

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Diplomová práce

2023

Bc. Renáta Augustínová, DiS.

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální práce s rodinou

Bc. Renáta Augustínová, DiS.

Zátěžové situace v kontextu rodinné péče o seniora

Diplomová práce

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

2023

Prohlášení:

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

V Olomouci dne 10.04.2023

Renáta Augustínová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Pavlíně Jurníčkové, PhD., mé vedoucí diplomové práce, za odborné vedení při vypracování, za cenné rady a čas, který mi věnovala. Rovněž děkuji své rodině, která mi byla po celou dobu oporou.

Závěrem děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníků.

Obsah

ÚVOD	7
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	8
1.1 Projevy stáří	8
1.2 Změny člověka ve stáří	9
1.2.1 Biologické změny	9
1.2.2 Psychické změny	9
1.2.3 Sociální změny	10
2 SENIOR A RODINA	11
2.1 Vztahy v rodině a starý člověk	12
2.2 Laická rodinná péče o seniory a jejich motivy	13
2.3 Stupně péče o seniory	14
2.3.1 Podpůrná péče	14
2.3.2 Neosobní péče	14
2.3.3 Osobní péče	15
2.4 Zátěž pečovatele	16
2.5 Úlevová péče	18
2.6 Sebepečce pro neformální pečující	19
2.7 Koordinace pomoci jako významný faktor podpory neformální péče	21
3 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH	23
3.1 Legislativní podpora	23
3.2 Finanční podpora	23
3.2.1 Příspěvek na péči	23
3.2.2 Dlouhodobé ošetrovné	24
3.3 Terénní služby	25
3.3.1 Sociální služby	25
3.3.2 Zdravotní služby	26
3.4 Účelové organizace pomáhající ponechat seniory v rodinné péči	27
3.4.1 Charita Frýdek-Místek	27
3.4.2 Slezská diakonie	28
3.4.3 Centrum denních služeb – Domovinka ve Frýdku-Místku	28
3.4.4 Česká asociace pečovatelské služby ČAPS a její projekty:	29
3.5 Metody sociální práce o neformální pečující	30
4 METODIKA VÝZKUMU	32
4.1 Kvantitativní výzkum a stanovení výzkumného souboru	32
4.2 Výzkumný problém	33
4.3 Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky	33
4.4 Stanovení hypotézy	34
4.5 Operacionalizace proměnných	35
4.6 Analýza dat	37

4.6.1	Jednorozměrná analýza:	37
4.6.2	Dvourozměrná analýza:	55
5	DISKUZE.....	60
6	ZÁVĚR.....	63
	Seznam použité literatury.....	65
	Anotace	69
	Abstract	70
	Seznam tabulek.....	71
	Seznam grafů	72
	Seznam zkratk.....	73
	Seznam příloh	74

ÚVOD

Neformální péče o naše nejbližší je v současné době velmi diskutovaným tématem a je potřeba se jím zabývat. Všichni máme zodpovědnost ke svým blízkým, kteří se ocitnou v situace, kdy naši pomoc potřebují. Je morální povinností nás nejbližších, abychom v dané chvíli a v rámci svých možností se těmto lidem věnovali, aby nezůstali na své životní cestě osamoceni. Mnoho neformálních pečovatelských ze začátku nemají žádnou představu, jak péči poskytovat a jak čelit problémům, které většinou nastávají.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a výzkumnou. V teoretické části diplomové práce se věnuji neformálními pečujícími a jejich potřebami, tak i zdravotními, sociálními službami, a celým systémem sociálního zabezpečení. Dále je potřeba zmínit legislativní rámec a přehled současné situace.

Cílem výzkumné části je zjistit, co a jakým způsobem ovlivňuje psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího, který je zatížen péčí o blízkou osobu. Tato část je založena na dotazníkovém šetření, kde budou osloveni přímo neformální pečující.

Téma diplomové práce jsem si zvolila z důvodu osobní zkušenosti o péči svého blízkého a vnímání zátěže v už tak nelehké situaci. Je věnována tématu, který by bezesporu zasloužil více pozornosti nejen v sociální politice, ale i mezi širokou veřejností. U člověka, který pečuje o osobu závislou na péči jiné osoby, můžeme vypočítat, že jeho každodenní činnost je téměř neměnná a jeho nasazení je při tom permanentní a někdy i vyčerpávající. Tento člověk by měl mít možnost se nejdříve postarat sám o sebe, aby mohl své síly napínat pro někoho jiného. Síly nikoho z nás nejsou nekonečné a při péči o druhou osobu musí pečující osoba své síly rozdělit mezi sebe, rodinu a mezi osobu, o kterou pečuje. A proto si myslím, že by pečující měli mít vhodné zázemí a péči o ně samotné. Důležité jsou také finanční potřeby, které nedokážou pokrýt pro tolik potřebné pomáhající terénní služby, například pečovatelskou službu. Bez pomocné sociální služby to většinou sami pečující při zaměstnání nejsou schopni zvládnout.

Tato práce je určena širší odborné i laické veřejnosti a také neformálním pečujícím. Přínosem může být i pro pracovníky pobytových sociálních služeb.

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Projevy stáří

Stáří je obdobím, kdy se člověk vrací vzpomínkami do svého dětství a zhodnocuje prožitý život. Téma za mlada nevítané, pak většinou opomíjené-a když se ohlásí, je člověk zaskočen. Na své stárnutí bychom prostě měli myslet. Kdy začít? Ve dvaceti je snad brzo. Ve třiceti? Možná, že také, ale pozor, začínají nám stárnout rodiče, buďme pozorní, vyplatí se to. Ve čtyřiceti bychom měli už vážně uvažovat, stále máme možnost pracovat na své tvořivosti, budeme jí v té poslední kapitole života tuze potřebovat. Kolem padesáti je opravdu nejvyšší čas, pak už bude pozdě. (Tošnerová, 2009, s.5)

Stáří se dělí na tři období:

- rané stáří-60-74 let,
- vlastní stáří 75-89 let,
- dlouhověkost 90 let a více.

Spousta lidí se o zmínce o stáří vybaví nesoběstačnou osobu, závislou na pomoci někoho jiného při běžných činnostech. Je však spousta lidí, pro které je stáří nejkrásnější životní období, protože mají spoustu volného času ke svým zálibám. Srovnajme seniory před sto lety a seniory dnes. Zvyšuje se délka života, pozdější odchod do důchodu a odlišný životní styl. (Malíková, 2011, s.13-14)

Stárnutí začíná narozením. Žijeme, abychom stárli. Žijeme, abychom jednou, ve stáří umřeli, očekává nás smrt. A přece spotřebujeme spoustu energie na to, abychom fakt našeho stárnutí nějak vytěsnili. Chceme být stále mladí. Skutečně moudry je však pouze ten, kdo si uvědomuje, že zestárne a jednou zemře. Ve stáří si uvědomujeme hodnotu svého života. Náš život se svým zcela jedinečným příběhem je jedinečný a neopakovatelný. A proto je nutné se s tím jedinečným příběhem smířit. (Grún, 2010, s.22)

1.2 Změny člověka ve stáří

K pochopení problematiky seniorů a jejich období stárnutí musíme pochopit změny, které ovlivňují starším jedincům jejich následující život. Venglářová (2007, s.11-12) popisuje tři roviny změn ve stáří – Biologické (tělesné), psychické a sociální, zdůrazňuje, že všechny tři roviny se prolínají a ovlivňují. K jednotlivým involučním změnám však nemusí docházet současně. Celé stárnutí je ovlivněno ontogenetickým vývojem, adaptační mechanismy, postojem k životu a v neposlední řadě spiritualitou (Čevela a kol., 2014, s.17-18). Proto z podstaty pojetí člověka jako bio-psycho-socio-spirituální jednoty je zapotřebí k pochopení duchovní dimenze porozumět celkovému kontextu života staršího člověka.

1.2.1 Biologické změny

Biologické změny jsou: atrofie kůže, svalů, zvyšuje se obsah tělesného tuku., zmenšuje se postava, vzniká osteoporóza a zvyšuje se riziko lomivosti kosti, vznikají stařecké skvrny na kůži, padají a šedivější vlasy, poruchy spánku, zhoršení zraku i sluchu. Dále je pak zvýšen úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, degenerativní změny, změny jednotlivých systémů – kardiopulmonální, trávicí, vylučovací a pohlavní.

Po šedesátém pátém roce rychle přibývá počet lidí omezených ve svých činnostech srdečními chorobami, chronickými záněty kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře či končetin. Od sedmdesátého roku je častým jevem tzv. polymorbidita tedy současný výskyt více než jedné chronické nemoci, a přidávají se prvky stařeckosti jako je zpomalená gesta a chůze. Po osmdesátém roce je starý člověk ohrožen úrazu v důsledku zhoršené rovnováhy a nižší hustoty kostí. Snížená imunita sebou přináší vyšší riziko infekcí a nádorového bujení. (Suchomelová, 2016, s.21).

1.2.2 Psychické změny

Psychické změny jsou: zvýšené zapomínání, snížení koncentrace, výkyvy nálad, ztráta schopnosti citových prožitků, sociální izolace, duchovní potřeby. Někdo dokáže být nad věcí v kritických situacích a jiní jsou plní starostí a trápí se u každé maličkosti. Senioři, kteří jsou hmotně zabezpečeni jsou na tom daleko lépe, než senioři na hranici bída. Tito senioři často upadají do depresí. (Sak, Kolesarová, 2012, s.22-23). Psychické stárnutí je často ovlivněno biologickým věkem mozku a celého těla jako i vědomím

zmenšené životní perspektivy, změnou vzhledu a dalšími společenskými faktory související s věkem.

1.2.3 Sociální změny

Sociální změny jsou: Sociální stárnutí velmi úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Je to jedna ze zásadních změn v životě, která člověka může ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát.

Vzpomínky mohou být úchvatné, ale musíte si je uvědomovat z hlediska přítomnosti, abyste mohli neutralizovat jejich vliv. (Dass, 2002, s.36). V naší společnosti je třeba získat nový smysl pro moudrost a stáří. Ocenění stáří nám pomůže vnímat své vlastní stárnutí. Stárnutí není jen o zkušenostech starých lidí, je to základní zkušenost člověka. Stáří také znamená přemýšlet o tajemství samotného lidského bytí. (Suchomelová, 2016, s.30).

Jednou ze změn, které stáří v moderní společnosti doprovází, je výrazná změna jeho sociálního statusu. V moderní společnosti došlo ke snížení sociálního statusu stáří, mnohdy až na tak nízkou úroveň, že se začíná hovořit o diskriminaci seniorů z důvodu věku – ageismu. Ageizmus můžeme chápat jako věkovou diskriminaci starších lidí, někdy je tento pojem vnímán jako averze vůči starším lidem. Senioři jsou označováni jako staromódní, senilní a rigidní ve svém myšlení a způsobech. Takto diskriminovaná skupina se setkává s otevřeným opovržením a averzi, s mýty nebo s vyhýbáním se kontaktu. Diskriminační praktiky se vůči těmto osobám objevují i v zaměstnání, v bydlení a službách všeho druhu.

zdroje ageizmu vedoucí k negativním stereotypům a mýtům

- strach ze smrti – stáří vzbuzuje strach, smrt a stárnutí
- důraz na mládí a fyzickou krásu – starší lidé jsou ignorováni
- produktivita – děti jsou vnímány jako ekonomická investice, ale starší lidé

jako finanční dluh, závazek. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s.51-55)

2 SENIOR A RODINA

Pro psychický život seniora má velký význam jeho vztah ke společnosti, především však k rodině. Rodina je základní jednotka lidského společenství, jehož součástí je i starší člověk. Možnost bytí s rodinou v této závěrečné etapě lidského života je nenahraditelná a v mnoha případech umožňuje staršímu člověku dožít se delšího věku. Domácí prostředí a každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře staršího člověka v době, kdy jeho zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci. Každý starší člověk je rád, když ví, že je na světě někdo, kdo ho potřebuje a na koho se bude moci v těžkých situacích spolehnout. Pro mnohé starší lidi je to právě rodina, která jim dává pocit, že ještě stále je jejich existence potřebná a žádaná. Vědecké studie dokazují, že starší lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější, těší se lepšímu zdraví a jsou také déle samostatní. I když senioři preferují oddělené bydlení, je to většinou jen do doby, dokud nepotřebují intenzivní pomoc další osoby. Rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci vyrovnat se se změnami, které stárnutí přináší.

Kvalita života ve stáří je v širokém slova smyslu podmíněna tím, na kolik a jak se na něj člověk připravoval. Optimální způsob péče o seniory je stále považovaná možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s.46-47). Domácí prostředí je právem považováno za přirozené sociální prostředí. Pro každého jedince je určité prostředí, ve kterém se cítí bezpečně. Více než materiální zabezpečení a bytové podmínky je v takovém prostředí důležitá spíše kvalita sociálních vztahů. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s.40) Proto zákon o sociálních službách definuje přirozené sociální prostředí jako „rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. § 3)

V minulosti to byla právě rodina, která měla zodpovědnost za péči o své seniory. Nicméně v nynější době lze pozorovat určité změny, které nasvědčují, že v budoucnu bude zodpovědnost za péči na sebe přejímat stále méně rodin.

2.1 Vztahy v rodině a starý člověk

Vztahy mezi dospělými a jejich rodiči jsou odlišné od ostatních typů sociálních vazeb a to z důvodu jejich dlouhé společné historie, vyvíjející se povaze vztahů od dětství přes dospělost. Ženy častěji uvádějí větší investici do svých sociálních vztahů než muži a zajišťují soudržnost mezi generacemi. Potomci ve středním věku, kteří musí podporovat stárnoucí rodiče, obvykle mají též svoje vlastní dospělé děti. Tato střední generace, taktéž nazývaná jako sendvičová generace se stará o mladé děti a starší rodiče. Střední generace může tak dospět do bodu, kdy podporu není možné rozšířit a nastane rozhodnutí buď méně podporovat odrostlého potomka nebo umístit zestárlého rodiče do pobytové péče. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s.47-49). Jen těžko můžeme konstatovat, že staří lidé si všeobecně nerozumějí v rodině se svými potomky a jejich partnery, stejně ta nemůžeme tvrdit, že si s nimi bez námitek rozumí. Vícegenerační rodina se skládá s prarodičů, rodičů, dětí a soužití těchto lidí by v zásadě mělo být založeno na solidaritě, dobrovolnosti a úctě k druhému člověku. Senioři často mluví o sobě, že nechtějí být na obtíž. Mladí rodiče zas ocení, když část svých povinností svěří seniorům. Jedná se většinou o nezanedbatelnou pomoc při hlídání malých dětí, drobné práce na zahradě, úklid v domácnosti. Soužití různých generací však může mít různé formy od ideálního až po negativní. Bohužel stále častěji se vyhledávají důvody, proč nemůže senior dožít v rodině. Někdy za to můžou špatné rodinné vztahy, které zablokují vzájemné porozumění. Jsou však i případy že vztahy v rodině jsou na dobré úrovni, ale starší člověk chce svůj klid a soukromí a proto sám setrvává v bytě, nebo odchází do domova pro seniory. Pokud se stane, že starý člověk vážněji onemocní, pak už záleží jen na odhodlanosti rodiny, jak se s touto situací vypořádá. Vzdát se zaměstnání, kariéry a zůstat se starým člověkem není totiž pro mnohé lidi atraktivní vyhlídka.

Jednou z častých komplikací středního věku může být vztah, který člověk má nebo měl se svými rodiči. Vztah rodič a dítě se vytváří během raných let a je to jeden z nejdůležitějších vztahů, jaké člověk může mít, neboť pomáhá utvářet jeho osobnost. Je-li pouto s rodiči silné a pozitivně naladěné, pak z toho může plynout mnoho dobrého. Rodiče, kteří svým dětem během jejich vývoje dokážou poskytnout lásku, náklonnost a pevnou představu o svém já, patrně sklídí plody láskyplného vztahu s potomky. (Kristine, 2013, s.102)

Podle Böhmových zkušeností, má člověk sklony pečovat pouze o vlastní rod. Všechny ostatní pomáhající služby jsou člověku vštípeny socializací.

2.2 Laická rodinná péče o seniory a jejich motivy

Laickou neboli neformální péči o seniory se sníženou soběstačností provádí především rodinní příslušníci a známí v domácím prostředí na základě svého rozhodnutí. Jsou to partneři, děti, přátelé, sousedé, dobrovolníci, jiná sdružení například církevní. Laická péče spočívá v uspokojování základních ošetrovatelských potřeb nesoběstačného seniora. Péči provádí ve svém přirozeném prostředí rodinní příslušníci, kteří mají k seniorovi velmi blízký vztah. (Bartlová, 2006, s.237). Během samotného pečování se mění a vyvíjí individuální charakteristiky pečujícího i pečovaného, jako je věk či zdravotní stav, ale také rodinná situace pečovatele. Mohou se měnit počty osob závislých na péči, stejně tak zdravotní stav pečovaného a jeho potřeby. V rodině dochází ke změně rolí a každodenního fungování, je třeba zajistit péči a pomoc starému člověku.

Za rozhodnutí dobrovolně pečovat často stojí jeho vnitřní přesvědčení, ale neplatí to vždy. Geissler et al. (2015, s.26) uvádí, že rozhodnutí pečovat bývá ve většině situací rozhodnutím dobrovolným. Takovéto rozhodnutí je motivováno především vztahem pečující a opečovávané osoby a pramení z morálního postoje a osobní zodpovědnosti, kterou pečující vůči opečovávanému pociťují. Pečující spatřují velký význam této činnosti z hlediska udržení jejich blízkého v domácím prostředí, kde se o něj budou moci co možná nejlépe starat. Stále existují pečující, pro které toto představuje životní náplň a poslání. Péče je pak výsledkem situace, kdy existuje v rodině někdo, kdo vyžaduje péči další osoby, a zároveň je tu další osoba, která tento požadavek vyslyší. Součástí takového rozhodnutí bývá silná emoční vazba této osoby k opečovávanému. Motiv pro poskytování neformální péče v rámci rodiny můžeme vyvodit i z výzkumů, které zkoumají ovlivňující faktory, zda pečující bude v péči nadále pokračovat. Takový výzkum provedli Křížová, Janečková a Běláček (2016). Ve výzkumu došli k závěru, že pro více než 50 % dotázaných pečujících bylo nejsilnějším motivem pro péči emoční a morální důvody a z toho 53 % pečujících bylo odhodláno pokračovat v péči za jakýchkoliv okolností. Samozřejmě rozhodnutí pečovat nemusí být nutně dobrovolné. Rodinný příslušník může být do role pečujícího postaven a do situace dotlačen vnějšími okolnostmi. Tento stav může být zapříčiněn celou řadou faktorů. Velkou roli hraje

situace, ve které se právě pečující nachází (finanční zajištění), na právním prostředí upravujícím podmínky poskytování péče (jak je pro něho dostupná formální péče a zda si jí může finančně dovolit) či na celkové informovanosti ohledně neformální péče v návaznosti na sociální politiku. U určité skupiny pečujících mohou být motivy pro poskytování péče předem definovatelné. Z toho můžeme usoudit, že motivy pečujících jsou různorodé. Lze je hledat jak na straně osobnosti pečujícího, tak na straně vnějších okolností, ve kterých se pečující a potažmo celá rodina nachází. Svou úlohu sehrává i mezigenerační solidarita a rodinná soudržnost, v rámci, které se z generace na generaci předávají prosociální hodnoty a postoje. Mezi jednotlivými generacemi si jedinci na základě vzájemnosti ve vztazích mezi lidmi, poskytují péči. Rodiče pečují o své děti a děti zase ve stáří poskytují péči svým rodičům. Výsledky analýz (Jeřábek a kol, 2013, s.271) prokázali platnost specifického teoretického modelu mezigenerační solidarity. Desítky let platilo, a stále platí, že mezigenerační solidarita je mnohorozměrná. Zároveň však platí, že rodiny, v nichž existují významné vztahy solidarity, se stávají více soudržnými.

2.3 Stupně péče o seniory

Z hlediska naléhavosti potřeb a jejich intenzity, které starý člověk má, lze vyzdvihnout tři stupně péče.

2.3.1 Podpůrná péče

Podpůrná péče je považována za méně časově, fyzicky a psychicky náročnou péči. Jedná se hlavně o finanční podporu, zajištění odvozu k lékaři, zajištění záležitosti na úřadech, výpomoc v domácnosti či drobné opravy v domácnosti. Tato forma pomoci jak již bylo řečeno není fyzicky a ni časově náročnou a převážně ji obstarávají synové nebo dcery a potřebuje ji prakticky každý starý člověk, kterého můžeme označit za ne zcela soběstačného.

2.3.2 Neosobní péče

Neosobní péče spočívá v domácích pracích, úklidu, praní, vaření, žehlení. Do této péče patří předcházení sociálního vyloučení seniora a přispívání zachování co nejvyšší míry schopnosti, dovednosti a zvyklosti seniora. Je nutné stále dbát na zachování jeho

individuálnosti potřeb. Jedná se o pravidelnou činnost, která musí být dělaná opakovaně je fyzicky náročná a nemusí ji vykonávat pouze rodina, ale může být za úplatu nasmlouvaná služba sociální péče.

Za specifický případ služeb pro domácnosti lze považovat poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (např. oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku či nepříznivého zdravotního stavu), jehož podmínky upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon definuje základní druhy sociálních služeb (sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence) a formy jejich poskytování (pobytová, ambulantní a terénní). Osobní asistence je dle § 39 zákona o sociálních službách terénní službou poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistence je přitom poskytována bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí uživatelů.

Poskytování osobní asistence a pečovatelské služby je podmíněno uzavřením písemné smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Náležitosti takovéto smlouvy definuje § 91 zákona o sociálních službách, přičemž pro její uzavírání a právní vztahy z ní plynoucí platí ustanovení občanského zákoníku.

2.3.3 Osobní péče

Osobní péče je stálá péče o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Musíme obstarat veškeré základní potřeby člověka jako jsou hygiena, vyprazdňování, stravování, zajišťování pohybu v domácnosti i mimo něj, užívání a podávání léku. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Tato péče spočívá v zajištění stále stejných, dnem za dnem se opakujících aktivit. Pokud tuto péči poskytuje jen rodina, máme na mysli rodinnou péči tedy neformální péči. Pokud tuto péči nezvládá rodina, neboť často je nutné žít v jedné domácnosti, mohou ji zajistit institucionální zařízení – domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy se zvláštním režimem či hospicová zařízení. (Jeřábek a kol, 2013, s.44-47)

2.4 Zátěž pečovatele

Pečujícím se můžeme stát mnoha různými cestami a pod vlivem rozmanitých faktorů. Myslím si, že žádný neformální pečovatel není dostatečně připraven na roli pečovatele. Pečování s sebou přináší nespočet situací, kterým je pečující vystaven a nemůže se jim vyhnout. Tyto situace jsou pro něho zcela nové, a proto se musí většinou sám naučit, jak tyto činnosti zvládat. Pečování si nelze jen představit jen jako spolubytí, přítomnost v reálném čase a být v blízkosti s příjemcem péče. Samozřejmě, že vše zmíněné je velice důležité, nicméně nelze zapomenout na ostatní praktické úkony. Rodina pečující o svého starého člena většinou není odkázána jen na vlastní síly. Systémy sociální a zdravotní péče se však stát od státu liší. V německých mluvících zemích se často setkáváme s charitativními službami církve, ve skandinávských zemích mají tradičně rozvinutý systém komunitní péče. V mnoha evropských zemích jsou nabízeny nejrůznější formy pomoci neziskových organizací. V USA, ale i dalších zemích existuje rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách. V naprosté většině modelů podpůrných služeb se jedná o aktivity zajišťující pečující rodině tzv. vnější infrastrukturu a servis. Osobní péče o starého člověka tak ve většině případů zůstává údělem členů rodiny. Opravdu jen zřídka najde rodina někoho, kdo by se dlouhodobě a pravidelně postaral o nemohoucího starého člověka vyžadujícího celodenní ošetřování. (Jeřábek a kol, 2013, s.52).

Mezi nejčastější bariéry v rodinné či domácí péči o seniory patří nedostatek času z důvodů pracovních povinností, povinností spojených s péčí o mladší či jiné členy rodiny, špatných rodinných vztahů, nedostatečných bytových podmínek či financí, vlastních zdravotních obtíží, fyzicky a psychicky náročná péče.

Dle Tošnerové je celkem pět základních druhů zátěže, které musí zvládat pečující osoba:

- Zátěž tělesná – souběh péče o dvě domácnosti a současně fyzická péče o nemohoucího člověka je náročná a vyčerpávající. Vyčerpávající je manipulace s pečovaným, zajištění jeho osobní hygieny, zvláště, pokud je pečovaná osoba inkontinentní, tj. že trpí nekontrolovatelným únikem moči nebo stolice. Rovněž fyzicky náročná je údržba kompenzačních pomůcek.

- Zátěž sociální – pečovatel může být izolován od zbytku rodiny a od přátel. Pro nedostatek společenských kontaktů přichází únava, která může vést k odporu k pečované

osobě a změně chování pečujícího

- Zátěž finanční – rodina se musí rozhodnout, jak a zda vůbec je schopna zajistit a uhradit placené služby.

- Zátěž okolním prostředím – odstranění bariér, instalace madel a dalších pomůcek v domě, stěhování se k příbuznému, apod.

- Zátěž citová – citová zátěž bývá často přímým vyústěním všech předchozích zátěží.

Pečující najednou nemá žádný volný čas, zato má velkou zodpovědnost, se kterou se musí vyrovnávat. Pečující se stává závislým na pečovaném a jeho potřebách. Na povrch mohou vyplynout dřívější nedořešené konflikty, pečující může mít střídavě odpor k pečovanému a následně sám to sám sobě vyčítá, že by se nejraději své odpovědnosti zbavil a péči ukončil. Tyto pocity jsou časté a je třeba o nich mluvit. (Tošnerová, 2001, s.68).

Intenzivní a dlouhodobá péče se negativně projevuje na zdravotním stavu neformálních pečujících. Dle výzkumu Michalíka, kterého se účastnilo přes 700 respondentů si můžeme všimnout postupného zvyšování hodin vynaloženého času péče v návaznosti na stupni závislosti.

- u osob I. stupně závislosti 6 hodin 31 minut denně
- u osob II. stupně závislosti 10 hodin 05 minut denně
- u osob III. stupně závislosti 15 hodin 54 minut denně
- u osob IV. stupně závislosti 18 hodin 24 minut denně

Neformální péče poskytována převážně u osob s vyšším stupněm závislosti je náročnou především na čas, ale také i na fyzické a psychické zdraví pečujících. Fyzické zdraví u neformálních pečujících bývá zhoršováno z dlouhodobého pečování – přemístování, polohování, zvedání a dalších potřebných úkonů. (Michalík, 2011, s.100).

V případě, že neformální pečující není schopen sám zvládat péči o člena rodiny a nemá ani dostatečnou podporu, může se velmi lehce ocitnout ve stavu úplného vyčerpání. Tento stav nazýváme vyhoření, při kterém dochází k emočnímu, duševnímu a často fyzickému vyčerpání, způsobeného dlouhodobým nebo opakovaným stresem. Ačkoli je to nejčastěji způsobeno problémy v práci, může se objevit i v jiných oblastech života, například při pečování. Lidé trpící vyhořením bývají konfliktní, často se snaží hledat viníka svých problémů a neúspěchů, a mnohdy se obracejí proti těm, kterým poskytují pomoc. Vyhořelí se často chovají nevhodně a hrubě, za což posléze pociťují vinu. Velmi

důležitá prevence syndromu vyhoření je psychoterapeutická podpora, při níž jsou probírány vztahové problémy, pomoc s pečováním a přiměřené uznání. Je nutné pečovat i o tělesné zdraví a nezapomínat tak na pravidelné lékařské prohlídky, rehabilitace apod. Novák (2011, s. 14-15) uvádí, že syndrom vyhoření je souhrn symptomů psychického a emočního vyčerpání. Jedná se o postupné psychické vyčerpání vyvolané dlouhodobým působením stresujících podnětů. Typické jsou pocity podrážděnosti, únavy a nedocení. Markantně se snižuje tzv. frustrační tolerance neboli to, co pečující dříve vnímal jako běžné, ho nyní velmi popuzuje. Mnohdy je vyhoření doprovázeno i zhoršeným zdravotním stavem.

2.5 Úlevová péče

Pokud pečujeme o starého člověka, pak jsme svědkem stabilní nebo dokonce zvětšující se závislosti na péči. Pečující se ocitá v náročné životní etapě a můžeme si být jisti, že po létech péče o starého člověka, bude pečující cítit nepolevující únavu bez radostných perspektiv. Bude mít po čase pocit, že nedělá nic jiného, než se stará, že se nachází v bludném kruhu, ze kterého není úniku. V nezáviděníhodné situaci se nacházejí i ostatní členové rodiny, kdy někteří pomáhají s péčí, jiní se naopak cítí odstrčení.

Všechno však má své limita a meze. Je nutné ocenit obětavou péčí, ale je nutné odmítnout sebeoběť. Tady je morální povinností společnosti, aby takovýmto pečujícím rodinám pomohla rozvojem respitních neboli úlevových služeb. Úlevovou (respitní) péčí dáme pečujícím přestávku, ve které naberou potřebné síly k dalšímu nepřetržitému pečování. Po dobu odpočinku pečujících, převezme jejich úlohu pečovatelská služba, agentura homecare, případně sousedé. Někdy je únava pečujících vysoká a proto je vhodné využít stacionáře, domovinky s denním či týdenním pobytem. Pak hovoříme o respitní péči, která je druhem sociální služby poskytující pomoc lidem dlouhodobě pečujícím. Ať už se jedná o kteroukoliv úlevovou péčí, rodina musí mít jistotu, že je náhradní péče kvalifikovaná. Jen ta bude mít prostor k relaxaci a odpočinku. (Haškovcová, 2010, s.297-298.) Odlehčovací služba je legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. §44, o sociálních službách a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb.

2.6 Sebepeče pro neformální pečující

V rámci pečování neformální pečovatel nezřídka potlačuje vlastní potřeby a veškerý čas a energii věnuje uspokojováním nároků opečovávaných. Zatrplost se může objevit i navzdory lásce vůči člověku o kterého pečujete. Pocity marnosti jsou téměř nevyhnutelné. V určitou chvíli je dobré se vědomě rozloučit s představou vztahu, který jsme chtěli a přijmout jej takový, jaký nyní skutečně je. Podle Lise Leblanc je zřejmé, že pro lepší pocit z dlouhodobé péče o nemocného nebo nemohoucího je často třeba udělat změnu právě u sebe a to ve své mysli. Celkem mnoho lidí si myslí, že všechnu péči musí vzít na sebe a zvládat to sami. Jsou přesvědčení, že je správné se pro druhého opečovávaného člověka rozdat, často nehledě na sebe. Ono na první pohled to vypadá jako ušlechtilé a záslužné ale to jen do doby, než se pečující zhroutí, vyhoří a nebo se alespoň necítí šťastně. Takovému to stavu je dobré zavčas předcházet. Je dobré raději dříve než později přehodnotit a připustit si, že vlastní spokojenost a péče o sebe není projevem sobectví. Je tomu právě naopak. Jen když my budeme relativně spokojeni a budeme mít dost sil, můžeme pomáhat ostatním a vnímat péči jako naplňující součást života.

Roli pečujícího ovlivňuje řada faktorů, mimo jiné také délka péče, míra, komplexita a intenzita postižení, připravenost na pečovatelskou úlohu a její načasování, dostupnost místních sociálních služeb a také především podpora ze strany rodiny. Důležité jsou také vztahy s příjemcem péče i uvnitř rodiny a v neposlední řadě proměna role a zodpovědnost v časovém horizontu. Zároveň je také důležitý stupeň závislosti na péči s následnou prognózou jeho vývoje. Jedná se o neměnný tedy trvalý stav, který zůstane do budoucna víceméně stejný, nebo se dá spíše očekávat postupné zhoršování např. Při Parkinsonově chorobě nebo u stařecké demence.

Dobrý pečující musí mít funkční systém podpory. Pokud se neformální pečující stará delší dobu o všechno sám, a ještě při tom chodí do zaměstnání, případně se podílí na pracích spojených např. s domácností, brzy se unaví a dojde většinou k vyčerpání. Často se stává, že pečující přecení své síly. Může se to stát z různých příčin. Pečující nechce, aby si někdo jiný myslel, že je slabý, neschopný a jednoduše mu záleží, co si o něm ti druzí myslí. Někdy vlastní ego mu brání požádat o pomoc. Pokud však pečující věnuje péči více než na co má, bude postupem času situace nepřínosná ani pro pečujícího ani pro příjemce péče. Vždy je vhodné připravit plán péče a vážně se zamyslet nad tím,

jaké další zdroje péče jsou dostupné v případě, že je pečující nebo příjemce péče bude potřebovat. (Leblanc, 2021, s.38)

Významnou roli v péči o blízkou osobu je důležitá duševní hygiena pečujících. Psychický stres je nutné redukovat změnami postoje pečujících osob k pečování a budováním pozitivního náhledu na pečování a také sebeúcty pečujících. Stále přibývá pečujících, kteří volí snadnější cestu ke snížení psychického stresu užíváním léků typu psychofarmaka, ale jiní to řeší alkoholem. Je na místě seznámit pečující osoby se zásadami psychohygieny, seznámit je s relaxačními technikami a doporučit vhodné zvládnání péče s tím, že by neměli zůstat na péči sami.

Pečujícím rodinám je proto doporučováno:

- mějte stále své koníčky a zájmy
- tančete, cvičte, meditujte, relaxujte
- naplánujte si každodenní odpočinek jen pro sebe
- chodte do společnosti nebo za kamarády
- dopřejte si jídlo které máte rádi, kupte si něco nového
- dělejte příjemné věci např. dejte si koupel při svíčkách
- udržujte svůj zevnějšek, když budete dobře vypadat, budete se cítit lépe
- dodržujte správnou životosprávu (stres, únava a špatná výživa vede k nemoci)
- humor a dobrá nálada je každodenní medicína pro Vás.
- hledejte a mějte duchovní podporu

Další důležitou roli v psychosociální podpoře pro pečující je telefonická krizová pomoc. Tato intervence pro rodinné pečující je podpora pro ně samotné, když se dostanou do psychické nepohody nebo stresu. Další formou pomoci je krizová intervence, osobní a telefonická konzultace, psychoterapie, podpůrné skupiny pečujících osob. Tyto aktivní preventivní opatření předcházejí u pečujících komplikacím nadměrné psychické zátěže nebo vyhoření. Důležitá je síť poradenských služeb, bezplatných kurzů jak pečovat doma, rozvoj odlehčovací péče pro pečující, právo na finanční podporu. (Macháčová, Holmerová, 2019, s.163-164)

2.7 Koordinace pomoci jako významný faktor podpory neformální péče

Podpora rodinných pečujících je v nynější době nedílnou součástí strategie stárnutí a stáří v České republice. Proto aby mohly neformální pečující svou roli v péči o seniora naplnit, je nutné budovat a následně upevňovat dobře rozvinutý systém nástrojů pomoci, který umožní efektivní propojení rodinné a profesionální pomoci, ale také nástrojů přímo zaměřených na podporu pečujících. Správně koordinovaná péče může výrazně podpořit kapacitu neformálních pečujících jak pro zvládání každodenních povinností, tak případně sladění pracovních a rodinných aktivit. Naopak absence koordinační podpory může být činitelem, který ovlivňuje rozhodování neformálních pečujících směrem k využití pobytových sociálních služeb. Role koordinátora péče v situaci, kdy potřeby seniora zabezpečuje více subjektů je velmi náročná časově i psychicky. Dle Kubalčíkové existují analýzy, které naznačují, že domácí pečovatelé poskytují péči bez odpočinku, nevěnují dostatečnou pozornost vlastnímu zdraví, trpí smutkem, a depresemi a v roli pečovatele se cítí osamoceni. České domácnosti jsou často neinformovány o možnostech čerpání benefitů na provedení úprav v domácnosti, nemají přehled o dostupných kompenzačních pomůckách. Pečující osoby jsou často závislí na výdělečné činnosti, při jejich ztrátě hrozí propad domácnosti do chudoby. Absentuje také systematická příprava domácích pečovatelů, v oblasti sociální práce nejsou začleněni jako specifická cílová skupina zasluhující podporu. Dílčí výsledky z kvalitativního výzkumného šetření v rámci mezinárodního projektu InnCare provedené v letech 2015 až 2017 pro oblast péče o seniory v domácím prostředí poukazují na strategii rodinných příslušníků, kteří se podílejí na péči o seniora se sníženou soběstačností. (Kubalčíková, 2018, s.29-32)

V rámci implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR vznikly webové stránky <https://seniorivkrajich.mpsv.cz/>. Projekt usiluje o implementaci politiky na krajskou úroveň, o systémovou a metodickou podporu rozvoje aktivit zaměřených na institucionální zajištění politiky přípravy na stárnutí na národní, krajské a místní úrovni v návaznosti na strategický dokument „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017. Cílem projektu je především formulace tezí státní sociální politiky v oblasti přípravy na stárnutí a zejména metodická podpora její implementace na

úroveň samosprávy, která je svou působností nejbližší občanům. Projekt tak reaguje na výzvy spojené s postupnou proměnou demografické struktury obyvatelstva ČR, kterou lze stručně charakterizovat zrychleným stárnutím populace, tj. zvyšováním počtu osob v seniorském věku při postupném úbytku osob v produktivním věku a poklesu dětí. Projekt spolupracuje s Krajskými a obecnými úřady, neziskovými organizacemi, poskytovateli sociálních služeb, seniorskými organizacemi a vysokými školami. Projekt je financován z Operačního programu zaměstnanost a státního rozpočtu.

V rámci implementace politiky stárnutí na krajské úrovni jsou evidováni krajsí koordinátoři jednotlivých krajů, kteří sladí postup ministerstev, krajů a dalších institucí. Cílem je změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří a překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů pro společnost. Zvýšit tak informovanost starších osob a jejich rodinných příslušníků v oblasti sociální, zdravotní, finanční a spotřebitelské a předcházet tak problémům, se kterými se seniorská veřejnost potýká.

Jakými činnostmi se zabývá koordinátor :

- poskytuje informace, vyzná se v nabídce sociálních služeb, doporučí o jaké sociální dávky je možné žádat, v případě potřeby zprostředkuje odbornou pomoc
- zvyšuje informovanost seniorů, má vyčleněné hodiny pro veřejnost, pořádá a vystupuje na veřejných akcích, publikuje novinky a informace v oblasti seniorské politiky
- spolupracuje s partnery projektu, jako zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí komunikuje s krajskými a obecnými úřady a neziskovými organizacemi.
- Podílí se na zpracování strategie krajské seniorské politiky, a pomáhá zavádět konkrétní opatření do praxe

3 PODPORA NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

V této kapitole se budu věnovat především legislativní podpoře neformálních pečujících a jejich finanční podpoře.

3.1 Legislativní podpora

Podle zákona č. 262/2006 Sb. §240 odst.2, zákoník práce směřá zaměstnanec, který převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu závislou na pomoci druhé osoby ve druhém stupni (středně těžká závislost), třetím stupni (těžká závislost) a čtvrtém stupni (úplná závislost), vysílat na pracovní cestu mimo obvod svého pracoviště nebo bydliště pouze s jeho souhlasem.

Podle zákona č. 262/2006 Sb. §241 odst.2 je zaměstnavatel povinen přijat žádost, jestliže tomu nebrání vážné provozní důvody, o zkrácení pracovní doby nebo jiné vhodné úpravy týdenní pracovní doby pokud zaměstnanec prokáže, že se sám a dlouhodobě stará o osobu závislou na pomoci druhé osoby ve druhém stupni (středně těžká závislost), třetím stupni (těžká závislost) a čtvrtém stupni (úplná závislost).

Podle zákona č. 435/2004 Sb. §41 odst. 3, o zaměstnanosti, popisuje náhradní dobu zaměstnání, která se týká i neformálních pečujících a to, pokud se jedná o osobní péči o osobu ve druhém (středně těžká závislost), třetím (těžká závislost) a čtvrtém (úplná závislost) stupni. Těmto výše uvedeným neformálním pečujícím vzniká nárok na podporu v nezaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

3.2 Finanční podpora

3.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek poskytuje stát osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu a rozhoduje o něm krajská pobočka Úřadu práce dle zákona č. 108/2006 Sb. §7, o sociálních službách. Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna se o sebe postarat, to znamená, že potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, a to v

rozsahu, který je určen stupněm závislosti. Osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby se dělí do dvou kategorií, a to osoby do 18 let věku a nad 18 let věku. Zákon o sociálních službách definuje 4 stupně závislosti: (I - lehká závislost, II – středně těžká závislost, III – těžká závislost a IV – úplná závislost).

Podle zákona č. 108/2006 Sb. §9 odst.1, o sociálních službách se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat následující základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o domácnost, péče o zdraví, osobní aktivity.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 6600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 13900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 19200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 12800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 19200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

3.2.2 Dlouhodobé ošetřovné

Dlouhodobé ošetřovné je dávka nemocenského pojištění a lze o ni zažádat prostřednictvím ČSSZ. Dávka umožňuje občanům zůstat doma v situaci, kdy budou pečovat o člena rodiny, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči (zpravidla nemocnice) rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči. Dlouhodobé ošetřovné rovněž poskytne prostor pro případné následné rozhodnutí rodiny, jak se o svého blízkého postarat v případě, kdy lze očekávat, že bude nadále vyžadovat péči. Jednou z možností by byla žádost o příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách.

Tuto dávku lze čerpat maximálně 90 kalendářních dní a pečující osoba má nárok na náhradu příjmu ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. K tomu, aby mohla být dávka žadateli vyplácena, je nutno splnit několik podmínek. První podmínkou je, že

osoba, o kterou bude pečováno, byla alespoň 4 kalendářních dní hospitalizována a ošetřující lékař při propuštění do domácího ošetřování nařídil domácí a celodenní péči v rozsahu alespoň 30 dnů o tohoto pacienta. Další podmínkou je, aby osoba, které bude dávka vyplácena, byla účastněna na nemocenském pojištění, a to v rozsahu alespoň 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících. Ošetřované osobě musí být vydáno rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, a to v den propuštění z hospitalizace nebo nejpozději do 3 pracovních dnů ode dne podání žádosti. Žádost o dávku lze podat do 8 dnů po propuštění ošetřované osoby z hospitalizace. Nárok na dlouhodobé ošetřovné se uplatňuje prostřednictvím několika předepsaných tiskopisů, některé vystavuje pouze ošetřující lékař zdravotnického zařízení lůžkové či ambulantní péče, jiné vyplní žadatel o dávku spolu s osobou, o kterou bude pečovat. Zaměstnanec předá doklady svému zaměstnavateli a ten je spolu s dalšími podklady odešle na OSSZ. OSVČ je předávají přímo „své“ OSSZ, u které jsou registrovány. Podle zákoníku práce uděluje zaměstnavatel svému zaměstnanci souhlas s nepřítomností v práci k poskytování dlouhodobé péče. Zpravidla tak učiní na základě předloženého tiskopisu *Žádost o dlouhodobé ošetřovné*. Zaměstnavatel není povinen tento souhlas udělit jen v případě, že tomu brání vážné provozní problémy. Neudělení souhlasu musí zaměstnavatel oznámit zaměstnanci písemně a důvody neudělení prokázat. Pokud zaměstnanec bude mít za to, že zaměstnavatelem uvedené provozní důvody by udělení souhlasu neměly bránit, má možnost obrátit se na oblastní inspektorát práce (ČSSZ, 2023).

3.3 Terénní služby

Neformální laičtí pečující by dle Kalvacha (2008, s.21) měli být cíleně a trvale podporováni zdravotnickými i sociálními pracovníky, a to především v otázkách poradenství a intervence. Mimo jiné také dodává, že opečovávaný, jehož stav vyžaduje poskytování dlouhodobé péče, by rozhodně neměl být účasten obou extrémů. A to setrvání pouze v péči rodiny nebo naopak jen v péči odborných institucí. Nejvhodnější se mu jeví prolínání formální a neformální péče, které se budou vzájemně doplňovat.

3.3.1 Sociální služby

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišujeme tyto sociální služby: služby sociálního poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče.

Sociální služby rozlišujeme na ty s formou pobytovou, kde klienti jsou ubytováni v daném zařízení, a dále na ty s formou ambulantní, což znamená, že klienti dochází do zařízení sociálních služeb a terénní, které jsou poskytovány v přirozeném domácím prostředí klienta.

Při dlouhodobé péči se využívají zejména služby sociální péče, mezi které patří například pečovatelská služba, osobní asistence, centra denních služeb, odlehčovací služby, tísňová péče, podpora samostatného bydlení a další. Sociální služby jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu pokročilého stáří, zdravotního postižení a chronického onemocnění při které jsou tito lidé odkázáni na pomoc druhé fyzické osoby. Informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odbory sociálních věcí), v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.3.2 Zdravotní služby

Podle zákona č. 372/2011 Sb. §10 o zdravotních službách může být zdravotní péče poskytována v přirozeném domácím prostředí prostřednictvím návštěvní služby a domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. V rámci zdravotní péče lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení. Pokud neformální pečující přistoupí k péči o svého rodinného příslušníka, mohou při své péči zároveň využívat domácí zdravotní agentury, které nabízejí svým klientům poskytování ať už lékařských služeb nebo i nelékařských, jako je úklid, příprava jídla, doprava a další domácí činnosti. Všechny profesionální podpůrné služby, které umožňují člověku pohodlně žít ve svém domě, jsou klasifikovány jako domácí péče. Pokud se jedná o domácí zdravotní péči, tu poskytují kvalifikované zdravotní sestry v pohodlí pacientova domova, a to dle ordinace ošetřujícího lékaře. Ta je vhodná pro pacienty, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci, ale potřebují stále zdravotní péči. Pokud se jedná o domácí péči, tak ta je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Domácí péči mohou využívat i pacienti v terminálním stádiu života. (Asociace domácí péče ČR, 2023)

Pro osoby s nevléčitelnou nemocí v terciálním stádiu jsou vhodné hospice. Hospice poskytují zdravotní službu buď pobytovou a nebo terénní. Pokud chce klient či

pacient zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí a jeho zdravotní stav to dovoluje a umožňuje, může se obrátit právě na hospic poskytovaný terénními pracovníky. Toto je zakotveno v § 44a, zákona č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách.

3.4 Účelové organizace pomáhající ponechat seniory v rodinné péči

3.4.1 Charita Frýdek-Místek

Charita Frýdek-Místek je nestátní nezisková organizace poskytující široké spektrum sociálních služeb. Posláním Charity Frýdek-Místek je profesionálně a s respektem k důstojnosti a svobodě člověka pomáhat lidem, a to prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb i humanitárních aktivit. Cílovou skupinou služeb jsou mimo jiné i senioři pobývající v rodinném prostředí. Charita Frýdek-Místek působí na severovýchodě Moravskoslezského kraje, dekretem má vymezenou působnost ve všech přilehlých obcích Baška, Bílá, Bruzovice, Dobrá, Dobratice, Fryčovice, Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Janovice, Kaňovice, Krásná, Lhotka, Lučina, Malenovice, Metylovice, Morávka, Nižní Lhoty, Nošovice, Ostravice, Palkovice, Paskov, Pazderná, Prazmo, Pržno, Pstruží, Raškovice Rychaltice, Řepiště, Sedliště, Staré Hamry, Staré Město, Staříč, Sviadnov, Vojkovice, Vyšní Lhoty, Žabeň a Žermanice.

Terénní odlehčovací služba, kterou Charita Frýdek-Místek nabízí je určena seniorům nebo nemocným osobám se sníženou soběstačností už od 45 let, které žijí ve svém domácím prostředí a je o ně pečováno prostřednictvím druhé osoby, nejčastěji rodiny. Terénní odlehčovací služba pomáhá pečujícím osobám získat čas pro odpočinek či řešení vlastních záležitostí s vědomím, že jejich blízcí jsou v dobrých rukou a je o ně kvalitně postaráno. Služba poskytuje zajištění základních potřeb uživatelů, podporu a znovuoobnovení jejich schopností, zachování návyků a zvyklostí.

Projekt podpora pro pečující vznikl teprve v roce 2020. Jedná se o novinku mezi službami, protože se nově zaměřuje na péči o pečující – ty, kdo se doma starají o své nemocné blízké. Sociální pracovník vyjíždí do terénu, do domácností a poskytuje poradenskou činnost, zprostředkovává zapůjčení kompenzačních pomůcek, zaměřuje se na zprostředkování odborné pomoci zdravotní, sociální, psychologické nebo duchovní.

Charita Frýdek-Místek pomáhá dále cílovým skupinám, především pro seniory a nemocné osoby se sníženou soběstačností v těchto dalších střediscích: charitní

pečovatelská služba, Salvia – domácí zdravotní péče, charitní odlehčovací služba a charitní týdenní stacionář, půjčovna pomůcek (Charita Frýdek-Místek, 2023)

3.4.2 Slezská diakonie

Slezská diakonie je nestátní nezisková organizace, která poskytuje své služby v sociální oblasti. Cílovou skupinou jsou kromě lidí s postižením, bez přístřeší také senioři. Slezská diakonie působí na území Moravskoslezského kraje již od roku 1990, kdy navázala na dřívější charitativní působnost Slezské církve evangelické augsburského vyznání započatou na počátku 20. století. Slezská diakonie provozuje více než 70 středisek, která nemají samostatnou právní subjektivitu a jsou řízena centrálně Ústředím Slezské diakonie v Českém Těšíně, poskytuje 112 sociálních služeb na území Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Díky tomu můžeme nabídnout otevřený systém podpory osob, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci z různých důvodů. Neformální pečující mohou tak využít pečovatelské služby, odlehčovací služby, osobní asistenci, odborné sociální poradenství v nejbližším středisku Slezské diakonie dle místa bydliště.

3.4.3 Centrum denních služeb – Domovinka ve Frýdku-Místku

Organizace je poskytovatelem tří registrovaných sociálních služeb. Slouží k zajišťování terénních a ambulantních sociálních služeb občanům města Frýdku-Místku. Domovinky mají obecně charakter ambulantní sociální služby, které neposkytují ubytování. Rodiny mají jistotu, že je o jejich seniora po celý den dobře postaráno (stravování, rehabilitace, zájmová činnost) a že se mohou soustředit na svou vlastní práci nebo odpočinek. Senioři tráví den ve společnosti svých vrstevníků a vědí, že se každý den vrátí ke svým blízkým. Pokud senior do domovinky nemůže dojít sám nebo se dopravit v doprovodu rodinného příslušníka, přijíždí pro něho terénní pracovníce dle domluvy a možnosti. Pobyt v domovince hradí senior nebo jeho rodina. Posláním centra je posilovat samostatnost a soběstačnost seniorů, napomáhat a zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím. Tím podporuje a prodlužuje aktivitu seniorů. Mezi aktivizační programy domovinky ve Frýdku-Místku patří trénování paměti, mezigenerační setkávání, pohybové aktivity, kulturní akce, ruční práce, výlety a zahradní terapie. Práce s uživateli je individuálně nastavená dle přání a osobního cíle uživatele. V zařízení probíhá 2x týdně cvičení s rehabilitační pracovníci. Kapacita zařízení je 18 uživatelů. Služba je

poskytována pouze v pracovní dny v době od 7:00 do 15:30 hodin. Zaměstnanci centra dohlížejí na užívání léků, při akutním zhoršení zdravotního stavu uživatele je zajištěna zdravotní pomoc. (Centrum denních služeb – Domovinka, 2023)

3.4.4 Česká asociace pečovatelské služby ČAPS a její projekty:

Nejste na to sami – podpůrné skupiny pečujících osob jako součást pečovatelských služeb

Projekt je zaměřen především na rozvoji vzájemné provázanosti a sdílení péče neformálních pečovatelů s profesionálními poskytovateli sociálních služeb prostřednictvím edukačních modulů pro neformální pečující a testování organizace a optimalizace procesu setkávání podpůrných skupin neformálních pečujících v pečovatelských službách. Cílem je zabránit hrozícímu sociálnímu vyloučení neformálních pečujících, ohrožených především nezaměstnaností, chudobou a sociální izolací.

Edukační moduly pro neformální pečující vznikly v rámci projektu České asociace pečovatelské služby Nejste na to sami. Základním cílem každého modulu je naučit neformálního pečujícího lépe využívat nových trendů v oblasti péče o závislou osobu a zároveň poskytnout dostatek informací ke zvládnutí nové situace. ČEPS vydal brožuru a letáky v pěti oblastech týkajících se neformálních pečujících: a) Úprava bytu, lokomoce, b) Moderní trendy v pečování, c) Výživa, d) Biopsychosociální podpora pečujících, e) Paliativní péče. Součástí prezentace každého edukačního modulu je kromě základních informací k tématu také rozsáhlejší brožura a stručný a srozumitelný leták, obojí volně ke stažení na stránkách jednotlivých modulů. Dále jsou k dispozici edukační videa pro rodinné pečovatele. Brožuru lze stáhnout zdarma z webových stránek <https://www.caps-os.cz/edukacni-program/>. V první části manuálu jsou popsány sociální služby, dávky sociálního zabezpečení, zmíněn je také pojem „sdílená péče“. Ve druhé části brožury jsou vysvětleny ošetrovatelské úkony, které jsou nezbytné pro poskytování péče v domácím prostředí daného jedince, jako je například hygienická péče, polohování, úprava domácnosti apod. Názorná edukační videa, metodiku edukace i koncepce systému komunikace a spolupráce subjektů pomáhajících intervencí a neformálně pečujících je možno zhlédnout z výše uvedených webových stránek (ČAPS: Edukační program pro neformální pečující, 2023).

3.5 Metody sociální práce o neformální pečující

V 90. letech se i v praxi postupně prosazuje a uplatňuje model komunitní péče, jehož cílem je umožnit starému člověku žít co nejlépe nezávislým životem ve vlastním domácím prostředí za pomoci rodiny a sociálních služeb tak dlouho, dokud je tento způsob smysluplný a reálný. Zatímco kdysi byla pomoc starým rodičům samozřejmostí, v dnešní době pomoc starým rodičům samozřejmost postrádá a je brána jako nadstandard. K bezvýhodnosti situace neformálních pečujících také přispívá i nedostatek potřebných informací, pomůcek, a také obtížná finanční situace. (Veselá, 2003, s.46)

Sociální pracovníci nemají čas ani nástroje směřující k pomoci rodinným pečujícím, často jsou však schopni reflektovat potíže, se kterými se pečující potýkají, a to například s fyzickou a psychickou náročností péče, sociální izolací, finančními potížemi, časovou náročností péče, nedostatkem informací o sociálních službách (Dohnalová, 2013, s.26- 29). Stesky pečujících pro ně však neznamenaají nutnost k vytvoření zakázky ani k zahájení intervence. Jeřábek (2009, s. 245-246) poukazuje na fakt, že se zvyšují celospolečenské nároky na péči o seniory, především v souvislosti s demografickým vývojem, které je nutné řešit smíšenými formami péče, během nichž dochází ke sdílení péče mezi rodinou a formálními službami. Pokud to situace vyžaduje, právo pečovat o druhé, stejně jako právo péče o vlastní osobu, musí být doprovázeno právem přístupu k pečovatelským službám. Je vhodné uvést, že rodinní pečující akutně potřebují pomoc ze strany pečovatelských služeb, které doplní rodinnou péči všude tam, kde na péči již sami nestačí. Kombinovaná, též někdy nazývaná sdílená péče o seniory je vhodným způsobem řešení, přičemž je slučitelná s rodinnou péčí tehdy, když rodina zůstane aktivní, ponechá si odpovědnost a bude rozhodovat všechny významné otázky týkající se péče.

Obecně lze říci, že pojem sdílená péče se objevuje v různých zemích a je vysvětlována na základě kulturních odlišností s mírnými odchylkami významu. Pojem se objevuje především v oblasti zdravotních a sociálních služeb. Pojem sdílená péče jako taková se v ČR a odborných literárních pramenech objevuje velmi málo. Kde se však o ní hovoří více, je především oblast plánování sociálních služeb. Nejvýstižnější výčet pojetí sdílené péče, uvádí organizace Alfa Human Service, jako kombinaci formální služby a neformální služby. Cílem je udržet člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí. Výhodou sdílené péče je, že mezi sebou propojuje výhody formální a

neformální péče, umožňuje pečujícím často pracovní uplatnění, ale i odpočinek či možnost dělení jejich času mezi péči o děti a rodiče. Zapojení odborníků do péče o blízkého zároveň umožňuje využít jejich odbornosti v nastavení péče v domácím prostředí, ať už se jedná o využívání kompenzačních pomůcek, úpravu bariér, triků a tipů při péči o blízkou osobu. Vzájemné kombinování péče, sdílení informací a znalostí potřebných při péči, celkově zvyšuje příležitosti žít kvalitní život v domácím prostředí. Jako výhodu sdílené péče se dá označit i to, že propojuje využití všech dostupných zdrojů pomoci a podpory. Pokud je přáním většiny osob dožít v přirozeném prostředí vlastního domova a mezi svými blízkými, je důležité, aby lidé věděli, že toto přání je při nastavování sociální politiky vnímáno a že jsou možnosti, jak toho dosáhnout.

Sdílená péče je považován jako jeden z nástrojů, který to umožňuje, a to dokonce bez nároků na výraznější proměnu stávajícího systému poskytování sociálních služeb a bez požadavků na navýšení finančních prostředků. Sdílená péče může nepřímo přispět i k posílení důvěry občanů v podporu sociálního státu. Sdílená péče představuje významnou podporu rovněž pro pečující, kterým poskytuje potřebnou oporu v jejich úsilí – fyzickou i psychickou. Tato podpora je důležitá proto, že širší rodina či přátelé často nedokážou pochopit náročnost poskytování péče, pokud s dlouhodobým poskytováním péče sami nemají zkušenost. Sdílená péče pomáhá snížit únavu či pochybnosti pečujících, poskytuje jim potřebné ocenění a v neposlední řadě jim přináší příležitost žít vlastní rodinný a pracovní život. Může tak představovat nepřímý, ale významný nástroj podpory neformální péče, která si v České republice teprve získává potřebnou pozornost. (alfahs, 2021, [online]).

Sdílená péče je důležitou součástí při práci s rodinami. Pracuji jako sociální pracovníce v domově pro seniory a pokud nebudu komunikovat s rodinami o společné péči, zůstane rozhodnutí pouze na kvalifikovaném personálu. Myslím si, že by bylo přínosné dosáhnout toho, aby v blízké budoucnosti bylo co nejvíce seniorů v domácí péči z dopomoci jiné sociální služby. Neformální pečující se někdy zbytečně bojí vstupu další osoby anebo nemá informace o sdílené péči. Bylo by přínosem, aby tato sdílená péče pro neformální pečující byla součástí nového zákona o sociálních službách, na kterém se intenzivně pracuje.

4 METODIKA VÝZKUMU

V teoretické části jsem se věnovala problematice spojené se stářím v návaznosti na péči neformální. S neformální péčí o rodinného příslušníka mám bohaté praktické osobní zkušenosti.

V této kapitole se budu zabývat cílem výzkumu, výzkumnými otázkami a průběhu sběru dat. Dále zde představím použitou metodu výzkumu.

4.1 Kvantitativní výzkum a stanovení výzkumného souboru

Kvantitativní výzkum se opírá o základy vědeckého vědění jako o produkci poznatků prostřednictvím pozorování (empirie) a ověřování. Používání kvantitativních výzkumů jistě patří do výzkumů používaných v sociálních vědách. (Loučková, 2010, s.44). Kvantitativní výzkum je často využíván tam, kde je zapotřebí zodpovědět otázku „jak mnoho“. Pro kvantitu je charakteristická mnohost, četnost, množství a velikost. Vlastnost můžeme změřit a následně ji vyjádřit číslem (Olecká, 2010, s. 17).

Cílem kvalitativního výzkumu je prozkoumat sociální skutečnost prostřednictvím odhalení subjektivních významů (je nutný i vlastní úsudek). (Loučková, 2010, s.46). Výzkumnému šetření předcházejí otázky, co chceme výzkumným šetřením zjistit. Při kvantitativním přístupu je jasně definován cíl, následují výzkumné otázky a vztah mezi proměnnými.

V kvantitativním výzkumu se nejčastěji využívá technika dotazníku. Většinou se jedná o vytištěný dotazník, ve kterém je soubor otázek a ten je předložen respondentům k vyplnění. Tvorba otázek a celkový způsob dotazování ovlivní kvalitu jeho vyplnění i jeho návratnost. (Topinka, 2013, s.64).

Pro kvantitativní šetření byl vytvořen standardizovaný dotazník vlastní tvorby. Úvodem dotazníku seznamuje respondenta s mou osobou, co by autorem a co je cílem dotazníkového šetření. Dále pak jak budou data zpracována (anonymně) a způsob jeho vyplnění. Dotazník je složen ze dvou částí, kdy v první části je 22 otázek směřováno k základním charakteristikám a aktuálnímu stavu pečující osoby. Ve druhé části jsou pak pomocí čtrnácti otázek zjišťovány základní údaje o pečované osobě a o její soběstačnosti. Pro spolehlivější vyhodnocení byly v dotazníku vybrány z větší části uzavřené otázky a respondent na ně odpovídá z možných variant. Bylo vytištěno 100 dotazníků a tyto byly

z části rozdány v Centru denních služeb-Domovinka ve Frýdku-Místku, v Centrum pečovatelské služby ve Frýdku-Místku pro následné vyplnění v domácím prostředí. Někteří pečující byli ochotni dotazník vyplnit přímo na místě v mé přítomnosti. Celkový počet vyplněných a navracených dotazníků byl 94. Do výzkumného souboru bylo na základě třídění postoupeno celkem 88 dotazníků. Byly vybrány ty dotazníky, kde neformální pečující uvedl, že pečuje o osobu blízkou (otázka č.7-dotazník příloha č.1) její věk je nad 60 let (otázka č.2-dotazník příloha č.2) má jeden a více zdravotních problémů (otázka č.3-dotazník příloha č.2) a v části zkoumané soběstačnosti (dotazník příloha č.2) uvedl minimálně u třech zkoumaných soběstačností, že opečovávaný je neschopen uvedené činnosti.

Dotazníky, které nesplňovaly uvedená kritéria byly dány mimo další výzkum. Jednalo se celkem o šest dotazníků, které nesplňovaly kritéria. Čtyři respondenti pečovali o rodinného příslušníka, kteří byli ve věku 50 až 60 let. A dva respondenti nesplňovali minimálně stanovený počet soběstačností.

4.2 Výzkumný problém

Fyzický i psychický stav neformálních pečujících je ohrožen mnoha riziky, další jsou pak spojena s hrozbou sociálního vyloučení; ztráta sociálních kontaktů, zaměstnání, společenských aktivit, apod. Neformální pečující tvoří základ péče o osoby se zdravotním postižením a seniory. Dosavadní podpora těchto neformálních pečujících se jeví jako nedostatečná. Sociální poradenství a registrované sociální služby poskytují primárně podporu osob závislých na péči, a jen okrajově pro osoby pečující.

Předmětem výzkumu byli na jedné straně senioři setrvávající v domácím prostředí a u kterých bylo vytipováno, že je jim poskytována péče, tak na straně druhé neformální pečující, kteří jim péči poskytují.

4.3 Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu bylo zjištění:

1. HVO: Co a jakým způsobem ovlivňuje psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora?

Pomocí kvantitativního výzkumu se pokusím zjistit odpověď na tuto hlavní výzkumnou otázku HVO

Dílčí výzkumné otázky DVO jsou formulovány tak, abych díky nim zodpověděla hlavní výzkumnou otázku. Dle dílčích výzkumných otázek byly zformulovány otázky pro dotazníkové šetření

1. DVO1: Má vliv pomoc jiné osoby při péči na fyzickou zátěž pečujícího?
2. DVO2: Má vliv pomoc jiné osoby při péči na psychickou zátěž pečujícího?
3. DVO3: Ovlivňuje zaměstnanecký poměr neformálního pečujícího jeho fyzickou zátěž?
4. DVO4: Ovlivňuje celková spokojenost při péči psychickou zátěž pečujícího?
5. DVO5: Má vliv používání kompenzačních pomůcek při péči na fyzickou zátěž pečujícího?

4.4 Stanovení hypotézy

Hypotéza je ověřitelný teoretický výrok o vztahu mezi jevy nebo jejich určitými stránkami. Z teoretických východisek a na základě porozumění výzkumnému problému jsou formulované hypotézy, které jsou předjímanou komplexní představou badatele o skutečnosti, k níž se vztahuje. (Loučková, 2010, s.189).

Na základě hlavní a dalších dílčích výzkumných otázek, byly vyjádřeny tyto hypotézy.

Hypotéza č.1: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Hypotéza č.2: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší duševní zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Hypotéza č.3: Neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

Hypotéza č.4: Celková spokojenost neformálního pečujícího má vliv na psychickou zátěž pečovatele

Hypotéza č. 5: Používání kompenzačních pomůcek při péči má vliv na fyzickou zátěž pečujících

4.5 Operacionalizace proměnných

V oblasti sociálních věd, v níž sociální vědy jsou výsledkem činnosti konkrétních vědomých lidí, je ověřování hypotéz mnohdy problematické. Většina sociálních jevů je ovlivňována řadou nejrůznějších okolností a činitelů (ekonomických, technických, politických) působících přímo nebo zprostředkovaně. Operacionalizace je mostem propojujícím hypotézy (soustavu hypotéz odvozených z teorie) a měření (dotýkající se empirie). Výzkumný problém můžeme operacionalizovat jako vztah mezi dvěma nebo více proměnnými, které problém charakterizují. resp. konkrétní výzkumnou otázkou. (Loučková, 2010, s.192-193).

Zátěžové situace neformálních pečujících jsem rozdělila na duševní a fyzickou. Obě tyto zátěže souvisí s využitím pomoci jiné osoby při neformální péči, s časovou náročností při zaměstnání a celkovou spokojeností neformálního pečujícího.

Dílčí výzkumné otázky jsou sestaveny ve shodě s teoretickou částí práce. Jejich odpovědi se budu snažit vyhledat v dotazníkovém šetření.

Odpověď na DVO1 : Má vliv pomoc jiné osoby při péči na fyzickou zátěž pečujícího? Odpověď se snažím najít z vyplněných dotazníku. V rámci sběru dat, jejich třídění a dosazování do kontingenční tabulky č.1 jsem zjišťovala, zda existuje vztah mezi fyzickou zátěží neformálních pečujících a využíváním pomoci jiné osoby. Úroveň jedné proměnné, a to fyzické zátěže pečujících byla zjištěna z grafu č.16, Úroveň druhé proměnné pomáhání s péčí byly zjištěny z grafu č.21. **Hypotéza č.1 (H_{A1}):** Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Odpověď na DVO2 : Má vliv pomoc jiné osoby při péči na psychickou zátěž pečujícího? Hledám z odpovědí z dotazníkového šetření. V rámci sběru dat, jejich třídění a dosazování do kontingenční tabulky č.2 jsem zjišťovala, zda existuje vztah mezi psychickou zátěží neformálních pečujících a využíváním pomoci jiné osoby. Úroveň jedné proměnné, a to psychické zátěže pečujících byla zjištěna z grafu č.15, Úroveň druhé

proměnné pomáhání s péčí byly zjištěny z grafu č.21. **Hypotéza č.2 (H_{A2}):** Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší duševní zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Odpověď na DVO3: Ovlivňuje zaměstnanecký poměr neformálního pečujícího jeho fyzickou zátěž? Na otázku hledám odpověď v dotazníkovém šetření. V rámci sběru dat, jejich třídění a dosazování do kontingenční tabulky č.3 jsem zjišťovala, zda existuje vztah mezi faktem, kdy pečující je zaneprázdněn svými povinnostmi spojené se zaměstnáním a jeho fyzické zátěži které je vystaven při péči o blízkou osobu. Úroveň jedné proměnné, a to zda chodí pečující do zaměstnání jsem zjišťovala z grafu č.6. Druhá proměnná úroveň fyzické zátěže pečujících byla zjištěna z grafu č.16. **Hypotéza č.3 (H₀₃) nebyla zamítnuta, proto :** Neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru nepodléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

Odpověď na DVO4: Ovlivňuje celková spokojenost při péči psychickou zátěž pečujícího? Na otázku hledám odpověď v dotazníkovém šetření. V rámci sběru dat, jejich třídění a dosazování do kontingenční tabulky č.4 jsem zjišťovala, zda existuje spojitost mezi celkovou spokojeností pečujícího a jeho psychické zátěži, které je vystaven při péči o blízkou osobu. První proměnná a to úroveň celkové spokojenosti jsem zjišťovala z grafu č.14. Druhá proměnná úroveň psychické zátěže pečujících byla zjištěna z grafu č.15. **Hypotéza č.4 (H_{A4}):** Celková spokojenost neformálního pečujícího má vliv na psychickou zátěž pečovatele.

Odpověď na DVO5: Má vliv používání kompenzačních pomůcek při péči na fyzickou zátěž pečujícího? Na otázku hledám odpověď v dotazníkovém šetření. V rámci sběru dat, jejich třídění a dosazování do kontingenční tabulky č.5 jsem zjišťovala, zda existuje spojitost mezi používáním kompenzačních pomůcek při péči neformálními pečujícími v návaznosti na jejich fyzické zátěži, které je vystaveni při péči o blízkou osobu. První proměnná a to používání či nepoužívání kompenzačních pomůcek jsem zjišťovala z grafu č.20. Druhá proměnná úroveň fyzické zátěže pečujících byla zjištěna z grafu č.16. **Hypotéza č.5 (H_{A5}):** Používání kompenzačních pomůcek při péči má vliv na fyzickou zátěž pečujících.

4.6 Analýza dat

Znamená samotné přepisování dat a jejich statistické analýzy. Pokud máme k dispozici data, převážně získaná technikou dotazníků, začíná jejich zpracování a vyhodnocování. Statistická analýza má za cíl vyloučit náhodné chyby a odhalit statistická fakta. Až na ní navazuje interpretace dat, hledání významu vztahů, které jsme analýzou odhalili. (Topinka, 2013, s.54).

Do výzkumného souboru bylo na základě třídění postoupeno celkem 88 dotazníků. K jednorozměrné analýze byly použity získaná data z dotazníkového šetření viz příloha č.1. Do výzkumného souboru bylo na základě třídění postoupeno celkem 88 dotazníků. Jedná se o odpovědi na první část standardizovaného dotazníku, na otázky 1 až 22, které byly uloženy do jednotlivých frekvenčních tabulek v programu MS Excel a následně k nim doplněny sloupcovými grafy. Pro přehlednost jsem zvolila zveřejnění výsledků pomocí sloupcových grafů.

Ve druhé části standardizovaného dotazníku jsou pomocí čtrnácti otázek zjišťovány základní údaje o pečované osobě a o její soběstačnosti. Odpovědi byly uloženy rovněž do jednotlivých frekvenčních tabulek v programu MS Excel a následně k nim doplněny sloupcovými grafy. Cílem této práce nebylo zkoumání úrovně soběstačnosti opečovávaných osob a proto tyto sloupcové grafy nebyly v diplomové práci zveřejněny. Tato druhá část nestandardizovaného dotazníku sloužila pouze k roztřídění dat za účelem vyřazení z výzkumného souboru ty dotazníky, které nesplňovaly stanovená kritéria.

4.6.1 Jednorozměrná analýza:

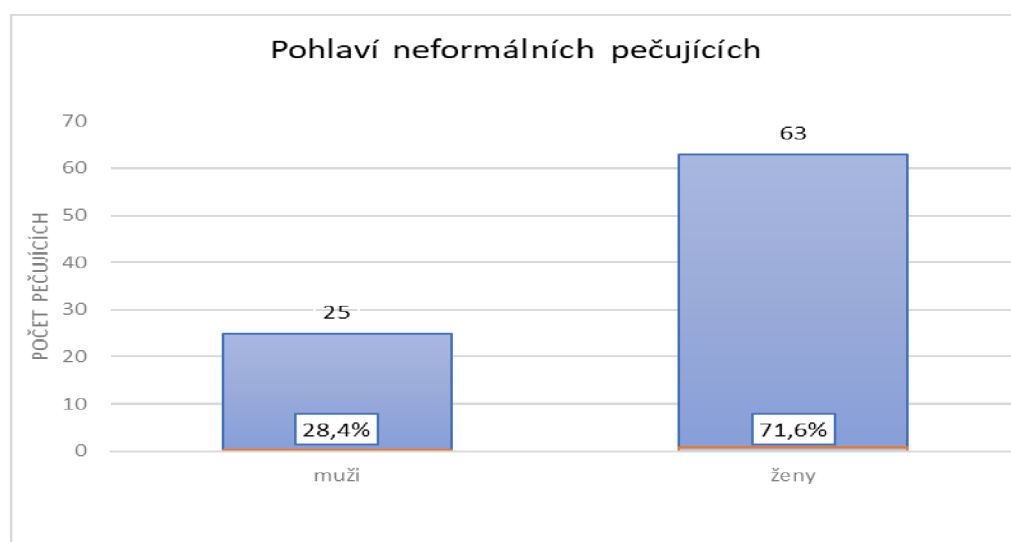
Jednorozměrná analýza je třídění podle jedné proměnné neboli třídění prvního stupně. Výstupem jednorozměrné analýzy je frekvenční tabulka a sloupcový graf. (Vondroušová, 2019 s.189). Jednorozměrná analýza je směřována k základním charakteristikám a aktuálnímu stavu pečující osoby. Podkladem ke zpracování této analýzy je první část standardizovaného dotazníku obsahující 22 otázek.

Roztřídění dat z dotazníkového šetření

Základní údaje o laickém pečujícím

1. otázka: Jaké je pohlaví neformálních pečujících?

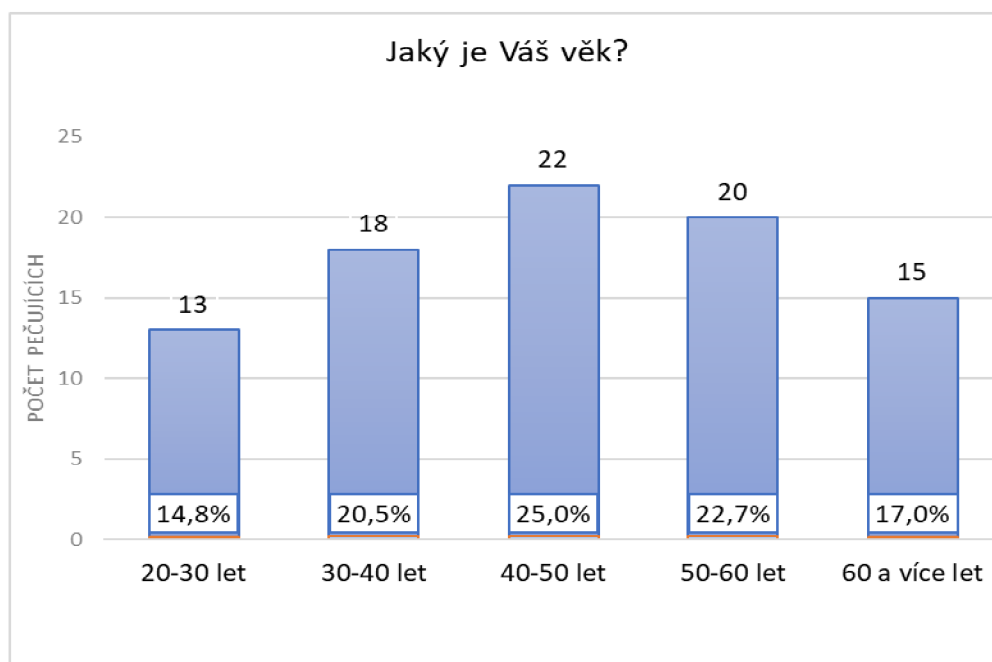
Z odpovědí respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření vyplynulo, že počet pečujících žen je 63, což odpovídá 71,6%. a počet pečujících mužů je 25, což odpovídá 28,4 %. Znázorněno v grafu č.1.



Graf č. 1

2. otázka: Jaký je Váš věk?

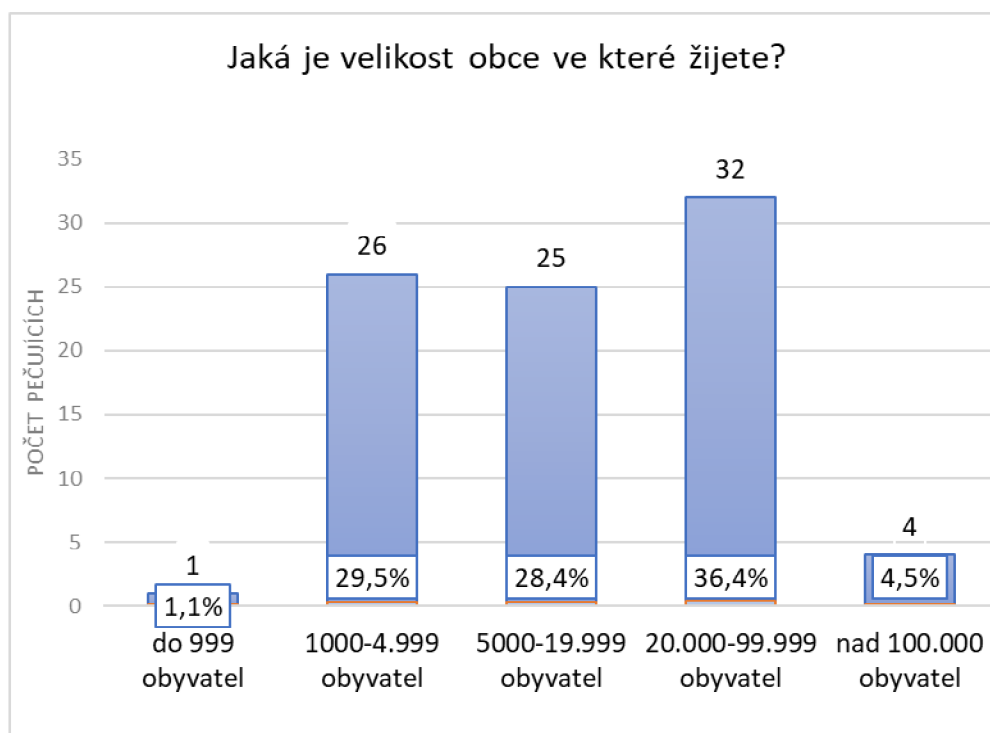
Neformální pečující byli vybráni do dotazníkového šetření zcela náhodně. Po vyhodnocení dat z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejvíce pečujících o rodinného příslušníka (22 dotazovaných) je ve věku 40 až 50 let, což odpovídá 25,0%. Druhou nejpočetnější skupinou (20 dotazovaných) jsou pečující ve věku 50 až 60 let, což odpovídá 22,7%. Nejméně početnou skupinu (13 dotazovaných) tvoří pečující ve věku 20 až 30 let, což odpovídá 14,8%. Znázorněno v grafu č.2.



Graf č. 2

3. otázka: Jaká je velikost obce, ve které žijete?

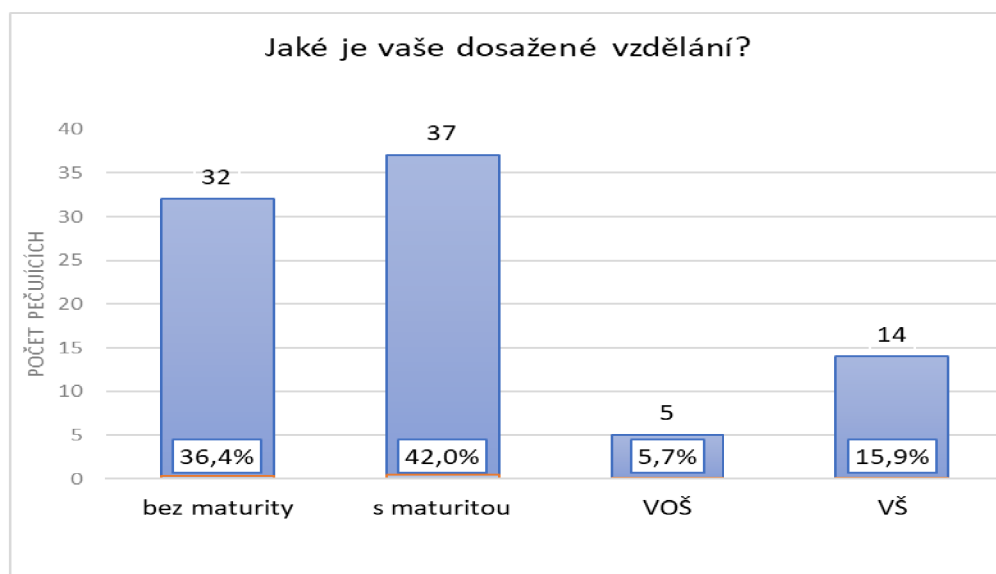
V dotazníkovém šetření bylo zastoupeno nejvíce pečujících (32 dotazovaných) z obce o počtu obyvatel 20.000 až 99.999, což odpovídá 36,4%. Naopak nejmenší skupinou neformálních pečujících (1 dotazovaný) byl z obce o počtu obyvatel do 999, což odpovídá 1,1%. Znázorněno v grafu č.3.



Graf č. 3

4. otázka: Jaké je Vaše vzdělání?

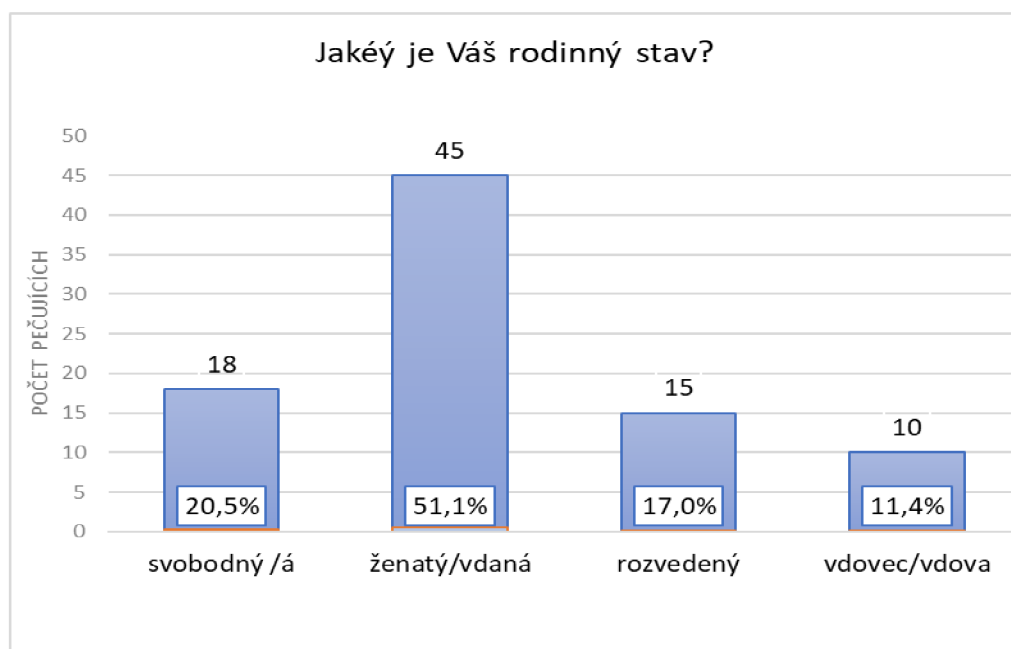
Nejpočetnější skupinou byli respondenti s maturitou, a to o celkovém počtu 37, což odpovídá 42,0%. Druhou nejpočetnější skupinou tvořili respondenti bez maturity, a to o počtu 32, což odpovídá 36,4%. Třetí nejpočetnější skupinou byli pečující s VOŠ, což je zřejmé z grafu č.4.



Graf č. 4

5. otázka: Jaký je Váš rodinný stav?

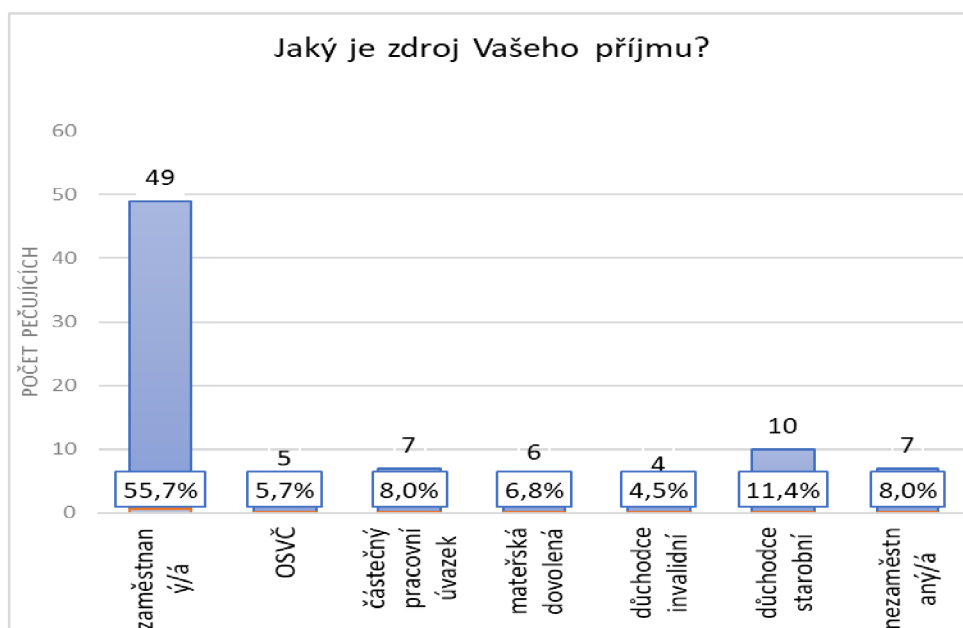
Pátá otázka se týkala rodinného stavu neformálních pečujících. Nejčastěji zaznamenaná odpověď byla pro skupinu ženatý/vdaná, o celkovém počtu 45 dotazovaných, což odpovídá 51,1%. Druhou nejpočetnější skupinou byli svobodní (18 dotazovaných), což odpovídá 20,5%. Dále pak následovali rozvedení, a to o počtu 15, což odpovídá 17%. Nejméně zastoupeni v tomto dotazníkovém šetření byli vdovci (10 dotazovaných), což odpovídá 11,4%. Znárodněno v grafu č.5.



Graf č. 5

6. otázka se nepřímo týkala zdroje příjmu dotazovaného.

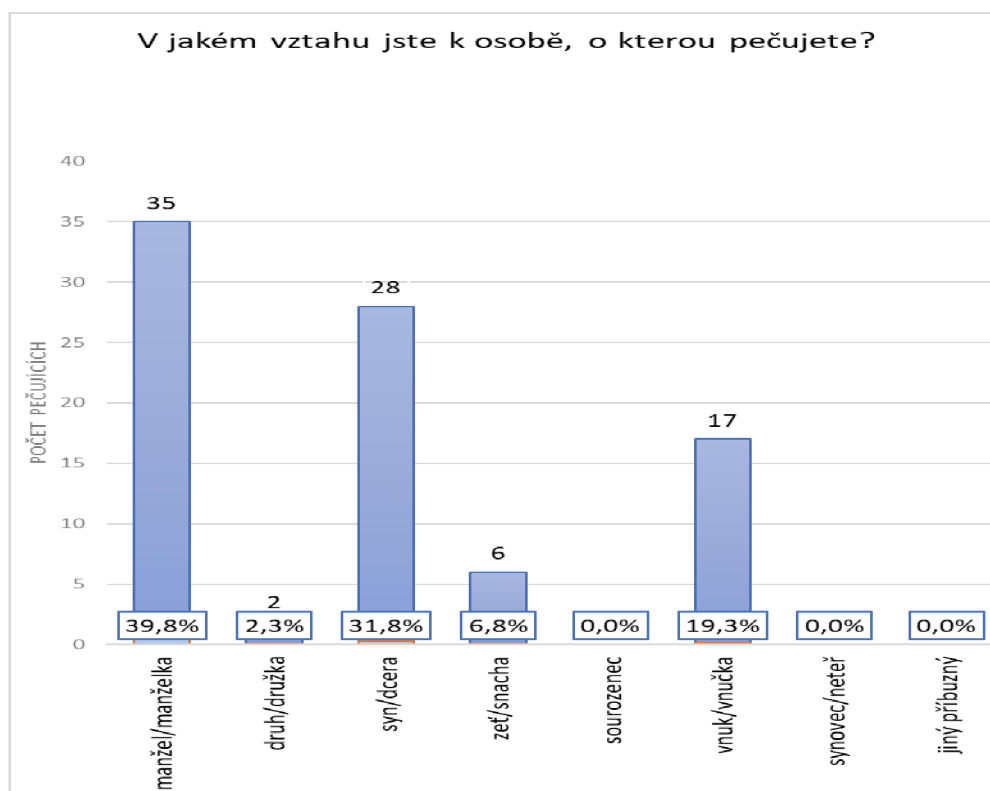
V této otázce byl zjišťován zdroj příjmu neboli finanční závislost neformálních pečujících. Nejvíce početně zastoupenou skupinou byli pečující v zaměstnaneckém poměru a to o počtu 49, což odpovídá 55,7%. Další skupinou byli starobní důchodci, a to o počtu 10, což odpovídá 11,4%. Další skupiny byly početně vyrovnané a pohybovali se mezi 4,5% a 8%. Znázorněno v grafu č.6.



Graf č. 6

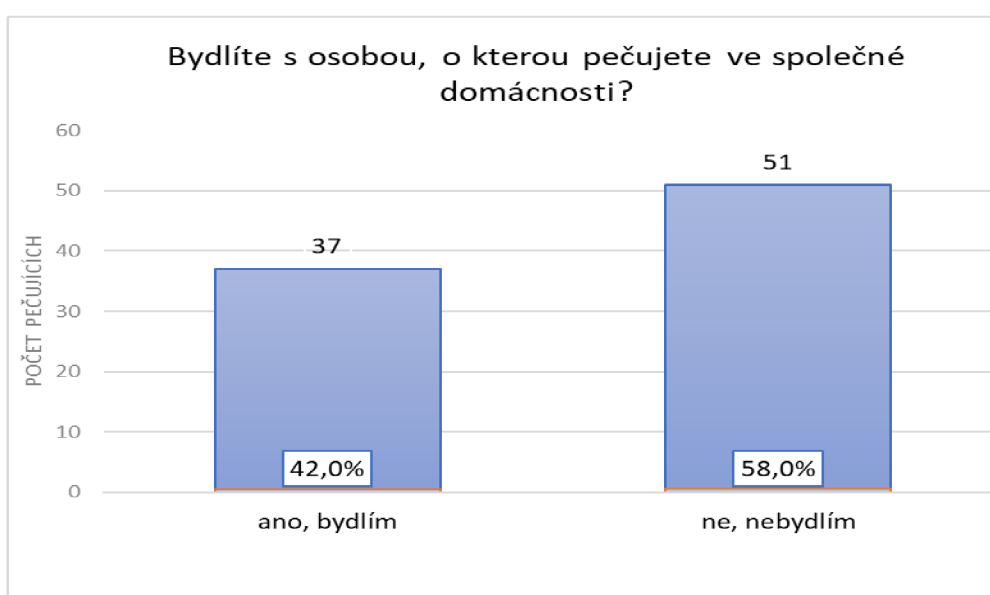
7. otázka: V jakém vztahu jste k osobě, o kterou pečujete?

Otázka týkající rodinných vztahů mezi neformálním pečovatelem a opečovávanou osobou považují za důležitou otázku v tomto dotazníkovém šetření. Nejvíce zastoupených v tomto dotazníkovém šetření bylo manželů/manželek s celkovým počtem 35 dotazovaných, což odpovídá 39,8%. Druhou nejpočetnější skupinou byli synové/dcery opečovávaných osob s celkovým počtem 28, což odpovídá 31,8%. Třetí nejpočetnější skupinou byli vnuci/vnučky opečovávaných osob s celkovým počtem 17, což odpovídá 19,3%. Dále následovali zeťové/snachy opečovávaných osob s celkovým počtem 6, což odpovídá 6,8% a poslední nejmenší skupinou pečujících byli druh/družka s počtem 2, což odpovídá 2,3%. Znázorněno v grafu č.7.



Graf č. 7

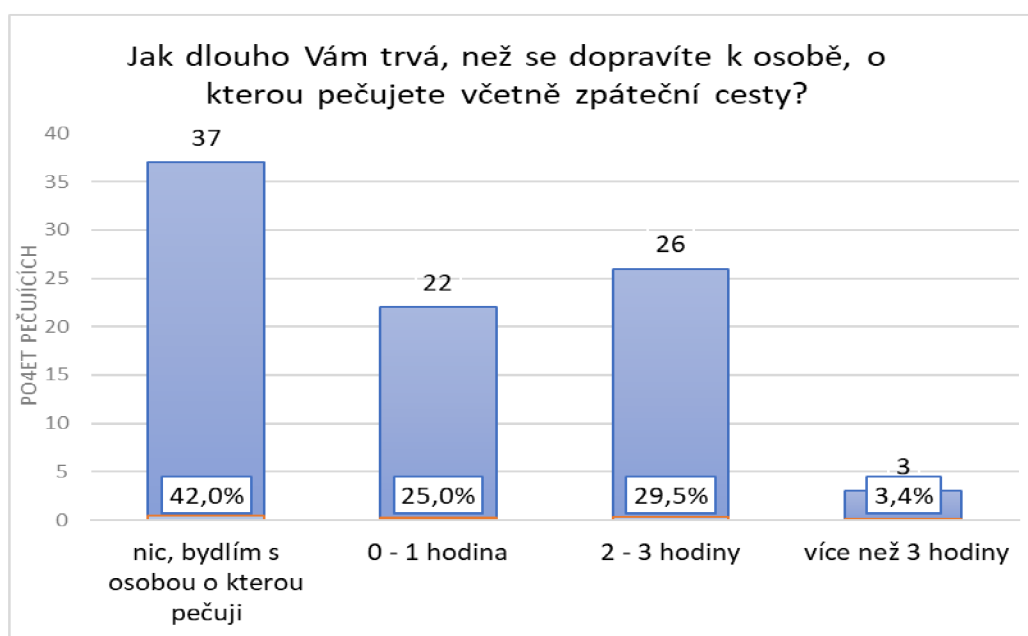
8. otázka: Bydlíte s osobou, o kterou pečujete ve společné domácnosti?
 Na tuto otázku odpovědělo ano, bydlím celkem 37 respondentů, což odpovídá 42,0%.
 Naopak 51 respondentů nebydlí s opečovávanou osobou, což odpovídá 58,0%.
 Znázorněno v grafu č.8.



Graf č. 8

9. otázka: Jak dlouhou dobu Vám trvá (v hodinách), než se dopravíte k osobě, o kterou pečujete včetně zpáteční cesty?

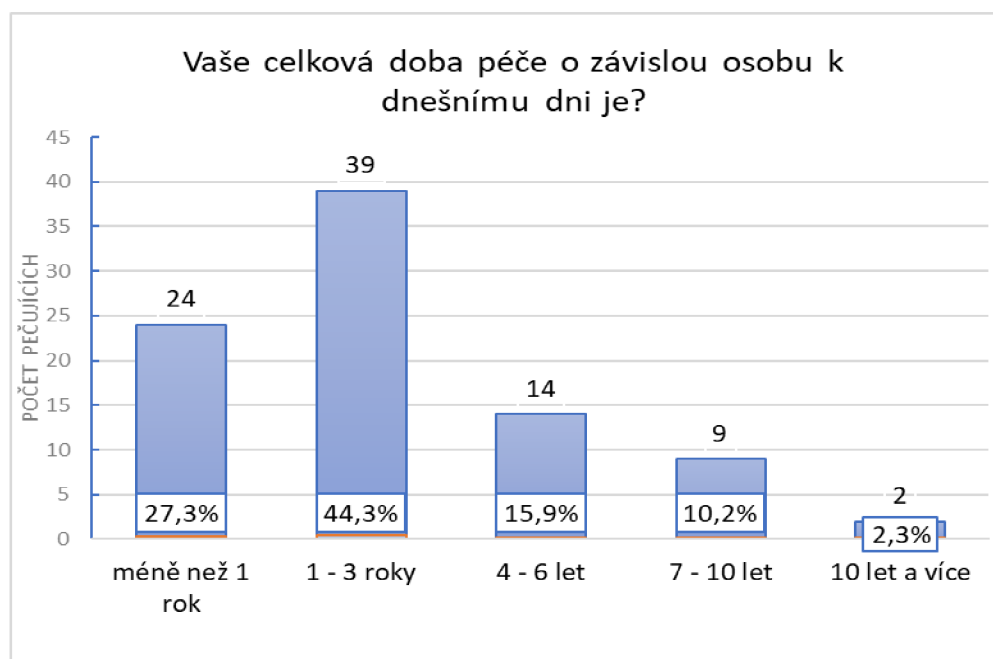
V této otázce byla zjišťováno, kolik času stráví cestováním, které negativně ovlivňuje zátěž pečovatele. Tato otázka navazuje na předešlou otázku č.8. Celkem 37 respondentů odpovědělo, že netráví žádnou dobu na cestě za opečovávanou osobou, neboť s ní bydlí. Maximálně jednu hodinu stráví celkem 22 pečujících, což odpovídá 25%. Dvě až tři hodiny stráví cestováním celkem 26 pečujících, což odpovídá 29,5%. Více než tři hodiny za opečovávaným naopak tráví 3 pečující s celkového počtu 88 dotázaných, což odpovídá 3,4%. Znázorněno v grafu č.9.



Graf č. 9

10. otázka: Vaše celková doba péče o závislou osobu k dnešnímu dni je?

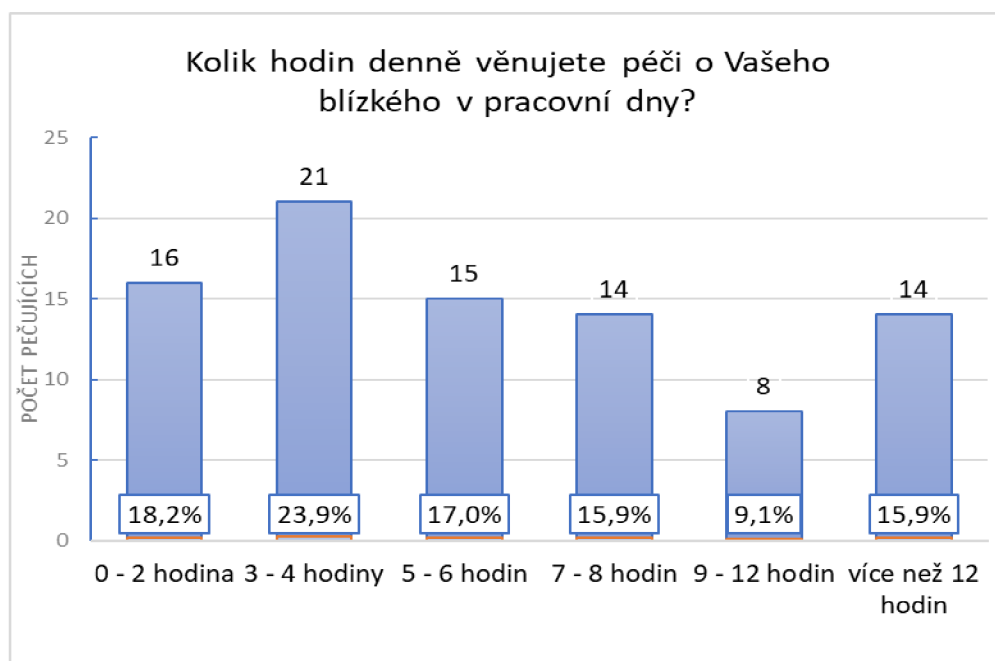
Z grafu č.10 je evidentní, že nejpočetnější skupinu tvoří 39 pečujících (44,3%), kteří pečují po dobu 1 až 3 roky. Průzkum dále ukazuje, že druhou nejpočetnější skupinou jsou pečující, kteří pečují max. jeden rok – těch bylo celkem 24, což odpovídá 27,3%. Nejmenší skupinu tvoří ti, kteří poskytují péči nejdéle to je 10 let a více – těch bylo celkem 2, což odpovídá 2,3%.



Graf č. 10

11. otázka: Kolik hodin denně věnujete péči o Vašeho blízkého v pracovní dny?

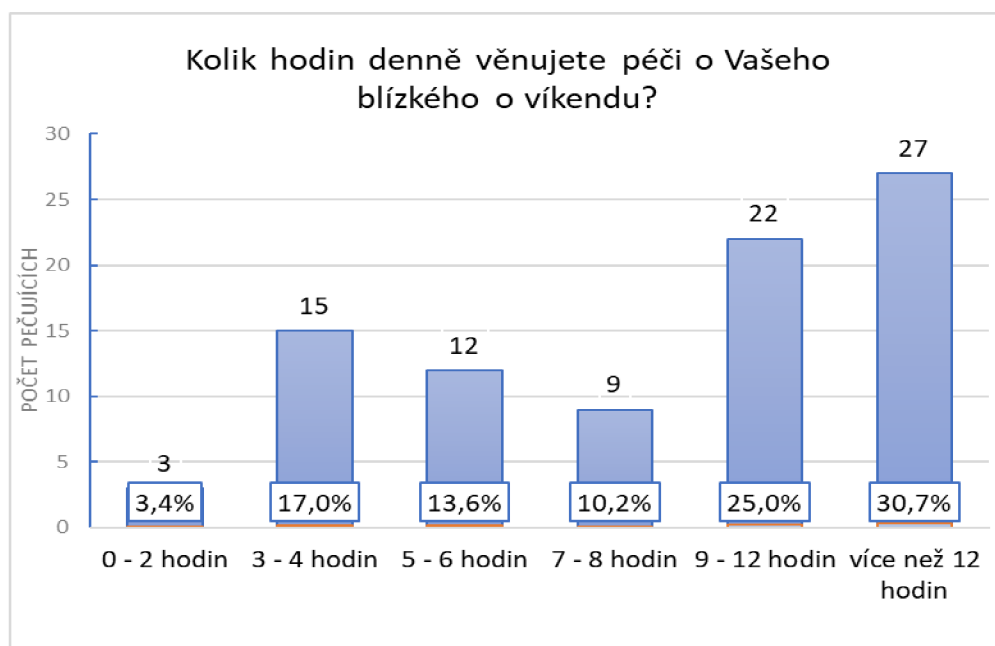
Z grafu č.11 vyplývá, že nejvíce pečujících a to 21, se věnuje péči 3 až 4 hodiny denně, což odpovídá 23,9%. Druzí v pořadí, co se týče počtu pečujících byli ti co pečují 0 až 2 hodiny – těch bylo 16, což odpovídá 18,2%. Dále pak 15 pečujících (17%) uvedlo, že se věnuje péči 5 – 6 hodin. Stejně a to s 15,9% to je 14 pečujících vychází pro skupinu, co pečují 7 – 8 hodin a skupinu co pečují více než 12 hodin. Nejméně pečujících a to 8 odpovídá 9,1% uvedlo, že pečuje 9 – 12 hodin.



Graf č. 11

12. otázka: Kolik hodin denně věnujete péči o Vašeho blízkého o víkendu?

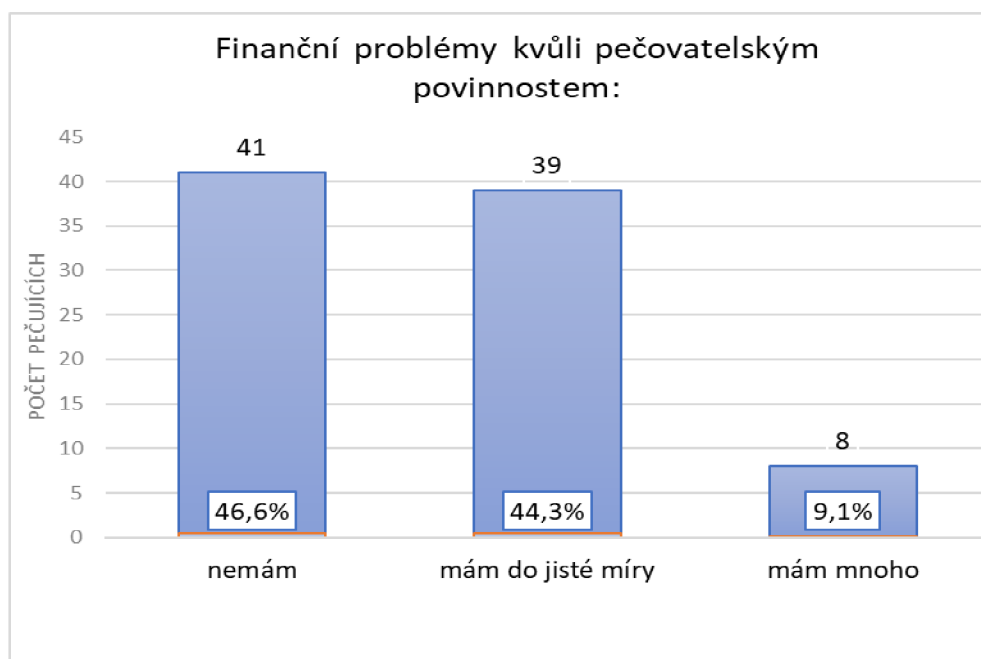
Z průzkumu je zřejmé, že nejvíce pečujících a to 27, se věnuje péči více než 12 hodin denně, což odpovídá 30,7%. Druzí v pořadí, co se týče počtu pečujících byli ti co pečují 9 až 12 hodiny – těch bylo 22, což odpovídá 25,0%. Dále pak 15 pečujících (17%) uvedlo, že se věnuje péči 3 – 4 hodin. 12 pečujících uvedlo délku péče 5 – 6 hodin. Což je 13,6%. Dále pak následovala předposlední skupina o 9 pečujících (10,2%) kteří uvedli, že péče o rodinného příslušníka jim zabere 7 – 8 hodin. Nejméně pečujících a to 3 (3,4%) uvedlo, že pečuje 0 – 2 hodiny. Znázorněno v grafu č.12.



Graf č. 12

13. otázka: Finanční problémy kvůli pečovatelským povinnostem?

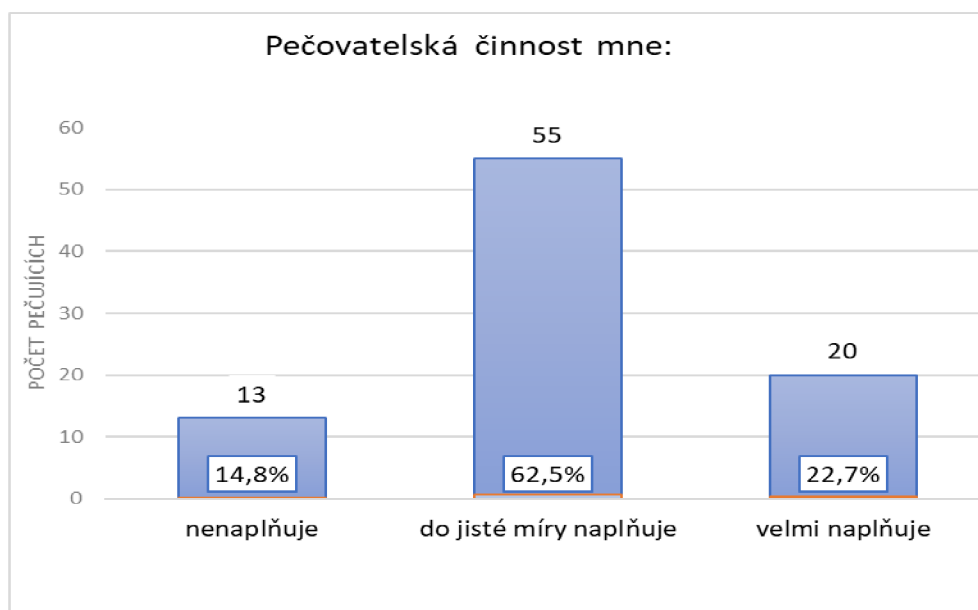
Z výzkumného šetření vyplývá, že 41 pečujících (46,6%) nemá finanční problémy. Dalších 39 pečujících (44,3%) uvedlo, že finanční problémy kvůli pečovatelským povinnostem mají do jisté míry. Nejmenší skupinu a to o 8 pečujících (9,1%), kteří kvůli pečovatelským povinnostem mají mnoho finančních problémů. Znázorněno v grafu č.13.



Graf č. 13

14. otázka: Do jaké míry Vás naplňuje pečovatelská činnost?

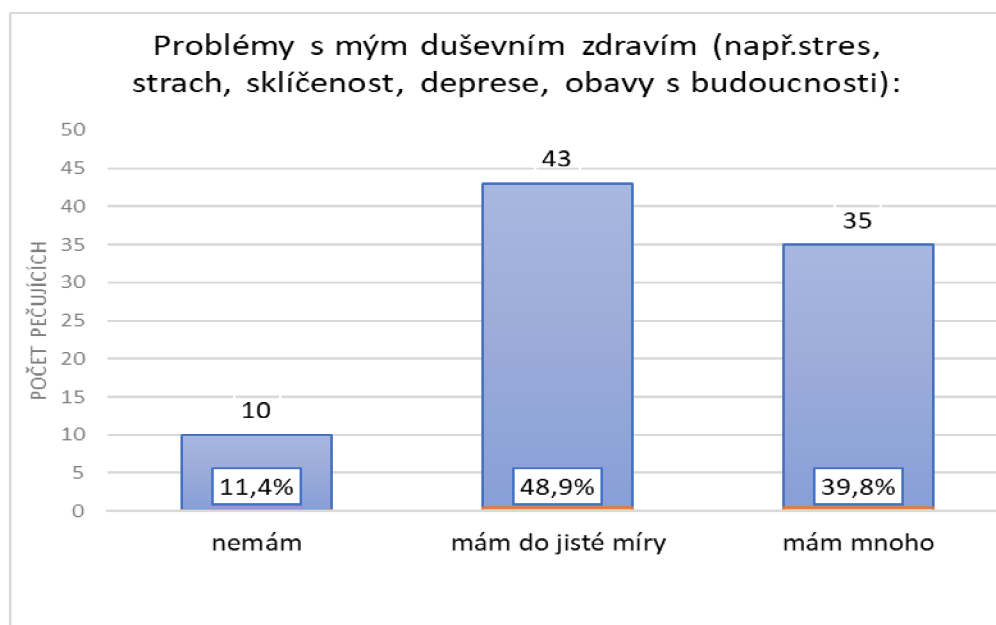
Z grafu č.14 je zřejmé, že více než polovina pečovatelů (55 – 62,5%) ze všech dotázaných jsou do jisté míry pečovatelskou činností naplněna. Celkem 20 dotázaných z 88 uvedla, že je pečovatelská činnost velmi naplňuje, což odpovídá 22,7%. Naopak 13 dotázaných (14,8%) uvedla, že je pečovatelská činnost nenaplňuje.



Graf č. 14

15. otázka: Problémy s mým duševním zdravím (například stres, strach, sklíčenost, deprese, obavy z budoucnosti):

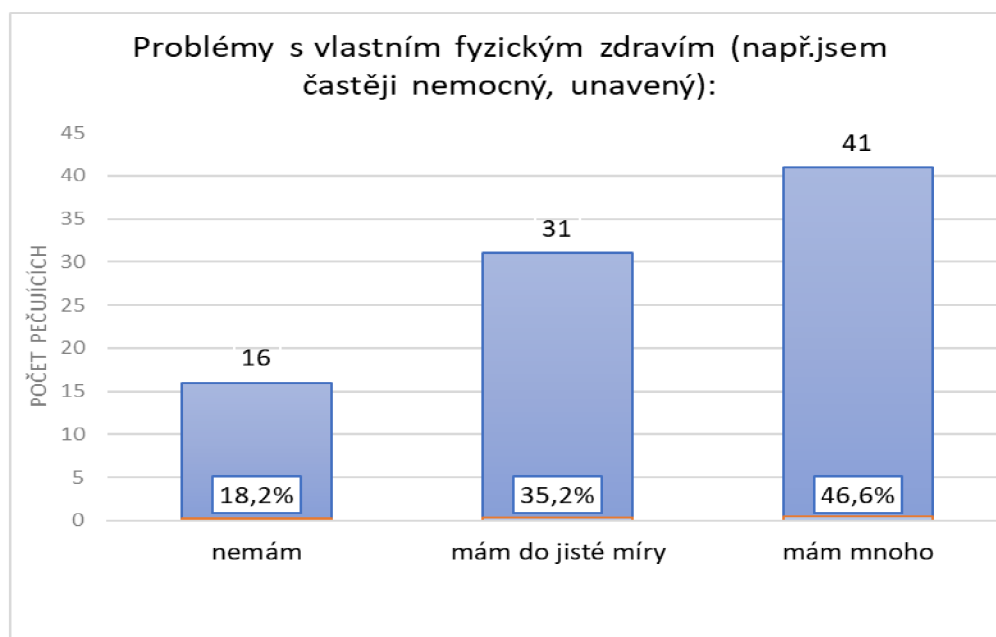
Otázka týkající se problémů s duševním zdravím u neformálních pečovateli v době, kdy vykonává pečovatelskou činnost o blízkou osobou považují za důležitou otázku v tomto dotazníkovém šetření. Nejvíce zastoupených (43 pečujících – 48,9%) v tomto dotazníkovém šetření se vyjádřilo, že mají u sebe do jisté míry problémy s vlastním duševním zdravím. Druhou v pořadí nejvíce zastoupenou skupinou byli pečující (35 – 39,8%) kteří se vyjádřili, že mají mnoho problému se svým duševním zdravím. Nejméně pečujících (10 – 11,4%) se vyjádřilo, že nemají problémy se svým duševním zdravím. Znárodněno v grafu č.15.



Graf č. 15

16. otázka: Problémy s vlastním fyzickým zdravím (například jsem častěji nemocný, unavený):

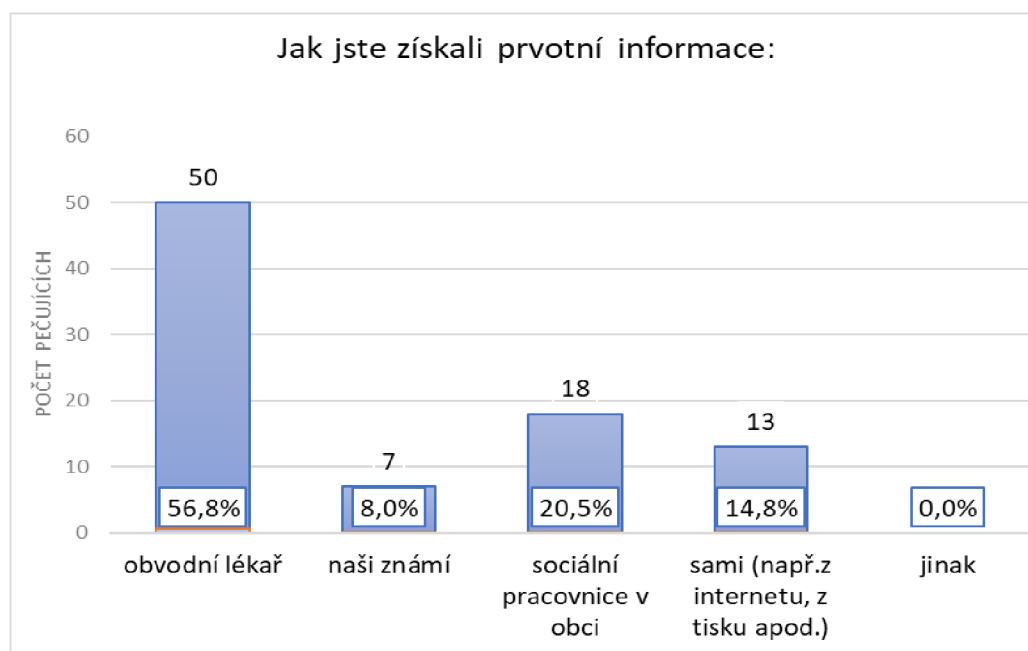
Rovněž otázku týkající se problémů s fyzickým zdravím u neformálních pečovateli v době, kdy vykonávají pečovatelskou činnost o blízkou osobou považují za důležitou otázku v tomto dotazníkovém šetření. Nejvíce zastoupených (41 pečujících – 46.6%) v tomto dotazníkovém šetření se vyjádřilo, že mají mnoho problému s vlastním fyzickým zdravím. Druhou v pořadí nejvíce zastoupenou skupinou byli pečující (31 – 35,2%) kteří se vyjádřili, že mají do jisté míry problémy s vlastním fyzickým zdravím. Nejméně pečujících (16 – 18,2%) se vyjádřilo, že nemají problémy se svým fyzickým zdravím. Znázorněno v grafu č.16.



Graf č. 16

17. otázka: Jak jste získali prvotní informace:

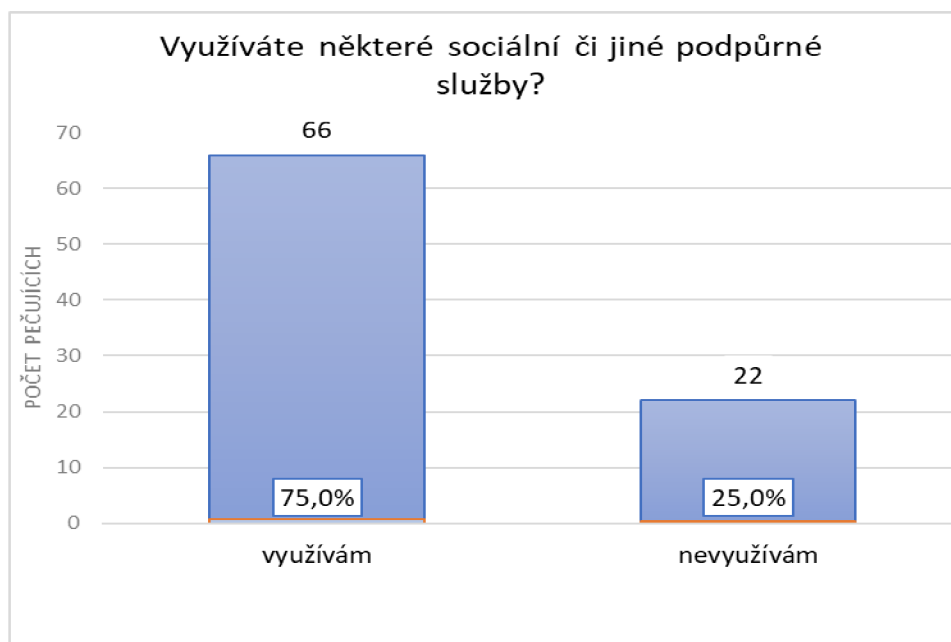
Z odpovědí na tuto otázku bylo vyzorováno, že prvotní informace ve vztahu k opečovávané osobě dostalo nejvíce pečujících od obvodního lékaře (50 pečujících, což odpovídá 56,8%). Naopak nejméně pečujících (7 pečujících – 8%) byli prvotně informováni od svých známých. Znázorněno v grafu č.17.



Graf č. 17

18. otázka: Využíváte některé sociální či jiné podpůrné služby?

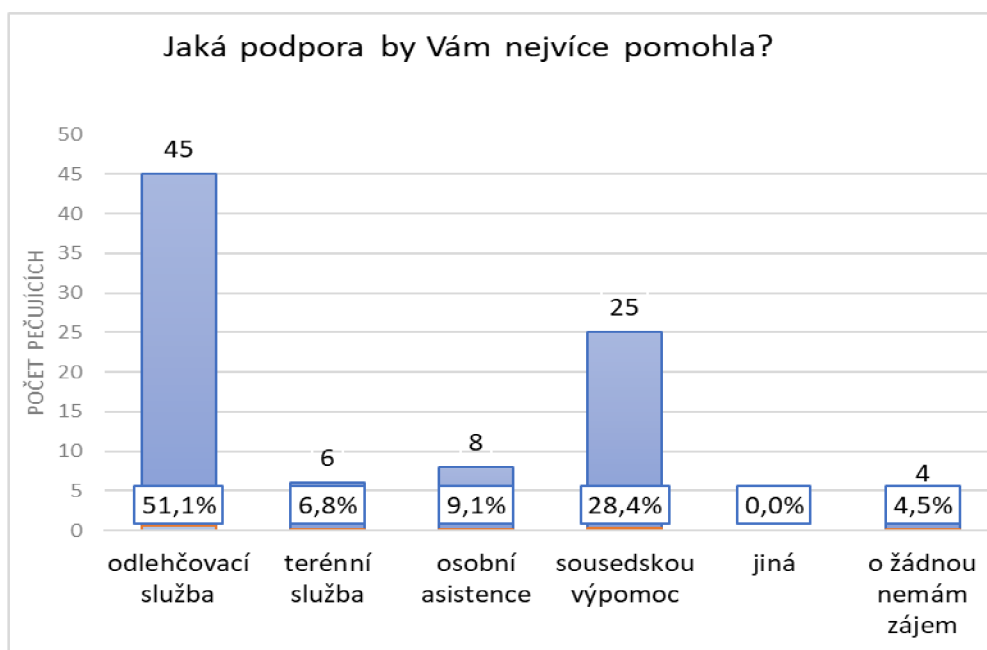
V této otázce bylo zjišťováno, kolik neformálních pečujících využívá sociálních či jiných podpůrných služeb. V dotazníkovém šetření se vyjádřilo, že 66 pečujících využívá služeb, což je rovných 75%. Naopak nevyužívá 22 pečujících což je 25%. Znázorněno v grafu č.18.



Graf č. 18

19. otázka: Jaká podpora by Vám nejvíce pomohla?

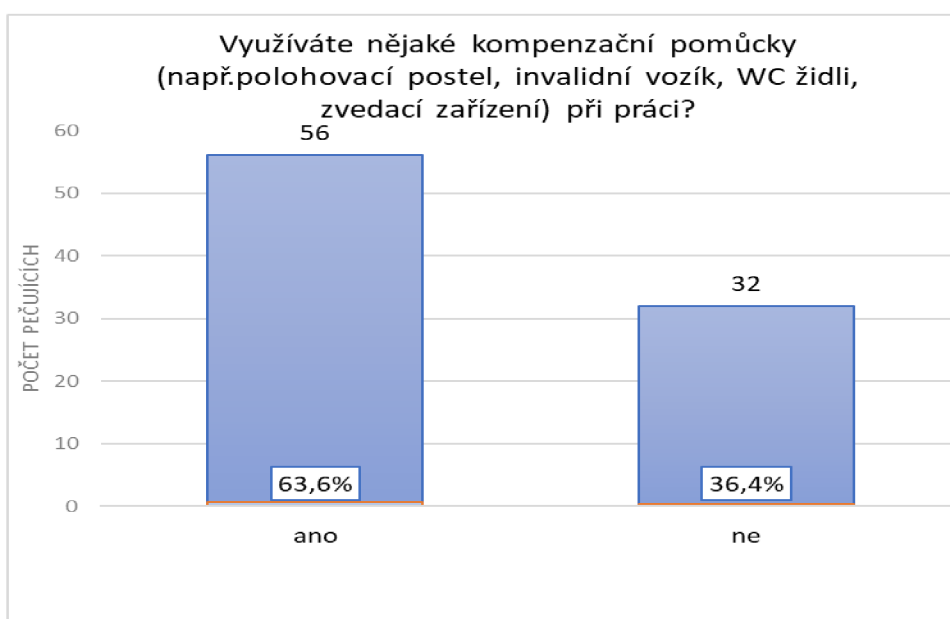
Z grafu č.19 je patrné, že nejvíce pečujícím (45 – 51,1%) by pomohla odlehčovací služba. Dále pak 25 pečujícím (28,4%) by pomohla sousedská výpomoc. Pro osobní asistenci se vyjádřilo 8 pečujících (9,1%) a pro terénní službu 6 pečujících (6,8%). Nejméně pečujících (4 – 4,5%) se vyjádřilo, že o žádnou podporu nemá zájem.



Graf č. 19

20. otázka: Využíváte nějaké kompenzační pomůcky (např. polohovací postel, invalidní vozík, WC židli, zvedací zařízení) při péči?

Vhodně vybrané kompenzační pomůcky usnadňují práci při péči. Z odpovědí respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření vyplynulo, že počet pečujících, kteří kompenzační pomůcky využívají je 56, což odpovídá 63,6%. Těch, kteří dosud kompenzační pomůcky nevyužívají je 32 pečovatelů, což je 36,4%. Znázorněno v grafu č.20.

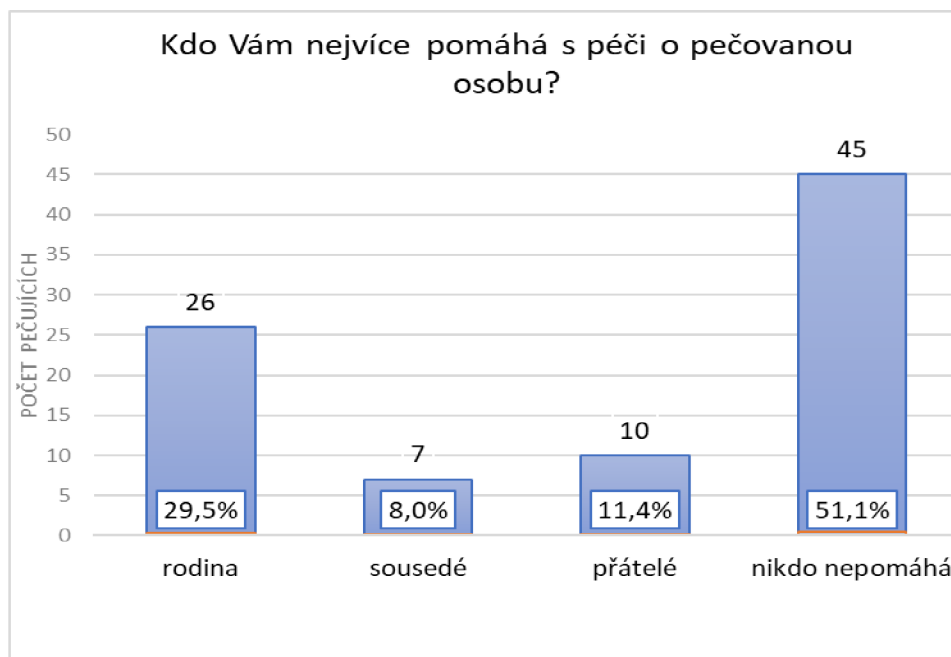


Graf č. 20

21. otázka: Kdo Vám nejvíce pomáhá s péčí o pečovanou osobu?

Pomoc rodinných příslušníků, sousedů či přátel je při péči velmi důležitá. Pečující, který má ochotné lidi kolem sebe je ve velké výhodě. Bohužel na tuto otázku v dotazníkovém šetření shodně odpovědělo 45 pečujících (51,1%), že s péčí jim nikdo nepomáhá, což je zhruba polovina dotazovaných respondentů.

Z grafu č.21 je dále zřejmé, že nejvíce pomáhajících s péčí je z řad rodinných příslušníků, takto odpovědělo 26 dotazovaných, což odpovídá 29,5%. Dále bylo 10 pečujících označeno, že s péčí jim pomáhají přátelé (11,4%) a 7 dotazovaných (8,0%) odpovědělo, že s péčí jim pomáhají sousedé.

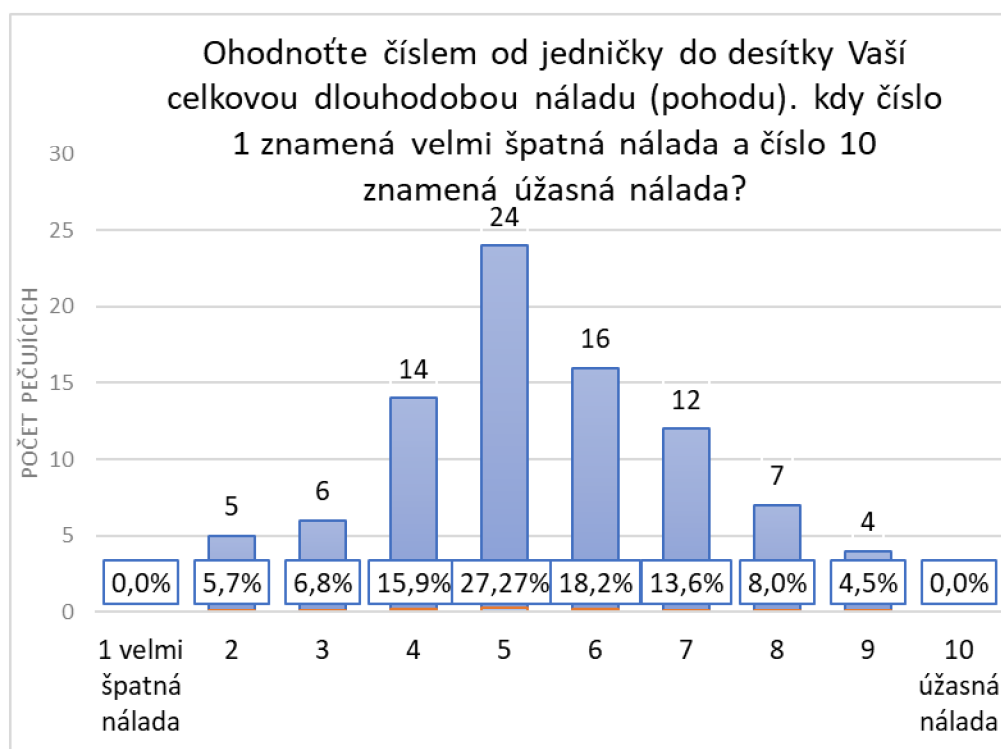


Graf č. 21

22. Otázka: Ohodnořte číslem od jedničky do desítky Vaši celkovou dlouhodobou náladu (pohodu). Kdy číslo jedna znamená velmi špatná nálada a číslo deset znamená úžasná nálada.

Nikdo z respondentů neoznačil svou dlouhodobou náladu jako velmi špatnou nebo naopak velmi dobrou. Nejvíce pečující a to v počtu 24 (27,27%) označilo svou dlouhodobou náladu (pohodu) číslem 5. Z odpovědí jednotlivých pečujících, znázorněných v grafu č.22 nelze přesně specifikovat, zda převládají pečující

s dlouhodobou velmi špatnou náladou nebo převládají ti, kteří mají náladu velmi dobrou.



Graf č. 22

4.6.2 Dvourozměrná analýza:

V dvourozměrné analýze zkoumáme vztahy mezi dvěma proměnnými. Touto analýzou zjišťujeme, zda (a do jaké míry) ovlivňuje jedna proměnná druhou proměnnou. Testem vhodným pro hledání vztahu mezi dvěma kategorizovanými daty je Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. (Vondroušová, 2019 s.253)

K vyhodnocení platnosti stanovených hypotéz jsem použila Chí-kvadrát test na kontingenční tabulce v programu MS Excel. K výpočtu hodnoty signifikance (p-hodnoty) Chí-kvadrát testu jsem využila kalkulátor volně dostupný na adrese <https://www.mathsisfun.com/data//chi-square-calculator.html> . Výsledná hodnota signifikance p jsem porovnávala s hladinou alfa = 0,05. Statisticky významná závislost,

případně statisticky významný rozdíl, pak byl prokázán v případě, kdy byla p-hodnota menší než 0,05.

Dvourozměrná analýza je směřována k získání odpovědí na dílčí výzkumné otázky.

DVO1: Testuji nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze:

H₀₁: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, nepodléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

H_{A1}: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Tabulka č. 1

pomáhání s péčí	fyzická zátěž neformálních pečujících						p
	nemám		mám do jisté míry		mám mnoho		
rodina	4	15,4%	12	46,1%	10	38,5%	0,007445
sousedé	5	71,4%	1	14,3%	1	14,3%	
přátelé	2	20,0%	4	40,0%	4	40,0%	
nikdo nepomáhá	5	11,1%	14	31,1%	26	57,8%	

Zdroj: vlastní šetření

Platnost hypotézy H₀₁ byla ověřena dle chí-kvadrát test na kontingenční tabulce. Výsledná hodnota signifikace chí-kvadrát testu je p=0,007445, což je méně než 0,05. **Nulovou hypotézu zamítáme.** Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

DVO2: Testuji nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze:

H₀₂: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, nepodléhají větší psychické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

H_{A2}: Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší psychické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

Tabulka č. 2

pomáhání s péčí	psychická zátěž neformálních pečujících						p
	nemám		mám do jisté míry		mám mnoho		
rodina	1	3,8%	8	30,8%	17	65,4%	0,04513
sousedé	2	28,6%	4	57,1%	1	14,3%	
přátelé	2	20,0%	5	50,0%	3	30,0%	
nikdo nepomáhá	5	11,1%	26	57,8%	14	31,1%	

Zdroj: vlastní šetření

Platnost hypotézy H₀₂ byla ověřena dle chí-kvadrát test na kontingenční tabulce.

Výsledná hodnota signifikace chí-kvadrát testu je $p=0,04513$, což je méně než 0,05.

Nulovou hypotézu zamítáme. Neformální pečující, kteří jsou na péči sami, podléhají větší psychické zátěži než neformální pečující, kteří využívají pomoc jiné osoby.

DVO3: Testuji nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze:

H₀₃: Neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru nepodléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

H_{A3}: Neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru podléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

Tabulka č. 3

zaměstnanost	fyzická zátěž neformálních pečujících						p
	nemám		mám do jisté míry		mám mnoho		
zaměstnaný/á	9	18,4%	12	24,5%	28	57,1%	0,2573
OSVČ	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	
částečný prac.úvazek	1	14,3%	5	71,4%	1	14,3%	
mateřská dovolená	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%	
důchodce invalidní	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	
důchodce starobní	2	20,0%	2	20,0%	6	60,0%	
nezaměstnaný	1	14,3%	5	71,4%	1	14,3%	

Zdroj: vlastní šetření

Platnost hypotézy H₀₃ byla ověřena dle chí-kvadrát test na kontingenční tabulce.

Výsledná hodnota signifikace chí-kvadrát testu je $p=0,2573$, což je více než 0,05.

Nulovou hypotézu nezamítáme. Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi neformálními pečujícími v zaměstnaneckém poměru a fyzickou zátěží neformálních pečujících. Neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru

nepodléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

DVO4: Testuji nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze:

H₀4: Celková spokojenost neformálního pečujícího nemá vliv na psychickou zátěž pečovatele

H_A4: Celková spokojenost neformálního pečujícího má vliv na psychickou zátěž pečovatele

Tabulka č. 4

problémy s duševním zdravím	naplňování pečovatelské činnosti neformálních pečujících						p
	nenaplnuje		do jisté míry naplňuje		velmi naplňuje		
nemám	1	10,0%	1	10,0%	8	80,0%	0,0000
mám do jisté míry	3	7,0%	30	69,8%	10	23,2%	
mám mnoho	9	25,7%	24	68,6%	2	5,7%	

Zdroj: vlastní šetření

Platnost hypotézy H₀4 byla ověřena dle chí-kvadrát test na kontingenční tabulce.

Výsledná hodnota signifikace chí-kvadrát testu je $p=0,0000$, což je méně než 0,05.

Nulovou hypotézu zamítáme. Celková spokojenost neformálního pečujícího má vliv na psychickou zátěž pečovatelé.

DVO5: Testuji nulovou hypotézu proti alternativní hypotéze:

H₀5: Používání kompenzačních pomůcek při péči nemá vliv na fyzickou zátěž pečujících.

H_A5: Používání kompenzačních pomůcek při péči má vliv na fyzickou zátěž pečujících.

Tabulka č.5

využívání kompenzačních pomůcek při péči	fyzická zátěž neformálních pečujících						p
	nemám		mám do jisté míry		mám mnoho		
ano	13	23,2%	25	44,6%	18	32,2%	0,001564
ne	3	9,4%	6	18,7%	23	71,9%	

Zdroj: vlastní šetření

Platnost hypotézy H_0 byla ověřena dle chí-kvadrát test na kontingenční tabulce.

Výsledná hodnota signifikace chí-kvadrát testu je $p=0,001564$, což je méně než 0,05.

Nulovou hypotézu zamítáme. Používání kompenzačních pomůcek při péči má vliv na fyzickou zátěž pečujících.

5 DISKUZE

Diplomová práce se věnuje problematice neformálních pečujících, kteří pečují o své příbuzné-seniory. Neformální pečující jsou vystaveni psychickým a fyzickým zátěžím, které ovlivňují jejich osobní životy. Nejčastěji diskutovaným tématem se tak zákonitě stává, jak předcházet, aby tito pečovatelé, většinou ženského pohlaví, nebyli fyzicky a psychicky při péči přetěžováni. V odborném diskurzu převládá názor, že udržitelnost současné organizace péče o seniory je ohrožena, jelikož potřeba této péče neformálními pečujícími narůstá, zatímco počet potenciálních pečovatelek a pečovatelů se zmenšuje. (Dudová, 2008, s.17)

Vedle hlavní výzkumné otázky byla stanoveno dalších pět dílčích výzkumných otázek DVO1 až DVO5. V této kapitole bude cílem zodpovězení těchto dílčích výzkumných otázek, které směřují k nalezení odpovědi na *hlavní výzkumnou otázku*, která zní: *Co a jakým způsobem ovlivňuje psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora?*

V rámci výzkumného šetření byl proveden kvantitativní výzkum, který spočíval nejprve v sestavení okruhu otázek do standardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Otázky byly pečlivě vybrány v souladu s teoretickou částí v návaznosti na část výzkumnou. Dotazník se skládá ze dvou částí, kdy v první části jsou zjišťovány základní charakteristiky a aktuální stav pečující osoby. Ve druhé části jsou pak otázkami zjišťovány základní údaje o pečované osobě a o její soběstačnosti. Dotazníky vyplňují samotní neformální pečující (rodinní příslušníci) klientů Centra denních služeb-Domovinka ve Frýdku-Místku, a Centra pečovatelské služby ve Frýdku-Místku. Druhá část dotazníku (příloha č.2) sloužila k jejich roztrídění. Dotazníky, které nesplňovaly předem stanovená kritéria, byly dány mimo další výzkum. K dalšímu výzkumu tak postoupilo celkem 88 dotazníků. Odpovědi z první části dotazníku (příloha č.1) byly pečlivě přepsány do připravených tabulek v programu Excel s výstupními grafy. (graf č.1 až 22) v rámci jednorozměrné analýzy. V rámci tohoto šetření se potvrdilo, že počet pečujících žen (63 – 71,6%) převládá nad muži (25 – 28,4%) znázorněno na grafu č.1. Mnohé studie a odborná literatura rovněž potvrzují, že pečujícími jsou právě ženy nežli muži. Neformální pečující byli věkově dosti rovnoměrně rozloženi, převládající skupinou byli pečující ve věku 40 až 50 let, těch bylo 25% což je zřejmé z grafu č.2. Nerovnoměrně rozložené lze naopak považovat členění neformálních pečujících vázaných na zaměstnání

v porovnání s ostatními (OSVČ, částečný pracovní úvazek, důchodci, mateřská dovolená) Právě zaměstnaní (49 – 55,7%) tvořili nejpočetnější skupinu viz graf č.6. Co se týče členění neformálních pečovatelských skupin, kteří byli podrobena výzkumnému šetření, vyšly z výzkumu jako nejpočetnější skupina pečovatelských skupin manželky/manželé kterých bylo 35, což odpovídá 39,8%, další v pořadí byli synové/dcery těch bylo 28, což odpovídá 31,8% a třetí skupinou jsou vnuci/vnučky s počtem 17 což je 19,3% s celkového počtu zúčastněných v dotazníkovém šetření - viz graf č.7. I výzkumy v různých částech světa dokazují, že většinu péče přijímají muži od svých partnerech, nejčastěji manželé, zatímco o ženy častěji pečují dcera nebo snacha. (Dudová, 2008, s.11). Data z grafu č.8 znázorňují, že mezi respondenty převládají ti pečující, kteří nebydlí s opečovávanými osobami, (51 – 58%) Naopak těch co, bydlí spolu bylo jednorozměrnou analýzou prokázáno že jsou v menšině (37 – 42%). Když pečující bydlí s opečovávaným, jeví se toto jako oboustranná výhoda. Z dotazníkového šetření vyplynulo viz graf.č.9, že celkem 26 pečujících (29,5%) dojíždí včetně zpáteční cesty 2 až 3 hodiny za svým rodinným příslušníkem, který potřebují jeho péči. Těch, co dojíždí max. 1 hodinu bylo 22 (25%). Celkem 3 pečující (3,4%) musejí dojíždět více než 3 hodiny. Délka péče může negativně ovlivnit zátěž pečujícího. Z grafu č.10 vyplývá, že nejvíce pečujících (39 – 44,3%) pečují 1 až 3 roky. Naopak nejméně je pečujících (2 – 2,3%), kteří pečují 10 a více let. Graf č.11 a 12 znázorňuje a porovnává délku péče mezi pracovním dnem a víkendem. O víkendu převládá pečující, kteří se starají o své rodinné příslušníky delší dobu. Nejvíce bylo těch (30 – 30,7%), co pečují více než 12 hodin. O pracovních dnech nejvíce pečujících (21 – 23,9%) věnuje péči 3 až 4 hodiny. V grafu č.15 je znázorněno rozložení pečujících, co se týče jejich aktuálního duševního zdraví (např. stres, strach, sklíčenost a pod). Celkem 43 respondentů (48,9%) přiznalo v dotazníkovém šetření, že problémy s duševním zdravím do jisté míry mají. Alarmující je i počet těch, co uvedli, že mají mnoho problému s duševním zdravím (35 – 39,8%). Vedle duševního zdraví neformálních pečujících bylo zkoumáno i jejich aktuální fyzické zdraví (jsou častěji nemocní, unavení apod.). Z grafu č.16 je evidentní, že největší počet oslovených (41 - 46,6%) jsou právě respondenti, co uvedli, že mají mnoho problému s vlastním fyzickým zdravím. Druhou skupinou s počtem 31 pečujících (35,2%) byli ti co přiznali, že problémy s vlastním fyzickým zdravím mají do jisté míry. Nejméně početnou skupinou byli ti, co nemají žádné problémy.

K zodpovězení dílčích výzkumných otázek DVO1 až DVO5 byly sestaveny hypotézy č.1 až č.5. Z těchto pěti hypotéz nebyla zamítnuta nulová hypotéza H_03 , to znamená, že tato nulová hypotéza byla potvrzena a tudíž vztah mezi dvěma proměnnými neexistuje. Otázka ***DVO3 zní: Ovlivňuje zaměstnanecký poměr neformálního pečujícího jeho fyzickou zátěž?*** Z dvourozměrné analýzy bylo prokázáno, že neformální pečující, kteří jsou v zaměstnaneckém poměru nepodléhají větší fyzické zátěži než neformální pečující, kteří plný zaměstnanecký poměr nemají.

Ostatní nulové hypotézy H_01 , H_02 , H_04 , H_05 byly zamítnuty, tudíž existuje u těchto dvou proměnných vztah. ***Otázka DVO1: Má vliv pomoc jiné osoby při péči na fyzickou zátěž pečujícího? Otázku DVO2: Má vliv pomoc jiné osoby při péči na psychickou zátěž pečujícího?*** Ve dvourozměrné analýze bylo potvrzeno, že pomoc pečujícímu ovlivňuje jeho fyzickou i psychickou zátěž. Je velice žádoucí, aby rodinní příslušníci pečujícího pochopilo, že práce spojená s pečováním je velice náročná. Pokud se jí dobrovolně ujme jeden člověk, a druzí se nesnaží mu pomoci, je otázkou času, kdy mu dojdou síly fyzické i psychické. ***Na otázku DVO4 „Ovlivňuje celková spokojenost při péči psychickou zátěž pečujícího?“*** jsem z dvourozměrné analýzy dostala odpověď, že celková spokojenost pečujícího ovlivňuje jeho psychickou zátěž. Obecně se dá říct, že pokud je pečující ve vnitřní rovnováze a je sám se sebou spokojený, má toto pozitivní vliv na jeho duševní zdraví. K odlehčení pečujících mohou pomoci vhodně zvolené kompenzační pomůcky. ***Za pomoci otázky DVO5 „Má vliv používání kompenzačních pomůcek při péči na fyzickou zátěž pečujícího?“*** jsem z dvourozměrné analýzy dostala odpověď, že fyzická zátěž pečujících, kteří byli podrobeni výzkumu má vliv na používání kompenzačních pomůcek při jejich péči.

Z rozboru dat je možno vysledovat, co všechno může ovlivňovat neformálního pečujícího při péči o seniora. Na podpory péče pro neformální pečující uvedu v části Závěr.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit: „**Co a jakým způsobem ovlivňuje psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora?**“ Výzkum byl proveden kvantitativním šetřením, kdy byl vytvořen nejprve standardizovaný dotazník vlastní tvorby a poté sběr dat. Po roztrídění dat byla provedena jednorozměrná a následně i dvourozměrná analýza dat. K zodpovězení hlavní výzkumné otázky bylo sestaveno pět dílčích výzkumných otázek, ke kterým byly následně sestaveny jednotlivé hypotézy. U čtyřech hypotéz z pěti byly zamítnuty jejich nulové hypotézy. Tudíž bylo prokázáno, že u nich existuje vztah mezi dvěma proměnnými. Na dílčí výzkumné otázky DVO1, DVO2 jsem dostala odpověď, že pomáhání pečujícímu ovlivňuje jeho fyzickou i psychickou zátěž. Na otázku DVO4 jsem získala odpověď, že celková spokojenost pečujícího ovlivňuje jeho psychickou zátěž a na otázku DVO5 jsem dostala odpověď, že fyzická zátěž pečujících, kteří byli podrobení výzkumu má vliv na používání kompenzačních pomůcek při jejich péči. Z odpovědí jednotlivých dílčích výzkumných otázek vyplynulo, že **na psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora má vliv pomoc druhé osoby**. Je velice žádoucí fungující zázemí celé rodiny neformálního pečujícího a jejich vzájemná pomoc při péči. Toto je jedna z pomoci, **která může vést k celkové spokojenosti neformálního pečujícího**. **Mezi další důležité faktory, které ovlivňují psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora je používání vhodných kompenzačních pomůcek**. Laický pečující mnohdy nemá ucelenou představu o sortimentu a možnostech získání těchto kompenzačních pomůcek.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou **zátěžových situací v kontextu rodinné péče o seniora**. V jednotlivých kapitolách teoretické části jsou rozebrány projevy stárnutí, oblasti péče, podpory pro neformální pečující i možné negativní dopady na pečující osobu.

Důvod, proč jsem si zvolila toto téma, je časté opomíjení neformálních pečujících jejich rodinnými příslušníky. Důležité je i zviditelnění všech možných podpůrných služeb pro pečující, kteří se starají nepřetržitě o své nejbližší v domácím prostředí. Pro současnou, a hlavně budoucí společnost bude přínosem, pokud rodiny vezmou na sebe povinnost pečovat o své seniory. Institucionální péče se jeví někdy jako nedostatečná oproti domácímu přirozenému prostředí. U pečujícího jde o lidskou zkušenost, která

posiluje vzájemné vazby mezi ním samotným a opečovávaným, ke které patří společné sžití, sounáležitost a láska. Senioři závislí na péči druhé osoby si nejčastěji přejí zůstat ve svém domácím prostředí a v něm důstojně zemřít.

Hlavním cílem práce bylo rozebrat problematiku zátěžových situací v kontextu rodinné péče o seniora. Všechny dílčí výzkumné otázky byly zodpovězeny. Cíl práce byl splněn.

Neformální pečující potřebují dostatek informací. Zde se nabízí možnost pomoci odborně provozovaných podpůrných skupin, kde by si měli pečující předávat navzájem své praktické zkušenosti a informace. Myslím si, že pravidelné se scházení, diskutování o osobních zkušenostech a poskytování si vzájemné opory, by bylo přínosem pro pečující osoby. Otevřeně by se zde hovořilo o všech problémech, které jsou spojené s péčí, nastínily by se zde možnosti vyřešení různých problémů, pečující si mohou navzájem poskytnout útěchu a posílit se tak do dalších náročných dnů. Nedílnou součástí je odpočinek neformálních pečujících v podobě odlehčovacích služeb (pečující má den pro své potřeby, lékaře, vyřizování) nebo pouze volný den jen pro sebe. A také nejdůležitější součástí pro neformálního pečujícího je zázemí a pomoc celé jeho rodiny.

Aplikace správně koordinované péče může výrazně podpořit kapacitu neformálních pečujících, jejich zvládání každodenních povinností, tak případně sladění pracovních a rodinných aktivit i jejich odpočinku. Naopak absence koordinační podpory může být činitelem, který ovlivňuje rozhodování neformálních pečujících směrem k využití pobytových sociálních služeb.

Závěrem bych chtěla zdůraznit důležitost tématu udržitelnosti péče o nemohoucí stárnoucí členy naší společnosti v rodinném prostředí a poskytnutí dostatečné podpory neformálním pečujícím. V blízké budoucnosti lze očekávat, že tuto péči bude potřebovat stále větší počet lidí. Je proto nutné, aby společnost trvale zvyšovala povědomí veřejnosti o sdílené péči u seniorů a tuto péči i podporovala.

Seznam použité literatury

- [1] ALEKSANDROWICZ, Renata. 2020. *Książka w życiu seniorów na początku XXI wieku*. CIP – Biblioteka Narodowa, ISBN: 978-83-65741-52-3
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. *Postavení laických pečovateli v péči o seniory a nemocné*. ISSN 1212- 4117
- [3] ČEVELA, Rostislav a kol. 2014. *Sociální gerontologie*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [4] DOHNALOVÁ, Z., HUBÍKOVÁ, O. 2013. *Problematika lidí pečujících o osobu v městě Brně. Sociální nadační fond města Brna „Domovy potřebných*. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.
- [5] DUDOVÁ, Radka. 2015. *Postarat se ve stáří*. Vyd.1, Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-182-4
- [6] GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie. 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání.
- [7] GRUN, Anselm. 2010. *Život je teď*. Praha:Portal. ISBN 978-80-7367-749-7
- [8] HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomen stáří*. Vyd.2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9
- [9] HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4139-0
- [10] JEŘÁBEK, Hynek. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory* . Vyd.1. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). ISBN 978-80-7419-117-6
- [11] KALVACH, Z. 2008. *Pečujeme doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh.
- [12] KRISTINE, Bertini. 2012. *Sendvičová rodina.:Souběžná péče o malé děti a seniory*. Vyd.1. Praha: Portal. ISBN 978-80-262-0478-7
- [13] KŘÍŽOVÁ, Eva, JANEČKOVÁ, Hana, BĚLÁČEK Jaromír. 2016. *Family Carers' Perspectives on Integrated Community Care in the Czech Republic*. Central European Journal of Public Health. Praha. 289-296.
- [14] KUBALČIKOVÁ PhD. Kateřina. 2018. *Stárnout doma, v obci, v místě*. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-33-4.

- [15] LEBLANC, Lise. 2021. *Sebepéče pro pečující-Průvodce vědomou péčí*. Vyd.1. Praha: Grada (Alferia).). ISBN 978-80-271-1395-8
- [16] LOUČKOVÁ, Ivana. 2010. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Vyd.1. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 978-80-86429-79-3
- [17] MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ Martina. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd.1. Praha:Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5
- [18] MACHÁČOVÁ, Kateřina, HOLMEROVÁ, Iva. 2019. *Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře*. Vyd.1. Praha 4: nakladatelství Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-5489-8
- [19] MALÍKOVÁ, Eva. 2013. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3
- [20] MICHALÍK, Jan. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-859-3
- [21] NOVÁK, Tomáš. 2011. *Péče o pečující: Jak být pečovatelem také sám sobě*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN: 978-80-254-9149-2
- [22] OLECKÁ, Ivana a IVANOVÁ Kateřina. 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- [23] SAK, Petr, KOLESAROVÁ Karolína. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5
- [24] SUCHOMELOVÁ, Věra. 2016. *Senioři a spiritualita, duchovní potřeby v každodenním životě*. Vyd.1. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7
- [25] TOPINKA, Daniel. 2013. *Metody a techniky výzkumu v sociální práci*. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- [26] TOŠNEROVÁ Tamara. MUDr. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, ISBN 80-238-8001-2.
- [27] TOŠNEROVA, Tamara. 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Vyd.1. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2104-7
- [28] VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007 *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd.1 Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [29] VESELÁ, Jitka. 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti*. Praha: VÚPSV.

Legislativní dokumenty

- [30] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních, Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [31] Zákon č.262/2006 Sb., zákoník práce, Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
- [32] Zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti, Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
- [33] Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast1>

Seznam použitých internetových zdrojů

- [34] NEFORMÁLNÍ PÉČE V TEORII A PRAXI. 2021. registrační číslo CZ.03.2.60/0.0/0.0/16_064/0006431. Dostupné z https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2021/05/Neformalni_pece_v_teorii_a_praxi_sbornik_final.pdf
- [35] ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR. Asociace domácí péče ČR, Dostupné z <https://www.adp-cr.cz/>
- [36] CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB – DOMOVINKA, Dostupné z <https://www.psfm.cz/>
- [37] ČESKÁ ASOCIACE PEČOVATELSKÉ SLUŽBY, Edukační program pro neformální pečující, Dostupné z <https://www.caps-os.cz/edukacni-program/>
- [38] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ: Dlouhodobé ošetrovné. Dostupné z <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobé-osetrovne>
- [39] CHARITA FRÝDEK-MÍSTEK. Dostupné z <https://charitafm.cz/o-charite-frydek-mistek>
- [40] KUBALČIKOVÁ PhD. Kateřina. 2018. Stárnout doma, v obci, v místě. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-33-4. Dostupné z <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680>
- [41] STATISTICKÁ ANALÝZA DAT PRO KVANTITATIVNÍ VÝZKUM 1.DÍL VONDROUŠOVÁ, Kamila, 2019. Dostupní z <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/statisticka-analyza-dat.pdf>

- [42] ZMAPOVÁNÍ SEGMENTU SLUŽEB PRO DOMÁCNOSTI SENIORŮ projektu Implementace politiky stárnutí na krajskou úroveň, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006207, podpořené z Operačního. Dostupné z https://seniorivkrajich.mpsv.cz/wp-content/uploads/2020/12/Zmapovani.segmentu.sluzeb.pro_domacnosti.senioru.Finální.verze_analyzy.20200813.pdf
- [43] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/>

Anotace

Diplomová práce se zabývá tématem zátěže u neformálních pečujících v rámci rodinné péče o seniora. Hlavním cílem bylo zjistit, co konkrétně a jakým způsobem ovlivňuje psychickou a fyzickou zátěž neformálního pečujícího v rámci rodinné péče o seniora. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí, seniora a rodinu, podpory neformálních pečujících a metody sociální práce o neformální pečující. Ve výzkumné části, v kvantitativním šetření byly u dotazovaných neformálních pečujících zjišťovány souvislosti spojené s péčí o seniory. Za pomoci dvourozměrné analýzy byly zodpovězeny dílčí výzkumné otázky. V závěru diplomové práce jsou shrnuty hlavní body výzkumu a je zde poukázáno na možnou podporu pro neformální pečující.

Abstract

The thesis deals with the topic of stress among informal caregivers in the context of family care for the elderly. The main aim was to find out what specifically and in what way influences the psychological and physical burden of the informal caregiver in the context of family care for the elderly. The theoretical part of the thesis focuses on old age and ageing, the elderly and the family, support for informal caregivers and methods of social work for informal caregivers. In the research part, a quantitative survey was conducted to find out the contexts related to elderly care among the interviewed informal caregivers. Sub-research questions were answered using bivariate analysis. The thesis concludes by summarising the main points of the research and highlighting possible support for informal carers.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	56
Tabulka č. 2	57
Tabulka č. 3	57
Tabulka č. 4	58

Seznam grafů

Graf č. 1.....	38
Graf č. 2.....	39
Graf č. 3.....	40
Graf č. 4.....	41
Graf č. 5.....	41
Graf č. 6.....	42
Graf č. 7.....	43
Graf č. 8.....	43
Graf č. 9.....	44
Graf č. 10.....	45
Graf č. 11.....	46
Graf č. 12.....	47
Graf č. 13.....	48
Graf č. 14.....	49
Graf č. 15.....	50
Graf č. 16.....	51
Graf č. 17.....	51
Graf č. 18.....	52
Graf č. 19.....	53
Graf č. 20.....	53
Graf č. 21.....	54
Graf č. 22.....	55

Seznam zkratek

ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
ČAPS	Česká asociace pečovatelské služby
HVO	Hlavní výzkumná otázka
DVO	Dílčí výzkumná otázka
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

Seznam příloh

Příloha č. 1.....	Dotazník/základní údaje o laickém pečujícím
Příloha č. 2.....	Dotazník/údaje o osobě o kterou pečujete

Příloha č. 1

Příloha Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby

Jmenuji se Renáta Augustínová a jsem studentkou Cyrilometodějské teologické fakulty v Olomouci, magisterském oboru sociální práce s rodinou. Chtěla bych Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé diplomové práce. Mým cílem je zmapovat stupeň zatížení pečujících osob o své rodinné příslušníky. Data získaná tímto dotazníkovým šetřením budou zpracována a vyhodnocena anonymně. Není-li u jednotlivých otázek uvedeno jinak, zaškrtněte prosím pouze jednu odpověď. Pokud máte nějaké výhrady či připomínky k tomuto dotazníku, uveďte je prosím písemně na konci dotazníku, nebo mě kontaktujte e-mailem na renata.augustinova@seznam.cz.

Děkuji za vyplnění dotazníku a Vaši spolupráci, Bc. Renáta Augustínová, DiS

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O LAICKÉM PEČUJÍCÍM (O VÁS)

1. Jste:
 - muž
 - žena

2. Jaký je Váš věk?
 - 20 - 29 let
 - 30 - 39 let
 - 40 - 49 let
 - 50 - 59 let
 - 60 a více let

3. Jaká je velikost obce ve které žijete
 - do 999 obyvatel
 - 1 000 – 4 999 obyvatel
 - 5 000 – 19 999 obyvatel
 - 20 000 – 99 999 obyvatel
 - Nad 100 000 obyvatel

4. Vaše vzdělání

- bez maturity
- s maturitou
- VOŠ
- VŠ

5. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/á
- ženatý/vdaná
- rozvedený/á
- vdovec/vdova

6. Jste:

- zaměstnaný/á
- OSVČ
- částečný pracovní úvazek
- mateřská dovolená
- důchodce invalidní
- důchodce starobní
- nezaměstnaný/á

7. V jakém vztahu jste k osobě, o kterou pečujete?

- manžel/manželka
- druh/družka
- syn/dcera
- zeť/snacha
- sourozenec
- vnuk/vnučka
- synovec/neteř
- jiný příbuzný.....

8. Bydlíte s osobou, o kterou pečujete ve společné domácnosti?
- ano
 - ne
9. Jak dlouho dobu Vám trvá (v hodinách), než se dopravíte k osobě, o kterou pečujete včetně zpáteční cesty?
- nic, bydlím s osobou o kterou pečuji
 - 0 – 1 hodin
 - 2 - 3 hodiny
 - Více než 3 hodiny
10. Vaše celková doba péče o závislou osobu k dnešnímu dni je?
- Méně než 1 rok
 - 1 – 3 roky
 - 4 - 6 let
 - 7 – 10 let
 - 10 let a více
11. Kolik hodin denně věnujete péči o Vašeho blízkého v pracovní dny?
- 0 -2 hodiny
 - 3- 4 hodiny
 - 5-6 hodin
 - 7 -12hodin
 - Více než 12 hodin
12. Kolik hodin denně věnujete péči o Vašeho blízkého o víkendu?
- 0-2 hodiny
 - 3 - 4 hodiny
 - 5-6 hodin
 - 7-8 hodin
 - 9 – 12 hodin
 - Více než 12 hodin

13. Finanční problémy kvůli pečovatelským povinnostem:

- nemám
- mám do jisté míry
- mám mnoho

14. Pečovatelské činnosti mne:

- nenaplňují
- do jisté míry naplňují
- velmi naplňují

15. Problémy s mým duševním zdravím (například stres, strach, sklíčenost, deprese, obavy s budoucností):

- nemám
- mám do jisté míry
- mám mnoho

16. Problémy s vlastním fyzickým zdravím (například jsem častěji nemocný, unavený):

- nemám
- mám do jisté míry
- mám mnoho

17. Jak jste získali prvotní informace :

- obvodní lékař
- naši známí
- sociální pracovníce v obci
- sami (např.z internetu, z tisku apod.)
- jinak

18. Využíváte některé sociální či jiné podpůrné služby?

- využívám
- nevyžívám

19. Jaká podpora by Vám nejvíce pomohla?

- odlehčovací služba
- terénní služba
- osobní asistence
- sousedská výpomoc
- jiná
- o žádnou nemám zájem

20. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky (např. polohovací postel, invalidní vozík, WC židli, zvedací zařízení) při péči?

- ano
- ne

21. Kdo Vám nejvíce pomáhá s péčí o pečovanou osobu?

- rodina
- sousedé
- přátelé
- nikdo nepomáhá

22. Ohodnoťte číslem od jedničky do desítky Vaší celkovou dlouhodobou náladu (pohodu). Kdy číslo jedna znamená velmi špatná nálada a číslo deset znamená úžasná nálada

Příloha č. 2

ÚDAJE O OSOBĚ, O KTEROU PEČUJETE

1. Osoba, o kterou pečujete je:

- muž
- žena

2. Jaký je věk osoby, o kterou pečujete?

- Do 20 let
- 20 - 30 let
- 31 – 40 let
- 41 - 50 let
- 51 - 60 let
- 61 - 70 let
- 70 a více let

3. Jaký je hlavní zdravotní problém Vašeho příbuzného * (ne diagnóza) (Možno více možností)

- problémy pohybového ústrojí
- nádorové onemocnění
- demence
- onemocnění kardiovaskulárního (srdečně-cévního) systému
- onemocnění dýchacích cest
- diabetes mellitus (cukrovka) a přidružené komplikace
- multimorbidita (přítomnost více nemocí)
- stav po cévní mozkové příhodě
- stav po úrazu
- jiné, uveďte prosím:

4. Pobírá Váš příbuzný příspěvek na péči, pokud ano, o jaký stupeň se jedná?

- ano: I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň
- ne.

SOBĚSTAČNOST OSOBY, O KTEROU PEČUJETE

1. jízda dopravním prostředkem
 - zvládne samostatně bez pomoci
 - s pomoci nebo doprovodem druhé osoby
 - neschopen

2. Telefonování
 - samostatně
 - s pomoci
 - neschopen

3. vaření
 - zvládne uvařit samostatně celé jídlo
 - sám si jídlo ohřeje
 - neschopen

4. vyprání osobního prádla
 - zvládne samostatně bez pomoci
 - s pomoci
 - neschopen

5. užívání léku
 - zvládne samostatně užívat léky
 - s pomoci druhé osoby
 - neschopen

6. spravování financí
 - zvládne samostatně bez pomoci
 - s pomoci druhé osoby
 - neschopen

7. domácí práce
- zvládne samostatně bez pomoci
 - s pomoci
 - neschopen
8. nakupování
- zvládne samostatně bez pomoci
 - s pomoci, třeba i částečnou
 - neschopen
9. mobilita
- samostatně bez pomoci
 - s pomoci , třeba i částečnou
 - neschopen pohybu
10. péče o své tělo
- samostatně bez pomoci
 - s pomoci, třeba i částečnou
 - neschopen