

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2015-2018

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Denisa Šilerová**

**Kvalita života pečujících o seniora se zdravotním  
znevýhodněním**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

**2015-2018**

**BACHELOR THESIS**

**Denisa Šilerová**

**Quality of life of people who care about senior with health  
disadvantage**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky .....

## **Poděkování**

Poděkování patří vedoucí práce paní Mgr. Martině Karkošové Ph.D, za odborné vedení, za pomoc v teoretické a praktické části, za věcné rady, připomínky a za vstřícnost.

## **Anotace**

Bakalářská práce nás seznamuje s kvalitou života osob starajících se o seniory se zdravotním znevýhodněním. Zaměřuje se též na situace, kterým musí zcela přirozeně pečující osoba čelit. Tak, jako v jiných profesích i zde dochází k syndromu vyhoření, který se při velké náročnosti práce vyskytuje čím dál intenzivněji.

Toto téma se snaží objasnit základní pojmy jako je otázka zdraví, stáří či stárnutí, dále popisuje, jak by měl být pečovatel psychicky i fyzicky vybaven. Zabývá se taktéž vnímáním i pohledem těchto zaměstnanců na svůj vlastní život a snaží se objasnit, jak důležitou roli v životě nejen pečujících, ale všech osob, hraje rodina. V praktické části se zaměříme na pečovatelskou profesi a její vliv na celkovou kvalitu života pečujícího.

## **Klíčová slova**

Dotazníkové šetření, handicap, kvalita života, pečující, pomáhající profese, senior, zdraví, zdravotní znevýhodnění.

## **Annotation**

The bachelor thesis deals with the quality of life of people who take care of seniors with health disadvantages. It also focuses on a situation that it must face naturally. As in other professions, there is a burnout syndrome, that is becoming more and more prevalent when people are working hard.

This topic seeks to clarify basic concepts such as health, aging and describes, how he should be mentally and physically equipped. It also deals with the look of individuals for their own lives and tries to clarify how important a role in the life of not only the caretakers, but all the people, the family plays. In the practical part we focus on the care profession and its influence on the overall quality of life of the caregiver.

## **Keywords**

Disability, caring, health, health handicap, helping profession questionnaire survey, quality of life, senior.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1    DEFINOVÁNÍ POJMŮ .....</b>	<b>11</b>
1.1    Definování základních pojmů.....	11
1.2    Historický kontext pomáhající profese.....	12
<b>2    STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....</b>	<b>15</b>
2.1    Charakteristika pojmů.....	16
2.1.1    Stárnutí.....	16
2.1.2    Stáří.....	17
2.2    Druhy stáří .....	18
2.2.1    Biologické stáří .....	18
2.2.2    Kalendářní stáří.....	19
2.2.3    Psychické stáří .....	20
2.2.4    Sociální stáří .....	21
<b>3    ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ.....</b>	<b>23</b>
3.1    Senior a zdravotní znevýhodnění.....	23
3.1.1    Poranění mozku .....	23
3.1.2    Tělesné postižení.....	24
3.1.3    Zrakové postižení.....	24
3.1.4    Sluchové postižení .....	25
3.2    Další zdravotní znevýhodnění .....	26
<b>4    KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH.....</b>	<b>27</b>
4.1    Kvalita života.....	27
4.2    Rodina a její vliv na kvalitu života pečovatele .....	29
4.2.1    Péče z pohledu členů rodiny .....	29
4.3    Vliv péče na kvalitu života pečovatele .....	30
4.4    Zátěž pro pečovatele .....	31
4.5    Primárnost vztahu mezi pečovatelem a klientem .....	31
4.6    Náročnost situace u pečujícího člena rodiny .....	32
4.7    Stres v kontextu kvality života pečující osoby .....	33
4.7.1    Stresory .....	33

4.7.2	Frustrace, konflikt, trauma, krize, deprivace .....	34
4.7.3	Dopad stresu na pečovatele.....	35
4.8	Práva a povinnosti pečovatele.....	36
<b>5</b>	<b>POMOC PRO PEČUJÍCÍ.....</b>	<b>38</b>
5.1	Volný čas .....	38
5.2	Sociální opora jako mocný faktor .....	38
5.2.1	Význam rodiny pro pečujícího jedince.....	38
<b>6</b>	<b>RESILIENCE VŮČI SYNDROMU VYHOŘENÍ.....</b>	<b>40</b>
6.1	Riziko syndromu vyhoření v kontextu kvality života pečující osoby .....	40
6.1.1	Charakteristika syndromu vyhoření.....	40
6.1.2	Tři základní symptomy syndromu vyhoření.....	41
6.1.3	Fáze syndromu vyhoření.....	42
6.1.4	Prevence syndromu vyhoření.....	44
6.2	Čas na vychutnávání si života.....	45
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>46</b>
7.1	Cíl praktické části .....	46
7.1.1	Výzkumné otázky a hypotézy.....	46
7.2	Stanovené metodologické šetření .....	47
7.2.1	Kvantitativní výzkum .....	47
7.3	Harmonogram výzkumu .....	49
7.3.1	Tvorba dotazníku .....	49
7.3.2	Realizace dotazníkového šetření.....	50
7.3.3	Charakteristika zařízení .....	51
7.3.4	Sběr výzkumných dat.....	54
7.4	Analytická část.....	55
7.4.1	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	67
7.5	Dikuze.....	70
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>75</b>



<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

Stejně, jako si lidé váží života, měla by si i společnost vážit jedinců, kteří pečují o osoby se zdravotním znevýhodněním. V laické společnosti mnohdy přetrvává myšlenka, že mnoho jedinců považuje výkon této profese za samozřejmou a nenáročnou.

V okolí našeho života se vyskytuje velké množství seniorů, zdravotně postižených, kteří jsou svěřeni do péče rodinných příslušníků, či do péče zdravotních institucí. Člověk se od narození až po smrt neobejde bez lidské pomoci. Je obecně známo, že práce s těmito lidmi vyžaduje jak psychickou, tak i fyzickou odolnost ošetřovatelů. Je proto důležité se o tyto pečující osoby starat stejně pečlivě, tedy tak, jako oni se starají o druhé. Péče o zdravotně znevýhodněné, zvláště na konci jejich životního období, nemůže být pouze formální, ale musí být hodnotná.

Cílem bakalářské práce je poukázat na závažnost a náročnost samotné péče o ty, kteří se každodenně věnují svým nejbližším členům rodiny či klientům. Vyzdvihnout podporu a respekt pečujícím osobám pro zachování si důstojnosti a empatie.

Teoretická část je členěna na několik částí, ve kterých se postupně zaměříme na charakteristiku problematiky, definice základních pojmů, kvalitu života, popisu náročnosti péče a zázemí pečujících. Praktická část informuje o dotazníkovém šetření mezi pečujícími.

Vzhledem k tomu, že se délka života neustále prodlužuje, bude i stáří zahrnovat časově delší etapu v životě jedince. V souvislosti s tímto vývojem je nutné se pozastavit nad tou myšlenkou, že čím dál tím více osob bude potřebovat péči o sebe sama. Snahou každé společnosti by mělo být zajistit co nejlepší péči osobám, které ji nutně potřebují.

Dosud poznané postupy, jak se o jedince - pečovatele starat, bychom měli dále rozvíjet a stále více bychom se měli naučit předcházet negativním vlivům, které tuto profesi postihují a doprovázejí. Ukažme, že jsme tu pro ně a že se na nás mohou spolehnout. Ukažme, že jejich odhodlání k vykonávání takovéto nelehké profese dokážeme ocenit.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DEFINOVÁNÍ POJMŮ

### 1.1 DEFINOVÁNÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Koncept péče se začal formovat v sociálních vědách relativně nedávno. Zahrnuje jak emocionální, tak praktické či pracovní aspekty. Taktéž lze říci, že se skládá z *placené* – např. profese v sociální sféře a *neplacené práce* – např. oblast neformální domácí péče. (Dudová, 2015)

O péči jako takové se intenzivněji začalo přemýšlet, až když žen, které byly ochotné tuto práci vykonávat, ubývalo. Tato situace vyvstala z náhlého zvýšení jejich účasti na pracovním trhu. Ochota žen pečovat o druhé se tak snižovala. (Dudová, 2015)

Hlavní cíl je kladen na zajištění co nejlepší péče o klienta. Je možné čerpat z takových cílů, které si klade ošetrovatelství, neboť tyto obory k sobě mají velmi blízko. Zjednodušeně můžeme cíle pečovatelské práce definovat jako poskytování služeb, které umožňují seniorům, mentálně postiženým či osobám znevýhodněným vykonávat potřeby, které jsou v jejich každodenních životech žádoucí. Jedná se tedy o služby, které tyto jedinci nemohou samostatně vykonávat.

Pečovatel má za úkol podporovat jednotlivce, rodinu a dopomoci tak k tělesnému, duševnímu a sociálnímu zdraví osoby. Dále má za úkol podpořit pozitivní zdraví jedince, provádět prevenci onemocnění, zajišťovat ordinace lékaře, snižovat rizika dalších onemocnění. (Mlýnková, 2011)

Jitka Géringová (2011, s. 42) definuje pomáhající profesi takto: „*termín pomáhající profese definuje skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem*“. Řadíme sem například zdravotnické profese, pedagogické profese, profese zaměřené na sociální pomoc, dále sem můžeme zařadit také duchovní, psychology, terapeuty. Tyto profese mají několik společných znaků. Je zde nutné navázat vztah s klientem či zapojit vlastní osobnost do pracovního procesu.

Pokud bychom chtěli charakterizovat co nejjednodušeji termín pomáhající profese, nabízí se toto – *pomáhající profese vykresluje jakýsi systém, kde na jedné straně se*

*nachází pomáhající* (učitel, lékař, sociální pracovník,...) *a na druhé ten, kterému je pomáháno* (žák, pacient, chovanec,...).

## 1.2 HISTORICKÝ KONTEXT POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Velkou roli v historickém kontextu hraje náboženství a s tím spojená společenská solidarita. Hlavní témata v sociální práci – tedy formy solidarity mezi lidmi a doporučený postoj k lidem společensky hendikepovaným, se řadí do oblasti morálky. Náboženské smýšlení se v této spojitosti promítá prakticky do všech lidských činností. (Matoušek, 2007)

Jestliže se zaměříme na vývoj v jednotlivých etapách, je zde na místě zmínit **Mezopotámii**, která byla sjednocována během roku 2375 př. n. l. Mezi lidmi panovala božstva jako je Apsú, Tiámat, Ea či Marduk - jednalo se o původce živlů - země, vody, větru. Bohové jsou odpovědní za kosmický řád, celkový chod světa a lidské společnosti. Právě zde, v Mezopotámii, bylo poprvé kodifikováno právo. Tyto zákoníky - *Urnammuův zákoník*, *Chammurapiho zákoník*, byly významným zdrojem, z nichž lze usuzovat na společenský étos i na principy toho, čemu v nynější době říkáme sociální péče.

Nejznámějšími typy ústavů tehdejší doby byly například *Xenodochium* (z řec. xenos - cizinec), který poskytoval pohostinství cizincům a kde se zároveň pečovalo o chudé a nemocné. Dále *Nosokomium* (z řec. nosos - nemoc), sloužil jako ošetrovna, *Brefotrofium* (z řec. bréfós – nemluvně, dítě), jež pomáhala opatrovat opuštěné kojence. (Matoušek, 2007)

Další důležitý milník v dějinách můžeme najít ve Starém zákoně, ten vznikl zhruba od 9. do 2. století př. n. l., kde se dočítáme o formách a podobě sociální péče ve starověkém Izraeli. (Matoušek, 2007)

Ve **středověku**, v tak zvaných *židovských obcích*, se kladl důraz právě na péči o osamělé, chudé a nemocné. Vedle toho také funguje obecní útulek - hekdeš a ošetrovna pro chudé, pocestné a nemocné. (Matoušek, 2007)

Na místě je také zmínit se o **archaické společnosti**. Archaická společnost byla skupina propletená osobními vazbami, kde všichni její členové si byli velice blízcí. Roli

pomáhajícího zde zastupoval *šaman*, který umožňoval kontakt s každodenní situací a mytickými strukturami. Pomoc u něj nacházeli lidé také ve chvíli, kdy měli problémy s emocionální a duchovní stránkou. Dále zprostředkovával interakci mezi kulturním ideálem a individuálním selháním. Šaman byl považován za jedince s magickými schopnostmi, který díky svým úkonům byl schopný člověka dostat do správné rovnováhy, vyléčit ho z nemocí, či zbavit starostí a utrpení. Postavení šamana ve společnosti bylo velmi důležité, byl považován za léčitele a pravzor, který si během svého života prošel nespočtem utrpení.

Správný chod komunity byl výrazně podpořen rituály, které v dostatečné míře přispívaly k harmonii, respektu, učení a ukotvení skupiny. Vlivem *neolitické revoluce* se postavení šamana postupně měnilo. Společnost procházela přeměnou od nemajetných kočovných sběračů k lovcům, od původních lovců k pastevcům až k vládcům. V jedincích se probouzela potřeba nadvlády, která s sebou přinesla proměnu kulturního ideálu. Začaly se klást rozdíly mezi mužem a ženou a stále více do popředí se dostávalo agresivní mužství. (Géringová, 2011)

Mlýnková (2010) uvádí tři vzájemně se prolínající linie péče. Nejstarší byla tzv. *laická péče*, kterou si nemocní byli nuceni poskytovat sami – nazývala se *sebepeč*. Druhým typem péče, která vznikla s příchodem křesťanství v 9. století, se nazývala *charitativní péče*. Zaměřovala se především na chudé a handicapované jedince, ať už fyzicky, psychicky či mentálně. Na konci 19. století hovoříme o *organizované léčebné, ošetrovatelské a sociální péči*. V tomto období se rozmáhá medicínské odvětví, vznikají zákony apod. Péče je prováděna spíše v domácím prostředí za pomoci rodinných příslušníků. V bohatších vrstvách byla péče zastupována služkami či ošetrovatelkami.

V **60. letech 20. století** se na světlo světa dostává jakýsi boom nového šamanismu. Zakládají se různé formy *přírodní spirituality*, které zahrnují filosofii a duchovní praktiky zvané *neošamanismus*. Narůstající obdiv také získávají různá *neopohanská hnutí*. Schopnosti domorodých lékařů léčit získávají stále větší respekt, obdiv a jsou zaměstnáváni v oblasti medicíny. (Géringová, 2011)

**Křesťanská kultura** se zaměřuje na pomoc bližnímu svému a na altruismus. Wolfgang Schimdbauer (2000) publikuje jaké si radikální názory na celkový

mechanismus pomáhání v naší kultuře. Odkazuje se na to, že veškerá zaměřenost péče se klade na výkon, který charakterizuje industriální a většinově křesťanská kultura. Výkon definuje jako necitlivost k sobě a k okolí. Dále poukazuje na to, že na svět přicházíme přirození a hříšní a jediným vysvozením je pro nás milost, víra a církev.

Ti, kteří se nemohou spolehnout na solidaritu rodiny a komunity, očekávají podporu od státu v *dnešní* civilizaci. Stát ručí za vzdělávání odborníků v tzv. pomáhajících profesích a buduje instituce poskytující sociální péči. V západních zemích se solidarita v posledním století profesionalizovala, institucionalizovala a upustila od vlivu náboženských představ. (Matoušek, 2007)

## 2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Každý člověk prochází v životě několika stádii, které vedou k postupnému růstu, zdokonalování, sílení a vývoji. Dokud se nás stáří netýká, nevěnujeme tomuto období dostatek pozornosti.

Každá etapa života má určité charakteristiky, které danou část ovlivňují. Jsou to určité zákonitosti, které mají vliv na kvalitu, způsob a rozsah našeho vnímání.

Haškovcová (2010, s. 20) ve své publikaci uvádí definici Světové zdravotnické organizace (WHO): „*stařecký věk, neboli senescence, je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“. Takové tvrzení lze však aplikovat pouze na určitou skupinu seniorů a to na takovou skupinu, na které je stáří nepřehlédnutelné.

V dnešní době je velice rozšířené členění stáří podle **Mühlpachra** (2004) a to následující:



Obrázek 1: Členění stáří podle Mühlpachra (2004).

**Haškovcová** (2010) ve své publikaci uvádí následující členění. Jedná se o rozdělení *druhé poloviny života jedince*.



Obrázek 2: Členění stáří podle Haškovcové (2010).

## 2.1 CHARAKTERISTIKA POJMŮ

Podle publikace Loue a Sajatovice z roku 2008 až 70% fyzického úbytku při stárnutí způsobuje kouření, nedostatečná výživa, nedostatek aktivit, zranění při pádech či nedodržování pravidelných prohlídek u lékaře a braní léků.

### 2.1.1 STÁRNUTÍ

Kozáková a Müller (2006, s. 12) definují stárnutí jako „*přirozenou degradaci organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)*“. Individuální regresivní proces, který obvykle u člověka přichází po 30 letech, je v buňkách geneticky zakódovaný. Tento proces je samozřejmě také ovlivňován exogenním prostředím. Důraz zde klademe na genetickou výbavu člověka, zdravotní stav, životní prostředí či životním stylu, apod. (Kozáková, Müller, 2006)

Rozlišujeme dva typy stárnutí. Za prvé **fyzilogické** stárnutí, které probíhá přirozeně a je součástí běžného života jedince. Jedná se o jakousi zákonitou epochu ontogeneze – tj. od oplození až po smrt. A za druhé, **patologické** stárnutí. To se může projevat několika odlišnými způsoby, jako je např. předčasné stárnutí či neúměrnost mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. (Malíková, 2011)

Podle Pacovského (1994) je stárnutí v užším slova smyslu přechodná doba mezi dospělostí a stářím. V této periodě jsou funkční a strukturální změny regresivní, nevratné a neopakující se. Lze tedy konstatovat, že stárnutí je **fyzilogický děj**, který formuje cestu ke stáří.

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je označováno za biologický a přirozený proces, který probíhá již od početí a dochází při něm ke **snížování adaptačních schopností** a k **ubývání funkčních rezerv organismu**. (Kalvach a kol., 2004). Jedná se o disociovaný, desintegrovaný a asynchronní proces. Na jednotlivých orgánech se během stárnutí projevují morfologické, degenerativní a funkční změny. (Pacovský, 1990)

Kalvach (2004, s. 24) také uvádí, že stárnutí je „*univerzální proces postihující živou hmotu*“.



Společnost klade mnoho otázek ohledně procesu stárnutí. To s sebou přináší několik teorií, které se snaží objasnit, proč vlastně stárneme. **Malíková** (2011) uvádí *tři klasifikace teorií*. Jedná se o *stochastické teorie*, kam například patří *teorie omylů a katastrof*, která objasňuje důvod stárnutí jako nahromadění chyb v syntéze proteinů při jejich transkripci a translaci, či *teorii opotřebení*. Ta tvrdí, že došlo k poruše životně nenahraditelných částí organismu. Následujícím typem je *nestochastická teorie*, do které se řadí teorie *genetická*, jež uvádí, že délka života je specifická pro každý živočišný druh nebo teorie *pacemakerová* nazývaná také jako „teorie genetických hodin“. Posledním typem, ne však méně významným, je *sociální teorie*, kam spadá *teorie aktivity, neangažovanosti, či kontinuity a diskontinuity*. Jedná se o teorie, které popisují stárnutí v důsledku ovlivnění strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou. (Malíková, 2011)

### 2.1.2 STÁŘÍ

Stáří, jakožto životní období bývá obvykle ohraničováno rokem šedesátým či pětadesátým. Vlivem tohoto období nastávají v životě jedinců individuální změny. Pokračují involuce a negativní zdravotní projevy. Stářím (senium) označujeme poslední etapu ontogenetického vývoje člověka.

Dochází ke snížení zrakové percepce, zhoršení sluchu, komunikace, dochází taktéž k omezení v oblasti pracovních činností, hrozí zde nebezpečí úrazu v důsledku úbytku sil. Zhoršuje se paměť a klesá intelektová pohotovost a bystrost. (Helus, 2011)

**J. A. Komenský** rozděluje stáří na *dvě etapy* a to na *starého muže* ve věku 35- 42 let a na *kmeta* ve věku 42 let a výše.

**Příhoda** (1974) považuje za sénium období počínající věkem 60 let a rozčleňuje jej do *tří fází*. (Časné stáří, vlastní stáří, dlouhověkost).

Časné stáří	• 60 – 74 let stárnutí/ senescence
Vlastní stáří	• 75 - 89 let kmenství/sénium
Dlouhověkost	• 90 let a výše patriarchum

Obrázek 3: Členění stáří podle Příhody (1974).

**Švancara** (1983) zahrnuje stáří do jedné etapy, která začíná 65 rokem. Dosáhnutí 80 a více let označuje jako dosažení vysokého věku.

**Peter Gruss** (2009), uvádí daná období takto: třetí věk od 60 do 80 let a čtvrtý věk pak od 80 let do 100 let. Dále ale objasňuje, že tyto označení slouží především pro vědecké účely – a tvrdí, že na člověka působí především *genetické, společenské, psychologické* a *náhodné procesy*.

## 2.2 DRUHY STÁŘÍ

Průběh života lze rozdělit do určitých period. Zdá se to být celkem obtížné, neboť se všechny změny příčinné i následné vzájemně prolínají a některé z nich jsou protichůdné.

### 2.2.1 BIOLOGICKÉ STÁŘÍ

Biologické stáří hypoteticky označuje konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů). Důležitým znakem tzv. biologického stárnutí a stáří je biologický věk, jehož individuální definici mu určuje geneticky daný program biologického stárnutí, např. různě rychle nastupující úbytek funkcí jednotlivých orgánů. (Kozáková, Müller, 2006)

V této podkapitole se zaměříme na označení konkrétních změn biologického stáří.

Projevy stáří můžeme zaznamenat pouhým okem. Důsledkem snižování meziobratlových chrupavčitých plotének, zmenšováním svalové hmoty (**úbytek váhy**)

či snižováním napětí svalů dochází k **ubývání na výšce**. **Svalstvo** ztrácí svůj objem a elasticitu, **kosti a klouby** procházejí výraznými změnami, při kterých dochází k úbytku kostní hmoty. **Kůže** ztrácí pružnost, tvoří se vrásky, je suchá a má snížený turgor.

Za další známky stárnutí považujeme **šedivění vlasů** či **pokles vitální kapacity plic**. Hůře snášena bývá také zátěž na krevní systém např. při ztrátě krve apod. Významnými změnami prochází dále i **zažívací trakt**. Objevuje se atrofie sliznice a svaloviny – což může mít za důsledek snižování sekrece a resorbce či snižování peristaltiky střev. **Ledviny** postupně ztrácejí funkční nefrony a omezuje se jejich filtrační činnost. Ubývá činnost **endokrinního systému** – mění se hladina pohlavních hormonů a snižuje se funkce štítné žlázy. Bazální metabolismus se snižuje až o 20%. (Kozáková, Müller, 2006)

**Mozek** s postupným stárnutím začíná lehce zakrňovat. U jedinců, kterým je přes 80 let je možné zaznamenat určitý stupeň mozkové atrofie. Dále je doložen úpadek spánku a tím i jeho význam pro organismus. (Loue, Sajatovic, 2008)

Pokud bychom se měli zaměřit na transformaci **smyslových orgánů** v souvislosti s biologickým stářím, publikace Kozákové a Müllera (2006) uvádí následující.

V oblasti **zraku** dochází k tzv. presbyopii, kterou způsobuje snížená pružnost oční čočky. Objevují se poruchy **sluchu**, kdy jedinec není schopen přijímat určité tóny o vyšší frekvenci a později hůře vnímá tóny o střední a hluboké frekvenci. Ubývají chuťové pohárky - mění se chuť, pocit **pohmatu** může být lehce otupený, **čich** se modifikuje jak kvantitativně, tak kvalitativně. Zvyšuje se práh citění bolesti.

## 2.2.2 KALENDÁŘNÍ STÁŘÍ

Pro periodizaci lidského stáří se nejčastěji orientujeme z kalendářního věku – nazývaného také jako matriční nebo chronologický. Podle kalendářního věku je stáří určováno na základě dosažení určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky často nápadněji projevují involuční změny. (Kozáková, Müller, 2006)

Kladným měřítkem kalendářního stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace. Ve vyspělých státech se hranice stáří posouvá k věku 65 let. (Mühlpachr, Staníček, 2001)

Věk nad 90 let (někdy také nad 85 let) je často označován jako dlouhověkost. Procento lidí, kteří se dožívají právě takového věku, roste. Domníváme se, že je to způsobeno vyspělejší lékařskou péčí, zvyšování životní úrovně či menších nároků životního prostředí na fyzickou zdatnost. (Kozáková, Müller, 2006)

Kalendářní stáří jde obtížně rozčlenit. Proto zde mluvíme pouze o rámcovém, schematickém naznačení věkových gradientů. Mühlpachr a Staníček (2001) uvádí, že tato periodizace může být pouze prakticky využitelná a že nepřihlíží k důležitým ontogenetickým rozdílům mezi muži a ženami. Její význam spočívá v orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku.

Podle kalendářního, matričního, chronologického věku se společnost orientuje například při vymezení postproduktivního nebo důchodcovského věku a je limitem pro určité normy. Uplatňuje se také demografické hledisko - čím starší populace, tím vyšší hranice stáří.

### 2.2.3 PSYCHICKÉ STÁŘÍ

Psychické stáří ovlivňuje několik faktorů, jako jsou například osobnostní rysy či psychické změny v důsledku stáří a stárnutí. Snižuje se odolnost jedince vůči nežádoucím vlivům, jako např. přecházení od materiálních hodnot k duchovním či přechod k egocentrismu, introverzi a introspekci. Převládá zde sklon ke konzervatismu.

Psychické změny úzce souvisí s biologickými změnami, kde dochází k transformaci v oblasti tělesných vlastností, kdy právě tyto změny jsou seniorem vnímány negativně a v důsledku toho se odráží v psychice člověka. (Malíková, 2011)

Malíková uvádí výčet několika typických změn, které nastávají v psychické oblasti a intelektových schopnostech. Jedná se například o *snížení fatických funkcí* – tj. snížení funkce řeči, schopnost cokoli rozpoznat či pojmenovat, o *změnu zájmů, změny potřeb a jejich pořadí*. (Malíková, 2011)

Dochází ke změnám v *kognitivních schopnostech*, kdy se zpomaluje psychomotorické tempo a ke změnám *paměti a učení*, kdy si lidé hůře vybavují názvy nebo se obtížněji koncentrují. V oblasti emocionality bývá člověk citlivější a hůře zvládá emoce. Může se stát emočně labilním či citově oploštěným, kdy ztrácí schopnost uvědomění si citového prožitku. Dochází také k proměnlivosti rozhodnutí či postojů a k snížené schopnosti adaptace na nové změny a náročné situace. (Malíková, 2011)

Stoupá význam rodiny. Jiné kvality nabývá také afektivní prožívání. (Kozáková, Müller, 2006)

Vzhledem k pokračujícímu věku by nemělo docházet k zásadním změnám v oblasti psychické a v rysech osobnosti. Změny ve fyziologické oblasti stárnutí přicházejí postupně a pozvolna. (Malíková, 2011)

## 2.2.4 SOCIÁLNÍ STÁŘÍ

Některé sociální události jsou spojovány se sociálním stářím a sociálním věkem. Sociálním stářím označujeme úsek, který je vymezen kombinací několika sociálních změn nebo splněním určitého kritéria – např. penzionování. Sociální stáří je podmíněno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří v tomto kontextu můžeme chápat jako sociální událost. (Kozáková, Müller, 2006)

Stáří a stárnutí je ovlivněno *sociálními aspekty*. Těch je několik a proto zde můžeme uvést výčet pouze některých z *příznivých* a *nepříznivých* sociálních aspektů. Mezi *příznivé* sociální aspekty patří funkční rodina, kladné rodinné vztahy, pevná citová vazba, příprava ekonomického zabezpečení na stáří, příprava na vyplnění volného času, možnost uspokojení potřeb seniora. Mezi *nepříznivé* sociální aspekty patří odchod do penze, generační osamělost, omezení sociálního kontaktu, fyzická závislost, sociální izolace, strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti či stěhování. (Malíková, 2011)

Sociální stáří lze rozčlenit do čtyř velkých období, tzv. věků.

**První věk** je považován za předproduktivní období. Jedná se o období dětství a mládí. Charakterizuje ho růst, vývoj, vzdělávání, profesní příprava či získávání zkušeností a znalostí.

**Druhý věk** je označován jako produktivní. Zde mluvíme o dospělosti, kdy dochází například k zakládání rodiny.

**Třetí věk** je definován jako postproduktivní. Dochází k poklesu sil.

**Čtvrtý věk** je často charakterizován jako fáze zoufalství. Hovoříme tedy o stárnutí.  
(Mühlpachr, Staníček, 2001)

### 3 ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

Zdravotní znevýhodnění s sebou nese celou řadu nevýhod, kterým se jedinec musí přizpůsobit. Ve stáří se většinou jedná o několik zdravotních faktorů, které následně ovlivňují fungování jedince v běžném životě a ve společnosti. Člověk s přibývajícím věkem, úbytkem sil a působením nepříznivého zdravotního stavu se stává závislým na péči druhých. To celkově ovlivňuje jeho vnímání, prožívání a kvalitu života. Většinou se jedná o soubory různých druhů zdravotního znevýhodnění, které vedou ke zhoršení a ztížení životních podmínek jedince.

Zdravotní znevýhodnění může přicházet postupně, plíživě, podle genetických předpokladů, ale také náhle a nečekaně, v důsledku vážné nehody apod.

V následujících kapitolách jsou stručně popsány určité složky zdravotního znevýhodnění, které se mohou vyskytovat v průběhu stárnutí. Jedná se o dlouhodobá a trvalá onemocnění.

#### 3.1 SENIOR A ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

##### 3.1.1 PORANĚNÍ MOZKU

Zdravotní znevýhodnění může být spojováno také s poraněním mozku. Je třeba odlišovat poranění hlavy a poranění mozku. V mnoha případech poranění mozku je člověk odkázán na lůžko či pomoc jiné osoby.

Podle Powella (2010) nejběžnějším a nejlehčím poraněním mozku je *komoce – otřes mozku*. Je charakteristické ztrátou vědomí, které netrvá déle než 15 minut a následnou retrográdní amnézií - tj. ztráta paměti události předcházející úrazu. Naproti tomu stojí vážné poranění mozku nazývané *difuzní axonální poškození*, které většinou končí trvalými následky, kdy dochází k poruchám hybnosti, koordinace, k poruchám vidění, slyšení, čtení, psaní, k neklidu, poruchám řeči, deformaci hlavy. Je zapříčiněno rychlým akceleračně-deceleračním pohybem hlavy, při kterém dochází k posunu různých částí mozkové tkáně a tím k střížnému porušení vláken axonů a cév v mozku.

### 3.1.2 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

K tělesnému postižení dochází ze dvou důvodů, hovoříme o *vrozeném* a *získaném* postižení. Vrozené postižení vzniká během prenatálního vývoje na základě genetických předpokladů jedince, dále v průběhu porodu nebo krátce v postnatálním období. Získané postižení je způsobeno úrazem, chorobami a jejich následky. Ty vznikají v kterémkoli období života jedince.

Jedná se o poruchy pohybového ústrojí ve spojitosti s různými příčinami. Podle Votavy (2003) k problémům s pohybovým aparátem dochází například v důsledku *cévní mozkové příhody*, kdy dochází k přerušení zásobování krve do určité části mozku. V 80% je přerušení dodávky okysličené krve způsobené trombem, který cévu ucpe. *Periferní parézy*, kdy se snižuje síla svalů a svalového tonu. *Centrální parézy mozkového původu* či *centrální parézy míšního původu*, ke které dochází v souvislosti s vážným úrazem páteře a následným poraněním míchy. Dále například *roztroušená skleróza*, která se řadí mezi chronické neurologické nemoci a vyznačuje se poruchou hybnosti, zraku a jiných částí. V důsledku *amputace*, která je nutná nejčastěji při cévních chorobách na dolních končetinách v důsledku diabetes či ateroskleróze nebo méně časté a to v důsledku úrazu. *Parkinsonově chorobě*, *myopatie* či *artróze*.

### 3.1.3 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Díky tomuto smyslu, tedy zraku, jedinec přijímá 80 – 90% informací o okolním světě. Jedná se o jeden ze *základních smyslů člověka*. Toto postižení narušuje především složku *chování* a to především *kognitivní funkce*, *orientaci v prostoru* a *celkový pohyb*. Řadíme sem onemocnění, které jsou typické pro oslabení zrakového vnímání, stavy po úrazech či vrozené nebo získané anatomicko-fyziologické poruchy.

Zrakové postižení se odráží také v psychické rovině jedince. Rozlišujeme tři roviny. První rovina je spojována s postižením zraku a s kvalitou vizuální percepce. Zde se jedná hlavně o oblast poznávání. Druhá rovina informuje o vlivu postižení na osobnost jedince. Může být narušena oblast emocionality, volní sféry či charakteru. Třetí rovina se prolíná s rovinou druhou, jedná se o oblast vztahů a sociálního prostředí. (Květoňová - Švecová, 1998)



### 3.1.3.1 TYPY ZRAKOVÝCH VAD

Jedinec postižený *ztrátou zrakové ostrosti* nevidí zřetelně. Hůře vnímá a zpracovává detaily, ovšem s identifikací větších předmětů nemusí mít problém.

*Postižení zorného pole* charakterizujeme jako omezení prostoru, který zrakově postižený vidí. Jestliže se prokáže výpadek v centru zrakového pole, v tom případě bude mít jedinec problémy při pohledu přímo před sebe a bude se dívat stranou, aby viděl lépe. O *Okulomotorických poruchách* hovoříme tehdy, když dochází k vadné koordinaci pohybu očí. Problémy nastávají při sledování pohybujících se předmětů či při používání obou očí. Při pohledu na objekt se oči mohou stáčet asymetricky dovnitř nebo jedno oko dovnitř a druhé zevně. Deficitem zrakových center CNS vznikají *problémy se zpracováním zrakových podnětů*. Jedinci s kortikálním postižením zraku mají potíže se zpracováním zrakové informace, ačkoli není poškozena sítnice ani zrakový nerv. (Květoňová - Švecová, 1998)

### 3.1.4 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Jedním z nejrozšířenějších postižení v populaci je somaticko-funkční postižení. Publikace Horákové (2012) uvádí, že v České republice žije přibližně 300 tisíc osob se sluchovým postižením.

Vzhledem k tématu uvedeme nejčastější poruchu, která doprovází jedince ve vyšším věku zvanou *presbyakuzie*. Jedná se o nedoslýchavost nebo také stařeckou nedoslýchavost. Hovoříme tedy o poruše sluchu, která se projevuje zhoršením slyšení tónů vysokých frekvencí. Současně se s touto poruchou také zhoršuje rozumění řeči. Kolem 60 roku dochází k volnému snižování sluchové ostrosti. Jako příčiny uvádí publikace Horákové (2012) odumírání vláskových buněk či poruchy krevního oběhu, které zapříčiňují špatné prokrvení sluchového orgánu.

Dále můžeme zmínit periferní nedoslýchavost, jinak také hluchotu. Dělí se na *převodní*, u této vady jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, vyskytuje se zde nějaká překážka, která brání jeho přenosu. Při deficitu vnitřního ucha, sluchových buněk či sluchového nervu hovoříme o *percepční* hluchotě. A v neposlední řadě na *smíšenou*, kdy v různém stupni dochází ke kombinaci příčin, které způsobují poruchu převodní a percepční. (Herodová in Horáková, 2012)

## 3.2 DALŠÍ ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

Zde můžeme hovořit například o kardiovaskulárních onemocněních, rakovině, duševních nemocích, chronických respiračních onemocněních, muskuloskeletálních poruchách, apod.

Do **kardiovaskulárních chorob** řadíme například ischemickou chorobu srdeční, vrozené a získané srdeční vady, kardiomyopatii, hypertenzi, cévní mozkové příhody, záněty žil. Mezi příznaky těchto chorob patří bolest na hrudníku. Může také docházet k dušnosti, otokům například na dolních končetinách. (Hromadová, 2004)

**Rakovina** představuje pro člověka také určité znevýhodnění, obzvláště, má-li agresivní a neléčitelný charakter. Jedince do značné míry limituje a vytváří z něj člověka závislého na ostatních.

Schizofrenie, depresivní porucha, bipolární porucha, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy a další, to vše řadíme mezi **duševní poruchy**. Pro tyto nemoci je charakteristické narušené myšlení, výkyvy nálad nebo změna chování. Typickými příznaky jsou bolesti hlavy, svalů, kloubů či břicha, poruchy kognitivních funkcí, kdy se například mohou v myšlenkách jedince vyskytovat abnormální vize a abstrakce. Časté jsou také halucinace nebo bludy. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015)

Pod **chronická respirační onemocnění** spadá například cystická fibróza, imunodeficitní stavy, lokální poruchy obranyschopnosti. Další skupinou jsou alergická onemocnění, jako je asthma bronchiale.

Většina **muskuloskeletálních poruch** se vyvíjí postupem času. Tyto poruchy obvykle zasahují záda, krk, ramena, klouby, horní i dolní končetiny. Tyto problémy postihují většinou jedince, kteří ve výkonu svého povolání manipulují s těžkými předměty, dlouho sedí nebo stojí a kteří vykonávají prudké, opakované, nepřírozené nebo statické pohyby, pracují v rychlém tempu nebo jsou vystaveni pravidelným vibracím. (Muskuloskeletální poruchy - Bezpečnost a ochrana zdraví při práci - EU - OSHA. European Agency for Safety & Health at Work - *Information, statistics, legislation and risk assessment tools*. [online]. Copyright © 2018 EU. [cit. 10.02.2018]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/musculoskeletal-disorders>).

## 4 KVALITA ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH

Pojem **kvalita** je vyjádřen ve slovníku českého a slovenského jazyka následovně. Kvalita sděluje jakousi jakost, hodnotu. Tokarová (2002) ho vymezuje ve dvou významech:

1. jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin);
2. jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný projekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb. (Gurková, 2011)

Kvalita je označována také jako relativní kategorie nikoli absolutní, neboť může být vyjádřena *kvalitativními* (vycházejícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a *kvantitativními* (objektivními, měřitelnými) indikátory. (Gurková, 2011)

### 4.1 KVALITA ŽIVOTA

O kvalitě života mluvíme jako o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti. Dokazují to termíny, které vymezují kvalitu života pomocí předpony multi. Kvalita života je definována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o fenoménu multiúrovňovém a multidisciplinárním. (Gurková, 2001)

Tímto pojmem rozumíme dlouhodobý, přetrvávající stav, který je regulovaný mechanismy psychické rovnováhy neboli ekvilibria.

Zdraví a prostředí, to jsou pojmy, které s kvalitou života úzce souvisí a jsou neoddělitelné. Jestliže se člověk necítí být nebo není zdravý, logicky se to odrazí na jeho způsobu a kvalitě života. (Payne, 2005)

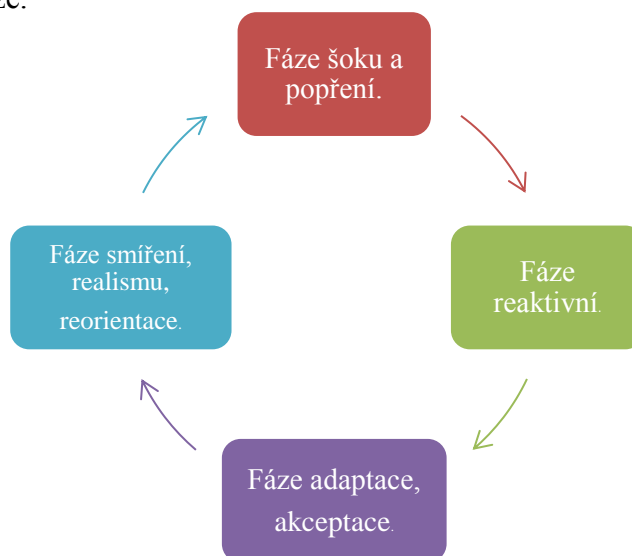
K definování pojmu kvality života přispěly různou měrou sociální, kulturní, politické, ekonomické, historické, medicínské, interpersonální, psychologické či filosofické aspekty. Termín kvalita života, jak již bylo řečeno, má svou historii. Je pravděpodobné, že se objevil už v pracích klasických autorů, avšak předmětem systematického vědního zájmu se stává až v posledních dekádách 20. století. V dílech,

jako je Společnost hojnosti od Galbraitha nebo Osamělý dav od Riesmana se hovoří už v 50. letech.

Pojem kvality života vychází z jakési myšlenky, že mezi všedními a vědeckými pojmy není vždy shoda a že interpretace jejich obsahů do souladu vyžaduje srovnání laické a vědecké perspektivy. Na základě 76 respondentů stanovila publikace Payna (2005) domény pojmu kvality života jako **aktivita**. Pod tímto pojmem si představíme například možnosti poznávání, vzdělávání, cestování. Mít určité cíle či motivaci, učit se něčemu novému. **Propojenost**, kdy se jedná hlavně o lidské vztahy. V okolí je někdo, na koho se jedinec může spolehnout. Někdo, kdo ho potřebuje – přátelé nebo rodina, která ho nezradí. Dále **harmonie**. Žít klidným, vyrovnaným životem v příjemném prostředí v míru a pohodě. **Autenticita**, možnost seberealizace, žít život pravdivý a nepromarněný. Následujícími doménami jsou řád, kořeny, kontinuita, fatalismus, apod.

Koncept kvality života nemá doposud akceptovanou definici ani metodologii, neboť napříč různými vědními disciplínami, jako je například psychologie, filosofie, sociologie či pedagogika, se liší úhel pohledu a s tím spojená i teoretická vymezení.

Kvalita života sehrává svojí roli ve vnímání, chování a jednání člověka, který prochází změnou sociální role. Jako příklad můžeme uvést fáze, které rodina prožívá při zjištění diagnózy dítěte. Toto schéma úzce souvisí s případem, kdy například senior odchází do penze.



Obrázek 4: Fáze, jimiž prochází jedinec při zjištění nepříznivé diagnózy. (Payne, 2005, s. 45)

## 4.2 RODINA A JEJÍ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA PEČOVATELE

Domácí péči o nesoběstačného jedince/seniora lze podle Pacovského (1990) splnit pouze za tři podmínky:

- 1) **členové rodiny musí chtít o seniora pečovat** – není nutno připomínat, že péče o nesoběstačného jedince ovlivňuje celý rodinný systém a to i v případě, zda musí rodinný příslušník docházet do domácnosti pečovaného. Novosad (2009) ve své publikaci uvádí, že rodiny a jedinci, kteří pečují o zdravotně znevýhodněné seniory, jsou přetížení, pohybují se na hranici zhroucení, psychického rozpoložení a neklidu. V některých případech může vést tato situace i k *rozpadu rodiny*. Pečujícího jedince by rodina měla adekvátně podporovat. V případě, že se rodina staví negativně k této situaci, pečující je vystaven nepříjemné zátěži. (Truhlářová, 2015)
- 2) **členové rodiny musí mít podmínky k péči** – rodina by měla zajistit nutné podmínky k tomu, aby péče mohla probíhat. Pečovatel, který se rozhodne seniorovi pomáhat, by měl být schopen fyzicky i psychicky tuto práci vykonávat - měl by být tedy v dobré zdravotní kondici ve všech směrech. Pro správné vykonávání péče je důležité vhodné bytové uspořádání a dostatek finančních prostředků pro specifické potřeby seniora. Vzhledem k časové náročnosti je téměř nutností, aby měl pečovatel flexibilní pracovní dobu. (Truhlářová, 2015)
- 3) **členové rodiny musejí umět pečovat** - je zde na místě zmínit, aby se jedinec, který začíná pečovat o nesamostatného seniora, dozvěděl informace ohledně adekvátní speciální péče. V tento moment jsou na pečovatele kladeny *vysoké nároky* jak z hlediska teoretických znalostí, tak z hlediska praktických kompetencí ohledně individuální péče o jedince. Vliv na kvalitu života pečovatele má také intenzita, náročnost a doba péče. (Truhlářová, 2015)

### 4.2.1 PÉČE Z POHLEDU ČLENŮ RODINY

Hlavní zvrát v životě pro dříve nezávislého jedince nastává tehdy, když vlivem negativních okolností (autonehoda, dlouhodobá nemoc, následky úrazu, apod.) či vlivem *stárnutí*, osoba začíná vyžadovat intenzivní pomoc a asistenci. Touto situací se

také rázem mění život jedince, který o seniora začíná pečovat. V tomto případě lze říci, že tato skutečnost je opakem k étosu individualistické společnosti, která oceňuje zejména autonomii a nezávislost. (Dudová, 2015)

Pečující osobou nemusí být jen profesionálně vyškolený personál, můžou se jí stát také **členové rodiny – synové, dcery, bratři, sestry, manželé, manželky, příbuzní, přátelé, či blízké osoby.**

R. Dudová uvádí dvě hlavní cesty vývoje, které doprovází život pečovatele. Nejčastější cestou vývoje je **krize**. Nastává v případě, že se jedinci (seniorovi) zhorší jeho stávající zdravotní stav a členové rodiny jsou náhle, nečekaně postaveni před situací, na kterou se mohli jen těžko připravit - tzn. urychleně se musí vypořádat s problémem otázky péče o seniora. Druhou cestou vývoje se označuje **kontinuální zhoršování** stavu seniora. Rodina či pečovatel si tak na stav „zvyká“ postupně a adaptuje se. (Dudová, 2015)

### 4.3 VLIV PÉČE NA KVALITU ŽIVOTA PEČOVATELE

Čas hraje významnou roli v kvalitě života pečující osoby. Je rozdíl, zda se péče uskutečňuje po dobu jednoho roka či deseti let.

Kvalitu života pečovatele ovlivňuje několik faktorů. Jsou to například jeho věk, intenzita vykonávané péče, závislost klienta či rodinného příslušníka na poskytované péči, tělesná kondice a osobnost pečujícího, druh nemoci nebo znevýhodnění klienta, míra náročnosti práce, úroveň jeho výkonnostních vlastností, vliv prostředí, životních zkušeností, apod.

V životě jedince se toho může ledacos změnit. Jsou ovlivňovány partnerské vztahy, je narušován určitý řád a chod domácnosti, náhle se mění trávení volného času, partneři si mohou zdát být odcizení, projevuje se sociální izolace a to vše se odráží na zdravotním stavu pečující osoby a kvalitě života. (Truhlářová, 2015)

Pro pečovatele to může představovat **zdravotní komplikace**. Působením času se objevuje *stres* a u mnohých jedinců *syndrom vyhoření*. Mohou se také objevit problémy ve vztahu k jedinci, o kterého je pečováno a to z důvodu jejich neustálého kontaktu.

#### 4.4 ZÁTĚŽ PRO PEČOVATELE

Mnoho autorů uvádí, že vyšší kvalita života pečovatelů je spojována s domácí péčí. Péče o blízkou osobu je náročná hlavně ve *fyzické, psychické, finanční, sociální* a *spirituální* oblasti.

Pokud bychom měli charakterizovat *fyzickou* zátěž pečovatele, je zde nutné podotknout hlavně *statické zatížení*, kdy je jedinec nucen provádět výkony okolo pacienta vestoje. Dochází k zatížení kosterního a svalového systému. Při manipulaci s pacientem zatěžujeme klouby apod. Díky nepřetržité péči (ve dne v noci) může docházet k poruchám spánku, krátkého času na dodržování pravidelného pitného či stravovacího režimu.

Mezi *psychické* aspekty řadí R. Kurucová (2016) emocionální neklid, stres, nervozitu, strach a depresi. Řadí se sem také neustálá odpovědnost za úkony, které pečovatel provedl, neustálá bdělost, plnění požadavků pacienta. Je zde kladen také důraz na paměť pečovatele. (Kurucová, 2016)

#### 4.5 PRIMÁRNOST VZTAHU MEZI PEČOVATELEM A KLIENTEM

Proto, aby prováděná péče byla úspěšná a minimalizovala tak problémy, kterými nesamostatný jedinec/senior trpí, je potřeba *pozitivního* vztahu mezi osobou pečující a osobou, o kterou je pečováno. Interakce, které probíhají mezi lidmi, jsou ovlivňovány vztahy - vztah je proměnná – můžeme ji tedy kultivovat. (Géringová, 2010)

V této souvislosti se můžeme setkat jak se vztahy dobrými, tak špatnými. Mohou se také zlepšit, zhoršit, zkažit. Vztah mezi pečovatelem a osobou, o kterou je pečováno, je velice důležitý pro samotnou účinnost péče. Na základě vztahů se můžeme lépe orientovat o stavu jedince, kdy se navenek promítají vnitřní informace, postoje a duševní obsahy, které nám umožňují lépe číst v osobnosti jedince. (Géringová, 2010)

Géringová (2010) také uvádí, že hlavními negativními emocemi, které nás doprovází ve vztazích k druhým lidem, jsou závist a žárlivost. Naopak pozitivní jsou lítost a soucit.

## 4.6 NÁROČNOST SITUACE U PEČUJÍCÍHO ČLENA RODINY

V dnešní společnosti se setkáváme s lidmi, kteří se naivně domnívají, že jedinci, kteří pomáhají druhým, žádnou pomoc nepotřebují. Myslí si, že jsou natolik silní, že pomoc druhých vůbec nepotřebují. Předpokládají, že nemají žádné problémy a pokud ano, že se s nimi dokážou velice snadno vypořádat.

Pokud bychom takto uvažovali, vyvstává zde jediné řešení. Lékaři by operovali sami sebe, psychologové a psychiatři by léčili sami sebe, zubaři by si sami vrtali zuby a pečovatelé by od druhých žádnou pomoc nepotřebovali.

Opak je pravdou. Pokud se zaměříme pouze na práci pečovatele, dojde nám, že takové povolání není vůbec jednoduché. Ba naopak, *řadí se mezi jedno z nejnáročnějších*. V málo které profesi dojde během několika let k vyčerpání a k vyhoření. Jedinci, kteří se starají o druhé, to dělají z několika důvodů. Jedním z nich je právě to, že jsou více senzitivní než ti ostatní. Mají větší schopnost empatie. Právě tyto lidé jsou více vyhledáváni těmi, kteří pomoc potřebují, protože se jim dostává hlubšího pochopení a pomoci. Platí to jak mezi profesionálními pečovateli, tak rodinnými pečovateli. (Doušková, Franta, 2001)

Obecně platí fakt, že čím je profese emočně náročnější, tím větší stres u člověka, který ji provádí, je. Proto je potřeba, aby i těmto lidem – lidem, kteří pečují, byla věnována dostatečná péče. Přesný návod, jak pečovat o ty, kteří pečují, není. Snad jen to, nechat člověka svobodně dýchat a užívat si jeho vlastních potřeb, dokázat se do něj vcítit, dokázat mu poradit, pomoci. Je nesmírně důležité si připomenout, že i ten nejsilnější člověk potřebuje být vyslechnut a pohlazen. (Doušková, Franta, 2001)

Pečovatelé by si rovněž měli uvědomit, že by jejich práce neměla vést k jejich úplnému zhroucení a vyčerpání. Neměli by žít s pocitem úplného obětování se pro péči o druhého. Důležitou složkou je také zachování si určitých hranic a osobního prostoru. Hranice neznamenaají to, že člověk nemá zájem.

Do péče o pečovatele také můžeme zařadit rozhovory o určitých rozporech, problémech, nesrovnalostech, ale také o zážitcích a radostech. Dostává se jim pocitu porozumění a kontaktu.



## 4.7 STRES V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA PEČUJÍCÍ OSOBY

Jaký je ale původ tohoto pojmu? Pojem stres k nám pronikl z anglického „stress“, které vzniklo na základě latinského slovesa stringo, stringere, strinxī, strictum – což v překladu znamená utahovati, stahovati, zadrhovati. Jedná se tedy o jev, ve kterém je jedinec vystaven nejrůznějším tlakům. H. Basowitz poukazuje na to, že stres je reakcí na interní a externí procesy, které zatěžují fyziologické kapacity organismu. (Křivohlavý, 1994)

Pro snazší porozumění tohoto pojmu uvádíme pokusy o přesné definování stresu.

R. G. Miller uvádí, že stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku. M. H. Appley v publikaci Křivohlavého (1994, s. 25) vysvětluje stres takto: „*stresem označujeme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb)*“. Další pokus o definování provedli M. H. Appley s R. Trumbullem, kteří shledávají stresem nejen přímé, bezprostřední ohrožení člověka, ale i předjímání (anticipace) takového ohrožení a s tím spojený strach, bolest, nejistotu, úzkost apod. (Křivohlavý, 1994). Dle Nakonečného (1995) se jedná o stav individua – stav nadměrného zatížení či ohrožení.

Působení stresu může být podmíněno různými vlivy, faktory či okolnostmi – některé z nich mohou mít negativní dopad, avšak stres může mít i pozitivní formu. Stres je také považován za určitých okolností jako součást motivace. Může být užitečný, oživující.

Lze říci, že ve své podstatě je stres v malé míře aktivačním činitelem. Určitý projev stresu je schopen člověka aktivizovat či stimulovat k hledání účelného řešení situace. Díky tomu si člověk rozvíjí své zkušenosti a dovednosti. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

### 4.7.1 STRESORY

Stresory působící na pečující jedince v momentě, kdy jsou vystaveni stresové situaci, ovlivňují celkový chod jejich organismu a podílejí se na změně rovnováhy v úrovni psychické a fyzické.

Jsou vystaveni vnitřním a vnějším stresorům, které můžeme charakterizovat jako nepříjemné podněty, komplexní situace, negativní myšlenky či představy. Stresorem

může být například radikální změna barometrického tlaku, dále sociální faktory, nedostatek času, nedostatek místa, neovlivnitelnost, nepředvídatost, výzva pro naše schopnosti apod. Dále můžeme stresory definovat jako vnitřní těžké, tíživé situace. (Nývtová, 2010)

Epstein popisuje tři druhy stresorů, které rozlišuje podle toho, jakou způsobují úzkost. Jedná se tedy o stresory *biologické* (vitální) – o ty, které ohrožují život či existenci určitých orgánů, dále o stresory *ohrožující naši schopnost vyrovnávat se s těžkostmi*, *ohrožující asimilační kapacitu* a jako třetí stresory *ohrožující sebeúctu*. (Křivohlavý, 1994)

#### 4.7.2 FRUSTRACE, KONFLIKT, TRAUMA, KRIZE, DEPRIVACE

Za *frustrující* považujeme situaci, kdy jedinec není schopen docílit uspokojení své subjektivní potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak nebude. Lze tedy říci, že frustrace se dá vysvětlit jako neočekávaná ztráta šance na uspokojení.

Působení frustrace ovlivňuje emoční citění pečovatele a může vyvolávat prožitek zklamání a nepřiměřené reakce. Ne vždy jsou důsledky frustrace negativní. Stejně, jako v případě působení stresu, může být tento stav žádoucí. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Dalším, opakujícím se jevem vyskytujícím se u pečujících osob, je *konflikt*. Taktéž patří mezi běžné potíže a řadí se sem například konflikt mezi lidmi, konflikt mezi tím, co chci a co mohu apod. Negativní charakter nabývá na síle tehdy, pokud je skutečně závažný, pokud ho člověk není schopen řešit, pokud se stále kumuluje a pokud trvá příliš dlouho.

V psychopatologii hrají velký význam tzv. vnitřní konflikty. Tyto konflikty se uskutečňují ve vědomí jedince a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí a tím pádem anulují celkový pocit pohody. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Jestliže mluvíme o *traumatu*, jedná se o neočekávaně vzniklou situaci, která vede k umělému poškození či ztrátě. V důsledku toho přicházíme o pocit bezpečí, prožíváme úzkost, obavy, smutek. Trauma narušuje objektivitu jedince a nejvíce se projevuje

v chování člověka. Součástí traumatu bývají deprese a záchvaty paniky. V některých případech může po prožitém traumatu dojít i k posttraumatické stresové poruše.

Jako příklad *krize* můžeme uvést selhání v zaměstnání či manželské problémy. Dochází k narušení psychické rovnováhy v případech náhlého vyhocení určité situace či dlouhodobé kumulace problémů.

Citové strádání. Tak můžeme česky vyjádřit pojem *deprivace*. Termín lze chápat také jako ztrátu, zbavení, nedostatek něčeho apod. Deprivace označuje nedostatečné uspokojení důležité psychické či fyzické potřeby jednotlivce. Charakteristickým znakem je pro deprivaci její dlouhodobost. Jako příklad můžeme uvést nedostatek podnětů během vývoje dítěte či nedostatek sociálních kontaktů. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

#### **4.7.3 DOPAD STRESU NA PEČOVATELE**

Nežádoucí dopad či důsledky stresu se většinou neobjevují hned. Obvykle se jedinec snaží se stresory vyrovnat – to se může určitou dobu člověku dařit, může si na stres zvyknout a naučit se s ním žít, avšak po nějaké době přichází fáze, která do jeho života přináší vyčerpání a působí tak negativně na jeho organismus.

Je zde na místě, když zmíníme obecně platnou zákonitost, ze které vyplývá, že k tomu, aby po stresu opět nastala u člověka rovnováha, je potřeba přibližně dvojnásobného množství času, než je doba, po kterou trvalo působení stresorů. (Nývtová, 2010)

Jak je všeobecně známo, člověk tvoří jedinečnou bytost a proto na každého jedince mají stresory odlišný vliv. Záleží zde na intenzitě stresorů působících na jedince a na jeho individuálních zvláštích. Vždy se jedná o celou skupinu působících reakcí - psychických a fyzických, které jsou také při stresu ovlivňovány.

Stres má velký vliv na zdravotní stav. Jestliže se organismus dostane do stresu, může to vést k onemocnění. Nemoci, které vznikají právě touto cestou, tedy díky stresu, nazývá H. Selyenemoce nemoci z adaptace. Ve své podstatě se jedná o to, že adaptační systém není s to se vyrovnat s určitou situací. Pakliže k tomuto stavu dojde, selhání adaptačního systému odblokuje chorobný proces - tedy onemocnění. (Křivohlavý, 1994)

U jedince se mohou vlivem působení dlouhodobého či intenzivního stresu objevovat *změny tělesné*, kdy dochází ke změně biochemie těla, mohou vznikat psychické poruchy, může docházet ke zhoršování již vzniklých zdravotních problémů či k oslabení imunitního systému, dochází taktéž ke zvyšování krevního tlaku, zrychlení tepu, svalovému napětí apod. V rovině *emočních změn* se objevuje negativní emoční vyladění – strach, úzkost, deprese, agresivita, absence radosti a spokojenosti, což má samozřejmě dále vliv na myšlení, soustředění či paměť. Další změny probíhají například v *kognitivních* procesech, kdy se člověk může dopouštět více chyb apod. Dochází také ke značným zvrátům v oblasti *motivace*. Jedinec ztrácí chuť učit se novým věcem, přichází o motivaci k práci či zájmovým činnostem. Nápadné změny se projevují také ve změně *chování* osoby postižené stresem. (Nývtová, 2010)

#### 4.8 PRÁVA A POVINNOSTI PEČOVATELE

Lidská práva vyžadují plné uznání. Nedodržování lidských práv vede ke skandálům a mediálním kampaním. Zachovávání lidských práv zajišťuje poskytování skutečné osobní péče umožňující přání jedinců být slyšet. Poskytování služby - péče, je postaveno na rovnoprávném vztahu mezi poskytovatelem a klientem a proto by měla být dodržována tato pravidla. (Mulley, Bowman, Boyd, Stowe, 2014)

**Právo na důstojnost.** Řadíme sem ohleduplné chování a jednání, slušnost, úctu na obou stranách. Jestliže se nejedná o rodinného příslušníka, klienty oslovujeme příjmením, vykáme jim, pokud není stanoveno jinak. **Právo na bezpečí.** Plně respektujeme jedincova práva na soukromí. Respektujeme přání, požadavky. Zachováváme mlčenlivost. **Právo rozhodovat o vlastní osobě.** Snaha přizpůsobit se individuálním potřebám. **Svoboda víry, vyznání a názorů.** Akceptace jedince, jeho víry, vyznání a názorů bez ohledu na to, aby byla tímto péče ovlivněna ať už pozitivně nebo negativně. **Právo podávat stížnosti.** V případě nespokojenosti, špatného chování pečovatele, porušování výše uvedených práv, má jedinec právo stěžovat si. Vedle uvedených práv se pečujících také týkají určité **povinnosti**. Jedná se například o povinnost poskytovat péči, která odpovídá určitému rozsahu a kvalitě. Tato skutečnost je i jedním z kritérií případné kontroly využívání příspěvku na péči, kterou úřad práce provádí. (*Příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu* podle §80 zákona č. 100/1988 Sb. Ve znění zákona č. 133/1997 Sb. Náleží občanovi pečujícímu osobně, celodenně a

řádně o blízkou osobu, která je: převážně nebo úplně bezmocná, starší 80 let a je částečně bezmocná nebo starší 80 let a podle vyjádření ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby). Dále také oznamovací povinnost, kterou jedinec podepisuje. Je zde uvedeno datum hospitalizace příjemce příspěvku do 8 dnů, následně nahlášení jeho návratu či například ohlášení úmrtí apod. (Práva a povinnosti uživatelů a poskytovatelů sociální služby. Vítejte [online]. Copyright © 2009 [cit. 10.02.2018]. Dostupné z: <http://www.gcentrum.cz/index.php/pecovatelska-sluzba/prava-a-povinnosti-uvitel-a-poskytovatel-socialni-sluby>).

## **5 POMOC PRO PEČUJÍCÍ**

### **5.1 VOLNÝ ČAS**

Důležitou součástí odpočinku znamená pro pečující osoby volný čas. Pečovatel by měl být schopen vyčlenit si chvíle pro svoje koníčky, pro relaxaci, pro rodinu a v neposlední řadě pro sebe samotného. Ve volném čase by měl člověk vykonávat to, co ho baví, naplňuje, k čemu se rád vrací, uvolňuje a přináší radost.

### **5.2 SOCIÁLNÍ OPORA JAKO MOCNÝ FAKTOR**

Tento pojem se vztahuje k síle, kterou pečujícímu dodává společenství lidí jemu blízkých. Sociální psychologie si pod tímto termínem představuje tzv. *primární sociální skupinu*.

#### **5.2.1 VÝZNAM RODINY PRO PEČUJÍCÍHO JEDINCE**

Rodinu můžeme v tomto případě označit jako jeden z hlavních pilířů pro správné psychické a fyzické fungování jedince jako takového.

Rodina má dvě základní funkce a to emocionální a ochrannou. V emocionální sféře se rodina snaží udržet rovnováhu v pocitech soudržnosti, emoční blízkosti, spolupatříčnosti či vzájemnosti a v ochranné sféře, kde někteří autoři považují za hlavní smysl rodiny biologicko-reprodukční funkce. Rodina je biologicky důležitá pro udržení lidstva a je nedílnou jednotkou. Je jakým si prvním, závazným modelem společnosti. (Truhlářová, 2015)

Významný faktor hraje její psychologická podpora. Rodina je zdrojem pocitu, že člověk někam patří a že člověk není a nezůstane sám.

Za určitých okolností je její hlavní úlohou projevit svému členovi podporu, v případě problému usilovat všemi možnými prostředky o to, aby se jedinec co nejdříve dostal zpět do původního psychického i fyzického stavu. Klíčový význam hraje také pocit bezpečného zázemí, pro který nejsou kladeny žádné podmínky. Prostřednictvím rodiny si jedinec rozšiřuje sociální pole. (Matoušek, 1993)

Dospělý jedinec realizuje v rodině dvě role, na základě kterých zvyšuje svou autoevaluaci. Jedná se o sexuální a rodičovskou roli.

Nejen pro děti, ale i pro dospělé znamená rodina domov. Jedinec se v něm zbavuje rolí, traumat, má možnost sdílet radost či smutek, probíhá zde nepřetržitá komunikace, na základě které se vyměňují zprávy, sledují se společné cíle či se respektují sdílené hodnoty. (Matoušek, 1993)

## **6 RESILIENCE VŮČI SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Běžnými jevy, se kterými se v posledních letech setkává čím dál tím širší společnost, je stres a syndrom vyhoření. Stres, nejen že doprovází každodenní aktivity, je také součástí řady povolání. Stejně, jako syndrom vyhoření. Pro většinu z nás je těžké tyto procesy eliminovat a spousta z nás se s nimi učí žít.

Tyto stavy spolu velice úzce souvisí a není pochyb, že doprovázejí životy jedinců, kteří pečují o zdravotně znevýhodněné osoby.

### **6.1 RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ V KONTEXTU KVALITY ŽIVOTA PEČUJÍCÍ OSOBY**

„Už nemůžu dál“. Přesně tato věta doprovází mnoho pečujících postižených syndromem vyhoření. Jedná se o jedince vyčerpané svou prací, o jedince, kteří ztrácejí energii, nezvládají náročné pracovní situace, nemají radost ze života či o jedince trpící neustálou únavou, sníženou výkonností či celkovým vyčerpáním.

Dnes se setkáváme s názory, že syndrom vyhoření postihuje sociální profese, neboť tato povolání představují pro zaměstnance výraznou emoční zátěž, jedná se o profese zdravotních sester, sociálních pracovníků, učitelů či vychovatelů.

Vyhoření může být bolestivé a nepříjemné, ale přesto vše nemusí mít důsledky pouze negativní. Tento proces nás může přimět zabrzdit a zpomalit tak vysoké a náročné pracovní tempo, které jsme již nastavili a zamezit tak úplné fyzické a psychické destrukci.

#### **6.1.1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace [WHO]) se řadí vyhoření do doplňkové kategorie diagnóz, z čehož vyplývá, že burnout syndrom, tedy syndrom vyhoření, není klasifikován jako nemoc. (Stock, 2010)

Zásadní roli zde hraje chronický stres a spolu s tím spojené stresové faktory, coby stresory, díky kterým dochází k syndromu vyhoření. Můžeme říci, že stres je příčina a vyhasnutí důsledek.



Příznaky, které doprovázejí syndrom vyhoření, se dají klasifikovat jako obecné, proto je mnohdy těžké zjistit, že jedinec syndromem vyhoření opravdu trpí, lze ho velmi těžko v počáteční fázi identifikovat.

### 6.1.2 TŘI ZÁKLADNÍ SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Rozlišujeme tři základní symptomy syndromu vyhoření. Během *prvního*, základního symptomu, kde se jedná o **vyčerpání**, se jedinec cítí být fyzicky i emočně vysílený – američtí autoři často v této souvislosti aplikují pojem *tedium* (znechucení).

Emoční	Fyzické
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sklíčenost.</li> <li>• Bezmoc.</li> <li>• Beznaděj.</li> <li>• Ztráta sebeovládání, odvahy.</li> <li>• Pocity strachu, prázdnoty.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedostatek energie.</li> <li>• Slabost, únava.</li> <li>• Poruchy spánku, funkční poruchy.</li> <li>• Poruchy paměti, soustředění.</li> <li>• Náchylnost k nehodám.</li> </ul>

Tabulka 1: Znaky vyčerpání při burnout syndromu. (Stock, 2010, s. 23)

Dalším, *druhým* symptomem je **odcizení**. Člověk, v našem případě pečující ve vztahu ke své práci trpí odosobněným, téměř lhostejným postojem. Odcizení se může také projevit ve spojitosti se zaměstnanci, kdy dochází k přerušování a omezování sociálních vazeb, vztahů. V důsledku toho dochází ke zhoršenému klimatu na pracovní půdě či k rezignaci a pasivitě pracovníků. (Stock, 2010)

Odcizení můžeme také chápat jako postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Nadšení, sílu a motivaci postupem času vystřídá cynismus. Pracovní nasazení jedince, které se na začátku jeví jako velmi vysoké, profesionální, snaživé, se začíná snižovat a začíná se projevovat frustrace a zklamání.

Osoba, u níž se vyskytuje syndrom vyhoření, vnímá klienty či zákazníky jako přítěž a zdroj ohrožení, přenáší si pracovní povinnosti domů a objevuje se u ní podrážděnost či apatie. (Stock, 2010)

Tento symptom je doprovázen nechutenstvím setkávat se s kolegy a v některých případech i s pohrdavým postojem člověka k jeho okolí. Odcizení může přerůstat v agresivní či sarkastické chování. (Stock, 2010)

Projevy odcizení při burnout syndromu	
• Negativní postoj k sobě samému.	
• Negativní postoj k životu.	
• Negativní vztah k práci.	
• Negativní vztah k ostatním.	
• Ztráta schopnosti navázat a udržet	společenské vztahy.
• Ztráta sebeúcty.	
• Pocit vlastní nedostatečnosti.	
• Pocit méněcennosti.	

Tabulka 2: Projevy odcizení při burnout syndromu. (Stock, 2010, s. 21)

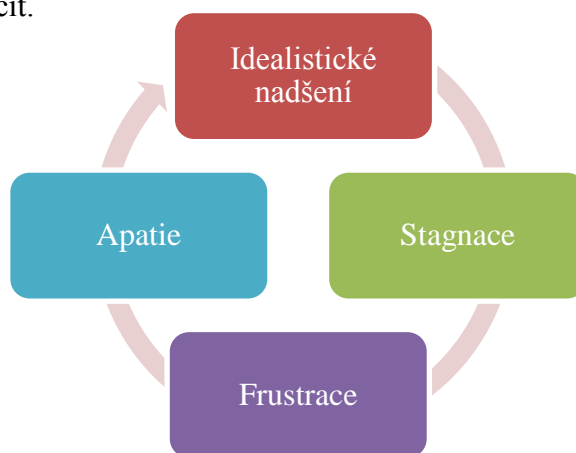
Pro poslední, *třetí* symptom, se užívá pojem *pokles výkonnosti*. Jedná se o to, že jedinec ztratil víru ve své schopnosti a začíná se považovat za neschopného. Většinou jde pouze o jeho subjektivní hodnocení, avšak zpravidla skutečně k mírnému zhoršení jeho výkonu dochází. Dochází tedy ke snížení produktivity jeho práce. (Stock, 2010)

Jedinec je nucen obětovat více času a energie k vykonání práce, kterou dříve bez problémů zvládal. Nutná je také regenerace organismu, i když v tomto případě již nestačí krátkodobá dovolená či prodloužený víkend k nabrání nových sil.

### 6.1.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Mnoho autorů popisuje syndrom vyhoření v několika fázích. To značí, že burnout syndrom je vnímán jako dlouhodobý proces. Jedinec může procházet jednotlivými fázemi burnout syndromu, ale některé z nich na sobě nemusí pociťovat.

Nývltová (2010) rozlišuje pět fází syndromu vyhoření. Během **první fáze**, tedy na samém počátku je člověk zcela pohlčen svou prací. Práce mu imponuje, přináší velké uspokojení, motivaci odvádět co nejlepší výsledky a odhodlání profesně zvyšovat svoji kvalifikaci. Tato fáze s sebou přináší riziko v podobně neefektivního vydávání energie a osobní identifikace s pracovištěm. U člověka se vyskytuje absence psychické relaxace a odpočinku. Dochází zde i k dobrovolnému přepracovávání se. V **druhé fázi** nastává stagnace. Začínají se dostavovat pochybnosti a neefektivnost práce. Nadšení se vytrácí, jedinec poznává realitu a slevuje ze svých představ a očekávání. Vynořují se zde i myšlenky, které se zaměřují na to, že práce není hlavní náplní v životě jedince. Přechodem pro **třetí fázi** je frustrace. Jedinec přestává vidět smysl v tom, co dělá, dále přehlíží pozitivní pracovní úspěchy a klade si otázky ohledně pracovní činnosti do budoucna. Zde se mohou začít objevovat psychické i fyzické potíže, jako je porucha spánku, chronická a psychická únava, emoční apatie či ztráta pracovní motivace. V předposlední, **čtvrté fázi**, dominuje apatie a vyčerpání. Problémy, které nastaly v předchozích fázích, se dále stupňují. Jedinec se straní lidem a zaměřuje se pouze na věci, které musí bezpodmínečně vykonat. Během **páté fáze** si jedinec uvědomuje, že nedokáže takto dál fungovat. Většina lidí začíná uvažovat o radikální změně. Začínají postupně přehodnocovat svůj pohled na život, na práci, na svoje cíle, postoje a priority. Existují různé modely, které definují syndrom vyhoření. Nejjednodušší se skládá z pěti fází, nejtěžší z dvanácti fází. Dochází k jejich vzájemnému překrývání, proto je nelze jednoznačně ohraničit.



Obrázek 5: Příklad průběhu syndromu vyhoření podle dvojice autorů Edelwiche a Brodského. (Křivohlavý, 1998, s. 61)

#### 6.1.4 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jestliže víme, k jakým faktorům při vzniku burnout syndromu dochází, můžeme se proti němu lépe chránit. K prevenci slouží různé techniky. Jednou z možností je pomoc profesionála, další je posílení své resilience, aby se zabránilo recidivě syndromu apod.

Odbornou pomocí rozumíme psychologický koučing vedený profesionálním poradcem, který je schopný pomoci s žádostí o rehabilitační léčbu, dále například psychosomatické rehabilitační centrum. Součástí jsou relaxační techniky a sestavení individuálního sportovního programu. (Stock, 2010)

Existují cvičení, která slouží k získání nadhledu a vymanění se ze svých starých zvyklostí. Do těchto cvičení je nutné se vcítit. Jedná se například o cvičení, které se nazývá „*Změňte své hledisko*“. Je to technika, ve které si jedinec představí, že letí balónem a na věci, které prožívá, se dívá s nadhledem, hodnotí je a analyzuje. (Stock, 2010)

M. D. Rush (2003) ve své publikaci uvádí několik kroků prevence vyhoření. Například, jak vrátit svému životu zpět rovnováhu se zdůrazněním na vážnost akceptovat svá omezení. Je nutné konstatovat, že každý z nás je s to vykonávat různý druh činnosti pouze po dané časové období.

Postižený vyhořením by neměl překračovat mantinely svých možností na úkor fyzické a emocionální vyčerpanosti. Základním stanoviskem je tedy nastolit si takové tempo, které je schopen zvládat, aniž by se musel přepínat.

Člověk by měl znát svá omezení bez překročení svých schopností, možností, dovedností, aby vyhověl každé potřebě všech lidí, se kterými se setkává. Důležité je vytyčit si pracovní priority, zařadit mezi ně naše potřeby i odpočinek či zábavu.

Pravidlo 80/20 říká, že 80 procent vašeho úspěchu vychází z 20 procent vaší aktivity a že zbylých 80 procent vaší aktivity přináší zbývajících 20 procent vašeho úspěchu. (Rush, 2003)

Svět se neustále mění, proto je třeba, abychom podrobili změně i naší osobnost. Rovnováhu v životě si lze udržet pouze tehdy, pokud budeme akceptovat změny.

## **6.2 ČAS NA VYCHUTNÁVÁNÍ SI ŽIVOTA**

Mnoho lidí si v životě nestačí udělat čas na to, aby svůj život skutečně prožili. Neustále se honí za svými cíli, vizemi, představami. Opomíjejí chuť cesty, která k nim vede. Naučte se cítit vůni růží podél cesty.

To, jak se chováme sami k sobě, ovlivňuje náš každodenní život a nás samotné. Pokud se chceme vyhnout syndromu vyhoření, nesmíme se bát udělat něco pro sebe. Nebude to značit sobeckost, ale to, že se máte rádi. Život není jen a pouze o dodržování pravidel a plnění plánů. Život obnáší více.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 PRAKTICKÁ ČÁST

### 7.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem praktické části práce bylo zjistit, do jaké míry ovlivňuje namáhavá profese pečovatele po fyzické a psychické stránce, jeho kvalitu života a do jaké míry se tato práce, ať už v odborných zařízeních či doma, odráží v jeho celkovém pohledu na život.

V dotazníkovém šetření, které bude blíže definováno v kapitole 7.2 Stanovené metodologické šetření je zkoumaná problematika členěna do tří oblastí, které je možné charakterizovat následujícími otázkami.

#### 7.1.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

*Výzkumné otázky* byly stanoveny takto:

1. Jaký vliv má péče o zdravotně znevýhodněného jedince na kvalitu života pečující osoby?
2. Jaký vliv má péče o zdravotně znevýhodněného jedince na psychiku pečující osoby?
3. Jaká je důležitost vlivu rodinného zázemí pro osobu pečující o zdravotně znevýhodněného jedince?

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny *hypotézy* a to následovně:

**H1: Predikujeme, že kvalita života pečujících o zdravotně znevýhodněné jedince je nižší než kvalita života u člověka, který vykonává jinou profesi.**

**H2: Predikujeme, že pečující, kteří mají zázemí v rodině, budou mít o více než 50% možností kvalitně strávit čas pro sebe než ti, jejichž rodina je nepodporuje.**

## 7.2 STANOVENÉ METODOLOGICKÉ ŠETŘENÍ

Tato kapitola je věnovaná charakteristice metody, která byla na základě prostudování odborné literatury a vlastních praktických poznatků vybrána. Je směřována k průzkumu, popisu plánování, organizaci a realizaci výzkumu, jejíž součástí je vyhodnocení výzkumných dat - na základě určené struktury, která je charakterizovaná jako specifický koncept řešení výzkumného úkolu zahrnující teoretické, metodologické a organizační aspekty. Vědecký výzkum je záměrná, plánovitá činnost, která má vždy důvod a cíl.

### 7.2.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Podstata kvantitativního výzkumu vychází z matematicko-statistických metod. Jedná se o způsob, díky němuž je zkoumána realita. Kořeny této skutečnosti nacházíme v mechanisticko - redukcionistickém pohledu na svět, jež se formuje v 17. století pod vlivem několika velikánů, jako jsou Galileo, Descartes či Newton. Ti právě v matematice viděli smysl veškerého bytí a všech zákonů. Během 20. století přichází společnost s myšlenkou, která ukazuje, že zmiňovaný přístup nelze aplikovat samostatně na všechny jevy reality. (Linderová, Scholz, Munduch, 2016)

*Kvantitativní přístup* předpokládá, že fenomény přicházející ze sociálního světa, tzn. jeho různé aspekty, objekty, procesy, které činí předmětem zkoumání, jsou měřitelné, tříditelné či nějak uspořádatelné. Dále je charakterizován jako výzkum, jež se zabývá získáváním údajů o četnosti výskytu určitého jevu. Vztahy mezi těmito jevy neboli proměnnými však nepopisuje. Pro určení míry korelace mezi proměnnými je nutnost sesbírat velký počet dat od výběrového souboru, který je možno sestavit na základě náhodného, stratifikovaného, záměrného či dostupného výběru. Následným krokem je vyhodnocení dat pomocí statisticko-matematických operací, pro které se v dnešní době užívá sofistikovaný software, jako je např. MS-Excel, Statistica a další. (Linderová, Scholz, Munduch, 2016)

Cíl kvantitativního výzkumu usiluje o testování již stávajících teorií, tedy hypotéz, nikoli jejich vytváření. Výzkumník stanoví hypotézy, na jejichž základě jsou stanoveny proměnné, které se následně sledují standardizovanými metodami na výzkumném vzorku. Ty se dále statisticky vyhodnocují a interpretují.

U *kvantitativního výzkumu* je omezen rozsah informace o velkém počtu jedinců, je silně redukován počet proměnných i vztahů mezi nimi. Generalizace je snadná. Jestliže je kvantitativní výzkum proveden správně, umožňuje tak díky velmi silné standardizaci vysokou míru reliability avšak na úkor validity. To je zapříčiněno právě silnou redukcí počtu informací a vztahů mezi nimi. (Linderová, Scholz, Munduch, 2016)

### **7.2.1.1 STANDARDIZOVANÉ DOTAZOVÁNÍ – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**

V tomto případě bylo zvoleno *standardizované dotazování*, kam řadíme písemné dotazování a osobní dotazování. V tomto případě bylo zvoleno písemné dotazování, tedy *dotazník*.

Jedná se o jednu z nejpoužívanějších metod sběru primárních dat, která je užívaná v kvantitativním výzkumu. Nároky na sběr dat jsou z hlediska času, organizace a financí poměrně nízké. *Výhodou* je značná anonymita respondentů, díky čemuž nedochází ve vysokém měřítku k jejich sebestylizaci, ovšem za předpokladu, že otázky jsou správně formulované. Jeho příprava, zpracování je rychlá a poskytuje větší čas na rozmyšlení odpovědí respondentů. Negativní vlastností může být právě snížená návratnost dotazníků, neochota je vyplňovat, vynechání otázky či jejich zodpovězení jiným člověkem nebo rodinným týmem. (Linderová, Scholz, Munduch, 2016).

Během sestavování dotazníku běžně dochází k podcenění skladby otázek, jejich struktury, výběru distribučního kanálu a interpretace výsledků. Otázky by měly být srozumitelné a jednoznačné. Dotazník by neměl být dlouhý (max. 40 - 50 otz.). Důležitá je také grafická úprava (A4). Každá otázka v dotazníku se vztahuje k ústřednímu tématu a dohromady tvoří uzavřený celek. Ne příliš dlouhé a složité formulace. (Linderová, Scholz, Munduch)

Začátek dotazníku by měl vzbudit zájem, proto se na úvod nejčastěji kladou jednoduché otázky. Choulostivé otázky by měly být uvedeny ke konci dotazníku. Nejdůležitější potom uprostřed.

Typů otázek objevujících se v dotazníku, je několik. Jedná se o otevřené, polouzavřené a uzavřené, které se dělí na dichotomické, polytomické výběrové, výčtové, vylučovací, stupnicové, dále komparativní, filtrační, nepřímé, kontrolní a projekční. (Olecká, Ivanová, 2010)



V dotazníku pro zjištění kvality života pečujících, kteří se starají o zdravotně znevýhodněného jedince, byly použity otázky *polouzavřené*, kdy varianty odpovědí jsou předem stanoveny a u některých otázek může být nabídnuta varianta „jiná odpověď“ a *uzavřené* - polytomické, *výběrové*, jež umožňují pouze výběr jedné alternativy. (Olecká, Ivanová, 2010)

### 7.3 HARMONOGRAM VÝZKUMU



Obrázek 6: Průběh tvorby výzkumné části.

#### 7.3.1 TVORBA DOTAZNÍKU

Tvorba dotazníku byla založena na základě cílů, výzkumných otázek a hypotéz, které byly předem stanoveny. Následné kroky byly řízeny obecně užívanými pravidly.

Rozsah dotazníku odpovídá 24 otázkám, které byly sestaveny tak, aby následná analýza kvalitně obhájila všechny stanovené hypotézy. Struktura dotazníku byla uspořádána logicky, podpořena spontánností myšlenek.

Dotazník se skládá především z uzavřených otázek, které kladou na respondenta do určité míry výběr nucenou volbou. V menším zastoupení se v dotazníku nachází otázky, které umožňují respondentovi otevřenou odpověď, jež dotazovanému umožňuje zamyslet se nad určitou situací a následně vyjádřit jeho dojmy či pocity. Otázky jsou

řazené a formulované tak, aby se odpovědi vzájemně neovlivňovaly. V dotazníku jsou také uvedeny formulace, které kontrolují pravdivost vypovězených citací dle literatury.

Struktura dotazníku se dělí na tři části. **První** část je zaměřena na otázky týkající se kvality života pečovatele. Jinak řečeno, do jaké míry ovlivňuje tato práce jejich život. **Druhá** část dotazníku se orientuje na to, jaký vliv má tato péče o zdravotně znevýhodněné jedince, ať už v rodině či ve vhodných zařízeních, vliv na psychiku pečovatele, jeho prožívání a emoce. Poslední, **třetí** část, se týká rodiny a rodinného prostředí. Jak vnímají svoje okolí a jakou roli pro ně hraje rodina a podpora ostatních.

### **7.3.1.1 PILOTÁŽNÍ PŘEDVÝZKUM**

Po konečném sestavení dotazníku a konzultaci byl nutný pilotní průzkum. Pilotního průzkumu se zúčastnilo 7 jedinců, kteří trvale pečují o člena rodiny a 4 pečovatelé, kteří pracují již několik let na LDN oddělení v Rakovníku. Se všemi byla na základě schůzky provedena na pracovišti léčebny dlouhodobě nemocných konzultace, kde byl také dotazník předán respondentům a byla zprostředkována diskuse o jeho celkové podobě. Zároveň byl kladen důraz na kontrolu správné koncepce dotazníku.

Na základě pilotního průzkumu bylo ověřeno, že převážná většina personálu uvedeným otázkám porozuměla. Čas k vyplnění dotazníku nehrál zásadní roli, avšak k jeho vyplnění stačilo 20 – 25 minut.

### **7.3.2 REALIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

Dotazníkovému šetření předcházely vzájemný kontakt a konzultace s kompetentními pracovníky na daných pracovištích. Většinou se jednalo o vedoucí pracovníky jako ředitele, ředitelky, primáře, vrchní sestry. Realizace proběhla v těchto zařízeních:

1. Domov Kolečovice, Kolečovice 180, 270 02.
2. Domov Na Zátíší Rakovník, Fran. Diepolta 1787, Rakovník, 269 01.
3. DIOP od., Masarykova nemocnice, Dukelských hrdinů 200, Rakovník 260 01.
4. LDN od., Masarykova nemocnice, Dukelských hrdinů 200, Rakovník 260 01.
5. Pečovatelská služba Rakovník, Vysoká 91, Rakovník, 269 01.

## 6. Pracoviště, které si přálo zachovat stoprocentní anonymitu.

Dvě nejmenovaná zařízení odmítla vyplnění dotazníků zdůvodněním nadměrného pracovního vytížení zaměstnanců, znemožňující požadované šetření na pracovišti zrealizovat. Další pracoviště poskytlo vyplnění dotazníků pouze pod podmínkou zachování naprosté anonymity. Z tohoto důvodu není uveden název šestého zařízení, do kterého byly dotazníky doručeny.

Před vlastním dotazníkovým šetřením byl vedoucím pracovníkům interpretován účel, obsah a význam sběru dat. Dále bylo vysvětleno, že je vše anonymní a že vše bude sloužit jako podklad bakalářské práce. Bylo také zdůrazněno, aby respondenti označili vždy pouze jednu správnou odpověď u každé otázky, neboť v případě duplicitního označení několika odpovědí se stává otázka nepoužitelná, tudíž nezodpovězená. Po společném sjednání termínu návštěvy byly dotazníky rozdány v předem vybraných pracovištích. Způsob sběru dat byl zvolen přímým kontaktem, nikoli motivačními dopisy či dotazováním na internetu.

### 7.3.3 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

#### 1. Domov Kolečovice

Cílovou skupinu v domově tvoří senioři od 60. let, kteří z důvodu změny svého zdravotního stavu nemohou dále setrvat ve svém obvyklém prostředí nebo se stali částečně nebo zcela imobilní či kterým nemůže být potřebná podpora zajištěná členy rodiny ani pečovatelskou službou.

Personál: Převaha žen, 3 muži.

Počet lůžek: 90

Lokalita a prostředí: Areál je umístěn ve středu obce v zámeckém objektu. Součástí je také velké nádvoří a rozlehlé zahrady. Poloha: 12 km od Rakovníka, 60 km od Prahy. V budově se nachází hospodářská budova, kde jsou umístěny kanceláře, dílny, prádelna, kuchyně a jídelna. Lůžková část se skládá ze tří poschodí doplněné výtahem. 1- 4 klienti na pokoji.

Návštěvní hodiny: PO – NE 10:00 – 18:00 hod.

## **2. Domov Na Zátíší Rakovník**

Domov je určen pro seniory přednostně ze Středočeského kraje ve věku od 60. let, kteří jsou závislé z důvodu svého věku či zdravotního stavu na pomoci jiné osoby a nebo se nacházejí v jiné nepříznivé sociální situaci.

Personál: Převaha žen, 2 muži.

Počet lůžek: 88

Lokalita a prostředí: Domov seniorů je situován v centru města Rakovníka. Součástí je rozsáhlá zahrada s lavičkami a parkem. Prostor je moderní. Jednolůžkové, dvoulůžkové, třílůžkové pokoje jsou vybavené vším potřebným - televizí, nábytkem, psacím stolem, polohovací postelí, křesly, apod.

Návštěvní hodiny: PO – NE 8:00 – 20:00 hod.

## **3. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP)**

Do tohoto oddělení jsou převážně umisťováni jedinci s apalickým syndromem, jež se projevuje funkčními výpadky kůry mozkové. Charakteristickými prvky tohoto syndromu jsou poruchy vědomí a bdělosti – vigility. Pacienti tak leží v bezvědomí, oči mají otevřené, upřené do prázdna a působí tak plným vědomím. Nereagují na slovní výzvy, nekomunikují s okolím, nejsou schopni vykonávat účelné výkony, přijímat potravu. Ošetrovatelský proces vyžaduje psychicky i fyzicky náročnou, dlouhodobou, komplexní péči.

Personál: Převaha žen, 2 muži.

Počet lůžek: 10

Lokalita a prostředí: Součást Masarykovy nemocnice Rakovník. Budova umístěna v areálu nemocnice, obklopena malým parkem. Prostor ošetřoven klidné, snaha o modernizaci. Jednopatrové oddělení.

Návštěvy: PO – NE 12:00 – 20:00 hod.

#### **4. Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)**

Na LDN oddělení jsou přijímáni pacienti především z interního či chirurgického oddělení. Péče je zde poskytována především seniorské populaci a to těm pacientům, kteří prodělali akutní onemocnění, úraz, operaci nebo nejsou schopné se o sebe dále starat. Jedná se o pacienty, kteří vyžadují dlouhodobou lékařskou péči.

Personál: Převaha žen, 3 muži.

Počet lůžek: 80

Lokalita a prostředí: Jedná se o samostatnou budovu, která se nachází vedle hlavního areálu rakovnické nemocnice. Oddělení je umístěno nedaleko silnice s výhledem na město. Zadní část s vchodem a východem zasahuje do malého parku. LDN rozdělena na dvě patra – 1. patro pro ženy, 2. patro pro muže. Pokoje po 2, 3 lidech, ale také po 7.

Návštěvy: PO – NE 14:00 – 18:00 hod.

#### **5. Pečovatelská služba Rakovník**

Služby jsou poskytovány osobám s tělesným postižením a seniorům. Věková struktura je od 16. let věku klienta. Možnost terénních služeb rodinám s dětmi.

Personál: Převaha žen.

Počet lůžek: 30

Lokalita a prostředí: Pečovatelská služba se nachází v panelovém domě. Budova je situována na konci města Rakovníka u hlavní silnice, vedle parku a benzinové pumpy. Vzhledem k veřejné dopravě je místo poněkud hlučné a nebezpečné. Prostředí domu je vcelku moderní, jeden výtah a standardní vybavení pokojů. Má 8 pater. Samozřejmostí je společná místnost, která je ve vedlejším areálu.

Návštěvní hodiny: PO – NE 10:00 – 20:00 hod.

### 7.3.4 SBĚR VÝZKUMNÝCH DAT

Vzhledem k přímé komunikaci s pracovníky v daných pracovištích byla návratnost dotazníků 83,7%. Sběr dotazníků byl realizován v řádu dvou týdnů za účelem dostatečné časové rezervy vyplnění odpovědí i těch zaměstnanců, kteří neměli v daný den či týden službu.

Celkem bylo předáno na výše zmíněná pracoviště 148 dotazníků. Bylo jich vráceno 141: 8 nebylo vyplněno, v 6 vynechána odpověď na některou z otázek, ve 3 zaznamenána dvojí odpověď k jedné otázce. Finálně bylo zanalyzováno **124 platných dotazníků**.

#### 7.3.4.1 POSTUP PŘI VYHODNOCOVÁNÍ HYPOTÉZ

H	Otázky v dotazníkovém šetření	Počet respondentů	Počet otázek k hypotéze	Otázky nevztahující se k hypotézám	Výsledky průzkumu (odpovědi)		
					Pozitivní	Nedovedu posoudit	Negativní
<b>H1</b>	1,2,3,4,6,7,8,9, 10,11,12,13,14, 15,18	124	15	4	454 (24, 41%)	656 (35, 27%)	750 (40, 32%)
<b>H2</b>	16,17,21,23,24	124	5		169 (27, 20%)	157 (25, 32%)	294 (47, 41%)
(4 otz. nevztahující se k hypotézám = 496 odp.)					<b>2 976</b>		
<b>Celkem odpovědí</b>							

*Tabulka 3: Informace vztahující se k vyhodnocení hypotéz.*

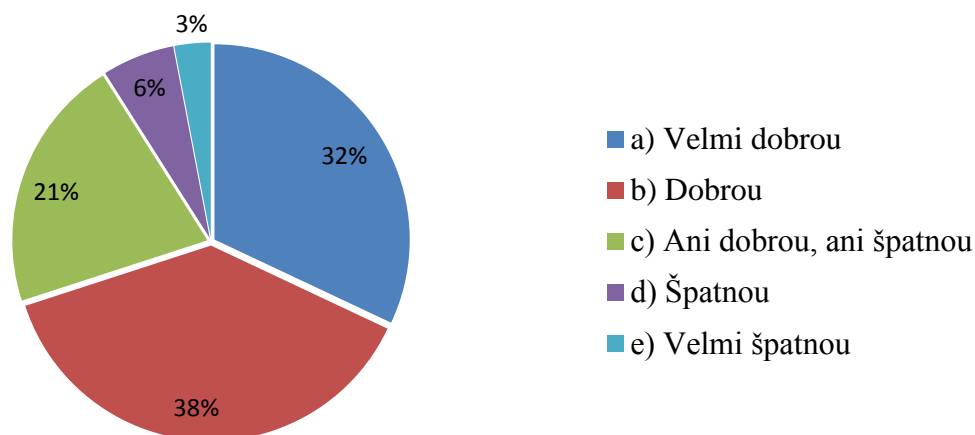
Tabulka schematicky znázorňuje kompletní přehled finálního vyhodnocování hypotéz. Pro jejich potvrzení či vyvrácení bylo nutné provést kategorizaci odpovědí a to následovně: pozitivní, nedovedu posoudit, negativní.

Lze předpokládat, že z uvedených možností v dotazníkovém šetření tj. a) velmi dobrá, b) dobrá, c) ani dobrá, ani špatná, d) špatná, e) velmi špatná; a) vůbec ne, b) málo, c) středně, d) velmi, e) v obrovské míře či a) velmi spokojená, b) spokojená, c) ani spokojená, ani nespokojená, d) nespokojená, e) velmi nespokojená můžeme považovat první dvě varianty a+b) za pozitivní, c) za nedovedu posoudit a d+e) za negativní.

## 7.4 ANALYTICKÁ ČÁST

V této kapitole jsou zobrazeny grafy vyjadřující procentuální hodnoty vyplývající z jednotlivých odpovědí. Každá otázka je individuálně schematicky zobrazena a stručně popsána.

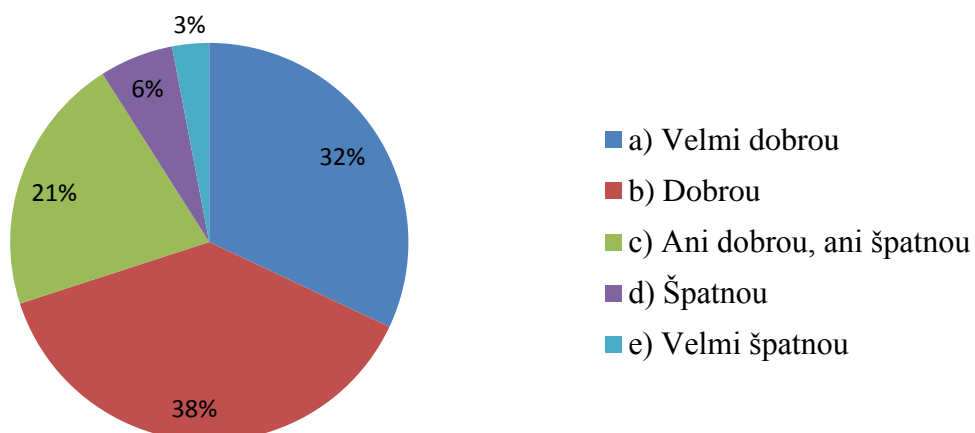
**Graf 1:** Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Zde můžeme vidět individuální rozdíly v hodnocení kvality života pečovatelů. Převážná většina respondentů (38%) vnímá svoji kvalitu života jako dobrou a velmi dobrou (32%). Opakem jsou 3%, které vypovídají o velmi špatném hodnocení kvality života. Mezi těmito hodnotami dále osciluje 21% vypovídající o ani dobré, ani špatné kvalitě života pečujících a 6% charakterizující jejich špatnou kvalitu života.

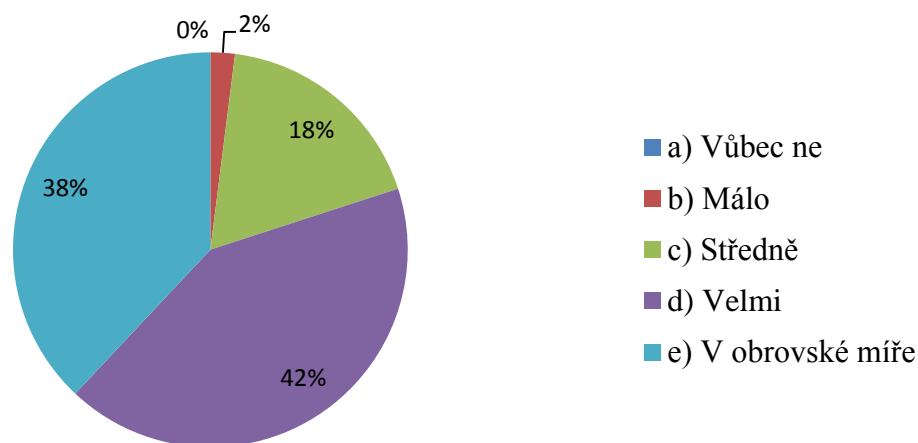
**Graf 2:** Jak spokojený/á jste se svým zdravím?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Vypovídající veličina 38% zastupuje dobré hodnocení zdraví respondentů. Na druhém místě je 32%, jež hodnotí své zdraví jako velmi dobré. Výsledky grafu jsou zcela shodné s předešlými hodnotami (viz. graf 1). Můžeme tedy říci, že zdraví úzce souvisí, mimo jiné, i s kvalitou života.

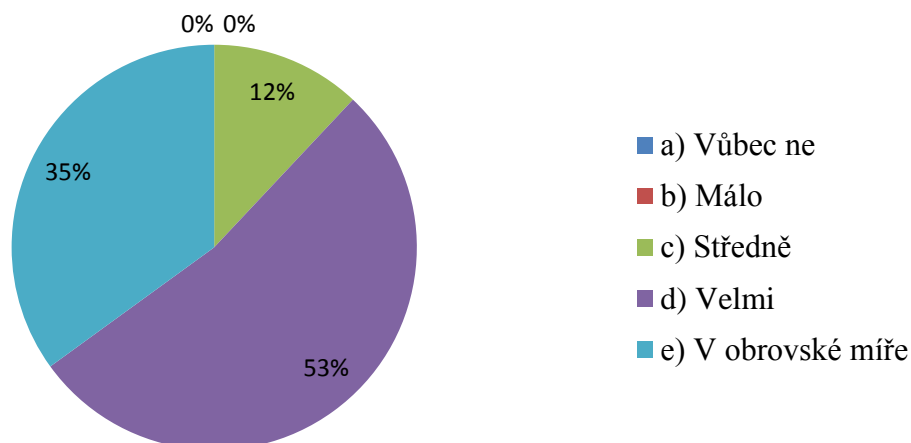
**Graf 3:** Jak moc Vás baví život?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Většinu dotazovaných (42%) život velmi baví. 38% uvedlo, že je život baví v obrovské míře. Je nutné zmínit i 2% respondentů, kteří uvedli, že je život baví málo. Zbytek tvoří 18%, jež život baví středně.

**Graf 4:** Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

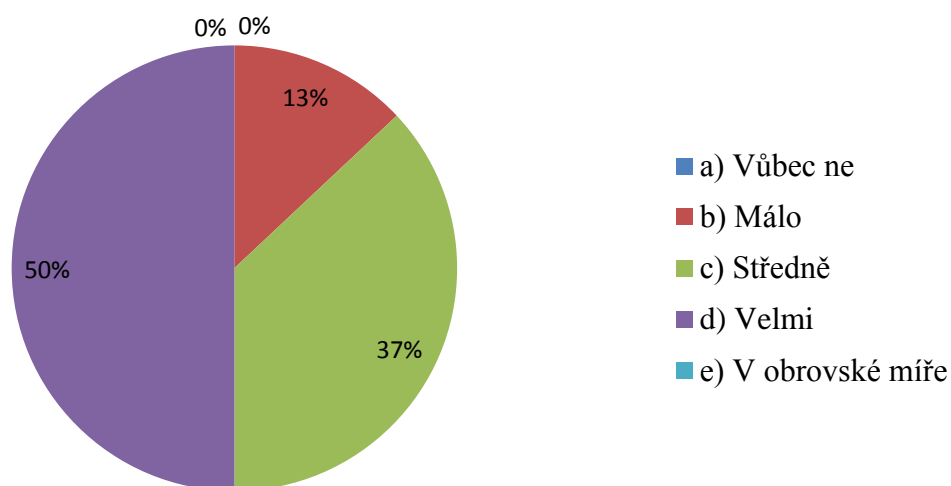


*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*



Pozitivní hodnoty uvádí tento graf, kdy vidíme převahu 53%, které zastupují odpověď velmi. Lze z toho usoudit, že většina pečovatelů pokládá životu velký smysl. V obrovské míře vnímá smysl života 35% a zbylých 12% středně.

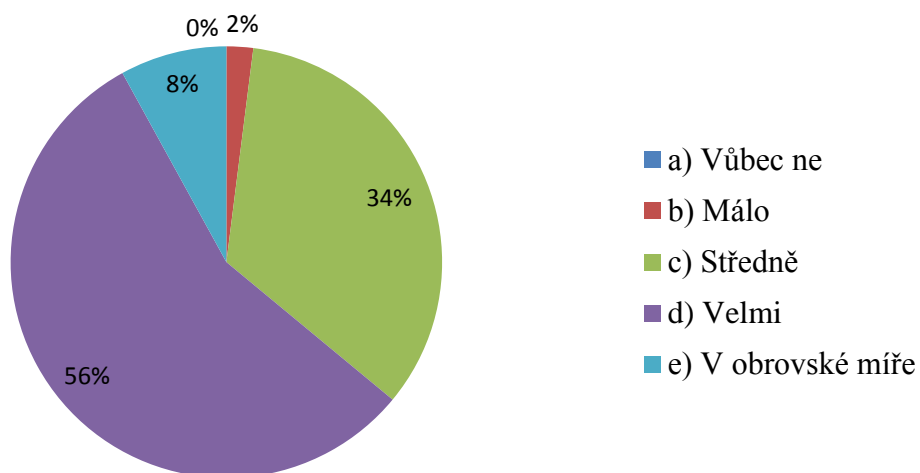
**Graf 5:** Jak dobře jste schopen/a se soustředit?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Polovina dotazovaných, tedy 50%, je velmi schopna se soustředit na vykonávané činnosti. Středně se dokáže soustředit 37% a zbylých 13% se dokáže soustředit málo.

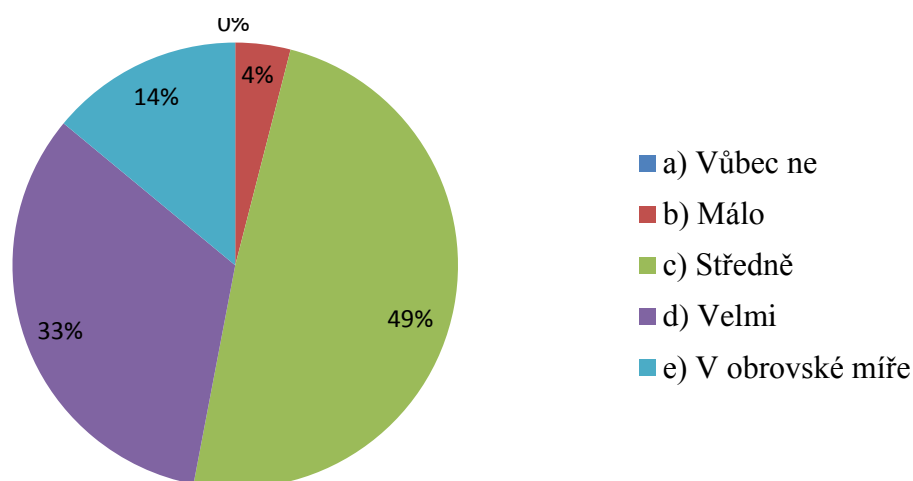
**Graf 6:** Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Přes polovinu dotazovaných (56%) se cítí bezpečně ve svém každodenním životě. Druhé místo zastupuje 34%, které vypovídá o střední bezpečnosti. 8% respondentů se v obrovské míře cítí bezpečně. V neposlední řadě nutno zmínit i zbylá 2%, které zastupují jedince, kteří se cítí málo bezpečně ve svém každodenním životě.

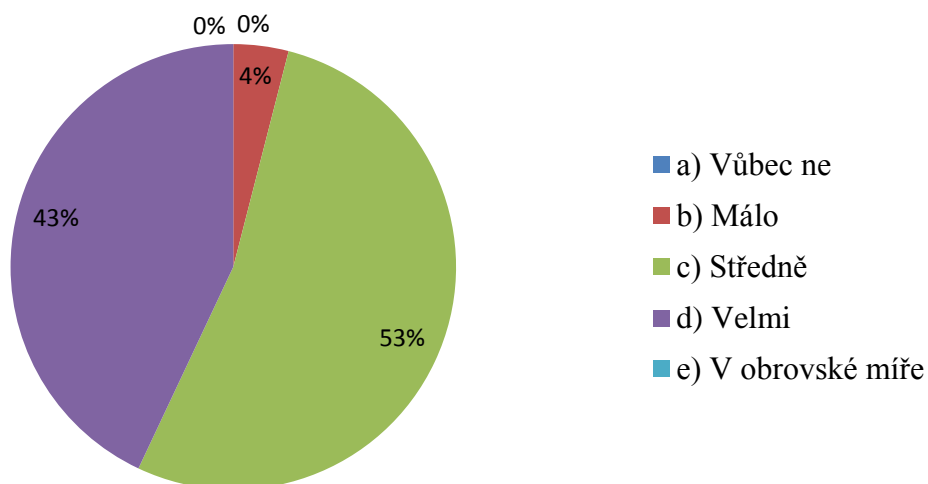
**Graf 7:** Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Zde je na místě zmínit jako první 4% dotazovaných, kteří považují své fyzické prostředí za málo zdravé. Může to být způsobeno například výskytem alkoholu či závislostí na nikotinu. 14% pečovatелů je spokojeno s fyzickým prostředím v obrovské míře. 33% velmi a 49% středně.

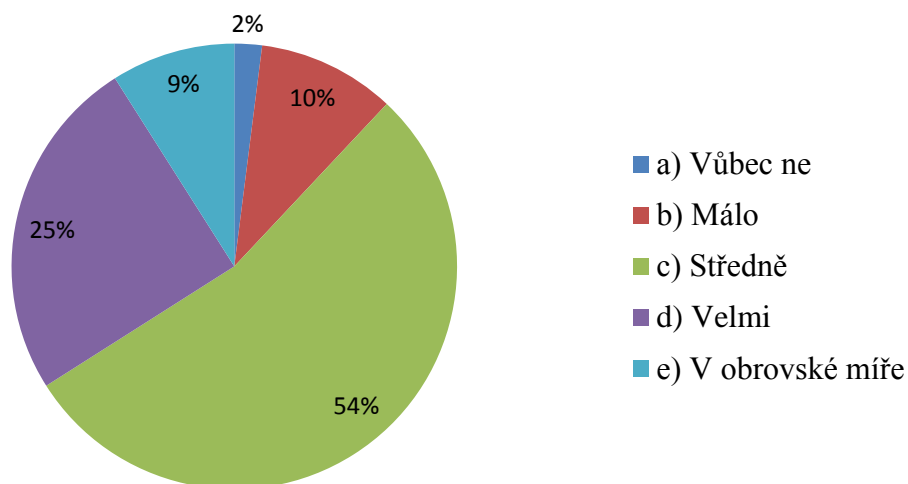
**Graf 8:** Máte dost energie pro běžný život?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Zde můžeme diskutovat, zda je dobré, že většina (53%) má středně energie pro běžný život. 43% respondentů má velmi energie pro život a 4% mají málo energie.

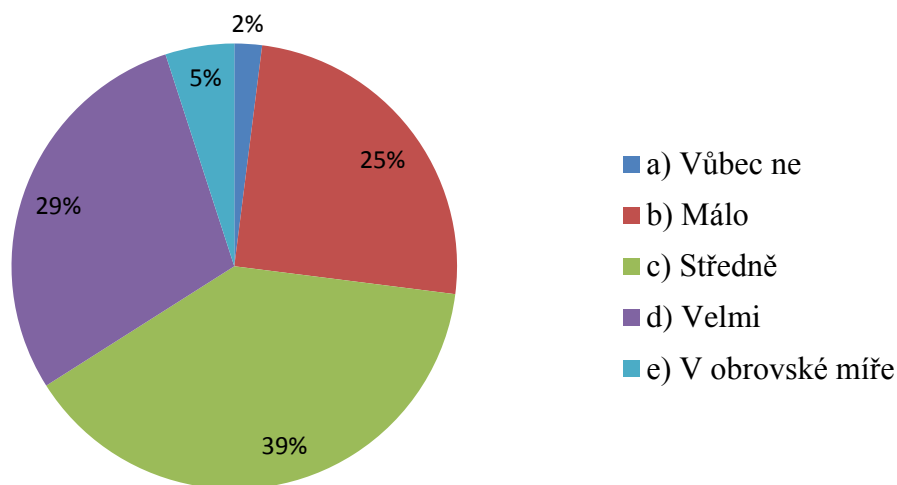
**Graf 9:** Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

54% respondentů odpovědělo, že má středně peněz na to, aby uspokojilo své potřeby. 25% zastupuje odpověď velmi a 10% zastupuje odpověď málo. Zbýlých 9% jedinců je spokojeno se svými financemi v obrovské míře a 2% není spokojeno vůbec.

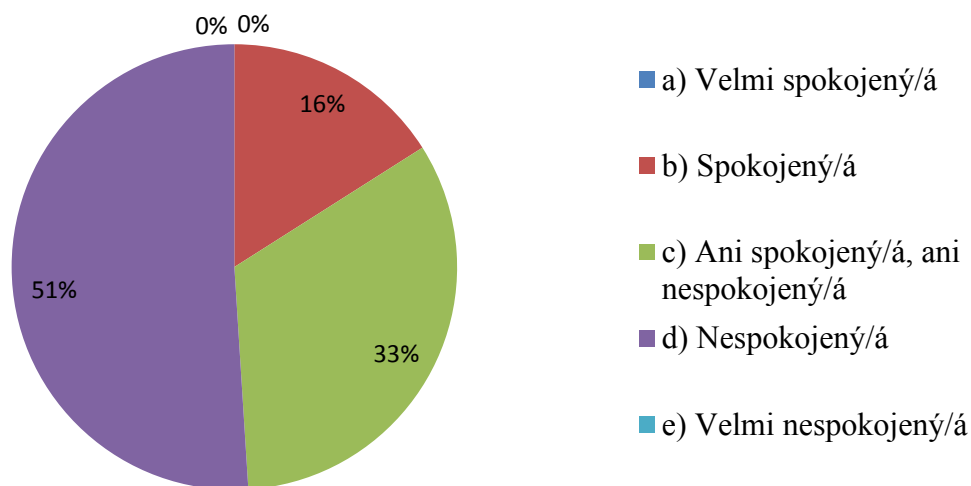
**Graf 10:** Máte dostatek příležitosti pro rozvíjení svých zájmů?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Jak můžeme vidět, ani polovina respondentů nemá příležitosti pro rozvíjení svých zájmů. Možnost středního rozvoje zájmů má 39%. Šance pro vykonávání volnočasových aktivit má 29% velmi a 25% málo. 5% v obrovské míře a zbylá 2% lidí, kteří nemají vůbec možnost vykonávat své zájmy.

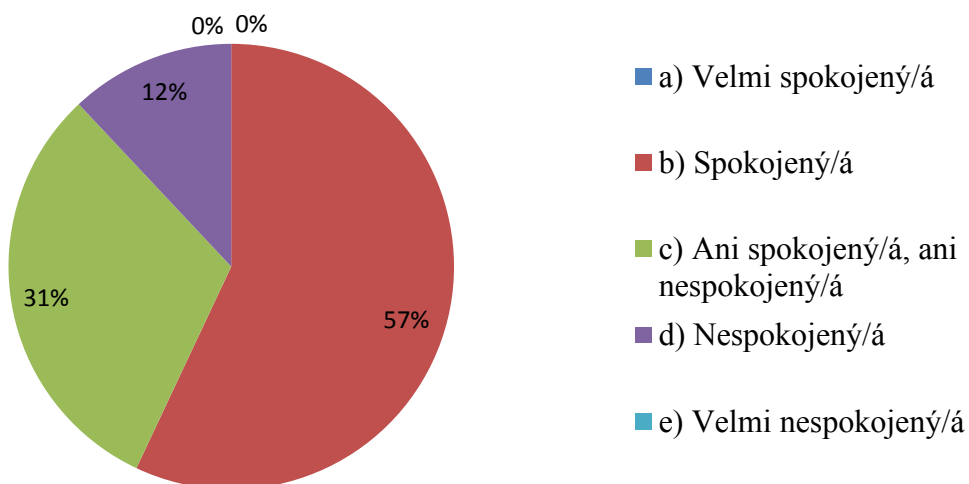
**Graf 11:** Jak spokojen/á jste se svým spánkem?



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.

Je alarmující, že až 51% respondentů je nespokojeno se svým spánkem. Ani spokojená, ani nespokojená je 33%. Zbylých 16% je spokojených.

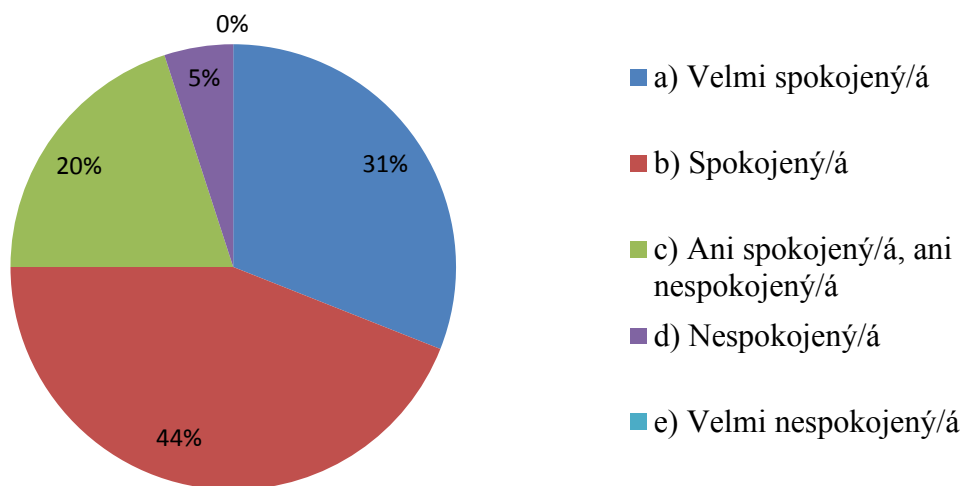
**Graf 12:** Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.

Se schopností vykonávat každodenní aktivity je spokojeno přes polovinu dotazovaných, tedy 57%. Naproti tomu stojí 12%, kteří jsou nespokojeni. Mezi tím osciluje 31% dotazovaných, kteří jsou ani spokojeni, ani nespokojeni.

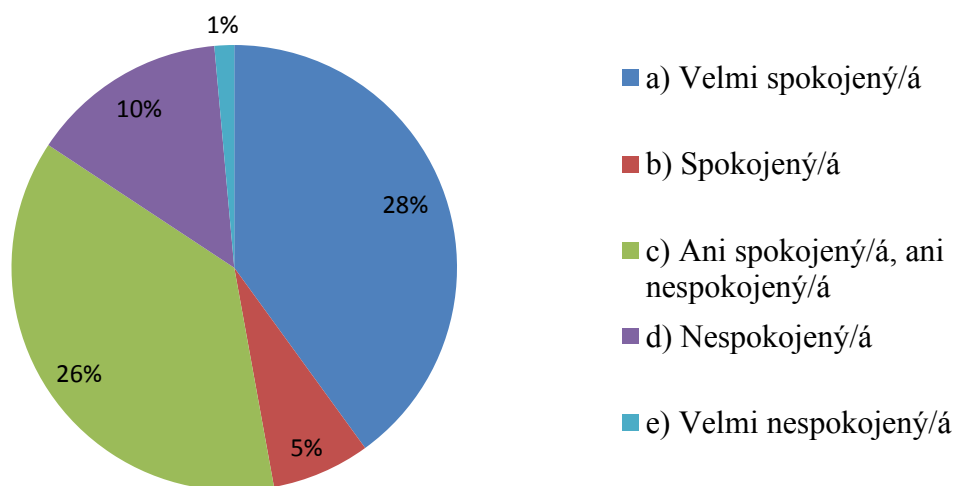
**Graf 13:** Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Ani jeden z dotazovaných respondentů není se sebou velmi nespokojen. 5% je se svojí osobou nespokojeno, 20% ani spokojeno, ani nespokojeno a 31% je velmi spokojeno. Převaha 44% zastupuje spokojenost samu se sebou.

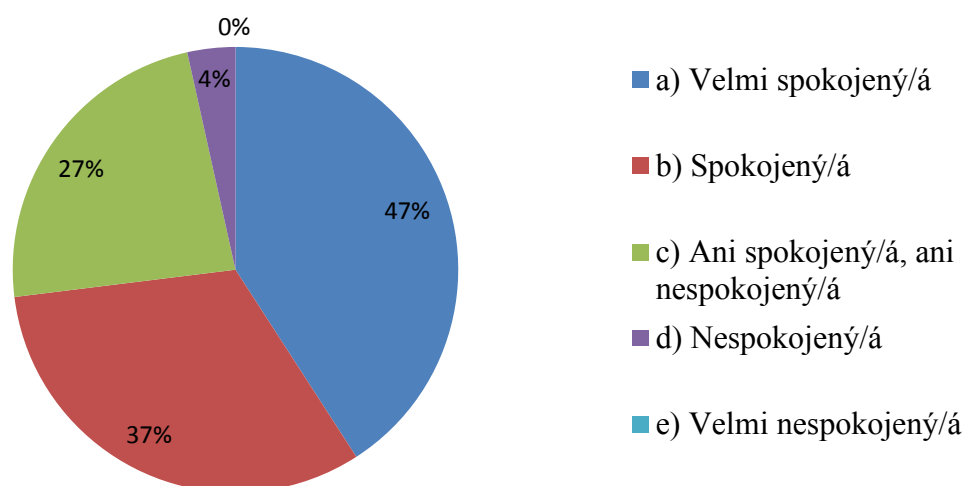
**Graf 14:** Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Až 28% je velmi spokojeno se svými osobními vztahy. 26% je ani spokojeno, ani nespokojeno. Hodnota 10% vyjadřuje nespokojenost. 5% je spokojeno a 1% velmi nespokojeno.

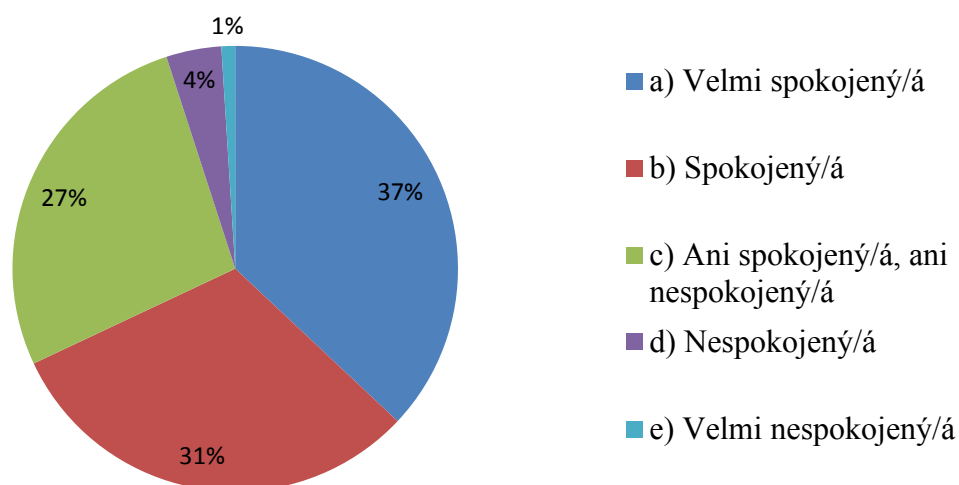
**Graf 15:** Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši blízcí?



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.

47% pečovatelů je s podporou, kterou jim poskytují jejich blízcí, velmi spokojeno. Spokojenost vyjadřuje 37% a ani spokojenost, ani nespokojenost 27%. Indikátorem nespokojenosti s podporou od blízkých jsou 4% dotazovaných.

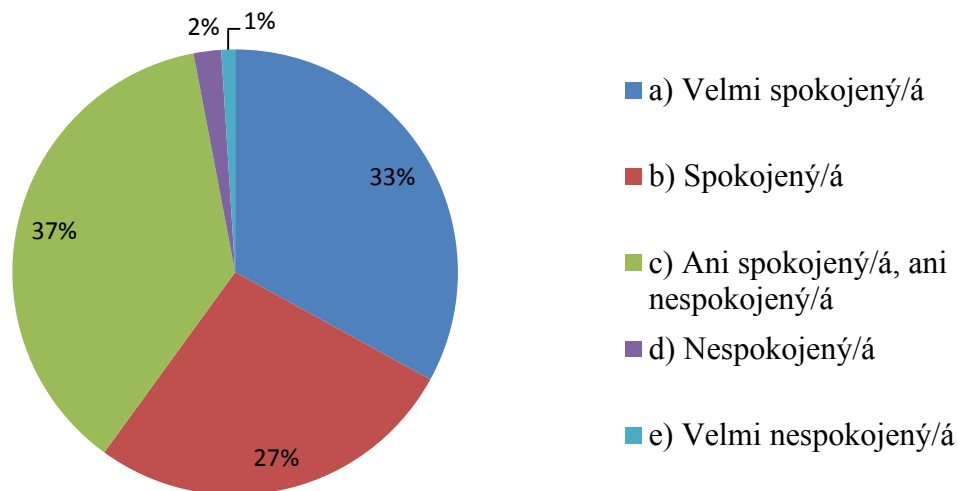
**Graf 16:** Jak spokojený/á jste se svým bydlením?



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.

Se svým bydlením je velmi spokojeno 37% respondentů. Opakem je 1%, které je velmi nespokojeno. Mezi tím je spokojeno 31%, dále 27%, kteří jsou ani spokojení, ani nespokojeni a 4%, jež jsou nespokojeni.

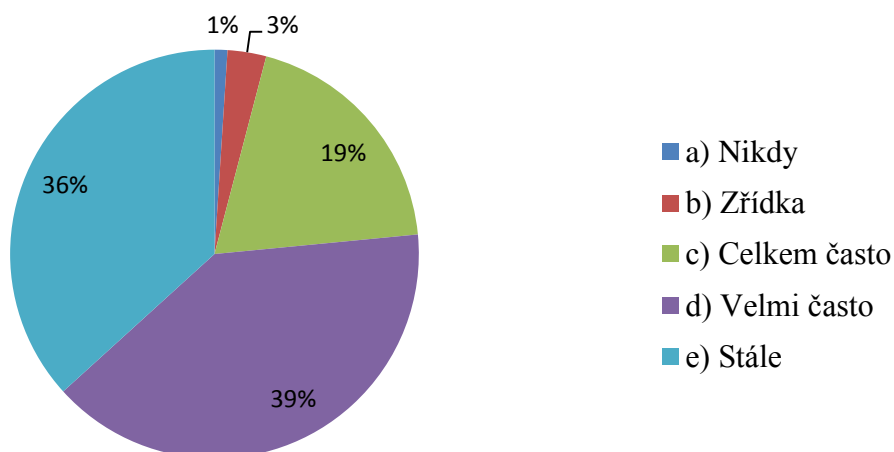
**Graf 17:** Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

37% je ani spokojeno, ani nespokojeno s dostupností péče. Druhé místo zastupuje 33% respondentů, jež je velmi spokojeno. 27% je spokojeno, 2% jsou nespokojeni a 1% velmi nespokojeno.

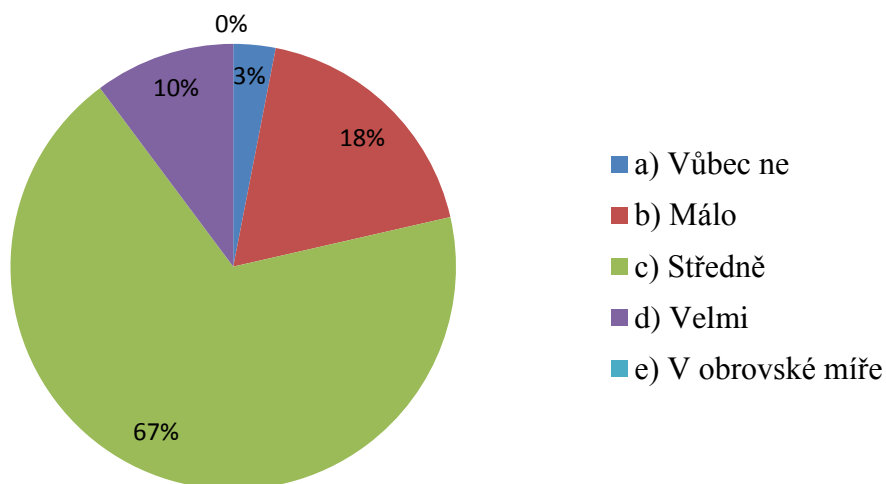
**Graf 18:** Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese, ohledně toho, že musíte pečovat o zdravotně znevýhodněného jedince?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Zde vidíme celkem vysoké zastoupení odpovědí jedinců, kteří se velmi často setkávají s negativními pocity a to 39%. Stále se s nimi setkává 36%, celkem často 19%. Jen zřídka se objevují u 3% a nikdy se nevyskytly u 1%.

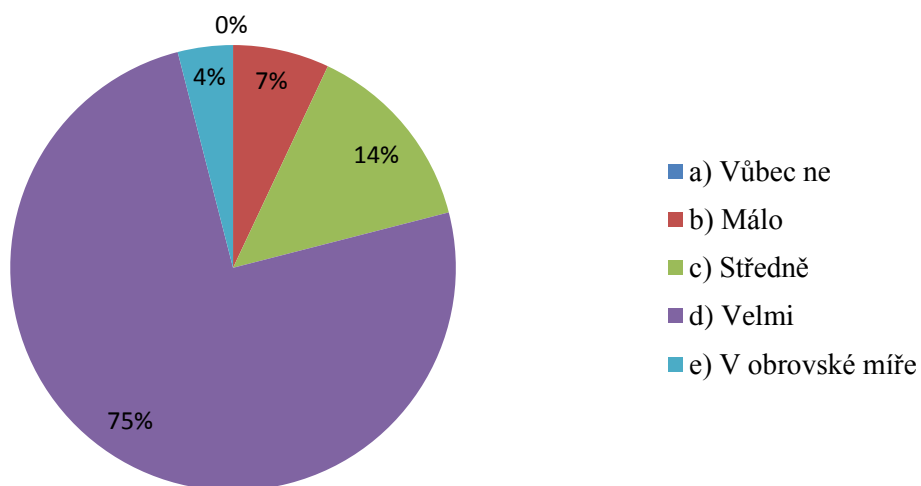
**Graf 19:** Máte pocit, že si při této práci zachovááte svoji důstojnost?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Naprostá většina, to je 67% zastupuje odpověď středně. 18% je zastoupena odpověď málo a 10% velmi. Vůbec ne pak 3%.

**Graf 20:** Změnil se Váš pohled na jedince, o kterého pečujete?

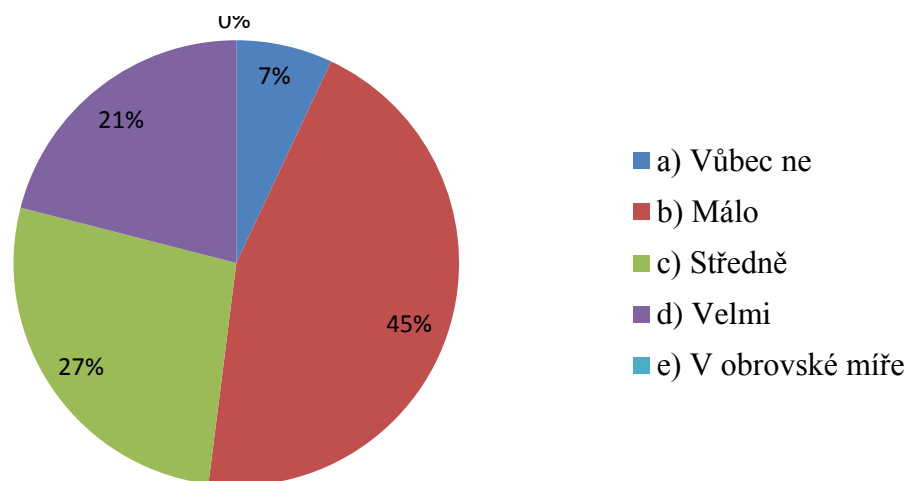


*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*



V 75% se velmi změnil pohled na jedince, o kterého respondenti pečují. Středně se pak změnil v 14% a málo v 7%. V obrovské míře se vnímání ošetřovaného jedince proměnilo v případě 4%.

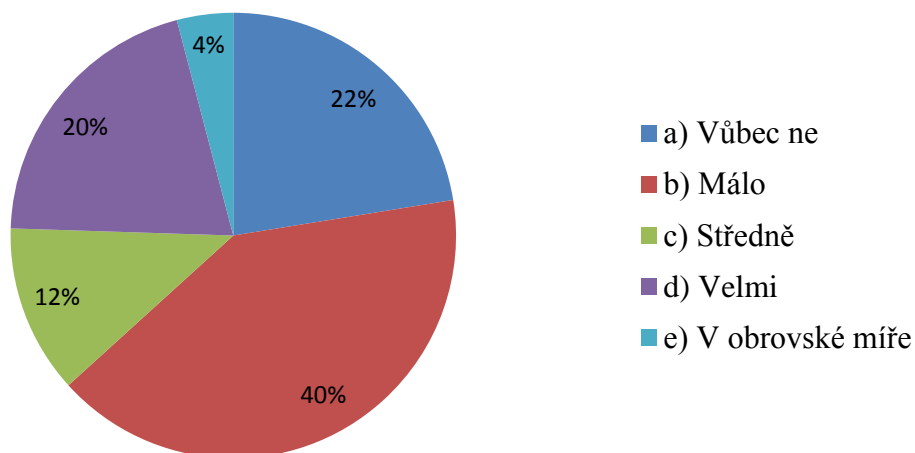
**Graf 21:** Bojíte se stárnutí?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Strach ze stárnutí v obrovské míře nemá nikdo. Naopak 21% respondentů se velmi bojí stárnutí. 27% se bojí středně a převaha 45% dotazovaných má malý strach ze stárnutí.

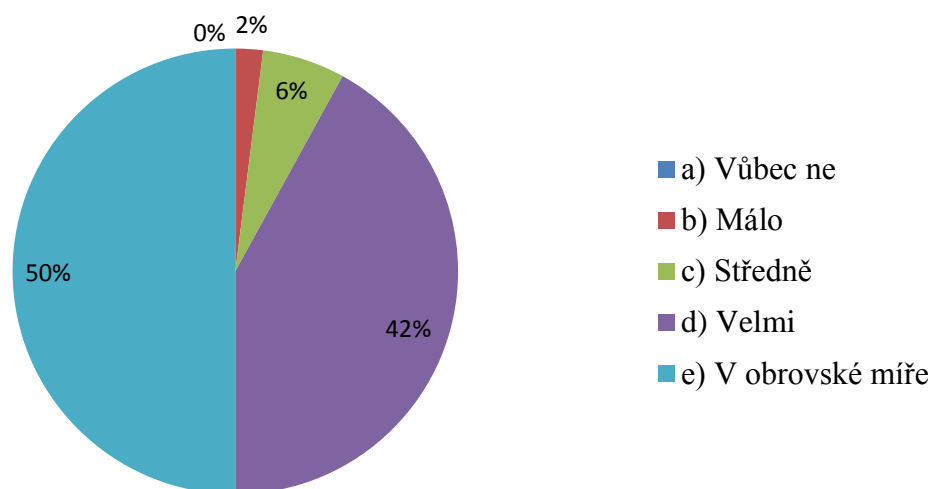
**Graf 22:** Máte pocit, že jste na péči o zdravotně znevýhodněného jedince sám/a?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

40% pečovateli má malý pocit ohledně toho, že je na péči o zdravotně znevýhodněného jedince sám/a. Odpověď vůbec ne zastupuje 22%, dalších 20% charakterizuje odpověď velmi a 12% středně. 4% dotazovaných mají v obrovské míře pocit, že jsou na jedince sami.

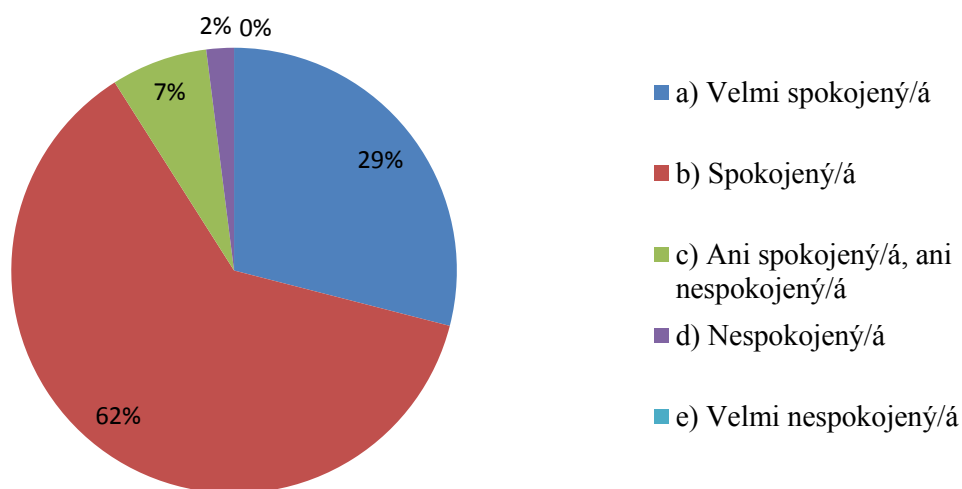
**Graf 23:** Uvědomujete si důležitost rodiny?



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

V obrovské míře si uvědomuje důležitost rodiny až 50% dotazovaných. Další početnou skupinou s odpovědí velmi je 42%. Středně si důležitost rodiny uvědomuje 6% a málo 2%.

**Graf 24:** Jste spokojen/a s rodinným zázemím, které máte?



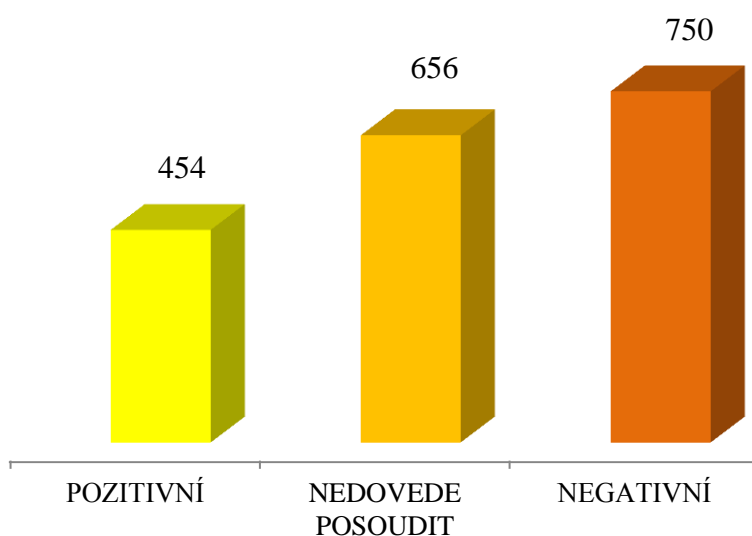
*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

S rodinným zázemím je spokojeno 62%, tedy nad polovina. 29% je velmi spokojeno a 7% ani spokojeno, ani nespokojeno. Z nějakého důvodu se zde vyskytují i 2%, která jsou nespokojena svým rodinným zázemím.

#### 7.4.1 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

1. Jaký vliv má péče o zdravotně znevýhodněného jedince na kvalitu života pečující osoby?

**Graf 25:** Výzkumná otázka č. 1



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

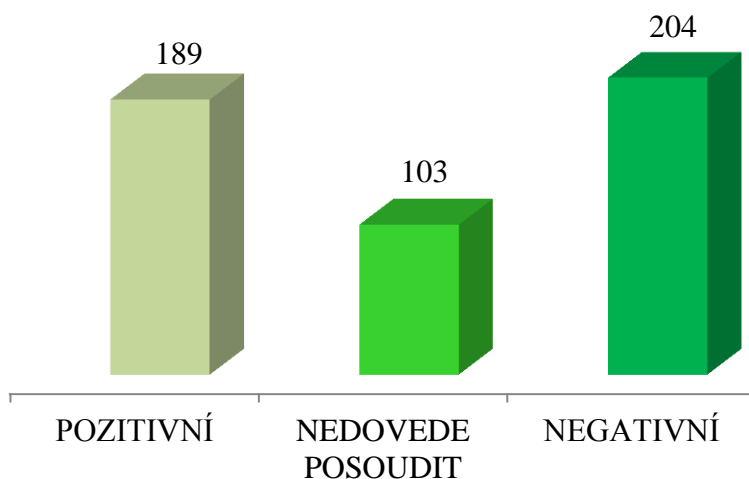
Pozitivních odpovědí, tedy 454 značí, že tato profese kladně ovlivňuje kvalitu života pečujících o jedince se zdravotním znevýhodněním. Vyšší počet hodnot 656 je zaznamenán ve variantě „nedovede posoudit“. Jedinci tak nejsou schopni určit, zdali jejich zaměstnání zasahuje v určitých bodech do jejich kvality života. Z negativních odpovědí a to 750, můžeme usuzovat, že tato práce kvalitu života pečovatele velice negativně ovlivňuje.

Pozitivní faktory (prolínající se všemi následujícími body) ovlivňující kvalitu života pečovatele, mohou být následující: věk pečovatele a jeho dlouholetá praxe, počet klientů připadající na pečujícího, sympatie s klienty, kladné vztahy na pracovišti, spokojenost s finančním ohodnocením, apod.

Negativní faktory ovlivňující kvalitu života pečovatele mohou být následující: antipatie vůči některým klientům, poruchy spánku, špatný kolektiv pracovníků, nízký plat, nespokojenost s pracovní pozicí, stížnosti ze strany rodinných příslušníků na péči, výskyt stresu, depresí, syndromu vyhoření, apod.

2. Jaký vliv má péče o zdravotně znevýhodněného jedince na psychiku pečující osoby?

**Graf 26:** Výzkumná otázka č. 2



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

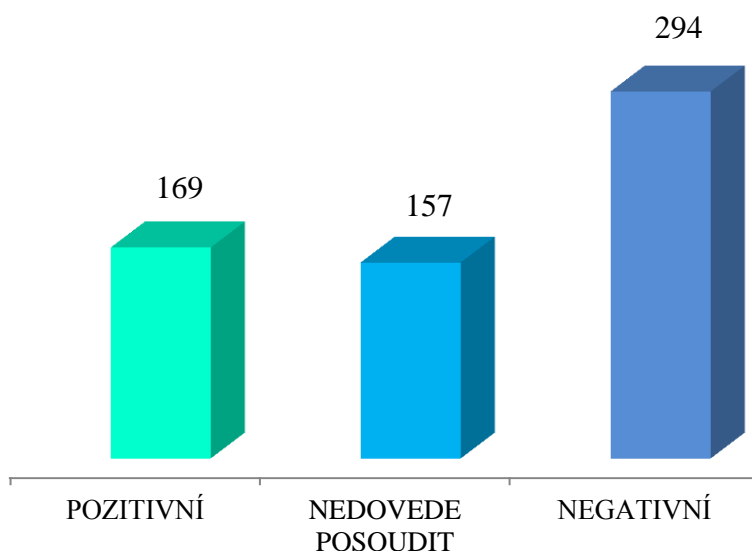
Jak je z grafu patrné, 189 odpovědí je pozitivních. Ve 103 případech jedinci nedovedou kvalitativně posoudit, zdali má péče o zdravotně znevýhodněné jedince vliv na jejich psychiku. Zastoupení negativního vlivu a to 204 odpovědí se odráží v posledním, třetím sloupci. Lze tedy říci, že u většiny pečovatelů se zaměstnání promítá do jejich psychiky a tím ji tedy i ovlivňuje. Různé stránky naší psychiky úzce souvisí s mozkovými centry, pochody v nervovém systému a fungováním systému hormonálního.

Pozitivní odpovědi mohly ovlivnit například tyto faktory: sympatie s klienty, klidné pracovní prostředí, dobré vztahy na pracovišti, vytoužená pracovní pozice, vysoké finanční ohodnocení, dlouholeté zkušenosti, složení klientů, apod.

Negativní odpovědi mohly ovlivnit například tyto faktory: antipatie s klienty, špatné vztahy na pracovišti, nespokojenost se svojí pracovní pozicí, náročnost péče, nedostatek energie, nízké platové ohodnocení, kritika a stížnosti okolí, objevování se stresu, deprese, syndromu vyhoření, věk pečovatele, závažnost onemocnění, počet lůžek, které má na starost, apod.

3. Jaká je důležitost vlivu rodinného zázemí pro osobu pečující o zdravotně znevýhodněného jedince?

**Graf 27:** Výzkumná otázka č. 3



*Zdroj: Vlastní výzkumné šetření autorky 2018.*

Budeme-li deduktivně uvažovat nad grafem, je z něj patrné, že rodinné zázemí ve vztahu k pečovatelské profesi, je jedním z hlavních měřítek a důležitou součástí života jedince. 169 odpovědí je pozitivních, což znamená, že rodinné zázemí je pro pečovatele velmi důležité, neboť se v něm jedinec dennodenně pohybuje. V případě 157 odpovědí pečovatelé z nějakého důvodu nedokázali vyhodnotit, zda je pro ně rodinné zázemí důležité či nikoliv. Je zářející, že nejvíce odpovědí je právě negativních a to 297. Znamená to tedy, že důležitost vlivu rodinného zázemí pro pečovatele vzhledem k jejich profesi nehraje tak velkou roli. Může to být způsobeno i tím, že většina dotazovaných dokáže oddělit svůj osobní život od svého náročného povolání.

Pozitivní důležitost vlivu rodinného prostředí mohou ovlivňovat tyto faktory: přátelská atmosféra v rodině, klidné prostředí, dostatek financí, uspokojování svých potřeb, pocit lásky, bezpečí, opory, možnost být sám sebou, možnost vykonávání oblíbených činností, spokojenost s bydlením, apod.

Negativní vliv rodinného prostředí mohou ovlivňovat tyto faktory: neúplná rodina, probíhající spory či rozvod, projevy sociálně patologických jevů u jednoho či více členů rodiny, nespokojenost s bydlením a zázemím, pocit nebezpečí, nenávisti, apod.

## 7.5 DISKUZE

Diskuze k H1:

Na základě dodaných 1860 odpovědí k H1, můžeme konstatovat následující výsledky. 24, 41% odpovědí vyjadřuje spokojenost, což je 30 jedinců z celkového počtu 124 respondentů. 35, 27% odpovědí nedovede vyjádřit své pocity, což činí 44 odpovídajících a 40, 32% což je 50 respondentů.

**H1 se potvrdila.** Negativně se tedy tato profese podepisuje na kvalitě života jedinců, kteří ji vykonávají. O potvrzení H1 se můžeme přesvědčit v grafu 25. Jak již bylo výše zmíněno, kvalitu života pečovatелů ovlivňuje několik faktorů.

Jak uvádí Kurucová (2010) vyšší kvalitu života mají ti pečovatелé, kteří poskytují ošetrovatelskou péči členu rodiny v domácím prostředí, jsou kvalifikovaní pro tuto profesi, mají povědomí o prognóze a průběhu onemocnění či znevýhodnění. Naopak horší kvalitu života mají ti pečovatелé, kteří vykonávají profesi v nemocničním prostředí. Právě tam bylo dotazníkové šetření ve všech případech prováděno - tím se potvrzuje výrok Kurucové. Je to dáno tím, že prostředí nemocnice celkově nepůsobí na psychiku jedince pozitivně.

Vliv má tedy i prostředí, ve kterém se pečovatелé každodenně nacházejí. Můžeme dále říci, že kvalitu života ovlivňuje forma péče, která s sebou nese další negativní koreláty. Jedná se například o zátěž v psychické, fyzické, finanční, sociální či spirituální oblasti. Vnímání je právě jedním z duševních jevů, které nás staví do kontaktu se skutečností, tedy realitou. Podle Heluse (2011) má vliv na kvalitu života právě vnímání okolního světa spojené s emocemi. To, co prožíváme, vyvolává v našem těle pocity

vzrušení, stavy libosti nebo nelibosti, apod. Pakliže toto tvrzení přirovnáme k profesi pečovatele, můžeme usoudit, že jestliže pečující prožívá ve své profesi nespokojenost, práce ho nečiní šťastným, podepisuje se to negativně na jeho životě. Dále to závisí na nízkém pracovním ohodnocení, které se může lišit v závislosti na vykonávané pozici a jedinec nemá dostatek prostředků pro uspokojení svých potřeb a tužeb. Součástí těchto profesí je také stres, deprese a syndrom vyhoření. Pokud tyto stavy provázejí každodenní pracovní rutinu pečovatele, je samozřejmostí, že i to má vliv nejen na jeho kvalitu života, ale i na jeho zdraví. Vše se odvozuje od individuálních povahových vlastností pečujících. Kvalitu života pečovatelů v tom případě chápeme jako multidimenzionální a subjektivně prožívaný konstrukt, který většinou ovlivňuje všechny oblasti života pečovatele.

#### Diskuze k H2:

Na základě dodaných 620 odpovědí k H2 můžeme konstatovat následující výsledky. 27, 20% odpovědí vyjadřuje spokojenost, což je 34 jedinců z celkového počtu 124 respondentů. 25, 32% odpovědí nedovede vyjádřit své pocity, což činí 31 odpovídajících a 47, 41% je nespokojených, což je 59 respondentů.

Pro nás je hodnota 47, 41% klíčová. **H2 se nepotvrdila** (graf 3). Vyplývá z toho tedy, že jestliže jedinci - pečující, nemají dostatečné zázemí v rodině, nemohou tak uspokojovat své potřeby a kvalitně tak trávit čas pro sebe. Při náročných povoláních, kam řadíme právě i pečovatelskou profesi, je trávení volného času velice důležité. Díky němu dokážou alespoň částečně zapomenout na náročnost jejich povolání a jiné starosti, které je tíží. Prostřednictvím kvalitně stráveného času pečovatel načerpává ztracenou energii a mnohdy se dokáže ponořit do svého nitra. Rodina vytváří hmotné podmínky a sociální ochranu jedinci.

Vraťme se ale k výsledkům grafu. Nabízí se zde otázka, proč tomu tak je? Hlavní směrnicí zde může hrát nevyhovující sociální prostředí, ve kterém se pečující nachází. Jedinec si například prochází rozvodovým řízením, smrtí blízkého či příbuzného, což v důsledku ovlivňuje rodinné prostředí člověka, ať už chce či nechce. Ztotožňujeme se zde i s myšlenkou Říčana (2004) a sice že rodinné zázemí může ovlivňovat také milostný život, ať už kladně či záporně. Dalším důvodem jsou sociálně patologické jevy, které se objevují napříč rodinami. Nejčastěji se jedná například o závislost na

návykových látkách, násilí, gamblerství, apod. Dále pak interpersonální vztahy - jestliže se členy rodiny nevycházíme dobře, nemůžeme čekat jejich pomoc. Jedinec může trpět emoční deprivací či subdeprivací, což se samozřejmě promítá do dalších složek života.

Výsledky výzkumu by měly být obecně zohledněny pro budoucí vývoj tohoto povolání a pro jedince, kteří se chystají tuto profesi vykonávat. Tato profese s sebou totiž přináší několik ne příliš příznivých vyhlídek. Například až 51% pečovatелů má problémy se spánkem (graf 11), které můžeme přisuzovat střídavým směnám, jako je noční a denní služba nebo vlivu stresu, při kterém se produkují stresové hormony, které excitačně působí na organismus. 39% pečujících trpí ve spojitosti se zastávaným povoláním často negativními pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, stres či deprese (graf 18). Další souvislostí je, že u 75% se změnil pohled na jedince, o kterého pečují. Od této skutečnosti se může odvíjet obava ze stárnutí, která převládá v obrovské míře u 7% pečovatелů (graf 21).



## ZÁVĚR

Současná doba, jež s sebou nese velikou vlnu solidarity a humanizace, se čím dál tím více také zajímá o kvalitu života jedinců - pečovatelů. Ta závisí na několika faktorech, které se prolínají do mnoha oblastí života a tvoří tak jakousi pomyslnou síť, kdy každé vlákno navazuje na další.

Kvalitu života pečujících ovlivňuje především náročnost a forma péče, což se promítá do fyzické, psychické, finanční, sociální a spirituální oblasti života pečovatele. Jestliže je jedinec v dobré fyzické a psychické kondici, je spokojen se svým finančním ohodnocením, je mu umožněno trávit volný čas pro sebe, je schopen uspokojovat své potřeby, je obklopen vyhovujícím okolím, přáteli a fungující rodinou, dokáže se ponořit do hloubky svého bytí, do něčeho, co přesahuje běžný lidský život, pak tedy můžeme hodnotit kvalitu života jako výbornou. Z našeho výzkumu ale vyplývá, že profese pečovatele se negativně podepisuje na kvalitě jejich života.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na obtížnost vykonávání tohoto povolání a zjistit, jak ovlivňuje tato profese kvalitu života pečovatelů a jak moc je pro ně důležité rodinné zázemí ve vztahu trávení volného času mimo profesi.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že kvalita života pečujících je negativně ovlivněna jejich povoláním. V odpovědích nacházejících se v dotazníkovém šetření má rodina na pečovatele pozitivní vliv avšak vzhledem k práci není pro pečovatele rodinné zázemí na prvním místě.

Jednotlivá témata práce by bylo možné dále rozšířit a prohloubit a postupně tak proniknout blíže k jádru této problematiky. Více bychom se mohli zaměřit na to, jak tato profese ovlivňuje psychickou stránku jedince a jak právě tato složka působí na kvalitu života pečovatele.

Tomuto povolání by měla především předcházet prevence v podobě odborného zdravotního dohledu na pečovatele, snižování fyzické zátěže, zlepšování prostředí práce, naplňování povinností plynoucích z platné legislativy, jasně popsání a smysluplná koncepce pracovnělékařské služby, dostatečná informovanost zaměstnanců ohledně možného vlivu nežádoucích jevů, apod. Je nutné zmínit, že pečovatelská sféra

se často potýká se syndromem vyhoření. Začíná jako malé semínko, které v těle postupně klíčí a roste. Nikdo by ho tak neměl nechat vykvést. Tím, že projevíme naši slabost neznamená, že jsme slabí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

DOUŠOVÁ, Věra, FRANTA, Jan, ed. *Pečující povolání: sborník přednášek z konference pořádané občanským sdružením Sedm paprsků a odborem zdravotně sociální péče MZ ČR : Praha, Kostel U Jákobova žebříku : 26.-27.9.2001*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2001. ISBN 80-86541-04-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073676056.

GURKOVÁ, Elena, *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*, GradaPublishing a.s., 2002, Praha 7, ISBN 978- 247-3625-9.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění: (primární a sekundární prevence)*. Brno: Neptun, 2004. ISBN 8090289681.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.

KVĚTOŇOVÁ - ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. In *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. s. 1-66. ISBN 80-85 931-58-8.

LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-901424-7-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.

MÜHLPACHR, Pavel. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: SPN, 1974. Učebnice vysokých škol (SPN).

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 8072550748.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

LOUE, Sana. a Martha. SAJATOVIC. *Encyclopedia of aging and public health*. New York: Springer, c2008. ISBN 978-0-387-33754-8.

MULLEY, Graham P., Clive BOWMAN, Michal BOYD a Sarah STOWE. *The BUPA care home handbook*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2014. ISBN 978-1-118-31462-3.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

Muskuloskeletální poruchy – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci – EU-OSHA.

European Agency for Safety & *Health at Work* - *Information, statistics, legislation and risk assessment tools*. [online]. Copyright © 2018 EU. [cit. 10.02.2018]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/musculoskeletal-disorders>.

Práva a povinnosti uživatelů a poskytovatelů sociální služby. Vítejte [online]. Copyright © 2009 [cit. 10.02.2018]. Dostupné z: <http://www.gcentrum.cz/index.php/pecovatelska-sluzba/prava-a-povinnosti-uivatel-a-poskytovatel-socialni-sluby>.

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam obrázků

<b>Obrázek 1:</b> Členění stáří podle Mühlpachra (2004).....	15
<b>Obrázek 2:</b> Členění stáří podle Haškovcové (2010). .....	15
<b>Obrázek 3:</b> Členění stáří podle Příhody (1974).....	18
<b>Obrázek 4:</b> Fáze, jimiž prochází jedinec při zjištění nepříznivé diagnózy. (Payne, 2005, s. 45) .....	28
<b>Obrázek 5:</b> Příklad průběhu syndromu vyhoření podle dvojice autorů Edelwiche a Brodského. (Křivohlavý, 1998, s. 61).....	43
<b>Obrázek 6:</b> Průběh tvorby výzkumné části. ....	49

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1:</b> Znaky vyčerpání při burnout syndromu. (Stock, 2010, s. 23).....	41
<b>Tabulka 2:</b> Projevy odcizení při burnout syndromu. (Stock, 2010, s. 21) .....	42
<b>Tabulka 3:</b> Informace vztahující se k vyhodnocení hypotéz. ....	54

## Seznam grafů

<b>Graf 1:</b> Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života? .....	55
<b>Graf 2:</b> Jak spokojený/á jste se svým zdravím? .....	55
<b>Graf 3:</b> Jak moc Vás baví život? .....	56
<b>Graf 4:</b> Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl? .....	56

<b>Graf 5:</b> Jak dobře jste schopen/a se soustředit? .....	57
<b>Graf 6:</b> Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? .....	57
<b>Graf 7:</b> Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete? .....	58
<b>Graf 8:</b> Máte dost energie pro běžný život?.....	58
<b>Graf 9:</b> Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?.....	59
<b>Graf 10:</b> Máte dostatek příležitosti pro rozvíjení svých zájmů? .....	59
<b>Graf 11:</b> Jak spokojen/á jste se svým spánkem?.....	60
<b>Graf 12:</b> Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?.....	60
<b>Graf 13:</b> Jak spokojený/á jste sám/a se sebou? .....	61
<b>Graf 14:</b> Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy? .....	61
<b>Graf 15:</b> Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši blízcí? .....	62
<b>Graf 16:</b> Jak spokojený/á jste se svým bydlením?.....	62
<b>Graf 17:</b> Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče? .....	63
<b>Graf 18:</b> Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese, ohledně toho, že musíte pečovat o zdravotně znevýhodněného jedince? .....	63
<b>Graf 19:</b> Máte pocit, že si při této práci zachovááte svoji důstojnost? .....	64
<b>Graf 20:</b> Změnil se Váš pohled na jedince, o kterého pečujete?.....	64
<b>Graf 21:</b> Bojíte se stárnutí? .....	65
<b>Graf 22:</b> Máte pocit, že jste na péči o zdravotně znevýhodněného jedince sám/a?.	65
<b>Graf 23:</b> Uvědomujete si důležitost rodiny? .....	66



<b>Graf 24:</b> Jste spokojen/a s rodinným zázemím, které máte?.....	66
<b>Graf 25:</b> Výzkumná otázka č. 1 .....	67
<b>Graf 26:</b> Výzkumná otázka č. 2 .....	68
<b>Graf 27:</b> Výzkumná otázka č. 3 .....	69

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A - Dotazník</b> .....	<b>I-VI</b>
-----------------------------------	-------------

Vážení respondenti,

touto cestou Vás žádám o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma *Kvalita života pečujících o seniora se zdravotním znevýhodněním*.

**Z nabízených variant zaškrtněte vždy pouze jednu odpověď**. Jedná se o anonymní dotazník složený z 26 otázek, který poslouží pouze ke statistickému zpracování.

Děkuji za ochotu.

---

**1. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?**

- a. Velmi dobrá
- b. Dobrá
- c. Ani dobrá, ani špatná
- d. Špatná
- e. Velmi špatná

**2. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?**

- a. Velmi dobré
- b. Dobré
- c. Ani dobré, ani špatné
- d. Špatné
- e. Velmi špatné

**3. Jak moc Vás baví život?**

- a. Vůbec ne
- b. Málo
- c. Středně
- d. Velmi
- e. V obrovské míře

- 4. Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 5. Jak dobře jste schop/a se soustředit?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 6. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 7. Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 8. Máte dost energie pro běžný život?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře

- 9. Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 10. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 11. Jak spokojen/á jste se svým spánkem?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 12. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 13. Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á

- 14. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 15. Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši blízcí?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 16. Jak spokojený/á jste se svým bydlením?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 17. Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?**
- a. Velmi spokojený/á
  - b. Spokojený/á
  - c. Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
  - d. Nespokojený/á
  - e. Velmi nespokojený/á
- 18. Jak často jste měl/a negativní pocity jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese, ohledně toho, že musíte pečovat o zdravotně znevýhodněného jedince?**
- a. Nikdy
  - b. Zřídka
  - c. Celkem často
  - d. Velmi často
  - e. Stále

**19. Máte pocit, že si při této práci zachovááte svoji důstojnost?**

- a. Vůbec ne
- b. Málo
- c. Středně
- d. Velmi
- e. V obrovské míře

**20. Změnil se Váš pohled na jedince, o kterého pečujete?**

- a. Vůbec ne
- b. Málo
- c. Středně
- d. Velmi
- e. V obrovské míře
- f. vlastní názor respondenta:

---

---

**21. Bojíte se stárnutí?**

- a. Vůbec ne
- b. Málo
- c. Středně
- d. Velmi
- e. V obrovské míře

**22. Máte pocit, že jste na péči o zdravotně znevýhodněného jedince sám/a?**

- a. Vůbec ne
- b. Málo
- c. Středně
- d. Velmi
- e. V obrovské míře
- f. vlastní názor respondenta:

---

---

- 23. Uvědomujete si důležitost rodiny?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře
- 24. Jste spokojen/a s rodinným zázemím, který máte?**
- a. Vůbec ne
  - b. Málo
  - c. Středně
  - d. Velmi
  - e. V obrovské míře



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Denisa Šilerová**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: Prezenční**

**Název práce: Kvalita života pečujících o seniora se zdravotním znevýhodněním**

**Rok: 2018**

**Počet stran textu bez příloh: 65**

**Celkový počet stran příloh: 6**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 30**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 2**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.**