klienty sociálního pracovníka považují a očekávají od něj pomoc s péčí o blízkou osobu, která spočívá v zajištění hygieny a zmírnění bolesti opečovávaných.

1. Teoretická část

1.1 Pojem dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče, ang. *long-term care*, je definována jako péče, která obsahuje množství služeb a podporu pro osoby, které jsou dlouhodobě závislé na každodenní pomoci při základních sebeobslužných aktivitách (Evropská unie, 2014). Sebeobslužné aktivity rozdělujeme na základní (bazální) a instrumentální. Do základních aktivit řadíme oblékání, způsobilost provést základní hygienu, možnost najíst se, kontinenci a schopnost mobility. Instrumentální aktivity umožňují člověku žít samostatně bez pomoci. Patří sem nakupování, běžné domácí práce nebo obstarávání financí (MPSV, 2010a).

Dlouhodobá péče je celodenní činností, která spočívá v každodenním ošetřování jiné osoby. Spočívá v poskytování úkonů spojených se zajištěním léčebného režimu a pomoci při zvládnutí péče o svou osobu (Čeledová, Čevela, 2017). Dlouhodobou péčí se zabývají i mezinárodní dokumenty. Na příklad dokument vydaný Evropskou unií ji definuje jako péči o osoby, jejichž zdravotní stav je stabilizován, ale není na takové úrovni, aby se byly schopny postarat samy o sebe. Důsledkem tohoto stavu je to, že jedinec potřebuje sociální i zdravotní služby (Kuzníková, 2017).

Dlouhodobou péčí je tedy možné chápat dvěma způsoby. V užším smyslu jde o propojení základní ošetrovatelské péče a pečovatelské služby, které se uskutečňují v ambulantní i ústavní podobě. Zaměřují se na základní zabezpečení nelepších se klientů. V širším slova smyslu se jedná o ucelený zdravotně sociální systém integrovaných podpůrných služeb (Čevela et al., 2012). Systém je určený zejména osobám se zdravotním postižením a osobám, které potřebují zvláštní péči v důsledku svého věku. Slouží jako prostředek proti sociálnímu vyloučení v důsledku nemoci nebo postižení jako projev lidskosti a respektu vůči lidskému právu (Kalvach et al., 2011).

Celá soustava je orientovaná na využití reziduálního potenciálu, zkvalitnění úrovně sociálního fungování a na podporu kvality života (Čevela et al., 2012). Cílem tohoto systému je co nejdéle setrvání osob ve svém přirozeném prostředí, kde mají dobré podmínky pro život (Kuzníková, 2017).

1.1.1 Dlouhodobá zdravotně sociální péče

V kontextu dlouhodobé péče můžeme hovořit o určitém propojení zdravotních a sociálních služeb (Válková, 2015). Systém dlouhodobé péče je legislativně vymezen převážně v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, a v zákoně 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách, kde je ukotveno poskytování jednotlivých sociálních a zdravotních služeb (Kuzníková, 2017). Proto můžeme dlouhodobou péči považovat za nabídku zdravotních a sociálních služeb, popřípadě jejich vzájemnou kombinaci (Evropská unie, 2014).

Cílem zdravotní péče je zlepšení nebo změna zdravotního stavu, oproti tomu cílem dlouhodobé sociální péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. V praxi proto nelze tyto dva systémy zcela oddělit, jelikož stav pacienta obvykle vyžaduje jak zdravotní, tak i dlouhodobou péči (MPSV, 2010). To je důvodem, proč dlouhodobá péče obsahuje sociální služby i základní zdravotní služby včetně péče lékařské. Díky tomu může být do péče zařazena rehabilitace, geriatric, psychologie, paliativní péče a jiné důležité složky (Kalvach et al., 2012). Kontinuita a provázanost těchto služeb jsou důležitou podmínkou k tomu, aby systém dlouhodobé péče fungoval a odpovídal všem potřebám klientů (Holmerová et al., 2010).

1.1.2 Typy dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče zahrnuje péči o člověka v domácím prostředí i v různých institucích (Kuzníková, 2017). Považuje se za třetí fázi v poskytování zdravotních služeb. První fáze je fáze akutní, kdy je cílem vyléčit nebo stabilizovat pacienta. Ve druhé fázi by mělo dojít k obnově funkčních schopností. Pokud tomu tak není, nastupuje třetí fáze a tou je právě oblast dlouhodobé péče. V takovéto situaci se pacienti dostávají buď do domácího, nebo institucionálního zařízení dlouhodobé péče (Arnoldová, 2016).

Dlouhodobou péči tedy rozdělujeme na péči neformální, kdy služby pečovanému poskytuje rodina, a péči formální, kdy jsou pečovanému služby poskytovány službami, které jsou registrovanými poskytovateli a řídí se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, (Valenta et al., 2012). Dalším typem je model sdílené péče, kdy dochází k prolínání laické a odborné péče (Kuzníková, 2017).

1.1.2.1 Formální péče

Formální péčí označujeme služby poskytované registrovanými poskytovateli, jimž se věnuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Wija (2012) uvádí, že se jedná se o péči, která je poskytována v některém ze zdravotních či sociálních zařízení. Nastupuje v okamžiku, kdy se rodina není schopna nebo nemůže postarat o svého člena. Ministerstvo práce a sociálních věcí dodává, že zahrnuje instituce, které umožňují příjemcům dlouhodobé péče trvalý pobyt, dokáží řešit jejich zdravotní situaci a respektují jejich biopsychosociální a spirituální potřeby (MPSV, 2010). Obsahuje všechny služby, které jsou vykonávány na základě smluvního vztahu, v rámci něhož je uhrazováno sociální pojištění, a jsou garantované státem (Wija, 2012).

Formální péči nabízí veřejné (státní), neziskové nebo soukromé organizace, jejichž součástí je velké množství služeb, které mohou klientovi nabídnout (např. dálkové tíšňové práce nebo péče poskytovaná 24 hodin denně 7 dní v týdnu). Tento druh péče zahrnuje ústavní ošetrovatelská zdravotnická zařízení a pobytová zařízení sociálních služeb. Tato zařízení nabízí kombinaci ubytování s dlouhodobou péčí osobám, jež potřebují stálou zdravotnickou a ošetrovatelskou péči při každodenních aktivitách. Instituce dále zahrnují specializovaná zařízení, poskytující péči pro osoby s lehkým až těžkým funkčním omezením (Wija, 2012).

Péče je poskytována každému bez ohledu na jeho příjem, všem nízkoprahovým skupinám a obsahuje také pomoc v podobě vyplácení dávek nebo služeb v různých formách a prostředí v závislosti na potřebách konkrétní osoby nebo skupiny (Wija, 2012). Úkolem formální péče je tedy pečovat o osoby se sníženou soběstačností, které nemohou ze zdravotního nebo sociálního důvodu setrvat v domácím prostředí. Tímto cílem se zabývají pobytové sociální a zdravotní služby (Truhlářová et al., 2015).

1.1.2.1.1 Pracovníci ve formální péči

Pro formální dlouhodobou péči je klíčový vztah poskytovatele péče a příjemce dané sociální služby (Valenta, 2012). Vztah mezi těmito subjekty je vymezen v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Valenta (2012) dodává, že základním rámcem tohoto vztahu je smlouva o poskytování sociální služby.

Práce pečovatele je velice náročná a nemůže ji vykonávat každý. Dobré předpoklady k tomu stát se pečovatelem má jedinec, který je sociálně zralou osobností, ztotožňuje se

s rolí pečovatele a vykonává svou práci svědomitě a zodpovědně. Dalším důležitým znakem je jedincovo vystupování a schopnost komunikovat s klienty. Pečovatelem by měla být osoba, která zvládá řešit náročné situace v pečovatelské péči, má pozitivní vztah k lidem, dokáže s kýmkoliv navázat kontakt a je ochotna pomáhat druhým. V neposlední řadě by to měl být člověk pečlivý, přizpůsobivý a empatický (Mlýnková, 2010). Každý, kdo se rozhodne být pečovatelem, musí vnímat klienta jako celek, přistupovat k němu individuálně a být k němu vstřícný (Mlýnková, 2016).

S prací profesionálního pečovatele se pojí velká zodpovědnost. V zařízení dlouhodobé péče jsou zodpovědní za celou řadu úkolů, např. za pomoc s osobní hygienou klienta, správu dokumentace nebo emocionální podporu klienta a jeho rodiny (Palmer, 2012). Součástí těchto zařízení jsou i tzv. multidisciplinární týmy, jejichž součástí jsou často zdravotní sestry, lékaři, ošetřovatelé, sociální pracovníci nebo fyzioterapeuti či duchovní (Tomeš et al. 2015). Proto musejí všichni pracovníci splňovat určitou kvalifikaci. OECD mezi tyto pracovníky řadí všechny, kteří poskytují péči příjemcům dlouhodobé péče. Rozlišujeme tyto skupiny a podskupiny zaměstnání:

1. Kategorie všeobecné sestry, řadí se sem:
 - a. osoby, které dokončily vzdělání v oboru ošetřovatelství a mohou vykonávat povolání sestry,
 - b. zaměstnané sestry nebo sestry jako osoby samostatně výdělečně činné, které poskytují péči doma nebo v zařízeních dlouhodobé péče, vyjma nemocnic,
 - c. sestry ze zahraničí, které mají povolení vykonávat své povolání v cizí zemi,
 - d. sestry, které poskytují péči pacientům s demencí nebo Alzheimerovou chorobou.
2. Kategorie pracovníci osobní péče, řadí se sem:
 - a. asistenti a pomocní pracovníci, kteří nemají kvalifikaci sestry, ale poskytují dlouhodobou péči,
 - b. členové rodiny, přátelé nebo sousedé zaměstnaní (na základě formální pracovní smlouvy nebo registrace jako pečovatele na příslušném orgánu sociálního zabezpečení) příjemcem péče, organizací, která pečovaného

zastupuje, nebo veřejným/soukromým poskytovatelem služeb za účelem poskytování osobní dlouhodobé péče (Wija, 2012).

1.1.2.1.2 Vybraná zařízení formální péče

Zařízení formální péče rozlišujeme podle toho, zda se jedná o zdravotnické zařízení a pracoviště určené k poskytování následné ošetrovatelské péče, nebo sociální služby pro oblast dlouhodobé péče (Kuzníková, 2017).

Mezi lůžková zdravotnická zařízení poskytující dlouhodobou péči patří nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, ostatní odborné léčebné ústavy, gerontopsychiatrická oddělení zpravidla v psychiatrických léčebnách a oddělení ošetrovatelské následné péče a dlouhodobé intenzivní péče ve fakultních nemocnicích nebo nemocnicích akutní péče. Z hlediska délky poskytované péče můžeme do těchto zařízení zařadit také psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, dětské léčebny a ostatní léčebné ústavy (Kuzníková, 2017).

Nemocnice následné péče poskytují ambulantní péči a z ošetrovatelství pouze léčbu doléčovací, navazující na péči akutní, které se pacientovi dostalo v předchozím zařízení. Oproti tomu léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení lůžkového typu, zaměřující se na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby s dlouhotrvajícím onemocněním, zejména o osoby vyššího věku (Čeledová, Čevela, 2010). Do tohoto zařízení jsou umisťováni klienti, kteří trpí více nemocemi najednou, které jsou často doprovázeny různými komplikacemi. Časté jsou zdravotně-sociální komplikace, na příklad atypický průběh nemoci, změna psychiky a neustálý strach z blížící se smrti (Kupka, 2014).

Hospicem se podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Tomeš (2015) uvádí, že hospic pacientům a jejich osobám blízkým poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů. Hospicová péče se zaměřuje na odstranění fyzického strádání a duševních strastí, které jsou způsobeny blížící se smrtí. Na rozdíl od nemocničních zařízení poskytuje sociální podporu jak nemocnému, tak i jeho rodině, což přispívá k zvýšení kvality jejich života. Fee (2010) dodává, že hospic je pohostinné místo pro

umírajícího a jeho rodinu. Lidé tam mají možnost příjemně strávit poslední dny svého života. Pacienti v zařízení získávají nový elán, psychicky ožívají, dochází u nich ke smíření s osudem a chtějí si užít poslední dny života (Tomeš et al., 2015). Hlavním cílem je zmenšení utrpení pacienta a vytvoření podmínek, které zajistí jeho klidné umírání a důstojnou smrt (Čeledová, Čevela, 2010).

Rehabilitační ústavy jsou odborné léčebné ústavy, kde je poskytována celodenní komplexní rehabilitační péče pro klienty po úrazech, operacích pohybového aparátu nebo nervového systému. Komplexní léčebná a rehabilitační péče následuje po ambulantní nebo lůžkové péči. Zabývá se doléčením, zabráněním vzniku invalidity a nesoběstačnosti (Čevela, 2015).

Ostatní odborné léčebné ústavy jsou chápány jako léčebné ústavy, které nejsou zařazeny jinam a poskytují následnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči (Kuzníková, 2017). Poskytují specializovanou lůžkovou péči v jakémkoliv lékařském oboru, na příklad oční léčebny nebo netuberkulózní léčebny (Čeledová, Čevela, 2010). Užší vymezení činností a oblastí, odkud přijímají pacienty, je dán organizačním řádem daného léčebného ústavu. Typy jednotlivých léčebných ústavů se rozlišují podle jednotlivých odborností (Čevela, 2015).

Pro oblast dlouhodobé péče je důležité velké množství sociálních služeb, které definuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle tohoto zákona zahrnují sociální služby sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Kuzníková (2017) uvádí, že pro zajištění dlouhodobé péče jsou podstatné hlavně služby sociální péče. Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti; a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Mezi služby sociální péče řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, podporu samostatného bydlení, také odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře. V neposlední řadě také domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se

zvláštním režimem, chráněná bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, formuluje tyto služby následovně:

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Mlýnková (2010) dodává, že služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Jejím cílem je, aby klienti s jakýmkoliv postižením mohli žít v domácím prostředí, životem, který se co nejvíce přibližuje běžnému životu. Dle zákona služba zahrnuje především pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Jde tedy o neústavní službu poskytovanou v přirozeném prostředí klienta. Zahrnuje totožné činnosti jako osobní asistence. Vykonává ji pečovatel, který navštěvuje klienta doma a zajišťuje jeho potřeby (Mlýnková, 2010). Tento typ služby je nejvíce rozšířen mezi seniory se zdravotním postižením (Burda, Šolcová, 2016).

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Jde o služby, které jsou určeny pro osoby pečující o své blízké. Cílem je umožnit pečujícím odpočinek, nabídnout jim čas na vyřízení pohledávek nebo jen čas na odpočinek, na který nemají díky péči prostor. O blízké osoby je mezitím postaráno v domácím prostředí nebo středisku dané organizace, kde vykonávají stejné úkony jako v pobytových zařízeních sociálních služeb (Arnoldová, 2016).

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro seniory umožňuje celoroční pobyt a poskytuje komplexní

pomoc a péči seniorům, kteří nemohou žít sami ve své domácnosti (Mlýnková, 2011). Dle zákona nabízí poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti nebo pomoc při uplatňování jejich práv.

1.1.2.2 Neformální/domácí péče

Neformální péče se v praxi často označuje termínem domácí péče. Je to péče, kterou poskytuje laický pečovatel. Laickým pečovatelem se rozumí člen rodiny, partner nebo někdo z přátel (Truhlářová et al., 2015). Čípková (2017) uvádí, že nejčastějším modelem neformální péče je zajištění pomoci a péče od partnera. Druhým velmi častým modelem je péče ze strany dospělých dětí, nejčastěji dcer, které jsou mnohdy v před/důchodovém věku a musejí vykonávat několik rolí současně.

Neformální péče je tedy péče, která je poskytována mimo sociální a zdravotnická zařízení. Důvodem je potřeba postarat se o blízkého člověka se sníženou soběstačností, která je následkem onemocnění, úrazu, postižení nebo pokročilého věku (Kuzníková, 2017).

Definicí neformální péče se zabývá také zákon č. 80/2012 Sb., občanského zákoníku, který označuje neformálního pečovatele jako osobu blízkou. Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagrené nebo osoby, které spolu trvale žijí.

OECD rozděluje neformální pečovatele takto:

1. Neformální pečovatelé bez peněžité náhrady, včetně členů rodiny a přátel, kteří za svoji péči nedostávají žádnou peněžitou kompenzaci, a dobrovolníků vykonávajících dlouhodobou péči výhradně bezplatně.
2. Neformální pečovatelé, kteří pobírají dávky nebo příspěvky ze sociálního systému určené pro uživatele dlouhodobé péče, díky nimž dochází k určitému vyrovnání za poskytování dlouhodobé péče.

3. Pečovatelé nebo ilegální migranti, kteří nejsou evidováni, poskytují dlouhodobou péči bez jakékoliv formální smlouvy s příjemcem a dostávají peněžitou odměnu, i když nejsou ohlášení na příslušném orgánu sociálního zabezpečení (Truhlářová et al., 2015).

Je zjevné, že důležitou roli v životě pečovatele i pečovaného hraje rodina. Dobré rodinné vztahy, komunikace mezi členy rodiny a vzájemné pochopení jsou klíčovým předpokladem pro úspěšnou domácí péči (Truhlářová et al., 2015). Model rodinné péče se považuje za nejvhodnější a nejlepší model dlouhodobé péče pro pečovaného. Obsahuje sociální, částečně zdravotní, pečovatelské a emocionální složky péče, které jsou pro pečovaného velmi důležité. Celá péče se uskutečňuje v prostředí, jež pečovaný dobře zná, má k němu určitou citovou vazbu a cítí se v něm bezpečně. Žádné z formálních zařízení dlouhodobé péče nikdy nemůže nemocnému tak komplexní péči poskytnout (Truhlářová et al., 2016).

Potřeba dlouhodobé neformální péče se bude postupem času zvětšovat. Hlavním důvodem je vývoj demografické struktury společnosti, v níž narůstá podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let. Hlavní příčinou je velký úbytek porodnosti a trvalý pokles specifických měr úmrtnosti (počet zemřelých ve věku x vztažených na počet obyvatel), který vede k prodlužování naděje dožití, a tím k dožívání se vyššího věku. Proces demografického stárnutí zasahuje jak do sféry sociální, tak do sféry ekonomické. Tento fakt poukazuje na stále větší potřebu zabývat se významem rodiny a neformální péčí o osoby závislé na pomoci jiných lidí. Nejedná se pouze o seniory, ale i o osoby s handicapem jakéhokoliv věku (Truhlářová et al., 2015).

1.1.2.2.1 Motivace pečovatele

Péče je velice náročný a dlouhý proces, proto se nabízí otázka, proč vlastně pečující pečuje? Nebo proč v péči pokračuje až do úplného konce či péči předčasně ukončí? (Štěpánková et al., 2014).

Nezákladnější motivací je motivace matky pečovat o své dítě. Spojitost mezi matkou a jejím dítětem je základním a nedělitelným vztahem dvou lidí. V současnosti je tento vztah označován termínem „připoutání“ neboli „attachment“ (Křivohlavý, 2013). Attachment je základní potřeba dítěte navázat vztah s pečující osobou, především s matkou. Jedná se o proces, kdy dítě přilne k osobě, u níž hledá bezpečí. Tento vztah

vzniká v raném dětství, kdy jsou děti i dospělí otevřeni vzájemné interakci. Pro dítě se stává osoba attachmentu bezpečným útočištěm a v případě ztráty prožívá dítě úzkost a smutek (Slaměnik, 2011). Matka je tedy bezpečnou oporou pro své dítě. Pokud dojde k trvalému nebo dočasnému oddělení dítěte od primárně pečující osoby, nastává separační úzkost. Dítě vnímá přerušování citového vztahu jako velmi traumatické, protože je pečující osoba v životě dítěte stěžejní (Novák, 2015).

Za rozhodnutím pečovatele pečovat mohou stát i jiné motivy. Jedním z nich může být tzv. sociální solidarita, která představuje vzájemnou sounáležitost, podporu jednotlivců, skupin a organizací při vytváření životních podmínek a prostředků. Existuje několik forem solidarity, např. solidarita bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, bezdětných rodin s rodinami s dětmi, nebo solidarita na úrovni rodiny a mezigenerační solidarita (Duková et al., 2013). Dle Vojtíška (2018) je právě solidarita podmínkou pro to, aby byla celá skupina schopna přežít.

S mezigenerační solidaritou úzce souvisí pocit lásky. Jedná se převážně o lásku k osobě, o niž se pečuje (Štěpánková et al., 2014). Brzáková Beksová (2013) tvrdí, že pokud si vážíme lásky, kterou jsme dosud přijímali, motivuje nás k péči důvěra blízkého člověka v naši pomoc a lásku. Aby mezigenerační solidarita fungovala, musí být láska vzájemná. Mezigenerační láska by měla obsahovat úsilí starého člověka nalézt smířlivé místo ve společnosti – z druhé strany společnost posiluje jeho úsilí tolerancí, porozuměním a důstojným zacházením.

Dle Jeřábka (2013) je dalším motivem péče altruismus. Altruismus je jednání, které nepřináší užitek jednotlivci, ale celé skupině nebo rodu. Jedná se o nesobecký čin v zájmu ostatních členů skupiny (Cajthamlová, 2017). Altruismus zahrnuje do jisté míry také empatii (Jeřábek, 2013). Empatie znamená schopnost vcítit se a porozumět pocitům druhých, dokázat je prožít tak, jako by byly moje vlastní (Nykl, 2012). Dle Pletzera (2009) je empatie základním předpokladem kvalitního života a lidského soužití. Pečující se chovají altruisticky, neboť při péči dochází k určitému obětování se (Jeřábek, 2013).

Pečující se může nacházet v různých situacích, kdy je na něj vyvíjen určitý sociální tlak nebo je motivován určitým finančním zajištěním. Krása (2014) se domnívá, že jisté procento lidí řeší dlouhodobou péči ve vztahu k financím. Tvrdí, že v době vysoké nezaměstnanosti je péče určitou alternativou přežití celé rodiny.

Existuje mnoho dalších motivů péče, které nelze jednoznačně vymezit. Každý člověk je individuální a má svůj motiv k péči (Štěpánková et al., 2014).

1.1.2.2.2 Zátěž pečovatele

Péče poskytovaná rodinou je v mnohých ohledech zatěžující, projevuje se ztrátou soukromí na straně pečujících i pečovaného, je časově i finančně náročná a ovlivňuje již zajetý chod domácnosti (Truhlářová et al., 2015). Tento stav se označuje jako tzv. pečovatelská zátěž, popisovaná jako multidimenzionální odpověď organismu na stres během péče. Termín se užívá pro celkové označení problémů v psychické, fyzické, emocionální a sociální rovině pečujícího (Kuzníková, 2017).

Péče o osobu blízkou se často odrazí na partnerském životě pečujícího. V mnoha případech je péče důvodem rozpadu vztahu (Truhlářová et al., 2015). Jako důvod se nabízí i to, že pečující bývají součástí tzv. sendvičové generace, kdy jsou nuceni starat se o své děti a rodiče najednou. Bertini (2013) tuto generaci definuje jako osoby středního věku, jež se nacházejí mezi svými ještě nezajištěnými dětmi a pomalu stárnoucími rodiči, jako náplň do sendviče. Člověk uprostřed těchto dvou generací se stará o to, aby členové přežili a prospívali. Náplní jeho života je pečovat, uspokojovat potřeby svých potomků i seniorů v rodině a v neposlední řadě chodit do práce, plnit požadavky zaměstnavatele a starat se o domácnost. Snaží se, aby se mu jeho vlastní život nevymkl z rukou, aby zvládl svůj pracovní i soukromý život a při tom stíhal psát domácí úkoly se svými potomky, vařit a řešit každodenní krize. Navíc se stará o své rodiče, kteří často potřebují odvézt k lékaři, pomoci při každodenních aktivitách nebo si jen popovídat. Souhrnně lze sendvičovou generaci označit za tu, která drží rodinu pohromadě a v chodu.

Péče o osobu blízkou často způsobuje zdravotní problémy pečujícím. Týká se to především žen v roli pečujících manželek, dcer nebo snach. Pečující ženy musejí často vynakládat neúměrnou fyzickou námahu způsobenou zvedáním, obracením a přenášením pečovaných osob. Díky tomuto zatížení jsou nuceny vyhledat lékařskou pomoc (Jeřábek, 2013).

Nejde pouze o zdraví fyzické, nýbrž i psychické. Pečující se ocitá pod dlouhodobým stresem, psychickým vypětím a často trpí duševními poruchami. Tyto stavy jsou působené péčí o osobu blízkou bez jediné chvíle volna nebo vystřídaní. Dalším

důvodem je to, že osoba pečovatele se ocitne sama, zcela izolovaná od zbytku rodiny a přátel. Někteří pečovatelé bývají nechání rodinami na pospas svému osudu, zcela bez pomoci a výraznějšího společenského kontaktu. Tito lidé často nevědí nebo ani nemají kam obrátit se o pomoc, jsou vyřazeni ze společnosti (Jeřábek, 2013). Dlouhodobá péče je považována za práci z lásky a musí pokračovat, i když láska klopýtne. Zahrnuje mnoho emocí a velké pouto mezi pečujícím a opečovávaným. Jedná se o práci, která nikdy nekončí, je to jakýsi koloběh. I toto může být důvodem psychických problémů pečovaného a jeho pocitu osamění (Kuzníková, 2017).

Objektivně můžeme říci, že zátěž pečovatele je dána přímou péčí o pečovaného, nutností vypořádat se s jeho emočními potřebami a vlivem péče na rodinné interakce. Péče má vliv na zaměstnání pečujícího, na trávení volného času a v neposlední řadě i na jeho zdravotní stav. Každý pečovatel vnímá zátěž péče subjektivně, záleží na tom, jak prožívá svou roli a nemoc blízkého člověka. Důležitou roli hraje také situace, v jaké se pečovatel nachází, zda jsou péčí ovlivněné rodinné vztahy nebo osobní život (Kuzníková, 2017).

1.1.2.2.3 Pozitiva a negativa neformální/domácí péče

Domácí péče má svá pozitiva i negativa. Je to určitý projev rodinné solidarity a soudržnosti (Tomeš, Šámalová, 2017). Pečující střední generace, která pečuje o své rodiče, vnímá domácí péči jako variantu. Výhodou je, že společné bydlení ušetří pečujícím starosti s další domácností a mají možnost rozdělení práce mezi členy rodiny. Negativa tohoto soužití se mohou odrážet v napjatých vzájemných vztazích. Z jedné strany se sám senior nemusí cítit v domácnosti svých dětí dobře, může si připadat na obtíž a jen jako host. Z druhé strany stojí rodina v pozici pečovatele, na něhož je kladena extrémní zátěž. Člověk středního věku chodí do zaměstnání, má povinnosti k vlastní rodině a dětem. Je velice náročné zvládat provoz rodiny, chodit do zaměstnání a současně pečovat o své rodiče a svou domácnost (Mlýnková, 2011).

Velkou nevýhodou domácí péče je náročnost, a to jak náročnost časová, tak organizační. Nejedná se pouze o samotné poskytování péče v domácím prostředí, ale i o určitou manažerskou činnost. Pečující osoba se najednou musí zabývat administrativními věcmi, jako je komunikace s úřady, lékaři nebo případným zajištěním záskoku u pečovaného. Těmito záležitostmi se zabývají i poskytovatelé formální péče,

kteří na to ovšem mají tým odborníků, zatímco neformální pečovateli je na to sám (Tomeš, Šámalová, 2017).

Další nevýhodou je značná finanční náročnost. Náklady na neformální péči jsou velice vysoké – jsou v nich započítány hodiny spotřebované péčí, zhoršená kvalita života a zdraví pečujících a ztížení pracovního a společenského uplatnění v dlouhodobém časovém úseku (Válková et al., 2010). Guralová (2018) uvádí, že starat se o člověka, který vyžaduje každodenní pomoc, je velice finančně náročné. Tvrdí, že náklady na celodenní pomoc, ztrátu mobility nebo stáří jsou ohromující. V současné době není potřeba pečovat pouze o seniory, ale i lidi v produktivním věku nebo děti. Každý z nich potřebuje doprovod k lékaři a mnoho dalších věcí, které se stávají důvodem ztráty zaměstnání pečujícího. Ztráta zaměstnání má za následek finanční ztrátu, která je pro mnoho rodin nemyslitelná (Tomeš et al., 2015).

I přes všechna tato negativa lze říci, že domácí péče přináší pro obě strany mnoho pozitivních prožitků. Je to životní zkušenost, která utužuje vztahy mezi pečovatelem a pečovaným, navozuje stav sounáležitosti a pocit lásky (Štěpánková et al., 2014).

1.1.2.3 Kombinovaná/sdílená péče

Dalším typem dlouhodobé péče je péče sdílená. U ní dochází k propojení formální a neformální péče. Podstatou této péče je to, že osoba potřebující péči zůstává ve svém domácím prostředí a na péči se podílí, jak rodina, tak formální instituce (Kuzníková, 2017). Tomeš (2017) uvádí, že model umožňuje propojení výhod domácí péče a profesionálního poskytování sociálních služeb. Účinnost tohoto modelu spočívá v koordinaci služeb, které jedinec potřebuje tak, aby vyhovovaly jeho potřebám (Kuzníková, 2017).

V současné době se model sdílené péče považuje za náhradu institucionalizace a směřuje ke komunitnímu modelu dlouhodobé péče. Tento model se využívá na příklad v Austrálii jako určitá komunitní alternativa v péči o seniory, jejichž stav by za jiných okolností vyžadoval pobyt v instituci. Sdílená péče by tedy měla v budoucnu sloužit k předcházení umístění klientů do institucí formální péče (Kuzníková, 2017).

1.2 Podpora neformální péče v kontextu sociální politiky

V dnešní době narůstá počet osob, které jsou závislé na sociální pomoci státu, proto je velmi důležité nastavení těchto procesů. Systém nástrojů sociální politiky pro péči o osoby se sníženou soběstačností lze obecně rozdělit na nástroje, které přímo podporují pečované osoby, a na ty, které jsou určeny přímo pečovateli (Truhlářová et al., 2015).

1.2.1 Finanční nástroje zaměřující se na osobu pečovatele

Nástroje podporující pečovatele dělíme na dvě skupiny, a to na nástroje přímé a nepřímé. Do přímých řadíme nástroje finančního charakteru (finanční dávky a podpory) a služby pro pečující osoby. Mezi nepřímé nástroje patří služby zaměřené na usnadnění spolupráce mezi formální a neformální péčí (Truhlářová et al., 2015).

Pečující osoba má nárok na důchodové pojištění (Truhlářová et al., 2015). Dobu důchodového pojištění je možno získat výdělečnou činností, dobrovolnou činností nebo náhradními platbami (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2018). O tom, zda se jedná o náhradní dobu pojištění, rozhoduje zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Podmínkou dle zákona je to, že o době osobní péče o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni I (lehká závislost), nebo o osobu, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo ve stupni III (těžká závislost) anebo ve stupni IV (úplná závislost), rozhodl příslušný orgán sociálního zabezpečení podle zvláštního právního předpisu. Dle Revue pro sociální politiku a výzkum (2018) je doba péče o nesoběstačné osoby brána jako doba, kdy byl pečující zaměstnán. Péče se započítává do důchodového pojištění pečujícím osobám, přestože během péče nejsou zaměstnáni ani nevykonávají žádnou samostatně výdělečnou činnost. Podmínkou je, že péče musí poskytována osobě blízké nebo osobě ve společné domácnosti. Za osoby blízké považuje zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, manžele, příbuzné v řadě přímé, děti, sourozence, zetě, snachy a manžele rodičů kteréhokoliv z manželů. Domácností se dle zákona rozumí společenství fyzických osob, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby.

Pečující mají také nárok na podporu v nezaměstnanosti (Truhlářová et al., 2015). Doba péče je chápána jako zaměstnání, započítává se do doby pojištění pro důchod. Po ukončení péče má tudíž pečující nárok na podporu v nezaměstnanosti, podmínkou

ovšem je alespoň dvanáct měsíců platit sociální pojištění (Revue pro sociální politiku a výzkum, © 2018).

Pečující mají nárok na placení zdravotního pojištění státem (Truhlářová et al, 2015). Dle zákona 48/199 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost); dále za osoby pečující o tyto osoby a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost). Revue pro sociální politiku a výzkum (2018) uvádí, že stát je plátcem zdravotního pojištění pečujících do té doby než je osoba, o kterou pečuje hospitalizována. V takovém to případě nárok na příspěvek zaniká a pečující musí pojištění za dané období uhradit sám nebo se zaevidovat na příslušný úřad práce, jako uchazeč o zaměstnání. V tomto případě pojištění hradí stát.

Člověk, který pečuje, má možnost si přivydělat prací, může pracovat i na plný úvazek a přivýdělek smí být neomezený (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2018). Dle § 241 odst. 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, má zaměstnanec, který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), právo požádat o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby. Zaměstnavatel je povinen vyhovět této žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody. Truhlářová (2015) dodává, že pokud je prokázána péče o jinou osobu, může být pečující poslán na služební cestu mimo své zaměstnání pouze se svým souhlasem.

1.2.2 Finanční nástroje zaměřující se na osobu pečovaného

Druhou skupinou jsou nástroje, které podporují pečovatele skrze osobu pečovanou, zaměřují se tedy převážně na osobu závislou. Jedná se o formu finanční podpory a podpůrných služeb (Truhlářová et al, 2015).

Hlavním nástrojem sociální politiky v této oblasti je příspěvek na péči. Příspěvek na péči se dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních

potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Tento příspěvek se vyplácí přímo osobě, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby, za účelem poskytnutí potřebné opory.

Nárok na něj má osoba s trvalým pobytem na území České republiky, jež je občanem České republiky, nebo cizinec, jehož rodinný příslušník má na území republiky trvalý pobyt (Arnoldová, 2015). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí, že nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. To platí pouze, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, který je zapsaný v registru sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení lůžkového typu. Nárok na něj nemá osoba mladší jednoho roku.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Při posuzování stupňů závislosti hodnotí zákon způsobilost zvládat deset základních potřeb: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, péči o zdraví, výkon fyziologických potřeb, tělesnou hygienu, osobní aktivity a péči o domácnost. Dle tohoto zákona se osoba do 18 let věku považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

1. stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní potřeby,
2. stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních potřeb,
3. stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních potřeb,
4. stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních potřeb,

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči fyzické osoby.

Osoba starší 18 let věku se dle zákona považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

1. stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní potřeby,

2. stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních potřeb,
 3. stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních potřeb,
 4. stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních potřeb,
- a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Tato pobočka provádí sociální šetření, na jehož základě posoudí schopnost samostatného života osoby v jejím prostředí. Následuje posouzení stupně závislosti, které vychází ze zdravotního stavu posuzovaného. Poté krajská pobočka Úřadu práce rozhodne, zda příspěvek na péči přiznává, nebo ne (Arnoldová, 2015). Příspěvek se v případě uznání vyplácí jedenkrát za měsíc (Truhlářová et al., 2015).

Dalším nástrojem, který může pečující čerpat, je dlouhodobé ošetřovné. Tato dávka platí od 1. června 2018 a je vyplácena ze systému nemocenského pojištění. Dlouhodobé ošetřovné obsahuje možnost čerpat po dobu 90 kalendářních dnů pracovní volno s náhradou příjmu 60 % denního vyměřovacího základu. Opatření slouží k pokrytí doby, jež nastává při propuštění z nemocnice do domácí péče (MPSV, 2017). Nárok na ni má pojištěnec, který pečuje o osobu vyžadující dlouhodobou péči v domácím prostředí a nevykonává zaměstnání nebo samostatně výdělečnou činnost. Podmínkou je, že pojištěnec je manžel, registrovaný partner nebo příbuzný v řadě přímé s ošetřovanou osobou; dále její sourozenec, tchán, tchýně, zeť, snacha, synovec, neter nebo strýc či teta, popřípadě je druhem jednoho z nich. Náleží též osobě pečující, pokud je druhem či družkou ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou žijící ve společné domácnosti (Čeledová, Čevela, 2017). Široké spektrum osob je určeno proto, aby se rodina mohla rozhodnout, kdo bude pečovat. Rodina má možnost střídát pečující osobu a tím posílit mezigenerační vztahy v rámci rodiny (MPSV, 2017).

1.3 Pečovatel jako klient sociální práce

Klientem sociální práce je člověk, který využívá služby sociálního pracovníka a považuje ho za rovnocenného partnera. Sociální práce představuje pro klienty kontakt s profesionálem, který mu pomůže vyřešit jeho problémy (Mahrová, 2008). Pomáhá

seniorům, zdravotně postiženým, rodinám s dětmi, závislým lidem nebo právě pečujícími (Ningerová, 2015).

1.3.1 Sociální práce

Sociální práce je vědecky fundovaná odborná disciplína, zabývající se mezilidskými vztahy v kontextu sociálních rolí. Poskytuje profesionální péči všem, kdo ji potřebují. Vykonává tak prostřednictvím metod sociální práce a jejím cílem je reflexe, řešení a zmírnění sociálních problémů společnosti (Matoušek, 2012). Poskytuje podporu fungování klienta v takových životních situacích, kdy si není schopen poradit sám. Sociální práce spoléhá na společenskou solidaritu, usiluje o naplnění lidského potenciálu a lidství. Opírá se o to, že společnost se v pomoci o potřebné angažuje zcela přirozeně, nejen v rámci společného soužití, ale i z odborného hlediska, kdy stát se svými zákony vychází ze solidarity a empatie členů společnosti (Gulová, 2011).

1.3.2 Sociální pracovník

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociálního pracovníka takto: Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Předpokladem pro výkon tohoto povolání je dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornou způsobilostí k vykonávání povolání sociálního pracovníka je:

1. vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
2. vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku,

sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Sociální pracovník by měl mít znalosti z různých oborů, měl by umět diagnostikovat problém klienta a pomoci mu ho vyřešit. Jeho klienty jsou často osoby v těžké životní situaci, často se nacházející na okraji společnosti. Proto by měl ovládat škálu dovedností pro práci s takovými klienty (Gulová, 2011). Důležité je, aby ke každému klientovi přistupoval individuálně, reagoval na jeho potřeby a uměl správně vybrat metody, postupy a techniky práce s klientem (Máhrová, Venglářová, 2008). Mezi jeho nejdůležitější vlastnosti patří empatie, důvěryhodnost, schopnost naslouchat a samozřejmě profesionalita. Dále by měl být cílevědomý, samostatný, motivovaný, sebekritický, předvídavý a měl by mít zájem o další odbornost. Existuje nepřeberné množství vlastností, které by měl sociální pracovník mít; spoustu z nich získá až dlouholetou praxí. Důležité je, aby z něj klient cítil vřelost a zaujetí. (Gulová, 2011).

Sociální pracovníci mají dnes ve společnosti velmi důležitou roli. Jejich role se v průběhu let mění a bývají lidmi i ostatními odborníky špatně pochopeni (McGregor, 2011). Ve společnosti převládá názor, že sociální pracovníci jsou ti, kteří odebírají děti z rodin a krmí nebo koupou staré lidi. Oproti lékařům nebo učitelům není cíl jejich práce tak jednoznačný a jasný (Sale, 2009).

1.3.3 Role sociálního pracovníka při práci s pečujícími

Sociální pracovník vykonává mnoho rolí při práci s pečujícími klienty. Při práci s klientem by mělo být jeho hlavním cílem posílení ochrany klienta před jakýmkoliv špatným zacházením (Čípková, 2017).

Jednou z rolí je pak podpora a edukace pečujících klientů. Pečující si často nevědí s péčí rady, ocitli se sami a potřebují pomoci. Sociální pracovník jim dokáže nabídnout psychosociální podporu a poradenství (Čípková, 2017). Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální pracovník poskytuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství znamená, že poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti

trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Sociální pracovník je vlastně zprostředkovatelem péče, díky němuž může vzniknout důvěra klienta ke konceptu formální a neformální péče. Jeho úkolem je navázání důvěrného vztahu s klientem, který je postaven na profesionalitě a vzájemné rovnosti (Čípková, 2017). Důvěryhodnost pracovníka se projevuje na příklad jeho spolehlivostí, schopností porozumět nebo diskretností (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Klienti mají často negativní myšlenky a převládá u nich nedůvěra k cizí osobě. Sociální pracovník by měl umět takovéto klienty přesvědčit k vzájemné spolupráci. Tento vztah je důležitý k tomu, aby dokázali přijmout pomoc od někoho dalšího (Čípková, 2017).

Na začlenění klienta do společnosti se často podílí multidisciplinární tým, jehož součástí je i sociální pracovník, který pomáhá klientovi v rámci jeho možností žít běžný život (Mahrová, Venglářová, 2008). Multidisciplinární tým je často využíván i v domácí hospicové péči, kde hraje sociální práce významnou roli (Čípková, 2015). Tým by měl být složený tak, aby byl schopen zajistit všechny klientovy potřeby (Tomeš et al., 2015). Úkolem sociálního pracovníka je vidět člověka komplexně, vnímat jeho rodinné vztahy a prostředí, nikoliv jen jeho onemocnění. Pomáhá klientovi vyřešit jeho problémy, určuje okruh lidí, jichž se klientův problém dotýká, a zahrne je do procesu řešení. Sociální pracovník zde plní roli vedoucího diskuze, kdy pomáhá zúčastněným nalézat alternativní řešení (Čípková, 2015).

V neposlední řadě zprostředkovává komunikaci mezi klientem a dalšími sociálními službami nebo s ostatními pracovníky (Čípková, 2015). Spolupracuje tak s mnoha odborníky z různých oblastí a tím pomáhá s řešením nepříznivé životní situace klienta (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.3.4 Potřebná opatření v dlouhodobé péči

V první řadě chybí legislativní ukotvení dlouhodobé péče, a to včetně prováděcích předpisů. Bude nutná novelizace legislativních předpisů pro tuto oblast (MPSV, 2010). Dále bude potřeba legislativně změnit prameny sociálního zabezpečení, převážně v oblasti dávek, finanční podpory, pracovního práva a doprovodných vzdělávacích služeb. S tím souvisí vytvoření nových nástrojů, které budou pomáhat pečujícím s péčí.

Může se jednat o specifické poradenství, bezplatné vzdělávání nebo odlehčující služby (MPSV, 2018).

Dalším důležitým bodem je navýšení finančních prostředků pro dlouhodobou péči, a to jak pro oblast sociálních služeb, tak pro lidi závislé na péči jiné osoby. Vzhledem k nedostatku finančních prostředků si klienti nedokáží hradit pomoc a sociální služby v míře, v jaké by potřebovali (Čípková, 2017). Zajištění těchto služeb slouží k získání času pro pečující, kteří potřebují obnovit síly a odpočinout si (Krása, 2014).

V současnosti také chybí systém, který by podporoval individuální pečovatele i podpůrné skupiny, kde se setkávají pečující rodiny a vyměňují si vzájemně zkušenosti a poznatky z péče (Čípková, 2017). Podpůrné skupiny poskytují pečujícím psychosociální, informační a emocionální podporu. Jejich cílem je sdílet společné zážitky, poslechnout si příběhy ostatních nebo strávit hezké chvíle mimo domov. Skupiny jsou pro pečující velmi prospěšné, je tedy zvlášť třeba je nadále rozvíjet (Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele..., 2016).

Čípková (2017) tvrdí, že by v budoucnu mělo dojít k navýšení sociálních pracovníků ve zdravotních zařízeních. Důvodem je to, že klienti nejsou po propuštění ze zdravotních zařízení řádně informováni o možnostech následné pomoci či péče. Kvůli vytíženosti sociálních pracovníků není klientům a jejich rodinám poskytnuta potřebná edukace. Náplní práce těchto sociálních pracovníků je zajištění následné péče o pacienta, která je podstatnou složkou zdravotnické péče. Krása (2014) uvádí zvýšenou potřebu dalších odborníků, nejen sociálních pracovníků, ale na příklad psychologů, kteří pomohou pečujícím překonat stres, syndrom vyhoření nebo pocit marnosti z jejich snažení.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce.
2. Zjistit, jakou pomoc dlouhodobě pečující od sociálního pracovníka očekávají.

2.2 Výzkumné otázky

1. Považují se dlouhodobě pečující za klienty sociální práce?
2. Jakou pomoc očekávají dlouhodobě pečující od sociálního pracovníka?

3. Metodologie

3.1 Použité metody

Pro svou práci jsem použila kvantitativní metodu výzkumu, jelikož je zaměřena na menší výzkumný vzorek a jejím cílem je hlubší porozumění dané problematice. Používá se v případech, kdy chceme lépe porozumět zkoumané situaci (Hanzelková et al., 2009). Během kvalitativního výzkumu účastníci sdělují výzkumníkovi nejen informace potřebné pro výzkum, ale i své postoje, názory a postřehy k dané problematice (Gulová, 2011). Vzhledem k stanovenému cíli a výzkumným otázkám mé práce se ukázalo jako vhodné použít tuto strategii k výzkumu.

Kvalitativní výzkumná strategie byla realizována prostřednictvím metody dotazování, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru. Technika polostrukturovaného rozhovoru spočívá v tom, že tazatel má dopředu připravené určité schéma, jehož se během rozhovoru řídí. Schéma obvykle obsahuje okruhy otázek, které bude tazatel pokládat. Tyto otázky se označují jako primární. V průběhu rozhovoru vznikají i tzv. sekundární otázky, které mají za úkol doplnit či podnítit informanta k další výpovědi. Mohou mít podobu parafrázování, souhlasu či porozumění. Důležitou roli ve vedení polostrukturovaného rozhovoru hraje také mimika a gesta, jimiž tazatel naznačuje zájem a pobízí informanta k pokračování. Technika polostrukturovaného rozhovoru je považována za optimální získávání dat, jelikož obsahuje prvky standardizovaného i nestandardizovaného rozhovoru (Sedláková, 2015). Výhodou této techniky je to, že díky předem vytvořenému schématu má tazatel jistotu, že všechny jeho otázky budou zodpovězeny. Další výhodou je možnost klást doplňující otázky, díky nimž má tazatel možnost dovědět se více o dané problematice, a dosáhnout tak vyšší přesnosti při zkoumání. Za nevýhodu lze považovat možnost získání takových informací, které nejsou relevantní s cíli výzkumu. V tomto případě záleží převážně na osobě tazatele a jeho schopnosti dodržet dané schéma (Miovský, 2006). Tuto techniku jsem volila pro její flexibilitu; umožňuje získat obecné i detailní informace.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 6 informantů, přičemž každý z nich je klientem Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích. Informanti byli vybíráni na základě metody záměrného výběru. Spolupráci a komunikaci s klienty mi zprostředkovala sociální pracovnice z Domácího hospice sv. Veroniky.

Hlavním kritériem pro výběr informantů bylo to, aby se jednalo skutečně o osoby, které dlouhodobě pečují. Za dlouhodobě pečující považuji ve svém výzkumu osoby, které pečují minimálně půl roku. Ukázalo se, že všichni pečující v mém výzkumu se dlouhodobě starají o člena své rodiny. Dalším kritériem bylo to, aby se pečující během své péče již setkali se sociálním pracovníkem. Toto kritérium bylo podstatné pro zodpovězení výzkumných otázek. Díky sociální pracovníci jsem měla jistotu, že všichni oslovení informanti se se sociálním pracovníkem setkali a jednali s ním.

Pro přehled zde uvádím tabulku s informanty svého výzkumu. Každému z nich jsem v rámci zachování anonymity přiřadila číslo. Informanty jsem pro větší přehlednost označila kódy I1 až I6. V tabulce uvádím pohlaví pečujícího a dobu, po kterou pečuje.

Tabulka č. 1: Informace o informantech

Informant	Pohlaví	Doba péče
I1	Žena	1,5 roku
I2	Muž	1,5 roku
I3	Muž	1 rok
I4	Muž	2 roky
I5	Žena	0,5 roku
I6	Muž	5 let

Zdroj: vlastní tabulka.

Nyní uvedu stručný popis všech informantů.

I1: Jedná se o ženu, která 1,5 roku pečuje o svého manžela, jenž je nevléčitelně nemocný. Se sociálním pracovníkem se setkala až v souvislosti s péčí o manžela a bylo to v domácím hospici sv. Veroniky. I1 se z pozice pečující manželky za klientku sociální práce považuje.

I2: Informant 2 je muž, který se stará 1,5 roku o svoji matku. Informantova matka je v posledním stádiu rakoviny. Péče o ni je pro informanta velmi náročná, jelikož i on sám trpí zdravotními problémy. Svůj těžký život řeší alkoholem. Se sociálním pracovníkem se setkal v souvislosti s péčí o matku a za klienta sociální práce se považuje.

I3: Informant 3 je muž pečující o svou manželku. Manželka je nevléčitelně nemocná a potřebuje každodenní péči, která trvá zhruba 1 rok. Tento informant se se sociálním pracovníkem poprvé setkal v době, kdy sjednával službu v Domácím hospici sv. Veroniky. Vzpomíná si, že u nich doma prováděl sociální šetření. Dále uvádí, že z pozice pečovatele se za klienta sociální práce považuje.

I4: Jedná se o muže, který po vážné nehodě pečuje o svoji manželku. Ta po nehodě ochrnula a ztratila schopnost komunikovat. Péče trvá 2 roky. Se sociálním pracovníkem se setkal až po ženě úrazu, a to nejprve v Městské charitě České Budějovice a poté v Domácím hospici sv. Veroniky. Informant uvedl, že se za klienta sociální práce nepovažuje.

I5: Informant 5 je žena pečující o svého manžela. Péče začala v době, kdy manžel po operaci přestal chodit. Jedná se přibližně o půl roku. Péče je pro informantku velice namáhavá, proto využila služeb Domácího hospice sv. Veroniky, kde se poprvé setkala se sociálním pracovníkem. Informantka uvádí, že sama se za klientku sociální práce nepovažuje.

I6: Tímto informantem je muž, který se již 5 let stará o svoji manželku. Jeho žena trpí Parkinsonovou chorobou a on je nucen o ni pečovat. Poprvé se setkal se sociálním pracovníkem, když své ženě zajišťoval odlehčovací pobyt v Hospici v Prachaticích. Informant uvedl, že se z pozice pečovatele za klienta sociální práce považuje.

3.3 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v domácím prostředí informantů, kam jsem se dostala díky Domácímu hospici sv. Veroniky. Návštěva byla vždy předem ohlášená, tudíž o mně všichni informanti věděli. Pokaždé jsem je navštívila spolu s ošetřovatelkou, jež se během návštěvy starala o nemocného. Díky tomu jsem mohla vést s pečujícím rozhovor, který trval 20 minut. Byla jsem příjemně překvapená vstřícností všech informantů. Ani v jednom případě jsem se nesetkala s odmítnutím, přestože se jednalo o relativně citlivé téma.

Před příjezdem do rodiny jsme se vždy s konkrétní ošetřovatelkou domluvily na tom, že můj rozhovor bude probíhat v jiné místnosti než její péče. Zvolili jsme tak proto, aby

každá z nás měla klid na svoji práci. Dalším důvodem bylo to, aby mi informanti věnovali maximální pozornost a nenechali se rozptýlit péčí o blízkého.

Před samotným rozhovorem jsem informantům vysvětlila důvod své návštěvy a seznámila je s předmětem své práce. Poté jsem je ujistila, že výzkum je zcela anonymní, a požádala je o podpis informovaného souhlasu. Každému z informantů jsem umožnila prostor na případné dotazy. Žádný z nich neměl s podpisem problém.

Rozhovor jsem zahájila jednoduchými otázkami, týkajícími se jejich osobních údajů a samotné péče. Poté následovaly otázky na zmapování jejich zkušeností se sociálním pracovníkem. V této části se většina informantů rozmluvila a já jsem jim poskytla prostor, aby mohli hovořit. Pokud se informant příliš odchýlil od tématu, snažila jsem se ho nasměrovat zpět k položené otázce. Mnohokrát se mi stalo, že informant hovořil nejasně a já si nebyla jistá, co mi chce sdělit. V takovém případě jsem použila techniku parafrázování, abych se ujistila, že danou odpověď chápu správně.

Po každém rozhovoru jsem se informantů zeptala, zda mi chtějí sdělit ještě něco, co se týká našeho rozhovoru. Pokud ne, rozloučila jsem se s nimi a poděkovala za jejich čas a informace. Poté jsem společně s ošetřovatelkou odešla.

3.4 Etika výzkumu

V každém výzkumu je důležité jednat v souladu s etickými principy. Etika ve výzkumu slouží k tomu, aby nedošlo k poškození účastníků nebo samotných výzkumníků (Walker, 2013). Vyzývá k tomu, aby výzkumníci nesledovali svůj záměr na úkor zájmů osob, které zkoumají. Je velmi těžké určit přesné hranice výzkumu, jelikož se neustále objevují nová etická dilemata, která musí být vyřešena. Každý badatel musí sám zvážit důsledky svého výzkumu (Kutnohorská, 2009).

Existuje několik obecných etických principů, ale vždy záleží na badateli, aby dostatečně zvážil veškeré etické aspekty svého výzkumu. Hlavní zásadou je to, že subjekty výzkumu musí být dostatečně informovány o jeho účelu a průběhu. Každý účastník musí do výzkumu vstupovat dobrovolně a být seznámen s tím, jak bude nakládáno s jeho daty (Kutnohorská, 2009). Dalším z principů je to, aby všichni účastníci zkoumání odcházeli ve stejném stavu, v jakém se ho účastnit začali. Z tohoto důvodu je velmi důležité, jaké postupy, metody nebo plány výzkumník zvolí (Walker, 2013).

Výzkum, který se zabývá lidmi, musí dále uznávat princip úcty ke každému člověku. Tento princip požaduje, aby se s každým jedincem zacházelo jako s autonomní bytostí (Kutnohorská, 2009). Autonomní osoba je nezávislá, dokáže porozumět informacím, zvážit je a nezávisle se rozhodovat (Ptáček, Bartůněk, 2011). Další zásadou je respektování důstojnosti člověka. Výzkumník respektuje zájmy všech účastníků výzkumu, uznává jejich osobnost a neuráží je. S tím souvisí to, že každý účastník má právo na to, aby s ním bylo zacházeno spravedlivě (Kutnohorská, 2009).

Během svého výzkumu jsem každého informanta ujistila, že informace, které mi poskytl, budou použity jen pro účel mé práce. Dále jsem je ubezpečila, že výzkum je zcela anonymní, nikde tudíž nebude uveřejněno jejich jméno. Na základě těchto informací jsem informanty poprosila o to, aby mi podepsali informovaný souhlas, který také v kopii obdrželi.

Před samotným rozhovorem jsem informantům vysvětlila, že každá jejich odpověď je správná. Informovala jsem je o tom, že je v žádném případě nehodnotím, jde mi pouze o jejich názor. Informanti byli obeznámeni s tím, že není jejich povinnost odpovědět na každou položenou otázku.

Po ukončení rozhovoru jsem všem informantům poděkovala a nabídla jim možnost zaslání výsledků mé práce.

4. Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky polostrukturovaných rozhovorů, které jsem uskutečnila v rámci kvalitativního výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit odpovědi na tyto výzkumné otázky:

- Považují se dlouhodobě pečující za klienty sociální práce?
- Jakou pomoc dlouhodobě pečující očekávají od sociálního pracovníka

4.1 Kdo je sociální pracovník

Stěžejní otázkou pro můj výzkum se ukázalo být to, kdo je dle pečujících sociální pracovník. Tuto otázku vnímám jako klíčovou, jelikož díky ní dokážu zodpovědět své výzkumné otázky, a lépe tak pochopit výsledek celého výzkumu.

Pro přehlednost zde uvádím tabulku, která znázorňuje odpovědi všech informantů na otázku: „Kdo je podle Vás sociální pracovník?“ V tabulce jsou uvedeni informanti I1 až I6, přičemž křížek znázorňuje jejich odpověď. Odpovědi jsou nazvané dle trsů, které mi během analýzy vyšly.

Tabulka č. 2: Definice sociálního pracovníka

Informant	Profesionální pečovatel	Pečující osoba	Poskytovatel soc. dávek
I1	X		
I2		X	X
I3			
I4	X	X	
I5	X		
I6	X		

Zdroj: vlastní tabulka.

Z tabulky je patrné, že nejvíce informantů zaměňuje sociálního pracovníka za pracovníka v sociálních službách, resp. profesionálního pečovatele.

„Sociální pracovník, to je ten, co ráno přijde, udělá údržbu těla. Chodí k nám pravidelně a tak s nemocným cvičí.“ (I5)

„Sociální pracovník, ten k nám každý den jezdí. Jsou to ty děvčata, co manželovi podají léky, popovídají s náma a tak.“ (I1)

„To je taky ten, kdo provádí hygienu, je to vlastně ten, kdo pomáhá a taky pečuje o nemocného.“ (I4)

„Kdo je sociální pracovník? No, to ani nevím, to je ten, co nám vlastně pomáhá, jezdí sem a zařizuje různé věci. Provádí s manželkou hygienu, koupe ji a tak.“ (I6)

Další informanti uvádí, že sociálními pracovníky jsou oni sami, tedy pečující osoby.

„Sociální pracovník, to jsem já. Myslím to tak, že pečuju 24 hodin denně. Je to prostě těžký, tohle dělat, nemám na nic čas, jenom se starám, ani na pivo s kamarádama si nemůžu dojít.“ (I2)

„Sociální pracovník, to jsem já (smích), je to vlastně ten, kdo neustále pečuje a pomáhá tomu druhému.“ (I4)

Informant 3 jako jediný udává, že: „Sociální pracovník je ten, co se stará o lidi. Jsou i na berňáku a dávají dávky. Je to prostě sociálka, máme od nich příspěvek na péči a jiný dávky.“

4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

První výzkumná otázka má odpovědět na to, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce, či nikoliv.

Tabulka č. 3 znázorňuje odpovědi všech informantů na otázku „Považujete se z pozice pečujícího za klienta sociální práce?“

Tabulka č. 3: Informanti klienty sociální práce

Informant	Ano	Ne
I1	X	
I2	X	
I3	X	
I4		X
I5		X

I6	X	
----	---	--

Zdroj: vlastní tabulka.

Z tabulky je zjevné, že většina oslovených informantů se za klienty sociální práce považuje.

„Ano, považuju, protože pomáhají nám oboum. Já si s nima popovídám a manželovi pomůžou.“ (I1)

„Jo, považuju se za jejich klienta, protože když jsem se začal starat o maminku, tak už jsem prostě nemohl. Oni mi pomůžou hodně moc. Díky němu toho vlastně nemám tolik.“ (I2)

„Ano, určitě jsem klientem sociální práce, protože pomáhají nám oboum, jako mně a i manželce. Je to člověk, který nás hodně podporuje.“ (I3)

„Jo, určitě se považuju. Sociální pracovník pomáhá jak mně, tak i mojí manželce. On právě leccos zařídí, třeba ten pobyt v těch Prachaticích. Je to odlehčovací pobyt, na který jezdí jen občas. Mně tím vždycky hodně pomůže, na chvílku mi tím uleví od té péče.“ (I6)

Informanti I4 a I5 uvádí, že z pozice pečujícího se za klienta sociální práce nepovažují.

„Ne, rozhodně nejsem klient já. Oni jezdí pouze za manželkou a poskytují ty služby pouze jí.“ (I4)

„Ne, já nejsem klient, jsem jen opatrovník manžela. Služby se týkají jenom manžela, ne mě.“ (I5)

4.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Druhá výzkumná otázka se zabývá tím, co pečující od sociálního pracovníka očekávají. Jedná se hlavně o to, jaké služby by jim podle nich měl sociální pracovník nabídnout.

V tabulce č. 4 jsou uvedeny odpovědi informantů na otázku: *„Jaké služby jste od sociálního pracovníka očekával/a?“* Odpovědi jsou označené dle trsů, které mi během analýzy vyšly.

Tabulka č. 4: Očekávání informantů

Informant	Pomoc s péčí	Úleva od bolesti	Kompenzační pomůcky	Pomoc s hygienou	Příspěvek na péči
I1		X			
I2	X				
I3	X	X		X	
I4	X				X
I5	X	X	X	X	
I6		X			

Zdroj: vlastní tabulka.

Nejvíce informantů uvádí, že od sociálního pracovníka očekávají hlavně pomoc s péčí a zajištění úlevy od bolesti lidem, o něž pečují.

„Očekával jsem hlavně pomoc s fyzickou stránkou manželky, šlo mi o to, aby jí zajistili úlevu od bolesti. Bylo mi celkem jedno jak, říkal jsem si, že by mi mohl pomoci sjednat rehabilitaci pro manželku nebo tak něco.“ (I6)

„Chtěli jsme, aby manželovi ulevili od bolesti. A to dělají, namažou mu nohy, tělo a ruce.“ (I5)

„Já sám jsem sice službu nezařizoval, ale chtěl jsem, aby mi pomohl s péčí, třeba co se týče úklidu doma nebo jídlo.“ (I4)

„Hlavní, co jsme chtěli, aby mi nějakým způsobem pomohl s péčí o manželku, aby to nebylo všechno jenom na mně. Očekávali jsme taky, že jí dají nějaký léky na nervy a pomohli od bolesti.“ (I3)

„Já úplně nevím, protože službu sjednávala moje neteř. Ale v podstatě nám šlo o to ulehčení té péče. Já nevím, no, chtěl jsem, aby mi pomohli prostě.“ (I2).

„Očekávala jsem, že zařídí, že se mu uleví. Já to sama nedokážu, postavím ho zatím na nohy, ale to je tak všechno. Ulevit mu nedokážu.“ (I1)

Informanti dále uváděli, že od sociálního pracovníka očekávali zprostředkování pomoci s hygienou u pečované osoby.

„Kromě tohotohle jsem taky chtěl, aby mi pomohli s hygienou, očekával jsem, že mi ji pomůžou sehnat, jako někoho, kdo to bude dělat.“ (I3)

Informant 5 dodává: *„S ním sice mluvila dcera sama, ale vlastně jsme očekávali to, co máme už sjednané. Tedy u nás šlo hlavně o hygienu, kterou nám zajistil.“*

Pouze informant 4 uvedl, že od sociálního pracovníka očekával pomoc s příspěvkem na péči.

„Taky jsem musel zařizovat ten příspěvek na péči, tak jsem očekával, že mi sociální pracovník pomůže s tím. Mám dokonce sjednaný už i příspěvek na auto, tak teď hodlám pořizovat to.“ (I4)

Kromě pomoci s péčí, zajištění úlevy od bolesti a zřízení pracovníka na hygienu uvedl informant 5 jako jediný očekávání spojené s poskytnutím kompenzačních pomůcek k ulehčení péče.

„Muž je nechodící, nechodí tedy ani na záchod, takže jsme potřebovali nějak pomůcky. Máme zapůjčené koupelové sedátko a spoustu dalšího. Vlastně to můžete vidět tady na chodbě. Máme toho fakt hodně, je to podle toho, co všechno k péči potřebuju.“ (I5)

4.4 Realita versus očekávání

Pro výzkum zajímavé se ukázalo to, jaká byla realita versus očekávání pečujících; zda jejich očekávání od sociálního pracovníka byla při reálném setkání stejná, či nikoliv. Zajímavé je i srovnání nabídky služeb, které pečující očekávali od sociálního pracovníka, a reálné nabídky, již jim sociální pracovník poskytl.

Tabulka č. 5 zobrazuje to, zda byla očekávání pečujících stejná jako realita. Informanti zde odpovídali na otázku: *„Byla realita stejná jako Vaše očekávání?“*

Tabulka č. 5: Očekávání stejná jako realita

Informant	Ano	Ne
I1	X	
I2	X	
I3	X	
I4	X	

I5	X	
I6		X

Zdroj: vlastní tabulka.

V tabulce č. 6 lze vidět to, jaké služby pečujícím ve skutečnosti sociální pracovník nabídl.

Tabulka č. 6: Reálná nabídka zprostředkování

Informant	Pomoc s hygienou	Úleva od bolesti	Kompenzační pomůcky	Odlehčovací pobyty	Dovoz jídla
I1	X	X			
I2	X				
I3	X		X		
I4		X			X
I5	X		X		
I6	X			X	

Zdroj: vlastní tabulka.

Z tabulek je patrné, že téměř všichni informanti se shodují v tom, že realita byla stejná jako jejich očekávání. Dále uvádějí, že jim sociální pracovník nabídl zprostředkování hygieny, úlevu bolesti a kompenzační pomůcky.

„Nabídl nám pravidelné dojíždění, kdy mu dají léky. Hned nám zprostředkoval zapůjčení dávkovače na morfin a taky pečovatelku na vykonání hygieny. Realita byla stejná jako moje očekávání, dali mi, co jsem chtěla. Jsem velmi spokojená.“ (I1)

„Jsem velmi spokojený, holky jsou moc šikovný, splnily moje očekávání. Nabídl mi taky k tomu ještě hygienu.“ (I2)

„Ona to hodně řešila dcera, ale nabídli nám možnost, že k nám bude chodit ošetřovatelka a pomáhat s hygienou o manželku. Taky nám nabídli půjčení kompenzačních pomůcek. Máme od nich vozík, prkýnko na záchod a sedátko do vany.“ (I3) Na otázku spokojenosti odpověděl informant 3 takto: *„Ano, byla, jsem velmi spokojený. Jsou šikovný. Dokonce mi i ze sociálky volali, jestli to zvládneme, žádali jsme tam o příspěvek na péči. Vždycky stačí jen zavolat a on nám pomůže.“*

„Nabídli mi rehabilitaci nebo fyzioterapeuta nebo terapeuta, aby se manželce ulevilo. Dá se říct, že realita byla stejná jako moje očekávání.“ (I4) Informant 4 dodává: „Jo a ještě mi nabídli možnost dovážet jídlo a dělat pravidelně úklid.“

„Mluvila s ním hlavně dcera, ale jednalo se hlavně o hygienu, úlevu od bolesti a zapůjčení kompenzačních pomůcek. Realita byla stejná jako naše očekávání, pořád se nás ptají, jestli nám všechno vyhovuje, to je dobrý. Péče je výborná, pro nás je důležitý ten kontakt pracovníka s nemocným.“ (I5)

Pouze informant 6 uvádí, že realita nesplňovala jeho očekávání.

„Ne, nebylo to stejný, protože jsem očekával nějakou rehabilitaci, a to nám nezajistil. Jako v ostatních věcech dobrý, ale v rehabilitaci ne. Nabídli nám možnost pomoci s hygienou a taky ty odlehčovací pobyty v Prachaticích.“ (I6)

5. Diskuze

V této části své práce se zaměřím na porovnání výsledků z polostrukturovaných rozhovorů s informanty s jinými výzkumy, které se zabývají problematikou dlouhodobé péče. Dále se zde budu zabírat srovnáním odborné literatury se závěry své práce, jejímž cílem bylo zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce a co od sociálního pracovníka očekávají.

5.1 Považují se dlouhodobě pečující za klienty sociální práce?

Z mého výzkumu vyplývá, že většina oslovených informantů se za klienty sociální práce považuje. Odpověděli, že sociální pracovník poskytuje službu jak osobám, o které se pečuje, tak i pečujícím. Informanti mi dále sdělili, že je pro ně velmi důležitý kontakt se sociálním pracovníkem, jelikož s ním mají možnost probrat samotnou péči. Uvedli, že sociální pracovník je vždy vyslechne, mohou si s ním popovídat a poradí jim. Rédová (2012) se s mými výsledky ztotožňuje. Ve své práci uvádí, že sociální pracovník poskytuje klientům podporu, pomoc a vykonává roli poradce.

Evropská unie ve svém projektu „Podpora neformálních pečujících II“ (2018) informuje o tom, že pečující častěji využívají služby pro osoby, o které pečují, než služby určené přímo jim samým. S touto teorií se shoduje i práce Menšíkové (2016), která uvádí, že pečující vyhledávají hlavně charitativní nebo pečovatelskou službu jako zdroj pomoci a podpory. Z mého výzkumu je ale zjevné, že konkrétně služby sociálního pracovníka vnímají pečující jako služby, které jsou poskytovány osobám potřebujícím péči, ale i osobám pečujícím. Klváčová (2017) uvádí, že pečující považují zejména pracovníky neziskových organizací za ty, kteří jim poskytují informace a pomáhají jim s každodenní péčí. Domnívám se, že to tak je i s ostatními službami, jichž mají možnost pečující využívat. Myslím si, že v první řadě vnímají pečující poskytované služby jako služby určené osobám, o které je potřeba pečovat. V druhé řadě však považují tyto služby za pomoc určenou přímo jim jako pečujícím. Vidí to jako ulehčení péče, kterou poskytují blízkým osobám. Je to prostor pro ně samotné, kdy mají možnost promluvit si s odborníkem, vyřídit pochůzky nebo si jen odpočinout.

Otázkou je, do jaké míry lze tento výsledek považovat za průkazný, jelikož informanti nedokáží správně definovat sociálního pracovníka a náplň jeho práce. Častým jevem je záměna sociálního pracovníka za pracovníka v sociálních službách nebo pečovatele.

Pečující uvádějí, že sociální pracovník je ten, který dochází k nim domů a provádí přímou obslužnou péči. Informanti se také domnívají, že se jedná o pracovníka, který je pravidelně navštěvuje a provádí hygienu. S mými výsledky se shoduje i Maršálková (2011), která ve své práci uvádí, že většina jejích respondentů vnímá sociálního pracovníka více jako pomáhající osobu než úředníka. Domnívám se, že důvodem může být to, že pečující vnímají sociální službu jako celek a nerozlišují jednotlivé pozice v organizaci. Každý, kdo pracuje v sociálních službách, konkrétně v Domácím hospici sv. Veroniky v Českých Budějovicích, je pro ně sociálním pracovníkem. Podle mého názoru se ale i přes to, že nedokáží danou činnost správně definovat, mohou za klienta považovat. Myslím si, že k tomu, aby se člověk považoval za klienta jakékoliv služby, nemusí nutně danou službu znát. Pro pečující je důležité spíše to, jaké služby jim sociální pracovník dokáže zprostředkovat, a nepotřebují proto nutně znát přesnou náplň jeho práce. Z tohoto důvodu své výsledky považuji za průkazné.

5.2 Jakou pomoc očekávají dlouhodobě pečující od sociálního pracovníka?

Druhou výzkumnou otázkou bylo, co dlouhodobě pečující od sociálního pracovníka očekávají. Z výzkumu Klvačové (2017) je patrné, že pečující často ani sami nevědí, co od profesionála očekávat. Profesionály se v tomto výzkumu myslí lékaři a různí úředníci. Ovšem z polostrukturovaných rozhovorů, které jsem s informanty vedla, je zřejmé, že přesně vědí, jaké služby od sociálního pracovníka očekávají. Jedná se o služby, které jsou spojené se stavem osoby, o niž dlouhodobě pečují. Nejčastějším očekáváním pečujících je to, aby jim sociální pracovník pomohl s péčí a ulevil od bolesti opečovávanému. Většina informantů uvádí, že péče je pro ně velmi náročná, proto uvítají jakoukoliv pomoc. Mikanová (2017) ve svém výzkumu tvrdí, že z důvodu náročnosti péče hledají pečující psychickou pomoc převážně u formálních služeb dlouhodobé péče. Informanti, které jsem oslovila, tuto skutečnost nepotvrzují. Připouští, že péče o blízké osoby je velice složitá, ale vyhledávají spíše pomoc, která souvisí se zajištěním úklidu, hygieny nebo zprostředkováním léků.

Překvapilo mě, že pouze informant 4 uvedl, že od sociálního pracovníka očekával pomoc se zařízením příspěvku na péči. Pomoc by měla spočívat ve vyplnění žádosti a vysvětlení celého procesu získání příspěvku. Domnívala jsem se, že pomoc s příspěvkem na péči je nejčastější požadavek pečujících. Považovala jsem celý proces získání příspěvku za velice náročný a pro pečující složitý. Špatnou orientaci v systému

pomoci uvádí i Hájková (2016) ve své diplomové práci, kde zdůrazňuje, že pečující se k informacím týkajícím se jakékoliv sociální služby dostávají nesystémově a náhodně. Domnívám se, že příčinou uvedení této skutečnosti pouze jedním informantem je to, že informanti se neorientují v systému sociálních služeb. Neznají ani náplň práce sociálního pracovníka a nevědí, s čím se na něj mohou obrátit. Další možností je to, že pečující nezařizovali příspěvek na péči sami, proto nevyhledávali odbornou pomoc. V mnoha případech uvedli, že se zařizováním služby Domácího hospice sv. Veroniky nebo jiné služby jim pomáhali ostatní členové rodiny, kteří o příspěvku mohou mít povědomí. Tuto teorii potvrzuje i Trmačová (2017), která ze svého výzkumu v diplomové práci vyzorovala, že rodina a přátelé jsou pro pečující důležitým zdrojem informací. Pečující se často obrací na osoby, které mají zkušenost s péčí nebo se nacházejí v podobné situaci, a vyměňují si informace.

Nad rámec svého výzkumu jsem zjistila zajímavou skutečnost týkající se spokojenosti dlouhodobě pečujících se sociálním pracovníkem. I přes svou neznalost téměř všichni informanti shodně uvedli, že jsou s jeho prací naprosto spokojeni. Uvádí, že realita byla stejná jako jejich očekávání, sociální pracovník jim dokázal zprostředkovat veškeré služby, které od něj požadovali. Kroupová (2015) uvádí, že pouze 46 % respondentů v jejím výzkumu mělo pozitivní zkušenost se sociálním pracovníkem. S jejím tvrzením se však mé výsledky neshodují. Ze všech oslovených informantů pouze informant 6 uvedl, že s prací sociálního pracovníka nebyl spokojený. Nespokojenost spočívala v tom, že žádný sociální pracovník, s nímž se setkal, nedokázal zajistit potřebnou rehabilitaci pro jeho manželku. Jeho nespokojenost si zdůvodňují tím, že organizace, se kterými se informant 6 setkal, tuto službu nenabízely. Informant 6 dodává, že kromě zajištění rehabilitace mu v ostatních požadavcích sociální pracovník vyhověl. S mými výsledky se ztotožňuje i Honsů (2017), která ve vyhodnocení dotazníkového šetření uvádí, že oslovení respondenti jsou s celkovou nabídkou služeb spokojeni. Domnívám se tedy, že dlouhodobě pečující ve většině případů hodnotí sociální pracovníky kladně.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci na téma „*Dlouhodobě pečující jako klienti sociální práce*“ jsem se snažila zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce a jakou pomoc od sociálního pracovníka očekávají.

Teoretická část práce je podložena studiem odborné literatury, která se zaměřuje na téma dlouhodobé péče. Zabývám se zde rozdělením dlouhodobé péče na formální, neformální a kombinovanou péči. Dále se zabírám zátěží, která je na dlouhodobě pečující kladena, jejich motivací a potřebami. V neposlední řadě se snažím vysvětlit propojení sociální práce a dlouhodobé péče.

Praktická část práce se skládá z výsledků z polostrukturovaných rozovorů s informanty, kterými byli klienti Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích. V této části jsem se zaměřila na zodpovězení výzkumných otázek, jimiž byly „Považují se dlouhodobě pečující za klienty sociální práce?“ a „Jakou pomoc od sociálního pracovníka očekávají?“.

V první řadě mě zajímalo, jak pečující definují sociálního pracovníka a náplň jeho práce. Pečující na tuto otázku nedokázali správně odpovědět. Častá byla záměna sociálního pracovníka s pečovatelem. Pečující často uváděli, že sociální pracovník je ten, který o nemocného pečuje, vykonává s ním hygienu a zprostředkovává mu léky.

Odpovědi na první výzkumnou otázku jsou téměř totožné. Přestože pečující uvádějí chybné definice sociálního pracovníka, za klienty sociální práce se považují. Domnívají se, že sociální pracovník poskytuje služby jak osobám, o něž je potřeba pečovat, tak pečujícím. Pouze informanti č. 4 a 5 uvedli, že se za klienty sociální práce nepovažují. Z mého výzkumu je tedy patrné, že není potřeba znát služby sociálního pracovníka detailně k tomu, aby se člověk považoval za jeho klienta.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na očekávání pečujících ohledně služeb sociálního pracovníka. Pečující ve většině případů uvedli, že očekávají pomoc, která souvisí se stavem osoby, o niž pečují. Ve většině případů se jedná o jakoukoliv pomoc s péčí, především o zajištění hygieny a podávání léků. Z výzkumu vyplývá, že všichni informanti jsou se službou sociálního pracovníka spokojeni. Pouze informant 6 uvedl, že sociální pracovník nesplnil jeho očekávání.

Díky výzkumu, který jsem uskutečnila, jsem si uvědomila, jak je pozice pečujícího velice náročná. Obdivuji každého, kdo se k tomuto kroku odhodlá. Uvědomila jsem si, jak je důležité těmto lidem pomáhat a usnadňovat jim jejich každodenní práci. Myslím si, že sociální pracovníci by pečujícím měli více vysvětlovat služby, jež jim mohou nabídnout, a usnadnit tak jejich péči. Dle mého názoru by pečující měli získat širší povědomí o sociální práci.

Domnívám se, že má práce naplnila stanovené cíle a získala přesah ve formě zjištění neznalosti pečujících ve věci sociální práce. Výsledky mohou být použity v praxi a sloužit k hlubšímu porozumění této problematice. Přínos práce shledávám v tom, že může sloužit jako podklad pro zkvalitnění služeb pro dlouhodobě pečující.

7. Seznam literatury a zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
2. BERTINI, K., 2013. *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-262-0478-7.
3. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum. 140 s. ISBN 978-80-246-2296-5.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
5. CAJTHAMLOVÁ, K., *Abeceda moderního rodiče*. 2017. Praha: Vyšehrad. 400 s. ISBN 978-80-7429-913-1.
6. ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. ČERVENÝ, R., 2017. Význam preventivních prohlídek v seniorském věku. In: ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum, s. 381–387. ISBN 978-80-246-3828-7.
8. ČEVELA, R., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
9. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
10. ČÍPKOVÁ, I., 2017. Překážky a bariéry rozvoje neformální péče v oblasti sociální práce. [online]. *Sociální práce*. 17(6). [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=1009>
11. ČÍPKOVÁ, I., 2017. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. [online]. *Sociální práce*. 15(4). [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
12. DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ I., 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
13. EVROPSKÁ UNIE, ©2014. *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society* [online]. Luxembourg: Publications Office of the

- European Union. 251 s. [cit. 2018-10-22]. ISBN 978-92-79-39282-5. Dostupné z: DOI 10.2767/32147
14. EVROPSKÁ UNIE, 2018. *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“*. [online]. [cit. 2019-22-03]. Dostupné z: http://www.fdv.cz/data/original/fotografie/zaverecna-zprava_neformalni-pecujici_fin.pdf
 15. FEE, K., 2010. Hospice care. *Family Health; Edmonton*. [Databáze]. 26 (1), 34. ISSN 08300305. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/222698969/fulltext/B98A391BA3524E98PQ/1?accountid=9646>
 16. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
 17. GURAL, N., 2018. Is Long-Term Care Insurance Worth the Hefty Price Tag?. *Better Investing; Madison Heights*. [Databáze]. 68 (2), 8. ISSN 0006016X. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/2116800267/abstract/1DB131AA133140A2PQ/4?accountid=9646>
 18. HÁJKOVÁ, K., 2016. *Krize neformálně pečujících v péči o seniora v domácím prostředí*. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. 134 s. Diplomová práce.
 19. HANZELKOVÁ, A., KEŘKOVSKÝ, M., ODEHNALOVÁ, D., VYKYPĚL, O., 2009. *Strategický marketing: teorie pro praxi*. Praha: C. H. Beck. 192 s. ISBN 978-80-7400-120-8.
 20. HONSŮ, R., 2017. *Vyhodnocení dotazníkového šetření ze dne 15. 9. 2017*. Domov Kytín. [online]. [cit. 2019-25-04] 3 s. Dostupné z: <http://www.ddkytin.cz/data/fileblock/s3xrd5ct7fvgy4/9/105-2017-Vyhodnoceni.pdf>
 21. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
 22. JEŘÁBEK, H., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.

23. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, I., HOLMEROVÁ, I., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. KLVAČOVÁ, P., 2017. *Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice*. 28 s. Centrum pro komunitní práci Střední Čechy. [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiHq7Xf-NbhAhUgRxUIHXL9BI8QFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cpkp.cz%2Findex.php%2Fcomponent%2Fjoomla%2Fdokumenty%2520CpKP%2520ST%25C4%258C%2FPecujici%2F2017_cpkp_analyza_potreb_neformalne_pecujicich.pdf%2Fstahnout&usg=AOvVaw0UVAQodqpzDQs0fujiT5Oe
25. KRÁSA, V., 2014. Pečující osoby v České republice: Jak změnit situaci?. [online]. *MOSTY*. 2014 (6). [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: https://www.uniepecujicich.cz/inpage/pecujici-osoby-v-ceske-republice/?fbclid=IwAR2s6R7zHcLl9-Hlh_KTJtn56eR0BaFSoa_iz-B1g5zsoQLuhpSTjqL32WE
26. KROUPOVÁ, D., 2015. *Hodnota a postavení sociálních pracovníků z pohledu veřejnosti*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce. Diplomová práce.
27. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4436-0.
28. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
29. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
30. KUTNOHORSKÁ, J., 2009, *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
31. KUZNÍKOVÁ, I., 2017. *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 978-80-7464-968-4.
32. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

33. MARŠÁLKOVÁ, J., 2011. *Vnímání sociálních pracovníků veřejnosti*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. 81 s. Bakalářská práce.
34. MATOUŠEK, O., 2012. *Základy sociální práce*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
35. MCGREGOR, K., 2011. Mapping the boundaries. *Community Care; Sutton*. [databáze]. 1865, 28-29, ISSN 03075508. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/872375650/8B89BE99407E41ADPQ/19?aaccountid=9646>
36. MENŠÍKOVÁ, I., 2016. *Problematika rodinných pečujících*. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce. 63 s. Bakalářská práce.
37. MIKANOVA, A., 2017. *Rodinná péče o seniora z pohledu rodinných pečujících*. Karlova univerzita, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. 98 s. Diplomová práce.
38. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, ©2018. Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). *Revue pro sociální politiku a výzkum*. [online]. [cit. 2018-12-02]. ISSN 2570-8481. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/?fbclid=IwAR0_6N5hJ02ajs_h6cPYFBRRTPPpqA0n8FwOQ8Isp0PUUB6vJwy4c0iZDeI
39. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2010a. *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?*. [online]. [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/9860>
40. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2010b. *Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucnosti – 1. část*. [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8456>
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2017. *Pečujeme o své blízké – dlouhodobé ošetřovné*. [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28608>
42. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

43. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
44. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
45. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
46. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
47. NINGEROVÁ, Z., 2015. Sociální práce je neměřitelná, je neviditelná. [online]. *Sociální práce*. 15 (1). [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=720>
48. NOVÁK, T., 2015. *Sebedůvěra – cesta k úspěchu*. Praha: Grada. 128 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5445-1.
49. NYKL, L. 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada. 184 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4055-3.
50. PALMER, S., 2012. Long-term care and lousy conditions. *Our Times; Toronto*. [Databáze]. 31 (4/5), 33-39. ISSN 08226377. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1115043532/fulltext/9AA78AA7B72C47F3PQ/20?accountid=9646>
51. PLETZER, M., 2009. *Emoční inteligence: jak ji rozvíjet a využívat*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3057-8.
52. *Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele: jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost?* 2016. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 29 s. ISBN 978-80-86541-46-4
53. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
54. RÉDOVÁ, L., 2012. *Role sociálního pracovníka z pohledu uživatele sociální služby*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. 71 s. Diplomová práce.
55. REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU, ©2018. *Na co mají nárok pečující osoby?*. Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s. [online]. [cit. 2018-12-02]. ISSN 2570-8481. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/11/na-co-maji-pecujici-osoby-narok/>

56. SALE, A., 2009. What is it you do again?. *Community Care; Sutton*. [Databáze]. 1774, 14-15. ISSN 03075508, Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/223289211/8B89BE99407E41ADPQ?3?accountid=9646>
57. SEDLÁKOVÁ, R., 2015. *Výzkum médií: nejčastější metody a techniky*. Praha: Grada, 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
58. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
59. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL C., VIDOVIČOVÁ, L., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4.
60. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
61. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 256 s. ISBN 978-80-246-3612-2.
62. TRMAČOVÁ, M., 2017., *Postoj rodinných pečujících o seniora k poskytnutí podpory při zajištění péče*. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Diplomová práce.
63. TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., VOSEČKOVÁ, J., MYDLÍKOVÁ, E., 2014. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
64. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
65. VÁLKOVÁ, M., 2015. *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 75 s. ISBN 978-80-87023-44-0.
66. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
67. VOJTÍŠEK, P., 2018. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 135 s. ISBN 978-80-246-3709-9.

68. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
69. WIJA, P., 2012. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD – pracovníci dlouhodobé péče*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodob-pece>.
70. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-10-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 2902-51. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.
71. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, 2006. [online]. [cit. 2018-10-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3146-3272. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.
72. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011. [online]. [cit. 2018-11-14]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4904. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.
73. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. [online]. [cit. 2018-11-07]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, s. 1186-1264. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.
74. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online]. [cit. 2018-11-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33, s. 1026-1365. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

8. Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Otázka č. 1: Pohlaví informanta

Otázka č. 2: Jak dlouho a o koho pečujete?

Otázka č. 3: Kdo je podle Vás sociální pracovník a jaká je náplň jeho práce?

Otázka č. 4: Setkal/la jste se během péče se sociálním pracovníkem?

Otázka č. 5: Pokud ano, tak v jaké souvislosti? (v souvislosti s Vámi jako s pečujícím nebo v souvislosti s osobou, o kterou pečujete)

Otázka č. 6: Považujete se z pozice pečujícího za klienta sociální práce?

Otázka č. 7: Jaké služby jste od sociálního pracovníka očekával/la?

Otázka č. 8: Jaké služby Vám sociální pracovník nabídl?

Otázka č. 9: Byla realita stejná jako Vaše očekávání?

Otázka č. 10: Jakou pomoc nebo jaké služby byste v budoucnu od sociálního pracovníka uvítal/la?

Otázka č. 11: Čeho by se podle Vás měl sociální pracovník během práce s pečujícími vyvarovat?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit, zda se dlouhodobě pečující považují za klienty sociální práce a jakou pomoc od sociálního pracovníka očekávají. Výzkum probíhá prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které trvají cca 20 minut. Výzkum je zcela anonymní, nikde tedy nebude uveřejněno Vaše jméno.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis
studenta/studentky: _____

9. Seznam zkratk

OECD- Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj