

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY NEFORMÁLNÍCH
PEČOVATELŮ STARAJÍCÍCH SE O SENIORY**

**PSYCHOSOCIAL NEEDS OF INFORMAL CAREGIVERS
TAKING CARE OF SENIORS**



Diplomová práce

Autor práce: Bc. Eliška Olešovská

Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D

Olomouc

2019

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Romaně Mazalové, Ph.D za její odborné vedení, věnovaný čas a především za její lidský přístup a podporu. Dále můj velký dík patří Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D, a to nejen za její cenné rady, ale především za její nadšení a motivaci.

Také chci z celého srdce poděkovat Bc. Elvěře Patákové, MBA a celému týmu Podpoře pečujících za jejich toleranci a trpělivost, kterou semnou během psaní diplomové práce měli. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za jejich ochotu a otevřené a upřímné jednání, protože bez nich by moje diplomová práce nikdy nevznikla a stejně tak své rodině, která mne podržela napříč celou cestou mého studia.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Psychosociální potřeby neformálních pečovatelů starajících se o seniory*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH:

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 NEFORMÁLNÍ PÉČE	8
1.1 VYMEZENÍ POJMU	8
1.2 NEFORMÁLNÍ PÉČE U NÁS A V EVROPĚ.....	10
1.2.1 Česká republika	11
1.2.2 Švédsko.....	13
1.2.3 Polsko	15
1.2.4 Německo.....	15
1.3 DRUHY NEFORMÁLNÍ PÉČE	17
1.4 NEFORMÁLNÍ PEČOVATELÉ A JEJICH PRÁCE	18
1.4.1 Jaká je motivace k péči?	18
1.4.2 Kdo jsou neformální pečovatelé?	19
1.4.3 Jaký je rozsah péče?.....	20
1.5 PODPŮRNÉ SLUŽBY PEČUJÍCÍM	21
1.5.1 Sociální služby.....	22
1.5.2 Zdravotní služby	23
1.5.3 Podpůrné skupiny	23
1.5.4 Jiné.....	25
1.6 SHRNUTÍ.....	25
2 DOPAD NEFORMÁLNÍ PÉČE NA PEČUJÍCÍ	28
2.1 PSYCHICKÉ DOPADY	28
2.2 SOCIÁLNÍ DOPADY.....	29
2.3 ZDRAVOTNÍ DOPADY	30
2.4 JINÉ DOPADY	30
2.5 SHRNUTÍ.....	31
3 POTŘEBY	32
3.1 VYMEZENÍ POJMU	32
3.2 KLASIFIKACE POTŘEB.....	33
3.2.1 Dvoudimenzionální klasifikace	33
3.2.2 Vícedimenzionální klasifikace.....	35
3.3 VYBRANÉ TEORIE POTŘEB	35
3.3.1 Murrayho teorie potřeb.....	35

3.3.2	Maslowova hierarchie potřeb.....	36
3.3.3	Dům životních potřeb	38
3.4	SATURACE POTŘEB.....	39
3.4.1	Faktory ovlivňující naplnění potřeb.....	39
3.5	POTŘEBY NEFORMÁLNÍ PEČOVATELŮ.....	40
3.6	SHRNUTÍ.....	42
4	DOSAVADNÍ STUDIE SPOJENÉ S NEFORMÁLNÍ PÉČÍ.....	44
4.1	TUZEMSKÉ STUDIE.....	44
4.2	ZAHRANIČNÍ STUDIE	46
4.3	SHRNUTÍ.....	48
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	50
5	VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE.....	51
5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	51
5.2	VÝZKUMNÉ CÍLE	53
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	54
7	ZKOUMANÝ SOUBOR	55
7.1	METODY VÝBĚRU VZORKU	55
7.2	SAMOTNÝ VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	56
8	ZVOLENÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY	58
8.1	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	63
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU	66
9.1	OTEVŘENÍ KÓDOVÁNÍ.....	66
9.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ.....	77
9.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ.....	79
9.4	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	81
10	ETIKA.....	84
11	DISKUZE.....	85
12	ZÁVĚRY.....	91
	SOUHRN	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	96
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

K tomu, že jsem se začala zajímat o neformální pečující a příjemce péče, mne dovedlo samo studium psychologie a s tím spjaté absolvování praxí. V rámci předmětu *Psychologické poradenství v sociálních službách* jsem docházela do brněnského domova pro seniory Norbertinum, kde se z týdenní praxe najednou stala dlouhodobá brigáda. Zde jsem si vštípila, že je potřeba se těmto lidem věnovat a nezanevřít na ně. Po několika měsíčních zkušenostech jsem se dostala do projektu Evropské unie s názvem *Podpora pečujících*, kde již třetím rokem působím jako poradce. Jedná se o projekt, který nabízí neformálním pečovatelům podporu, pochopení a útočiště. Pracujeme s klienty individuálně, ale pořádáme i pravidelná skupinová setkání a přednášky. Poznatky, které jsem během své praxe načerpala jsem mohla hned využít ve svém osobním životě, kdy babičce diagnostikovali smíšenou demenci v pokročilém stádiu a skončila v domácí péči dědečka. S ohledem na jeho věk a zdraví bylo nutné, aby celou péči nezastával sám, takže jsem si vyzkoušela, jaké to je být neformálním pečovatelem na vlastní kůži, což považuji za nejpřínosnější zkušenost. Babička byla v naší péči celé 3 roky. Dnes je již v domově pro seniory, kde je o ni dobře postaráno a kde ji můžeme pravidelně navštěvovat.

Problematika neformální péče je stále poměrně málo diskutované téma, které je zapotřebí dostat do povědomí celé společnosti. To, že populace stárne a osob vyžadující péči jen přibývá, prokazuje nespočet studií. V České republice tomu není jinak. Vytyčit velikost skupiny neformálních pečovatelů shledávám za problematickou, protože tyto data uchovává Česká správa sociálního zabezpečení, Úřad práce ČR a zdravotní pojišťovny, k jejichž údajům se bohužel nedostanu. Odhady hovoří v řádech stovek tisíců. Důležité je to, aby si společnost uvědomila, že je třeba pečovat nejen o pacienty, ale i o pečující. Péče totiž velmi ovlivňuje fyzické, psychické i sociální nastavení člověka a je třeba, aby se on sám cítil dobře, protože by jinak nemohl pomáhat dál.

Diplomová práce si klade za cíl nalézt psychosociální potřeby u těch neformálních pečovatelů, jenž se starají o seniora v jeho domácím přirozeném prostředí a dále zjistit to, jak neformální pečovatelé samotnou péči vnímají, jaká je jejich motivace a podpora a jak jsou informováni o službách a organizacích, jenž se zaměřují na ně samotné a také na závislé osoby.

Teoretická část se skládá ze čtyř hlavních kapitol. První kapitola popisuje problematiku neformální péče, na niž navazuje kapitola zaměřující se na psychické, sociální, zdravotní a jiné dopady péče na osobu pečovatele. Třetí kapitola se zabývá samotnými potřebami a v poslední kapitole jsou vymezené tuzemské a zahraniční studie zaměřené na tuto problematiku.

V **empirické části** vymezuji výzkumný problém, cíle a otázky, metody výběru vzorku a popis zkoumaného souboru, jenž spočívá v 11 respondentech, se kterými jsem vedla buď osobní nebo telefonické rozhovory. Jedná se tedy o kvalitativní přístup, ve kterém jsem jako metodu zpracování dat využila zakotvenou teorii, která si klade za cíl vytvoření možné teorie týkající se psychosociálních potřeb neformálních pečovatelů starajících se o seniory.

Ráda bych v této diplomové práci poukázala i na to, že život neformálního pečujícího není tak jednoduchý, jak si mnoho lidí myslí, ale na druhou stranu z nich nechci dělat slabé oběti, protože to jsou ve skutečnosti hrozně silní lidé se srdcem na pravém místě.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEFORMÁLNÍ PÉČE

„*Láska začíná péčí o ty nejbližší, ty doma.*“

Matka Tereza

1.1 VYMEZENÍ POJMU

Mnoho lidí považuje vzájemnou pomoc, především tu týkající se zdravotních komplikací, za samozřejmou. Zjevné to je zejména v krizových nebo urgentních případech, kdy se ocitneme například u dopravní nehody a nabídneme svoji pomoc. Každý člověk v takové situaci jedná v rámci mezí svých znalostí a své povahy a mnohdy si oddychne, že u nehody nebyl jako první nebo že se na místě nehody vyskytuje více osob, které mu se situací pomohou, protože přece jenom „*víc hlav, víc ví*“ a zodpovědnost se rozmělní mezi více účastníků. Navzdory všemu si zkrátka vzájemnou krizovou solidaritu projevujeme (Kalvach, 2009). Pocity a smýšlení účastníků nehody v tomto slova smyslu mnohdy reflektují i pocity a smýšlení lidí začínajících s neformální péčí.

Krátkodobá péče, kterou se myslí především časově omezené onemocnění nebo období po úrazu či operaci, se vztahuje k nejbližší rodině či přátelům. Považuje se za samozřejmé, že se jeden o druhého postará a opak by byl vnímán jako bezohlednost nebo prohřešek člověka. Odlišně se ovšem nahlíží na dlouhodobou péči (mezinárodně označovanou jako *long-term care*). Podle Evropské komise je dlouhodobá péče „*spektrum služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, zpravidla fyzickou anebo kognitivní, kteří jsou v důsledku toho závislí po protrahovanou dobu na pomoc v základních aktivitách denního života*“ (Holmerová a kol., 2014, 33). Zde už nemůžeme hovořit o samozřejmosti. Vyvstávají otázky typu „*Jak tohle mohu zvládnout? Jak to ode mě vůbec může někdo chtít? Jak se mohu vzdát svého života?*“ (Kalvach, 2009). V tomto bodu nastává zvažování všech možných pro a proti. Volit formální péči, což znamená přenechat závislou osobu odborníkům ve zdravotnických zařízeních nebo neformální péči, tedy nechat si blízkého doma a přizpůsobit tomu vlastní život.

Jednotnou definici neformální péče, někdy označované také jako laická nebo domácí péče, bychom hledali poměrně těžko. Ve své nejobecnější podstatě lze tuto péči považovat za jakoukoliv starostlivost poskytovanou osobě, které není schopna se sama o sebe plnohodnotně postarat (nelze sem řadit malé zdravé děti). Osoba, která tuto činnost vykonává, není profesionálním pracovníkem, který má za sebou řadu certifikovaných kurzů a školení. V užším slova smyslu se jedná o veškeré formy pomoci osobám zdravotně znevýhodněným, kam řadíme jak občasnou pomoc s nákupem či domácností tak 24hodinovou péčí o osobu, která je na druhém vyloženě závislá (Geissler a kol., 2015). Toto vymezení jako jedno z mála definuje především cílovou skupinu péče a činnosti, které pečující vykonává, ale už podrobněji nezkoumá vztahy mezi těmito dvěma osobami nebo místo výkonu péče, které laickou péčí charakterizuje. Kubalčíková a kolektiv (2015) péči považují za poskytování dlouhodobé, pravidelné, ale různě intenzivní péče potřebným členům rodiny spolu s činnostmi spojené s domácností a starostí o zbytek rodinných příslušníků. Na jednu stranu se mi líbí jednoduchost a trefnost, se kterou autoři charakterizovali samotnou péči, ale na straně druhé nemůžeme říci, že je neformální péče pouze rodinnou záležitostí. Jeřábek s kolektivem (2005) rozšiřují výše uvedená vymezení o prostředí výkonu neformální péče, kterým je přímo domov, a to ať už společný či nikoli a toto starání definuje jako péči, do které nejsou zahrnuty profesionální pečovatelé. Šimoník (2015, 4) zase vymezuje péči následovně: „*Neformální péče je naopak od formální péče zajišťována především rodinnými příslušníky, případně sousedy nebo přáteli, není však nutné, aby mezi pečujícími a opečovávaným existovaly sociální kontakty před vznikem potřeby péče*“. Zároveň konstatuje, že laický pečovatel není na rozdíl od profesionála odborně vyškolen, nepobírá za svoji práci oficiální mzdu, z péče, kterou vykonává, mu vyplývají jen minimální práva, a přitom jsou pracovní úkony a celková náplň práce dost podobné tomu, co vykonává úplně odlišně ohodnocený profesionál. Autor se převážně zaměřuje na kvalifikace domácího pečovatele a otevírá tím úplně jiné téma, jenž se samotné vymezení netýká.

Výše uvedené definice jsou poměrně přehledné a jasné, ale každá popisuje neformální péči jen z části. Z mého pohledu by komplexní definice neformální péče měla odpovídat na následující čtyři otázky:

- *Kdo je příjemcem neformální péče?*

- *Jaké činnosti neformální pečovatel vykonává?*
- *V jakém prostředí se neformální péče vykonává?*
- *Kdo je neformální pečovatel?*

Pokud bychom odpověděli pouze na první dvě otázky, stále bychom mohli tuto definici považovat i za definici určenou pro formální péči, protože náplň práce a cílová skupina jsou de facto podobné. Pokud přidáme do vymezení odpověď na třetí otázku, tedy že péče je vykonávána v domácím prostředí nemocného, stále by například terénní pečovatelská služba splňovala všechny tři body a úplně by nevysvětlovala, co je to neformální péče. Až čtvrtá otázka, kterou považuji za klíčovou, pojednává o tom, že neformálními pečujícími jsou nejčastěji rodinní příslušníci, ale i přátelé nebo sousedi a tím se odlišuje od všech druhů formální péče.

Komplexní definice by tedy mohla znít následovně. *Jedná se o pravidelnou a různě intenzivní péči v domácím prostředí člověka, který není natolik soběstačný, aby se o sebe mohl plnohodnotně postarat sám, přičemž poskytovatelem je nejčastěji rodinným příslušník, přátelé nebo sousedi, jejichž práce není zpoplatněna.*

1.2 NEFORMÁLNÍ PÉČE U NÁS A V EVROPĚ

Koncept neformální péče se začal v různých zemích pod vlivem různých činitelů a okolností vyvíjet různou rychlostí, tempem i směrem a každý stát nabízí svým obyvatelům různé podmínky sociálního zabezpečení. Tuto kapitolu jsem tedy začlenila z toho důvodu, abych na tyto rozdílnosti poukázala. Kromě samotného popisu sociálního systému v České republice jsem pro porovnání vybrala tři evropské státy, kterými jsou Německo, Švédsko a Polsko a přidala k nim dostupné statistiky o pečujících i opečovávaných osobách. Výběr těchto zemí není náhodný. Každá země reprezentuje jiný přístup či stupeň sociálního zabezpečení. Polským občanům je garantována poměrně nízká úroveň sociálního zabezpečení, ale zároveň je od nich očekávána vysoká míra účasti rodiny v oblasti péče. Švédsko jakožto sociálně demokratický typ sociálního státu zase nabízí vysokou míru zodpovědnosti za blaho svých občanů a plní vlastně svoji roli v oblastech, jejichž zabezpečení je v jiných zemích obvykle prisuzováno rodině. Německo je takovým mezistupněm mezi těmito dvěma. Nabízená sociální podpora je silná, ale okruh poskytované podpory není příliš široký (Geissler a kol., 2015a).

1.2.1 Česká republika

V České republice přetrvávají dva modely péče – ústavní a domácí. Ostatní formy jsou poměrně zanedbatelné, protože soukromý sektor u nás není příliš rozvinut. Český občan nebo rodina, která se do situace ohledně péče o blízkého dostane, se staví do rozhodování těžkého dilematu. Buď přenechá blízkého profesionálům a nechá ho dožít v jakémkoliv zdravotnickém či sociálním zařízení nebo bude poskytovat péči doma s omezenou pomocí od státu. Pokud se rodina rozhodne pro domácí péči, tak je třeba si zažádat o *příspěvek na péči*, který ovšem nenahrazuje neformálnímu pečovateli mzdu. Tento příspěvek není dokonce vůbec určen pečovateli, nýbrž závislé osobě a neformální pečovatel z něj může tedy čerpat jen nepřímo. Lze jej využívat na výdaje související se zabezpečením pomoci (Svobodová, 2006). Tyto příspěvky jsou rozděleny do čtyř stupňů dle toho, kolik péče závislá osoba potřebuje a jsou vypláceny měsíčně. Výše těchto příspěvků je určována na základě posuzování stupně závislosti jedince, kde se hodnotí to, jak je závislá osoba schopna sama plnit deset základních životních potřeb – mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (Pešlová, 2013). Stupně příspěvků jsou následující:

- 1. stupeň (*lehká závislost*) činí 880 Kč a jedná se o každodenní pomoc nebo dohled u osoby, která nezvládá samostatně naplňovat tři až čtyři základní životní potřeby,
- 2. stupeň (*středně těžká závislost*) je ve výši 4 400 Kč a závislá osoba není schopna sama naplnit pět až šest základních životních potřeb,
- 3. stupeň (*těžká závislost*) činí 8 800 Kč u osob, které využívají pobytové sociální služby a 12 800 Kč u osob, které naopak nevyužívají pobytové sociální služby a opečovávaná osoba není schopna zajistit si sedm až osm základních životních potřeb,
- 4. stupeň (*úplná závislost*) zajišťuje částku ve výši 13 200 Kč pro osoby využívající pobytové sociální služby a 19 200 Kč pro osoby nevyužívající pobytové sociální služby a devět až deset základních životních potřeb nejsou tyto osoby schopny naplnit (Zákon č. 108/2006 Sb. § 11).

Dalšími benefity jsou *průkazy osob se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P)*, *příspěvky na mobilitu a pomůcky* a jsou opět určeny závislým osobám, ale uvádím je zde z toho důvodu,

že neformálním pečovatelům nepřímo usnadňují práci. *Průkaz osoby se zdravotním postižením* se rozděluje dle příspěvků na péči také do čtyř stupňů:

- *PNP I. stupeň* = TP, což značí „*těžké postižení*“, kdy má člověk nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích nebo přednost při osobním projednávání na úradech, je-li doba čekání výrazně dlouhá.
- *PNP II. stupeň* = ZTP neboli „*zvlášť těžké postižení*“ uplatňuje to stejné, co TP s tím, že má bezplatnou veřejnou dopravu a slevu 75 % na jízdné ve druhé vozové třídě osobního vlaku a parkovací průkaz.
- *PNP III. a IV. stupeň* = ZTP/P značí „*zvlášť těžké postižení s průvodcem*“, což zahrnuje to, co TP a ZTP, a navíc bezplatnou dopravu pro průvodce vnitrostátní veřejnou hromadnou dopravou.

Příspěvek na mobilitu ve výši 550 Kč kompenzuje náklady na zajištění nutné dopravy, která nesmí být nahodilá, nýbrž pravidelná a musí být držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P. *Příspěvek na pomůcky* je určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí a těžce zrakově a sluchově postiženým osobám. V běžné praxi se jedná například o příspěvek na auto nebo schodišťové plošiny a maximální výše tohoto příspěvku se pohybuje do 400 000 Kč. Státní sociální podpora dále přispívá *na bydlení nebo živobytí, starobní a invalidní důchody* (Pešlová, 2013).

Z hlediska trhu práce má pečující osoba nárok na zkrácení či úpravu pracovní doby, ale uplatnění v praxi bychom zatím hledali těžko. Další cesta, kterou může pečovatel využít, je *krátkodobé pracovní volno* na ošetřování blízkého osoby (Zákon č. 262/2006 Sb.). Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění §39 dokonce upravuje nárok na ošetřovné, které bývá vyplácené pečující osobě po dobu prvních 9 kalendářních dnů poskytované péče. Je zde ovšem stanovena podmínka společné domácnosti se závislou osobou a maximální délka trvání 90 dnů. Dále se v českém právu spekuluje o tom, že by mohlo existovat započtení doby péče pro účely dávek v nezaměstnanosti, podporovanou účast na systémech sociální pojištění nebo nepřímou podporu prostřednictvím příspěvku na péči (Koldinská, 2016).

Údaje z roku 2013 poukazují na to, že podíl osob ve věku 65 let a více byl 17,1 % a do budoucna jich bude, díky stárnutí populace, jen přibývat. V roce 2030 se odhaduje tento podíl na 24,1 %

a na rok 2050 až 32,3 %. Co se týče podílu osob ve věku 80 let a více, tak v roce 2013 dosahovalo procentuální zastoupení skoro 4 %. Od roku 2013 do roku 2030 se tento podíl má navýšit až o 3,6 % a do roku 2050 až o 6,1 % (Halásková & Halásková, 2017).

Celkově lze konstatovat, že je poměrně problematické určit velikost skupiny neformálních pečovatelů v České republice, protože existuje pouze malé množství relevantních dat, ale víme, že 80 % péče o starší osoby je poskytováno rodinnými příslušníky (Dudová & Volejníčková, 2013; Geissler a kol., 2015a; Svobodová, 2006). Důvodem je především problematická dostupnost těchto informací, protože veřejné instituce, které by tyto informace uchovávat měly, je nemají běžně dostupné a dalším důvodem je i to, že se nejedná o jasně definovatelnou cílovou skupinu. Na základě dostupných výzkumů a literatury se toto číslo pohybuje v poměrně velkém rozmezí od 250–500 tisíc osob (Geissler a kol., 2015b; Kotrusová, Dobiášová & Hošťálková, 2013; MPSV, 2017; MPSV, 2019). Samozřejmě nejpočetnější skupinou, jenž potřebují zdravotnické a sociální služby jsou senioři (Geissler a kol., 2015a). Pro porovnání uvádím, že počet formálních pečovatelů je až o 50-60 % nižší, než počet neformálních pečovatelů (Wija, 2012).

1.2.2 Švédsko

Švédsko je štědrý sociální stát, který vysoké daňové zatížení kompenzuje vysokým životním standardem obyvatel, dobrými sociálními jistotami a širokou škálou nabízených služeb a benefitů. Tento stát zastává ochranný systém, který spočívá v odpovědnosti za péči o různé skupiny, které to potřebují. Systém sociálního pojištění zahrnuje tři složky – *benefity vázané na příjem, příspěvky univerzální povahy a testované dávky*. *Benefity* jsou formy finanční kompenzace při ztrátě příjmů například v důsledku péče o dítě a podléhají zdanění. *Příspěvky univerzální povahy* se vyplácí každému potřebnému, a to ve stejné výši bez ohledu na příjmy. Jedná se například o příspěvek při adopci nebo přídavek na dítě. *Testované dávky* v sobě zahrnují přídavky na bydlení (pro seniory) nebo přídavky na péči (Geissler, 2015b).

Stejně jako v České republice i ve Švédsku má největší kompetence a odpovědnost za řízení a plánování sociálních služeb ústřední vláda a až dále kraje a obce. Už v roce 1997 vláda uvolnila v přepočtu 888 miliónů Kč na podporu projektů věnující se problematice neformální

péče. Stát garantuje širokou nabídku těchto služeb a v poslední době se zvyšuje i důležitost a význam neformální péče. Na děti ovšem nejsou kladeny požadavky, aby se postarali o své rodiče, ale pokud se tak rozhodnou, tak mají právo na obdržení maximální možné podpory. Zákon o sociálních službách přímo říká, že „*obce jsou povinny respektovat a spolupracovat s neformálními pečovateli a poskytnout jim potřebnou podporu*“ (Geissler, 2015b, 35).

Samotné příspěvky zohledňují, jakou pomoc opečovávaná osoba potřebuje, jaká je intenzita a časová náročnost nebo jaké příjmy rodina má. Jsou dva typy dávek, které vyplácí městská samospráva. *Příspěvek pečujícímu*, který se dá považovat spíše za mzdu, protože jej zaměstnává obec jako pečující osobu. Průměrná výše tohoto příspěvku činí v přepočtu přibližně 41 000 Kč. Dalším je *příspěvek na péči*, který náleží závislé osobě a pohybuje se okolo 11 000 Kč týdně. Mezi dávky vyplácené státem patří následující:

- *příspěvek na péči o postižené dítě*, který se pohybuje od 6 800 Kč do 27 000 Kč,
- *příspěvek na péči*, kdy se neformální pečovatel musí starat minimálně 20 hodin týdně, se pohybuje od 828 do 930 Kč za hodinu,
- *příspěvek v invaliditě* zahrnuje částky od 3 900 Kč do 7 500 Kč,
- *příspěvek na zvláštní výdaje spojené s poskytovanou péčí* je určen na pokrytí nadstandardních služeb a jeho výše se odvíjí od celkové výše příjmu jiných dávek,
- *a příspěvek na automobil*.

A v neposlední řadě má každá pečující osoba, z hlediska trhu práce, nárok na 100 dní placené dovolené, které musí využít za účelem péče (Geissler, 2015b).

Z dohledaných statistik vyplývá, že v zemích jako je Švédsko, bude nárůst obyvatel starších 80 let pozvolnější v porovnání například s námi nebo Německem. Celkový podíl nejstarších osob by se měl mezi roky 2013 a 2050 zvýšit o méně než 5 %. V roce 2013 bylo procentuální zastoupení těchto osob 4,4 %, na rok 2030 se odhaduje 6 % a na rok 2050 8,6 %. Co se týče podílu osob ve věku 65 let a víc, tak je procentuální zastoupení v roce 2013 15,8 % a na roky 2030 a 2050 se odhaduje 20,6 % a 23,2 %. Celkově spadá Švédsko mezi státy, které se vyznačují nejvyšším podílem příjemců péče i nejvyšším podílem celkových výdajů na dlouhodobou péči (Halásková & Halásková, 2017).

1.2.3 Polsko

Polsko se oproti Švédsku značí poměrně slabě vyvinutým sociálním systémem, který se budoval spíše jako reakce na krizi než díky samovolným úvahám představitelů politiky. Silný vliv si neustále udržuje církve a nestátní organizace. Jednotnou strategií sociálního pojištění bychom hledali těžko. Služby směřující k podpoře neformálních pečovatelů bychom spočítali možná na prstech jedné ruky, protože jsou spíše výjimkou. Pomoc je primárně cílena spíše na závislé osoby, a to v poměrně velké míře, kdy se objevuje dokonce i zvláštní zastoupení přímo na vládní úrovni. Například člověk se zdravotním postižením dostane *tzv. vládního zmocněnce*, který hájí jeho zájmy, spolupracuje na tvorbě zákonů nebo třeba komunikuje s neziskovými organizacemi. Místo, které ocení neformální pečovatelé starající se o seniory, se nazývá *Středisko sociální podpory*, kde se žádá o většinu dávek, příspěvků či služeb. Při žádosti o dávky nebo příspěvky bývá posuzována nejen osobní situace člověka, celé rodiny a jejich příjmy, ale také konkrétní případ a konkrétní podmínky a nároky žadatele (Geissler a kol., 2015b).

Byť má Polsko značně nedovyvinutý sociální systém, tak na rozdíl od nás pochopilo, že neformální pečovatel nemůže vykonávat placenou práci, tudíž by mu měla putovat nějaká finanční podpora. Od roku 2015 činí tento *příspěvek pro pečovatele* 8 040 Kč a státem je jim placeno i důchodové a zdravotní pojištění. Dalším příspěvkem je *pečovatelský příspěvek*, který patří pouze těm, kteří se starají o zdravotně postižené děti a mladistvé do 25 let a dále *zvláštní pečovatelský příspěvek* ve výši 3 370 Kč, který je určen těm, kteří se starají o dospělou osobu vyžadující péči a nepřihlíží se na příjem rodiny opečovávané osoby. Tento příspěvek činí přibližně 4 000 Kč (Geissler a kol., 2015b). Celkově se dá hovořit o tom, že problematika neformální péče zůstává problémem rodiny než problémem státu. Dokonce neexistuje velké množství výzkumů týkající se této problematiky, tudíž zde nemohu uvést žádnou dohledatelnou statistiku.

1.2.4 Německo

Německo má poměrně silný sociální systém. Počátky zákonů o sociálním pojištění byly v Německu přijaty již v 19. století a od té doby se neustále rozvíjí a posilují. Dnes je sociální pojištění považováno za jeden ze základních instrumentů podpory obyvatel v nepříznivých sociálních situacích. Obsahuje pět druhů pojištění – *pro nezaměstnané, zákonné zdravotní*

a úrazové pojištění, sociální a důchodové pojištění. Tato země znatelně dbá na podporování rodin i rodinné péče. Politické cíle směřují k tomu, aby závislé osoby, které jsou odkázány na pomoc druhých, mohli vést v adekvátní míře samostatný život a aby neformální péče vždy předcházela péči formální (Geissler a kol., 2015b).

Ke splnění vytyčených cílů napomáhají v Německu 3 typy volna na péči, které se liší délkou, nároky na pečujícího i opečovávaného a finanční kompenzací. Prvním z nich je *krátkodobé volno na péči* nebo také *dočasná nepřítomnost v práci*, která může trvat maximálně 10 dní. Toto volno zaměstnanec využívá při řešení urgentní nebo krizové situace týkající se péče o osobu blízkou (jakýkoliv rodinný příslušník či partner). Od roku 2015 mají pečující v rámci tohoto volna nárok na *příspěvek při péči*, který nahrazuje mzdu během nepřítomnosti v práci. Výše příspěvku je tvořena 90 % čisté mzdy a je zastropována částkou ve výši 96,25 € na den. Druhým typem je *volno na péči*, které pečujícímu zaměstnanci umožňuje opustit zaměstnání až po dobu 6 měsíců. Závislá osoba musí být opět člen rodiny nebo partner, a zároveň musí splňovat minimálně 1. stupeň závislosti osoby v péči. Od roku 2012 funguje v Německu třetí typ volna – *rodinné volno na péči*. Zaměstnanec má možnost si snížit počet pracovních hodin na minimálně 15 hodin týdně, a to až na dobu 24 měsíců, čímž chce stát poukázat na sladění péče se zaměstnáním a důležité je především to, že zamezí sociální izolaci člověka (Geissler, 2016).

Zákon o sociálních službách neformální pečovatele označuje jako osoby, jenž pečují o osobu odkázanou na pomoc druhých, kterou mají ve svém okolí a péči nevykonávají jako své povolání. Tento zákon dále poměrně striktně vymezuje, že péče musí trvat alespoň 14 hodin týdně, aby měl dotyčný nárok na státní dávky (Geissler a kol., 2015b).

Dostupné statistiky vypovídají o tom, že podíl osob ve věku 65 let a více se v roce 2013 pohyboval okolo 21 % a odhad na rok 2030 je necelých 28 %. Osoby ve věku 80 let a více se v roce 2013 pohybovali okolo 5,5 % a nárůst do roku 2030 má být 2,4 % (Halásková & Halásková, 2017). Údaje z roku 2011 (Geissler, 2016) nám dávají poměrně dobrý přehled o osobách odkázaných na pomoc druhého. Celkový počet závislých osob byl 2 501 401, z toho

v domácí péči bylo celkově 1 758 321 jedinců a domácí péči příbuzných využilo 1 182 057 jedinců.

1.3 DRUHY NEFORMÁLNÍ PÉČE

Neformální neboli domácí péče může existovat v několika rovinách, může mít různou povahu a intenzitu. Nezákladnější dělení rozlišuje péči *zdravotní*, *sociální* a *emoční*. Je třeba mít na paměti, že toto klasifikační schéma je opravdu základní, tudíž jím můžeme vymezit nejen péči domácí ale i ústavní. Záleží jen na úhlu pohledu a kontextu situace.

- *Zdravotní péče* je přirozenou prioritní snahou každé rodiny. Samotná péče nemusí mít nutně kritickou podobu, kdy opečovávaného jedince díky jeho akutnímu zdravotnímu stavu přesouváme do zdravotnického zařízení, kde je o něj odborně postaráno a kde nastává obnova důležitých životních funkcí. Péče totiž pokračuje i po návratu z nemocnice, kdy se závislá osoba propouští do domácího ošetření.
- *Systém sociální péče* může domácí péči ideálně doplňovat nebo úplně nahradit. Na mysli mám domovy s pečovatelskou službou, speciální zařízení sociální péče nebo domovy pro seniory. Domovy s pečovatelskou službou zachovávají soukromí a vlastní prostředí a tvoří jakýsi mezistupeň mezi žitím s rodinou v jedné domácnosti a mezi bydlením ve vlastním bytu. Dále existují speciální služby jako např. pečovatelské, kdy profesionální pečovatel dochází do domácnosti osob a pomáhá jim konat činnosti pro zachování základních životních potřeb. Na druhé straně jsou zase domovy pro seniory, které ale již do neformální péče nespadají, jelikož se jedná o 24hodinovou péči.
- *Emocionální péče* je naopak složka, která se v neformální péči objevuje více než kdekoli ve formální péči. Jedná se o oporu, pochopení, komunikaci nebo dodávání sil závislému (Jeřábek a kol., 2013).

Dle intenzity a naléhavosti klasifikujeme také tři stupně péče. Jedná se o *podpůrnou*, *neosobní* a *osobní péči*.

- *Podpůrná péče (subsidiary care)* je občasná výpomoc, která je časově, fyzicky i psychicky poměrně málo náročná, ale neznamená to, že je nedůležitá. Pro život

závislého seniora totiž je. Jedná se o opravy v domácnosti, doprovod k lékaři, na nákup nebo na úřady.

- *Neosobní péče (impersonal care)* je už o něco pravidelnější a časově náročnější. Jedná se o pomoc se základními denními aktivitami jako jsou domácí práce, tedy vaření, úklid, praní nebo žehlení. Zahrnuje nejen materiální ale i emocionální výpomoc.
- *Osobní péče (personal care)*, která je nejnáročnější po stránce časové, fyzické i psychické, je spojena s intimní péčí o seniora. Dá se říct, že můžeme mluvit o 24hodinové péči, která v sobě zahrnuje příjem potravy a tekutin, oblékání, obouvání nebo osobní hygienu (Chaloupková, 2013).

Poslední dělení, které uvedu, záleží na *poskytování každodenních sebeobslužných aktivit* tzv. *ADL (Activities of daily living)*, což v konkrétní činnostech obnáší osobní hygienu, pomoc s oblékáním a obouváním nebo užívání léků a *instrumentálních činností zaměřených na širší soběstačnost* tzv. *IADL (Instrumental activities of daily living)*, kam řadíme pomoc s manipulací s penězi, péči o domácnost nebo nakupování (Kotrusová, Dobiášová & Hubíková, 2013).

1.4 NEFORMÁLNÍ PEČOVATELÉ A JEJICH PRÁCE

Pojem neformální péče jsem již vymezila a klasifikovala a stejně tak jsem popsala, jak náš stát i jiné státy Evropy na tuto péči nahlízejí a jak lidem v tomto kontextu pomáhají. Otázkou zůstává, kdo jsou ti lidé, kteří se rozhodli pečovat o svého blízkého, jaká je jejich motivace a co je jejich náplní práce.

1.4.1 Jaká je motivace k péči?

Velice jednoduše se dá říct, že neformální pečovatelé jsou ti, kteří umožňují přesunout péči o jedince ze zdravotnických či sociálních zařízení do jejich domácího přirozeného prostředí. Pro lepší pochopení neformálních pečovatelů bych ráda nejprve vymezila jejich motivaci k péči o blízkou osobu. Na jedné straně se tito neformální pečovatelé snaží vyslyšet přání závislých osob zůstat ve svých domovech a na druhé straně dochází k jistému nátlaku ze strany společnosti. „*Rozhodnutí pečovat o blízkého člověka velmi často není dobrovolným rozhodnutím*“ (Kotrusová, Dobiášová & Hošťálková, 2013, 2). Nejvýznamnějším faktorem tohoto počínání je také určitě demografické stárnutí populace a zvyšující se ceny

za zdravotnické a sociální služby. Samotná motivace starat se není u žádného pečovatele jednoduchá a jednoznačná, jak by se možná na první pohled zdálo, protože je ovlivněna celou škálou faktorů. Přidalová (2007), která se ve svém výzkumu zabývala dětmi, jenž pečují o své rodiče, vymezila *čtyři nejčastější faktory*, které se na samotném rozhodnutí podílejí:

- *praktické faktory*, kam spadá například geografická vzdálenost nebo to, že je dítě „jedináček“, což ho staví do pozice, kdy si nemůže moc vybírat,
- *faktory spojené se vztahem rodič – dítě*, kdy je podle teorie mezigenerační solidarity mezi příbuznými citové pouto, vzájemný respekt a pochopení, které syna nebo dceru motivuje k péči,
- *socializační faktory*, které jsou úzce spojeny s prostředím, ve kterém vyrůstaly, takže vnímají své jednání jako výsledek výchovy,
- *faktory vázané na osobu samotného rodiče*, kam řadíme právě přání a představy stárnoucích.

1.4.2 Kdo jsou neformální pečovatelé?

Již z několika definic je patrné, že neformálními pečovateli jsou rodinní příslušníci, jiní blízcí nebo sousedi závislých osob. Rozsáhlá tuzemská i zahraniční literatura a výzkumy považují za nejčastější pečovatele manželské partnery, partnerky nebo děti a jejich partnery. Poněkud novým fenoménem je společná rodinná péče, která je teoreticky poměrně dobře uchopitelná, ale prakticky málokdy využívaná. Se sdílenou rodinnou péčí jsem se osobně setkala pouze dvakrát a vždy to v praxi vypadalo tak, že se sourozenci společně starali o jednoho rodiče (Jeřábek, 2009). Rozložení mužů a žen je nerovnoměrné a věnuje se mu velká pozornost v mnohých výzkumech (Bracke, Christianes & Wauterickx, 2008; Dudová & Vohlídalová, 2018; Dudová & Volejníčková, 2013; Chadiha et al., 2004; Přidalová, 2007; Svobodová, 2006). Ženy tuto péči vykonávají v 60–80 % případů, muži naopak péči spíše přijímají. Ti muži, jenž péči poskytují, tráví péči mnohem menší počet hodin týdně a zaměřují se na jiné typy činností, které nejsou spojeny s intimní péčí. Některé výzkumy zdůvodňují tuto nerovnoměrnost tím, že se jedná o kulturní předpoklady a stereotypy nebo že pečovatelská práce má spíše ženskou konotaci. Jiné studie zase tvrdí, že muži, práci související s péčí o seniora, spíše ignorují a vztah k ní přirozeně vytvořený nemají (Dudová & Vohlídalová, 2018). Rozdíl mezi muži

pečovateli a ženami pečovatelkami se ukazuje především ve věku, kdy muži častěji zastávají tuto roli ve vyšším věku než ženu (Šimoník, 2015).

1.4.3 Jaký je rozsah péče?

Samotná péče o rodinného člena má za cíl poskytnout jistotu a bezpečí závislému seniorovi a podle Karrese a Seebergera (in Bártlová, 2006) se dá vymezit několika následujícími znaky:

- zaměřuje se na ošetrovatelské potřeby jiné osoby
- péče se provádí na základě vzájemnosti
- role jsou zaměnitelné
- vztah mezi příjemce péče a jeho pečovatelem je osobní (hluboký a přímý vztah)
- respekt vůči závislé osobě

Činnosti, které neformální pečovatel provádí, se liší v závislosti na fyzickém a psychickém zdraví příjemce péče. Stejně tak časový rozsah je velice individuální dle vykonaných činností nebo momentálního, ale i celkového stavu opečovávaného. Podpůrná pomoc zabere jednomu člověku týdně v průměru 15,5 hodiny, zatímco neosobní pomoc klidně až 26 hodin a osobní péče až 31 hodin (Jeřábek in Šmídová, 2018). Teoreticky se jedná o dopomáhání nebo úplnou pomoc v deseti základních oblastech každodenního života, pokud to zdravotní stav příjemce umožňuje. Jedná se o ty oblasti, o kterých jsem se zmínila již v rámci příspěvků na péči. Každá tato oblast zahrnuje dopomáhání nebo úplnou pomoc s danými činnostmi, které vymezují u každého bodu.

- *Mobilita*: vstávání, usedání, stoj, zaujímání polohy, pohyb v rámci chůze, chůze po schodech nebo využívání dopravních prostředků.
- *Orientace*: poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, pomoc s orientací časem, prostorem, místem a osobou, orientace v obvyklém prostředí a v obvyklých situacích.
- *Komunikace*: pomoc s dorozuměním, porozuměním jak mluvenou nebo psanou řečí.
- *Stravování*: výběr a samotný příjem potravy a tekutin, dodržovat dietní režim.
- *Oblékání a obouvání*: manipulace s oblečením či obuví v rámci běžné denní aktivity.
- *Tělesná hygiena*: užívat hygienické zařízení, mýt se, osušovat se, provádět celkovou hygienu, ústní hygienu, česat se nebo holit.

- *Výkon fyziologické potřeby*: schopnost využívat WC, vyprázdnit se, provést očistu nebo používat hygienické pomůcky.
- *Péče o zdraví*: dodržovat stanovený léčebný režim, využívat léky a různé pomůcky nebo provádět ošetrovatelská opatření.
- *Osobní aktivity*: vykonávat aktivity příslušné věku a prostředí, dodržovat denní program, vstupovat do vztahů s jinými osobami.
- *Péče o domácnost*: obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, manipulovat s předměty, nakládat s penězi v rámci osobních příjmů, uvařit si teplé jídlo a nápoj, obsluhovat topení a udržovat pořádek (Pešlová, 2013).

Je velký rozdíl mezi péčí o osobu, která se zvládne sama obléct, najíst nebo si zvládne dojít na toaletu a péčí o osobu, která není schopna si zajistit 9 z 10 potřeb. Taková péče vyžaduje i ošetrovatelské a rehabilitační znalosti. K rehabilitačním činnostem patří manipulace s osobou a dopomoc na lůžku, takže je třeba zvládat polohování, otáčení nebo umění dostat člověka z lehu do sedu. Pokud je na tom závislá osoba zdravotně o něco lépe, pak se jedná o manipulaci a dopomoc mimo lůžko, kam spadá nácvik kroku, chůze nebo přesezení na vozík (Kolébalová & Poláková, 2014). Mezi běžné denní úkony týkající se ošetrovatelství patří manipulace s obvazovým materiálem, s inkontinenční pomůckami nebo se zdravotní kosmetikou a pomůckami pro péči o dutinu ústní, dále můžeme hovořit o aplikaci inzulínu (hormon slinivky břišní), clexanu (lék využívaný ke snížení srážlivosti krve), měření krevního tlaku nebo teploty, podávání léků a mnohé další (Kalábová, 2013).

1.5 PODPŮRNÉ SLUŽBY PEČUJÍCÍM

Primárním záměrem bylo rozdělit tuto kapitolu na zdroje opory pro pečující a zdroje opory pro pečované, jenomže v průběhu tvoření této práce jsem se nemohla ubránit pocitu, že se tyto dvě pomoci vlastně prolínají. Např. terénní pečovatelská služba zabezpečuje základní lidské potřeby závislé osoby v jeho domácím prostředí, ale zároveň umožňuje neformálnímu pečovateli si během té doby odpočinout a poskytuje mu čas, který může strávit jinou aktivitou než péčí.

1.5.1 Sociální služby

Sociální služby mohou nabídnout neformálním pečovatelům pomoc několika způsoby, ovšem vždy záleží pouze na jejich rozhodnutí a také míře závislosti seniora, o kterého pečují. Sociální služby obecně dělíme na *služby sociálních služeb, služby sociální prevence a služby poradenství*.

- *Služby v sociální péči* si kladou za hlavní cíl zabezpečit základní lidské potřeby závislé osoby.
- *Služby sociální prevence* slouží především k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení.
- *Sociální poradenství* poskytuje informace v rámci nepříznivých sociálních podmínek a neformální pečovatelé se zde mohou informovat o kompenzačních pomůckách nebo mohou využívat odborné poradenství (Sokol & Trefilová, 2008).

Dle formy je dále můžeme dělit na *terénní, ambulantní a pobytové*. V případě neformálních pečovatelů pečujících o seniora v domácnosti je nejvíce využívaná terénní služba, která je poskytována uživatelům v jejich přirozeném domácím prostředí. *Osobní asistence a pečovatelská služba* jsou těmi nejvyužívanějšími a neznámějšími v této oblasti. Rozdíl mezi těmito dvěma je pouze v tom, že osobní asistence je poskytována bez časového omezení, zatímco pečovatelská služba ve vymezeném čase, obě ovšem spočívají v činnostech, které osobě naplňují základní lidské potřeby, a to v rámci jejich domácího přirozeného prostředí. Důležité je vést rodinu k tomu, aby pro praktické úkony využívala, protože si mohou uvědomit, že je potřeba dělat mnohé potřebné úkony, které doposud nedělali (Veselá, 2003). Odlehčovací služby si kladou za cíl poskytnout dostatečný odpočinek a prostor osobě, která o druhého pečuje v jeho domácím prostředí a prakticky je u nás využívána až v případě největší nouze (např. pokud je pečující osoba vyřazena z péče ať už ze zdravotních nebo soukromých důvodů). Poslední služby, kterou zmíním jsou denní stacionáře. Jedná se o ambulantní službu, kam závislá osoba pravidelně dochází a kde jsou vykonávány výchovné nebo aktivizační činnosti (Sokol & Trefilová, 2008). Z praktické stránky věci se jedná pouze o ty opečovávané, kterým to jejich zdravotní stav umožňuje. Je třeba mít na paměti, že se nejedná o úplný souhrn všech existujících sociálních služeb, ale jen o část.

1.5.2 Zdravotní služby

Zdravotnická zařízení a služby jsou „*místa, kde jsou rodiny mnohdy poprvé konfrontovány s budoucím pečovatelským závazkem a kam se opakovaně vrací. Důležitá je jejich dostupnost, návaznost a provázanost zdravotní péče a služeb se službami sociálními*“ (Geissler a kol., 2019, 12). MZ ČR (2012) rozděluje několik druhů zdravotní péče:

- *Ambulantní péče*: není nutná hospitalizace a je poskytována lékaři nebo odbornými specialisty.
- *Terénní péče*: využívána nejčastěji v domácím prostředí nemocného.
- *Lůžková péče*: nutná hospitalizace a přijetí na lůžko, poskytována je péče akutní standartní a intenzivní, následná a dlouhodobá.
- *Záchranná a pohotovostní služba*: v případě akutních onemocnění a náhlých úrazů, kdy není pacient schopen sám se dopravit k lékaři a přeprava postiženého do zdravotnických zařízení.
- *Pracovně-lékařské služby*: preventivná služba, jež hodnotí pracovní činnosti, prostředí a podmínky.
- *Dispenzární služby*: aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta, jež je ohrožen na životě či trpí závažným onemocněním.
- *Lázeňská léčebně rehabilitační péče*.
- *Poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků*.
- *Preventivní péče*: preventivní prohlídky a očkování.

V rámci kontextu se zdravotnickými službami myslíme např. LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), sociální lůžka, ordinace praktických lékařů nebo terénní zdravotní péče (Geissler, 2019). Nejvíce využívanou a pečovateli poptávanou je terénní zdravotní péče, která zajišťuje ošetrovatelskou, rehabilitační a paliativní péči (Geissler, 2019). Tato péče se týká spíše imobilních jedinců, jež jsou upoutáni na lůžko nebo těch, jež se potýkají se špatným zdravotním stavem, jež jim neumožňuje návštěvu lékařů a jiných zdravotních odborníků.

1.5.3 Podpůrné skupiny

Skandinávské země mají poměrně rozvinutý systém komunitní péče, neformální pečovatelé v německy mluvících zemích jsou podporovány charitou či církví a u mnoha ostatních zemí

Evropy se můžeme setkávat s neziskovými organizacemi financovanými obcemi, státem nebo EU (Jeřábek, 2013). V České republice je několik organizací, které se podílejí na podpoře neformálních pečujících. Ráda bych se o některých z nich zmínila a uvedla, s čím mohou neformálním pečovatelům pomoci. Jedná se o jen ú výčet čtyř organizací, kdy každá pomáhá trochu jiným způsobem.

Pečuj doma je organizace, která je velice známá jejich literaturou ke vzdělávání a praktickými návody a videi, jak samotnou péči zajistit a usnadnit. Obrovskou výhodou shledávám v tom, že nabízejí celou řadu kurzů a akcí, kde se může pečovatel naučit nejen po teoretické, ale i praktické stránce starat o sebe i svého blízkého. Navíc se zabývají také poradenstvím, kde pomáhají s vyplněním žádostí na příspěvky na péči, příspěvky na mobilitu či zdravotní pomůcky, poskytují rady v ošetrovatelské, právní nebo psychologické oblasti a pořádají setkání skupin neformálních pečovatelů (Diakonie ČCE – Pečuj doma, 2019).

Unie pečujících byla založena lidmi, kteří sami pečovali a cítili, že je potřeba s postavením a samotnou situací týkající se pečujících něco dělat. Jejich cílem je spojit organizace, jednotlivce, nynější i bývalé pečující osoby a zasadit se o změny v legislativě ve prospěch domácí péče. Zkrátka usilují o zlepšení postavení a situace neformální péče a hledají cestu k podpoře (Unie pečujících, nedat.).

Nelze nezmínit projekt, do kterého jsem sama angažovaná. Nese název **Generace – podpora pečujících** a je to projekt financovaný Evropskou unií, jenž se snaží snížit riziko sociálního vyloučení a přispět k sociálnímu začleňování neformálních pečovatelů v Brně a okolí. Nabízenými službami jsou individuální poradenství v domácnosti neformálních pečovatelů a přednášky poskytované sociálním pracovníkem, právníkem, psychologem a zdravotní sestrou. Dále jsou nabízena pravidelná (1-2 měsíčně) setkání na podpůrných skupinách, kde je možné se setkat s mnoha životními příběhy a zkušenostmi lidí z praxe (Generace Care, z.ú., nedat.).

Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov je zaměřena na využívání sdílené péče, tedy kombinaci péče neformálních pečovatelů a samotné Charity. Cílem je zlepšit informovanost o využívání sdílené péče, zvýšení znalostí a dovedností samotného pečovatele a předávání příkladu z praxe (Charita České republiky, nedat.).

1.5.4 Jiné

Nejdostupnější a zároveň nejrychlejším zdrojem opory je **internet**. Pečovatelé zde hledají informace, které by jim měl správně poskytnout odborník, vyhledávají si informace o diagnózách závislých osob, jejich léčbě, rehabilitačních metodách atd. Pozitivní je, že jsou vyhledávány také podpůrné organizace a spolky a to, že pečující komunikují touto cestou se svými blízkými (Klvačová, 2017). Nesmíme opomínat na **sociální podporu**, která je v případě neformální péče nesmírně důležitá. Jedná se o pomoc, respektování, naslouchání a informování ze strany lékařů, sester, sociálních pracovníků, ale převážně rodiny (Bártlová, 2006).

1.6 SHRNU TÍ

Samotné vymezení neformální péče nebylo tak snadné, jak by se na první pohled mohlo zdát. Neexistuje jednotná definice a definice některých autorů můžeme běžně zaměnit s pojmem formální péče, jenž spočívá v rukou odborníků. Vymezení by mělo obsahovat čtyři body, jenž odpovídají na to, kdo je neformální pečovatel, jaké činnosti vykonává a v jakém prostředí a o koho se tento pečovatel stará. Konečné znění by mohlo tedy vypadat následovně: *Jedná se o pravidelnou a různě intenzivní péči v domácím prostředí člověka, který není natolik soběstačný, aby se o sebe mohl plnohodnotně postarat sám a péči, která je vykonávána nejčastěji rodinnými příslušníky, ale i přáteli nebo sousedy.*

Dále popisují neformální péči u nás a ve vybraných státech Evropy jako je Švédsko, Polsko a Německo. Výběr zemí je cílený, protože každá země pracuje s různou úrovní podpory neformálních pečovatelů. Štědré Švédsko reprezentuje vysokou úroveň podpory a plní roli v oblastech zabezpečení, které by měla plnit rodina. Oproti tomu sousedské Polsko je známé nízkou úrovní sociálního zabezpečení a nabízí pouze hrst příspěvků. Německo je takovým mezistupněm mezi těmito dvěma. Nabízené příspěvky a jejich výše jsou na odpovídající úrovni a důležité je, že podporují osoby, které mají blízkého v péči a zároveň chodí do zaměstnání (Geissler a kol., 2015b). Systém v České republice se řadí mezi průměrné či mírně nadprůměrné. Stále je co zlepšovat. Domácí pečovatel je státem podporován především na základě *4 stupňů příspěvků na péči*, které se pohybují od 880 Kč až do 19 200 Kč a jsou hodnoceny na základě deseti základních životních potřeb (Prajznerová, 2018). K dalším dávkám patří *příspěvek na mobilitu, příspěvek na pomůcky nebo průkaz osob se zdravotním postižením (TP, ZTP,*

TZP/P) (Pešlová, 2013). Osoby, jenž jsou neformálními pečovateli a zároveň zaměstnanci mají ze zákona právo na *zkrácení či úpravu pracovní doby*. V praxi existuje *krátkodobé pracovní volno* na ošetřování blízké osoby, které může trvat maximálně 90 dnů a z toho prvních 9 by mělo být placených (Geissler, 2019).

Nejzákladnější klasifikace dlouhodobé péče obsahuje *zdravotní, sociální a emoční péči* (Jeřábek a kol., 2013). Další dělení domácí péče dělíme dle intenzity péče na *podpůrnou, neosobní a osobní péči* a poslední dělení nabízí dvoudimenzionální model rozdělený na *poskytování každodenních sebeobslužných aktivit tzv. ADL (Activities of daily living)* a *instrumentálních činností zaměřených na širší soběstačnost tzv. IADL (Instrumental activities of daily living)* (Chaloupková, 2013; Kotrusová, Dobiášová & Hubíková, 2013).

Důležitou kapitolou je poznání motivace pečovatelů, což nám lépe pomáhá porozumět tomu, kým vlastně neformální pečovatelé jsou a jakou práci vykonávají. Je třeba upozornit, že málokterý pečovatel považuje svoje rozhodnutí se starat za dobrovolné (Kotrusová, Dobiášová & Hošťálková, 2013). Nejčastějšími motivačním prvkem je vztah mezi těmito dvěma, celkově socializační faktory, ale i praktické faktory jako je vzdálenost dítěte od rodiče (Přidalová, 2007). Domácí pečovatel může být manžel, manželka nebo děti pečující o své rodiče. Existuje velká převaha pečujících žen oproti mužům a to až v 60 - 80 % (Dudová & Vohlídalová, 2018). V rámci pracovní náplně je škála poměrně pestrá, jedná se o pouhou dopomoc při vstávání až po celou hygienu nebo dokrmování nebo podání inzulínu či jiných léků (Pešlová, 2013).

Podpůrné služby pečujícím jsou rozděleny do čtyř podkapitol - *sociální služby, zdravotní služby, podpůrné skupiny a jiné*, kam spadá především opora ze strany rodiny, přátel, ale i profesionálů a také všemi nápomocný internet pro získávání informací. *Sociální služby* můžeme dělit na služby sociálních služeb, služby sociální prevence a služby poradenství nebo dle formy na terénní, ambulantní a pobytové. Nejvíce nápomocnými službami z hlediska neformálního pečovatele jsou služby v sociální péči, jenž si kladou za cíl zabezpečit lidské potřeby závislé osoby (Sokol & Trefilová, 2008). Dle formy jsou nejčastěji využívané terénní služby, protože jsou poskytovány v domácím prostředí závislého (Veselá, 2003). *Zdravotní služby* obsahují také

několik druhů - *ambulantní, terénní, lůžkovou, záchrannou a pohotovostní službu, pracovní-lékařskou, dispenzární službu, léčebně rehabilitační péče, poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a preventivní péči*. Nejvíce poptávanou je terénní zdravotní péče, jenž se stará o závislého člověka v oblasti ošetrovatelské, rehabilitační a paliativní péče. Mezi podpůrné skupiny patří např. *Pečuj doma*, jenž se zaměřuje především na edukaci pečovatelů, *Unie pečujících*, která spojuje všechny možné organizace či jednotlivce a bojuje za práva pečujících nebo další *Generace - Podpora pečujících*, jenž nabízí bezplatné služby psychologa, zdravotní sestry, právníka a sociálního pracovníka (Diakonie ČCE – Pečuj doma, nedat.; Unie pečujících, nedat.; Generace Care, z.ú., nedat.).

2 DOPAD NEFORMÁLNÍ PÉČE NA PEČUJÍCÍ

„Každá negativní myšlenka má škodlivý dopad na náš život.“

Joseph Murphy

Dlouhodobá neformální péče představuje poměrně vysokou zátěž nejen na psychickou, fyzickou, ale i sociální stránku věci, ale také na čas a finance. Významným činitelem je především intenzita, vzdělání a zaměstnání pečujícího, typ vykonávané práce a její rozsah, strávené hodiny nad péčí, volný čas a spoustu dalších (Jeřábek a kol., 2005; Zvěřová, 2015). Jsem si vědoma toho, že nelze striktně oddělovat jednotlivé dopady péče a nebrat v úvahu jejich vzájemnou propojenost.

2.1 PSYCHICKÉ DOPADY

Psychický dopad může v kontextu nemyslitelné zátěže neformálních pečovatelů znamenat deprese, podrážděnost nebo smutek. Na základě četných výzkumů má až 60 % těchto pečujících klinickou depresi (Yates, Tennstedt & Chang, 1999). *„Jeden z účastníků brněnského výzkumu potřeb rodinných pečovatelů dokonce hovořil o tom, že psychické vyčerpání spolu s pocitem selhávání, které zažívá při péči o svého otce s Alzheimerovou chorobou, ho v určitém období dovedly až k úvahám o sebevraždě“* (Dohnalová & Hubíková in Kubalčíková a kol., 2015, 53).

V důsledku dlouhodobé péče může u některých jedinců docházet k rozvoji *syndromu vyhoření* (angl. „*burn-out*“), jenž je chápán jako prodloužená stresová reakce na chronické emoční a interpersonální stresory. *„Riziko syndromu vyhoření je zejména tam, kde dochází k nerovnováze mezi vydaným úsilím a přijatou pozitivní odezvou.“* (Kozáková a kol., 2017, 2). Podle Kebzy a Šolcové (2003) je k tomuto tématu publikováno poměrně malé množství české odborné literatury a vyskytuje se především v rámci těch povolání, kde dochází ke kontaktu s lidmi, který nemusí být na profesionální úrovni. Mezi příznaky patří emoční vyčerpání, únava, negativní vztah k životu nebo pesimistické nastavení mysli. Právě nedostatečné množství energie a negativní myšlení vyřazuje dotyčnou osobu z provozu. V případě zjištění syndromu vyhoření je nutné identifikovat klíčové preventivní faktory, které se podílejí na odolnosti

člověka. Sociální opora, jenž je považována za důležitý klíčový faktor, rodinným pečovatelům zpravidla chybí. V důsledku toho se poté zhoršuje celková kvalita života (Kozáková a kol., 2017).

2.2 SOCIÁLNÍ DOPADY

Je třeba si uvědomit, že onemocnění člověka v rodině neovlivňuje jen dotyčného neformálního pečujícího, ale narušuje vztahy napříč celou rodinou. Důvodem jsou často změny, které v rodině nastávají, kdy dochází ke změnám rolí rodinných členů, jejich přerozdělování a úlohy, změny v oblasti kulturních a společenských zvyklostí, zvýšený stres, a především finanční náklady na péči. Zde se vracím k tomu, že jedna zátěž a její následný dopad nelze striktně škatulkovat od druhé, ale je třeba si uvědomit jejich vzájemnou provázanost (Bártlová, 2006).

Běžným sociálním dopadem vyskytujícím se u domácích pečovatelů je **sociální izolace**. Dochází k němu „*v důsledku toho, že pečující osoba nemá kvůli nárokům spojeným s péčí možnost podílet se na obvyklém společenském životě rodiny či komunity, účastnit se běžných volnočasových aktivit atd.*“ (Kubalčíková a kol., 2015, 54). Dochází i k případům, kdy se člověk nebo rovnou celá rodina cítí zatlačována do kouta díky předsudkům nebo odporu lidí v jejich okolí a vyskytuje se to především u těch rodin, které mají v péči člověka s Alzheimerovou nebo jinou demencí. Samotný fenomén osamělosti je poměrně složitý, multidimenzionální a je důležité rozlišovat mezi pocitem osamělosti chápaným jako emocionální osamělost a mezi sociální izolací chápanou jako sociální osamělost. Sociální izolace v sobě zahrnuje tři aspekty, jimiž je intenzita či množství osamělosti, dále vnitřní osobní osamělost a posledním je pozitivní aspekt, kdy je člověk rád, že je sám (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2004).

„*Pečující na jedné straně často zažívají pocity opuštěnosti, a to i vlastní rodinou, kdy je většina zátěže spojené s péčí ponechána na nich samotných*“ (Kubalčíková a kol., 2015, 56). Lze se domnívat, že vztahy nemusely být dobré již před začátkem péče a často platí, že rodinní příslušníci nereagují zvýšenou solidaritou při rostoucí péči o seniora - ba naopak. Některé rodinné konflikty dokonce vznikají díky neshodě mezi pečovatelem a opečovávanou osobou (Kubalčíková a kol., 2015).

2.3 ZDRAVOTNÍ DOPADY

Zdravotní stav se může v průběhu dlouhodobé péče u primárního pečujícího měnit, a to nejen díky neustálé zátěži, ale i díky tomu, že sami tito pečující stárnou a sil jim ubývá. Řada autorů spojuje dlouhodobou domácí péči nejen se zhoršeným zdravotním stavem nebo s nebezpečím propuknutí vážné choroby, ale především s rizikem předčasného úmrtí pečujícího (Jeřábek a kol., 2005). Ve výzkumu Šmídové (2018) popisují respondenti, jenž poskytují nebo poskytovali péči závislé osobě, že se u nich objevily zdravotní obtíže, jakými jsou například únava, vyčerpanost, problémy se zády nebo také vyšší nemocnost. Je zajímavé, že mnozí pečovatelé si uvědomili své obtíže až tehdy, když se přestali o závislou osobu starat. Důvody, které sami uvádějí jsou ty, že si nemohli dovolit být nemocní nebo si nepřipouštěli možnost, že by péči nezvládli.

Chronická únava, jenž je jedním z fyzických dopadů, se v literatuře objevuje jako poměrně častý důsledek péče. Je to díky opakovanému vstávání v noci, kdy musí být primární pečující neustále k ruce, protože je nutný dozor nad závislou osobou a k tomu ještě nemají možnost si pravidelně odpočinout nebo se bez vyrušení najíst. Chronická únava může kolikrát vést až k týrání slabší a závislé osoby, což souvisí do velké míry i s psychickým stavem jedince (Jeřábek a kol., 2005).

2.4 JINÉ DOPADY

Neformální pečovatelé mohou v neposlední řadě čelit **riziku chudoby**, a to převážně tehdy, pokud se jedná o situaci, kdy se děti nebo rodiče s nižšími příjmy starají o své blízké. Nemohou si dovolit hradit formální péči, natož soukromou a jejich socioekonomické rozdíly se více prohlubují i díky tomu, že jsou nuceni opustit zaměstnání (Chaloupková, 2013).

Nejedná se pouze o ekonomické dopady, ale také **dopady časové**, protože čas si za peníze nekoupíte. Časový dopad spočívá především v tom, že pečovatelé nemají čas na svoje koníčky a zájmy, na to, co mají rádi a co je baví nebo že nemají prostor na odpočinek. Někteří pečovatelé časový dopad nevnímají jako negativum, protože jsou spokojeni s tím, že mohou pečovat o svého blízkého a pocit lásky je to, co je v dané chvíli naplňuje, ale osobně si myslím, že není člověka, jenž by chvíli sám pro sebe nepotřeboval (Šmídová, 2018).

2.5 SHRNU TÍ

V první řadě chci upozornit na to, že je důležité mít na mysli, že nemůžeme nad dopady neformální péče smýšlet odděleně, ale je nutné všechny oblasti dopadů brát z komplexního hlediska v rámci samotné propojenosti či provázanosti.

Psychickými dopady se myslí smutek, podrážděnost nebo deprese, které může mít až 60 % pečujících (Scott in Kubalčíková a kol., 2015). Dále se zde můžeme potýkat s *tzv. syndromem vyhoření*, který je brán jako dlouhodobá stresová zátěž na chronické a interpersonální faktory projevující se emočním vyčerpáním, únavou a celkovou rezignací (Kozáková a kol., 2017).

Při péči nastávají časté změny nejen u pečujícího ale i u jeho rodiny nebo přátel. Setkáváme se zde s pojmem *sociální izolace*, ke kterému dochází v případě neúčastnění se sociální komunikace nebo běžných volnočasových aktivit (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2004).

Zdraví jedinců, jenž pečují o někoho v domácnosti, je ve velikém ohrožení, pokud se nedbá na odpočinek a dostatek spánku. Samotná péče je fyzicky náročná a sami pečovatelé stárnou. Zdravotní komplikace mohou v důsledku péče spočívat ve vyčerpání, problémech se zády nebo vyšší nemocnosti, ale také v závažných chorobách nebo v předčasném úmrtí. Nejčastějším dopadem v oblasti zdraví je *chronická únava* (Jeřábek a kol., 2005). K jiným dopadům jsem zařadila *riziko chudoby a nedostatek času*.

3 POTŘEBY

„Čím moudřejší je člověk, tím méně má potřeb.“

Diogenés Ze Sinópy

Následující oblast se zabývá životními potřebami člověka. Za pomoci několika definic, vymezují pojem potřeba, popisují dvou i vícedimenzionální klasifikace potřeb a v návaznosti na ně prezentují vybrané známé i méně známé teorie, kde se zaměřují na psychosociální potřeby. Následující kapitola pojednává o saturaci potřeb a pro celistvost práce jsem začlenila subkapitolu potřeb neformálních pečovatelů. Jako na každém konci hlavní kapitoly se nachází shrnutí.

3.1 VYMEZENÍ POJMU

Výstižnou definici tohoto pojmu nabízí Hartl (2012), jenž potřebu považuje za *nutnost organismu něco získat nebo se ba naopak něčeho zbavit* nebo Trachtová s kolektivem (2006), která potřebu považuje jako *projev určitého nedostatku*. Toto vymezení je v literatuře časté nejspíš z důvodu jeho stručnosti, jednoduchosti a platnosti (Kohoutek, 2009; Matoušek & Růžička, 1996; Sillamy, 2001). Šamánková a kolektiv (2011) tuto definici doplňují o *touhu něčeho dosáhnout* v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní.

Potřeba má v psychologii své významné místo především díky Henry Murraymu a jeho teorii motivace. Potřebu chápe jako *„sílu (jejíž fyzikálně chemická povaha je neznámá) v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující neuspokojivou situaci“* (Plháková, 2003, 366). Murray se zabýval spíše biologickou stránkou věci, zatímco Abraham Maslow, jenž byl jedním z těch, kteří se zasloužili o volné používání tohoto pojmu v psychologii, předpokládal, že lidské potřeby jsou sice biologicky determinované, ovšem s vrozenými potenciály dalšího rozvoje a formování vnějšími vlivy. Jako synonyma pro tento pojem užíval pojmy *motiv*, *touhu* a *drive*, který uplatňoval spíše v kontextu fyziologie, přičemž pro Murrayho nabýval stejného významu pojem *pud* (Plháková, 2003).

K úvodnímu citátu této kapitoly musíme přistupovat s jistou dávkou nadsázky, ačkoliv skýtá jistou dávku pravdivosti. Síla a četnost potřeb jedince totiž závisí nejen na jeho inteligenci, ale také na jeho pohlaví, věku, zdravotním stavu, společenské a kulturní úrovni, na tom, kde a jak vyrůstal a kde žije dnes a celkově na jeho životním příběhu a zkušenostech (Šamánková a kol., 2011). Díky tomu, že každý máme jiné potřeby, které plynou z našich pro nás podstatných motivů, se ve stejných situacích chováme a smýšlíme odlišně. Abychom mohli lidem porozumět, musíme chápat, co chtějí, co nechtějí, jaký si vytyčili cíl a jak tohoto cíle chtějí dosáhnout (Vágnerová, 2010).

3.2 KLASIFIKACE POTŘEB

Všechny potřeby můžeme dle jejich vzájemných podobností a rozdílností třídit do nejrůznějších skupin a díky tomu se v nich lépe orientovat. V této kapitole nabídnu výčet několika z nich.

3.2.1 Dvoudimenzionální klasifikace

Tato kapitola vymezuje jednotlivé dvoudimenzionální klasifikace. Hlavním cílem je popsat vrozené a získané potřeby, primární a sekundární potřeby a biologické a sociální potřeby a určit jejich vzájemnou provázanost, podobnost, ale také naopak rozdílnost. U několika autorů jsem se setkala s tím, že využívají pojmy primární, biologické a vrozené potřeby jako synonyma či alternativní plnohodnotně zastupitelná označení (např. Šamánková a kol., 2011). Na konci kapitoly vymezují jiná, méně známá ale přitom důležitá, dělení.

Vrozené vs. Získané

Jedná se o dělení, jenž odpovídá původu lidské potřeby. Ty motivy, které jsou vrozené, odpovídají biologickým a fyziologickým potřebám, jejichž povaha je určena dědičností a genetikou. Řadíme sem potřebu jídla, pití, sexu a spousty dalších. Motivы, jenž jsou získané, si člověk osvojuje v průběhu života, kdy se společensky a kulturně obohacuje. Pro příklad se jedná o potřebu zisku nebo potřebu úspěšného výkonu (Cakirpaloglu, 2012).

Primární vs. Sekundární

Primární znamená nezbytnou podmínku pro přežití jedince. Nedostatek nebo nepřítomnost primárních potřeb může u jedince způsobit fyzické zdravotní problémy nebo dokonce i smrt

(Cakirpaloglu, 2012). Pokud bychom tyto potřeby chtěli začlenit do kontextu péče, tak se dá de facto mluvit o tom, že saturace primárních potřeb závislého jedince je základní náplní práce neformálního pečovatele. Naproti tomu nedostatek sekundárních potřeb náš život přímo ohrozit nemůže, ale může nám jej velmi zneprůjemnit, protože má dopad na naši duševní pohodu.

Biologické vs. Sociální

Biologické potřeby jsou vrozené, korespondují s tělesnými potřebami a za normálních okolností mohou ovlivňovat chování každého z nás. Na rozdíl od vrozených potřeb, můžeme ovšem biologické potřeby získat i na bázi sociálního kontaktu. Příkladem se uvádí potřeba alkoholu nebo jiné druhy závislostí představující motivaci, kdy se v případě nedostatku alkoholu u člověka objeví abstinenční symptomy jako zvracení, pocení, podrážděnost nebo úzkost. Zdravý novorozenec tyto potřeby nemá, protože touto genovou výbavou nedisponuje. Jakmile by si ovšem osvojil tento návyk a chování, nic by nebránilo tomu, aby se i pro něj toto stalo biologickou potřebou. Na druhou stranu nemůžeme říct, že sociální motivy, které nejsou vrozené, musí nutně pramenit z potřeb biologických. Jedná se spíše o psychologickou potřebu, kterou člověk uspokojí až v rámci sociálního kontaktu. Konkrétní podoba sociálních motivů záleží především na vlivu prostředí, ve kterém se jedinec nachází (Cakirpaloglu, 2012).

Jiné dvoudimenzionální klasifikace

Další dvoudimenzionální klasifikace je uváděna dle počtu osob, kterých se daná potřeba týká, tudíž ji dělíme na **individuální a kolektivní**. Mezi individuální potřeby můžeme zařadit potřebu osobního růstu, potřebu sebeuplatnění, zatímco kolektivní potřeby obsahují například ochranu životního prostředí. Co se péče týče, zde je rozhodující, zda se jedná o jediného neformálního pečovatele či skupinu neformálních pečovatelů např. tři sestry starající se o maminku. Dále můžeme potřeby dělit dle obsahu na **materiální a nemateriální**. V kontextu péče mne napadá na jedné straně potřeba vlastnit polohovací postel nebo jinou kompenzační pomůcku a na straně druhé prožívání života v souladu se svým svědomím. Poslední dvoudimenzionální dělení, které zde zmíním, se vztahuje k času, z čehož vyplývají **potřeby současné**, vztahující se k prožívané současnosti, a **potřeby budoucí** spojené s očekávanou budoucností (Šamánková a kol., 2011).

3.2.2 Vícedimenzionální klasifikace

Další dělení, jenž je obsažené ve spoustě odborné literatury, už nestojí na bázi dvou polarit. Rozděluje potřeby podle podstaty člověka na biologické, psychologické a sociální. **Biologické potřeby**, o kterých jsem se zmiňovala již výše, jsou vrozené a směřují k naplnění dvou základních cílů – zachování vlastní existence a existence rodu. Pod **psychickými potřebami** si můžeme představit potřebu učení, myšlení nebo vnímání, zatímco pod **sociálními potřebami** zase komunikaci nebo společenské uznání (Kelnarová a kol., 2015). Šamánková s kolektivem (2011) tuto klasifikaci místně doplňuje o další potřeby – estetické, duchovní, kulturní a potřebu sebevyjádření. **Estetické potřeby** jsou odvíjeny od vyspělosti člověka a jeho nároků na krásno, **duchovní potřeby** jsou spjaty převážně s názory a postoji k náboženství, duchovnu a filozofii. Mezi **kulturní potřeby** můžeme řadit potřebu vzdělání nebo společenského a kulturního využití. **Sebevyjádření** v sobě zahrnuje touhu po pochopení, schopnosti vytvořit si svá vlastní přání, utvářet si své názory a prezentovat se svým životem.

3.3 VYBRANÉ TEORIE POTŘEB

V této kapitole se zaměřuji na vybrané teorie zabývající se potřebami. Teorie, které jsem vybrala, jsou následující: Murrayho teorie potřeb, Maslowovu hierarchii potřeb a Dům životních potřeb od Chloubové. Murrayho a Maslowovu klasifikaci potřeb řadíme k těm nejznámějším a lze je považovat snad za povinnou znalost co s v rámci potřeb a motivace týče. Dům životních potřeb od Heleny Chloubové je teorie potřeb brána z pohledu ošetřovatelství a zaměřuje se převážně na psychosociální potřeby.

3.3.1 Murrayho teorie potřeb

Murray používal pojem potřeba jako synonymum ke slovu pud a definoval ji jako sílu umístěnou v oblasti mozku, jenž je schopna vnímat, myslet, snažit se a jednat s cílem změnit neuspokojivou situaci. Potřeby jsou v této teorii rozděleny do dvou skupin – viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární). *Viscerogenní potřeby* jsou vytvářeny a uspokojovány periodickými fyziologickými procesy a řadíme sem kyslík, vodu nebo potravu. *Psychogenní potřeby* jsou, dá se říct, hypotetické projevy mozkové aktivity, které nemusí být nutně spojeny s fyziologií člověka, protože jsou zakotveny v psychickém uzpůsobení člověka a jejich vzorce tvoří podstatu osobnosti. Murray vytyčil seznam nejprve dvaceti těchto potřeb a později přidal další.

Pro příklad – potřeba nadvlády, podřizování se, nezávislosti, opozice, agrese nebo ponížení spadá do oblasti moci, zatímco třeba potřeba úspěšného výkonu, uznání a předvádění se jsou potřeby v oblasti ambice (Plháková, 2003).

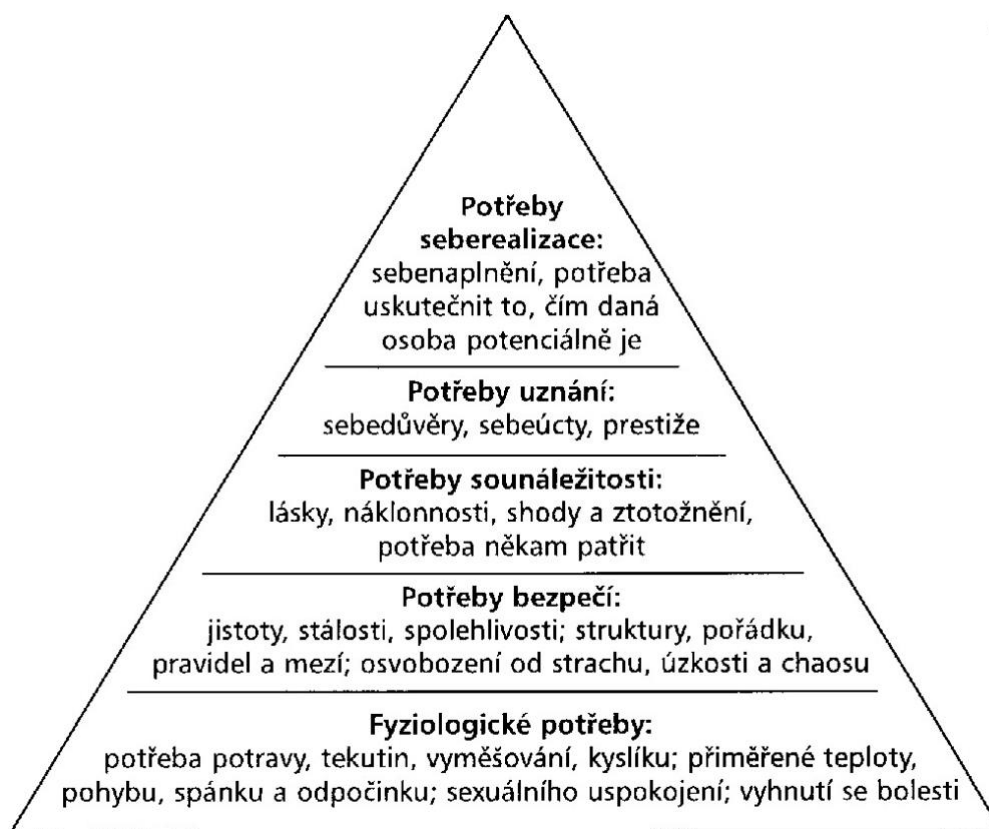
Murray v rámci těchto potřeb popsal potřeby přisvojovat si a uchovávat věci, čímž definuje lidský vztah k neživým předmětům. *Potřeba dosažení úspěšného výkonu* v sobě zahrnuje překonávat překážky, uplatňovat své schopnosti, snažit se vykonat něco obtížného, jak to je jen v lidské moci. *Potřeba afiliace neboli sdružování* obsahuje potřebu vytvářet přátelství, společenské vazby, zkrátka komplexní sociální kontakt. V životní praxi se tato potřeba projevuje hraním společenských her, společnými výlety, dovolenými, sportovními utkání. Nezahrnuje potřebu ovládat a řídit druhé, to je zahrnuto v *potřebě moci* nebo *dominance*. Jedná se i o snahu organizovat chování skupiny (Plháková, 2003).

Důležité pojmy, které jsou s touto teorií spojovány, jsou **tlak** a **téma**. Hall & Lindzey in Plháková (2003, 366) tyto pojmy vysvětlují následovně: „*Potřeby – coby vnitřní síly – se prosazují buď spontánně, nebo jsou aktivovány na základě tlaků, což jsou vnější podmínky, které vyvolávají touhu něco získat (pozitivní tlaky) nebo se něčemu vyhnout (negativní tlaky)*“. Dále tito autoři hovoří o tom, že samotné tlaky ovlivňují psychogenní potřeby a uvádí několik příkladů: „*K aktivaci potřeby úspěšného výkonu přispívá zadání určité úlohy a blízkost kvalitního soupeře. Rozvoj potřeby autonomie podporuje tolerance (pozitivní tlak) a otevřený prostor nebo dominance a omezování druhými lidmi (negativní tlak). Téma je výsledkem interakce mezi tlaky a potřebami.*“

3.3.2 Maslowova hierarchie potřeb

Maslowova teorie potřeb je jedna z obligátních učebnicových látek. Velké množství autorů (Atkinson, Atkinson, Smith, & Bem, 1995; Chloubová, 2003; Kalish in Dufková, 2011) z této teorie vycházelo, přetvářelo ji nebo na jejím základě stavělo teorie nové. Samotná teorie sestává z pěti úrovní potřeb, jež jsou poskládány do trojúhelníku od nejnižších potřeb (fyziologické potřeby) umístěných na dně až po nejvyšší potřeby (seberealizace) na špičce trojúhelníku. Prioritní uspokojení má vždy ta potřeba, která je nižší. Vyšší potřeby člověk naplňuje až splněním potřeb, již jsou pod ním. Samotný motivační systém obsahuje následující potřeby:

- *fyziologické*, kam řadíme potřebu jídla a pití, spánku, kyslíku, teploty nebo pohybu,
- *bezpečí* obsahující potřeby jistoty, stálosti, spolehlivosti či pravidel a mezí,
- *sounáležitosti*, kam spadá potřeba lásky, náklonnosti, ztotožnění nebo potřeby někam patřit,
- *uznání*, kde hovoříme o sebedůvěře, sebeúctě a prestiži,
- *seberealizace*, která zahrnuje potřebu uskutečnit to, čím daná osoba potenciálně je a samotné sebenaplnění (Cakirpaloglu, 2012).



Obrázek č.1: Maslowova pyramida potřeb

V rámci pěti úrovní můžeme potřeby nadále rozdělit do menších podskupin. „Potřeby, které spadají do prvních čtyř úrovní hierarchie, Maslow souhrnně označuje jako *nedostatkové* neboli *deficitní (D-potřeby)* (Plháková, 2003, 369). V rámci této klasifikace jsou zahrnuty fyziologické potřeby a potřeba bezpečí za nižší a zbylé dvě za vyšší. Potřeby sounáležitosti a uznání zajišťují člověku osobní pohodu a případně jeho rozvoj. Tyto čtyři potřeby fungují na bázi udržování vnitřní nebo psychické rovnováhy. Hierarchicky nejvyšší potřeba seberealizace, označována jako *růstová* potřeba nebo *potřeba bytí (B-potřeby)*, často převáží nad potřebami nižšími

(Plhánková, 2003). Blatný s kolektivem (2010, 233) ovšem tvrdí následující: „*Například člověk, kterého ovládl ideál spravedlivé společnosti, bude za ni bojovat i za cenu obecného opovržení, hladu, nebo dokonce smrti.*“

3.3.3 Dům životních potřeb

Chloubová (2003) vycházející ve své klasifikaci z hierarchie Maslowa, modifikovala teorii potřeb z pohledu ošetřovatelství. Vychází z individuálního přístupu každého z nás, protože si každý z nás po celý život vytváří takový pomyslný domeček životních potřeb. Dům musí mít pevné základy, což tady představují *základní tělesné potřeby*. Nad těmi člověk přemýšlí až tehdy, když je nemocný. Dalším základním stavebním materiálem jsou *psychosociální potřeby*, které můžeme označovat také jako existenciální. Jsou oproti těm tělesným složitější a vznikají socializací člověka a prostředím, ve kterém žije. Mezi vyšší *psychosociální potřeby* řadíme potřeby vztahové a potřeby self neboli já. Stejně jako u Maslowa jsou vztahové potřeby (afiliace, sounáležitost, láska) aktuální až tehdy, kdy jsou naplněny potřeby nižší. Self, tedy potřeby sebepojetí a sebeúcty v sobě ještě zahrnují čtyři složky: *kognitivní (poznávací), emocionální (prožívání), konativní (usilující) a nevědomou (nepoznaná složka osobnosti)*.

POTŘEBY ČLOVĚKA								
Sebe-realizace	Sebeaktualizace	Hodnoty životní	Tvůrčí potřeby	Duchovní potřeby	Kulturní potřeby	Pracovní potřeby	Estetické potřeby	Různé zájmy
Sebeúcta	Sebepojetí	Úspěch, uznání	Neudělat ostudu	Intimita	Poznání, pochopení	Autonomie	Moc	Submise
Láska	Sounáležitost	Důvěra	Komunikace	Rodina	Přátelství	Pečovat o druhé	Identita	Pozitivní vztah
Zdraví	Bezpečí, pomoc	Jistoty sociální, ekonom.	Soběstačnost	Bydlení	Informace	Podněty	Mír, klid	Potřeba struktury, řádu
Dýchání	Hydratace	Výživy	Vyprázdnění moče, stolice	Aktivita	Spánek	Teplo, být bez bolesti	Očista, hygiena	Sexuální, mateřské potřeby

Obrázek č.2: Dům životních potřeb

3.4 SATURACE POTŘEB

V praxi je uspokojování potřeb poměrně jednoduchý proces. Motivované chování vychází z našich potřeb a směřuje k jistému bodu uspokojení. V praxi to znamená, že jsem rozmrzelá, protože mám hlad a abych uspokojila svoji potřebu, tak se musím najíst. Maslow (in Sikorová, 2011) rozeznává především dva druhy uspokojení. Vývojově nižší potřeby, jako potřeby fyziologické nebo potřeby jistoty a bezpečí, jsou vázány k uspokojení, které je dáno *redukcí* (hlad zredukujeme tím, že se najíme). Jak jsem se již zmiňovala v Maslowově teorii, vyšší potřeby mohou být uspokojeny až tehdy, pokud budou naplněné potřeby nižší. Zde se uplatňuje proces *indukce napětí*, kdy napětí je u vyšších potřeb považováno za příjemné, a proto je vhodné jej udržovat (Sikorová, 2011).

Altman (in Sikorová, 2011) vysvětluje uspokojení potřeb velmi jednoduchým způsobem. Považuje všechny motivace za stav podnícení (arousal), což podle něj aktivuje organismus. Celkově je proces rozdělen do tří fází. V první fázi, ve *fázi apetence*, se vyskytuje hlad, v následující *fázi saturace* dochází k nasycení a poslední *fázi* je *ulehčení*, kdy se averzivní chování nabízí jako východisko úniku vůči averzivními podnětu.

3.4.1 Faktory ovlivňující naplnění potřeb

Styl, jakým dochází k uspokojování potřeb, je ovlivněn několika faktory:

- V první řadě se jedná o *osobní charakteristiky a individualitu jedince*. U každého z nás je to jiné, protože jsme každý jiný. Pro příklad se jedná o odlišnosti v citové labilitě a stabilitě, v otevřenosti člověka vůči světu, v rámci temperamentu nebo jeho charakteru.
- *Sociální zázemí a kultura*, kterou se člověk obklopuje a ve které žije. Záleží na finanční a ekonomické situaci, vzdělání a také rodině a přátelích.
- Dalším faktorem je *kontinuum nemoci a zdraví*. S čím se člověk potýká, co ho tíží, jak to ovlivňuje jeho život. Již jsem se zmínila o tom, že pokud je člověk zdravý a nemá žádný větší problém, tak své fyziologické potřeby naplňuje vcelku automaticky, na druhé straně v nemoci už si člověk uvědomí, co vlastně měl a nejedná se o automatické úkony.
- K těmto faktorům můžeme přiřazovat i *životní styl, pohlaví* nebo *copingové strategie* (Šamáková a kol., 2011).

3.5 POTŘEBY NEFORMÁLNÍ PEČOVATELŮ

Náhled na potřeby neformálních pečovatelů jsou děleny do užšího a širšího pojetí. Užší pojetí se zabývá potřebami spojovanými přímo s péčí a s příjemcem péče, zatímco širší pojetí zohledňuje to, že neformální pečovatel má sám o sobě jisté potřeby bez ohledu na péči (Dohnalová & Hubíková, 2013). Pro přehlednost a lepší orientaci jsem udělala výčet hlavních potřeb neformálních pečovatelů, které jsou potvrzeny výzkumy.

Do užšího pojetí začleňujeme:

- *potřebu praktické pomoci*
- *potřebu opory*
- *potřebu informovanosti*
- *potřebu získávání nácviku.*

Širší pojetí obsahuje:

- *potřebu úlevy*
- *potřebu volného času*
- *potřebu péče o vlastní zdraví*
- *potřebu pomoci při zvládnání emocionálních potíží.*

V rámci **užšího pojetí** se jedná o identifikaci jen těch potřeb, které bezprostředně plynou ze situace ohledně péče, jež jsou ovlivněny především typem zdravotního handicapu a jeho závažností. V rámci tohoto pojetí můžeme hovořit o základním kamenu úrazu, který spočívá ve ztotožňování potřeb příjemců péče a samotných pečovatelů. Předpokládá se tedy, že pokud bude pečující poskytovat, co nejlepší péči, zajistí veškeré potřeby a komfort opečovávanému, dojde u něj k úplné spokojenosti. Hovoříme o *potřebách praktické pomoci a opory*. Sami pečující kolikrát nedokážou rozeznat, o čí potřeby se vlastně jedná, což dokazuje brněnský výzkum, o kterém se zmiňuji v následující kapitole 4.1 (Dohnalová & Hubíková, 2013). Důvodem může být úplné pohlcení do péče, což nelze považovat z dlouhodobého hlediska za vhodný přístup.

Další potřebou, podloženou několika výzkumy (Brodaty et al., 2005; Kerpershoeak et al., 2017; Klvačová, 2017; Tošnerová, 2001) je *potřeba informovanosti*. Množství a kvalita informací o dostupných službách je pro pečovatele nedostatečná, což pravděpodobně vede k jejich nevyužívání. Jedná se o poměrně dobře splnitelnou potřebu, jež je nejvíce důležitá v začátcích péče. Informace musí být přizpůsobeny jejímu příjemci, s čímž může souviset další problémová oblast, jíž je komunikace mezi pečujícím a profesionálem jakožto lékařem nebo sociálním pracovníkem. Skutečnost, že lidé tyto potřeby takhle prožívají, by měla vyvolat obavy v současný zdravotní systém a určitě by měla vyžadovat více pozornosti (Kerpershoeak et al., 2017). Možná i díky nenaplněným potřebám týkajících se informovanosti je další vymezenou *potřebou získávání nácviku*. Řada respondentů v již zmíněném brněnském výzkumu (Dohnalová & Hubíková, 2013) by uvítala různá školení či výcviky, kde by si osvojili teoretické i praktické poznatky.

Širší pojetí již zohledňuje, že jsou pečovatelé schopni rozeznat jejich potřeby od potřeby příjemců péče. V tomto pojetí se jedná především o *potřebu úlevy* a *osobního času*, kdy se člověk chce věnovat vlastním aktivitám. Dalším je *péče o vlastní zdraví*, protože nejen pečovaný může mít zdravotní potíže (Kubalčíková a kol., 2015). Přece jenom se jedná o poměrně fyzicky náročnou práci a péče o vlastní tělo je namístě, protože pokud nebudou moci tihle lidé pečovat, tak by se mohlo stát, že mnoho pečovaných ale i jich samotných, skončí v nějakém zdravotnickém zařízení. „*V ještě širším pojetí potřeb pečujícího jde o uznání i toho, že pečující může mít vlastní zdravotní a sociální potřeby, které nejenže jsou odlišné od potřeb pečovaného, ale dokonce mohou být v konfliktu s výkonem pečovatelské role. Pomoc, která by měla k pečujícímu směřovat, má mít podobu kroků vedoucích ke zproštění pečovatelských povinností*“ (Kubalčíková a kol., 2015, 62).

Dlouhodobá péče je, jak jsem se již zmiňovala, náročná nejen fyzicky, ale především psychicky. Je tady na místě hovořit o *potřebě pomoci při zvládnání emocionálních potíží*. Mnozí pečující se bojí hovořit o svých pocitech, o myšlenkách, které se jim vkrádají do mysli, stydí se a často jim vychází z úst jen sociálně přijatelné emoce (Dohnalová & Hubíková, 2013). Na vlastní kůži jsem zažila několik situací spjatých s tímto tématem. Paní ještě předdůchodovém věku, která se mi svěřila s tím, že si svým přátelům nemůže nikdy postěžovat na život, protože ji v minulosti

nařkli z toho, že ona mít žádné problémy nemůže, protože dostává peníze od státu a je celý den doma s manželem. S manželem, o kterého se již 15 let stará a s přáteli chodí jednou za měsíc na kávu. Další příkladem je starší žena, která má od rodiny zakázáno si, jakkoliv stěžovat, protože je to nebaví poslouchat a mají údajně svých vlastních problémů víc než dost.

3.6 SHRNU TÍ

Potřeba je stav charakterizovaný pocitem nedostatku nebo přebytku a touhou něčeho dosáhnout v biologické, psychologické, sociální a duchovní oblasti (Šamánková a kol., 2011). Samotný pojem proslavil primárně Henry Murray, který se spolu s jeho týmem zasloužil o rozsáhlé dílo "Výzkumy osobnosti", kde uveřejnil vlastní komplexní teorii motivace. Abraham Maslow je zase jedním z těch, kteří se zasloužili o volné užívání tohoto pojmu v psychologii (Plhánková, 2003).

Oblast klasifikace potřeb jsem rozdělila na dvě subkapitoly: dvoudimenzionální klasifikaci a vícedimenzionální klasifikaci. Do základních dvoudimenzionální řadíme potřeby vrozené vs. získané, primární vs. sekundární a biologické vs. sociální. Byť se může na první pohled zdát, že se jedná o totéž dělení ukryté pod jiným názvem, není tomu tak. Vrozené jsou ty potřeby, které se nachází v naší genetické výbavě a jedná se o biologické a fyziologické potřeby, zatímco získané jsou ty, které si vytváříme díky socializaci. Primární potřeby se od vrozených liší otázkou přežití jedince, zatímco ty biologické nemusejí být zakotveny v genetické výbavě, ale můžeme je získat na bázi sociálního kontaktu (např. závislosti). Na druhou stranu ale sociální motivy z biologických pramenit nemusí (Cakirpaloglu, 2012). Jiné klasifikace, ne tak často začleňované do učebnic, jsou individuální vs. kolektivní, materiální vs. nemateriální a potřeby současné vs. budoucí (Šamánková a kol., 2011). Typickým dělením potřeb je to, kde se nachází potřeby biologické, psychické a sociální. Někteří autoři dále toto dělení doplňují o estetické, duchovní, kulturní potřeby a potřebu sebevyjádření (Šamánková a kol., 2011).

Ve třetí kapitole jsem popisovala poměrně známé teorie potřeb. Murrayho teorie potřeb rozděluje potřeby na viscerogenní a psychogenní a ústředními pojmy v této teorii jsou tlak a téma, kdy téma je vlastně výsledkem mezi tlaky a potřebami (Plhánková, 2003). Asi nejvíce známá Maslowova teorie pojednává o hierarchickém uspořádání potřeb od nejnižších

po nejvyšší (potřeby fyziologické, bezpečí, sounáležitosti, uznání a seberealizace). Aby člověk mohl uspokojit vyšší potřebu, musí být naplněny všechny potřeby, které jsou hierarchicky pod ní (Cakirpaloglu, 2012). Pro mne osobně je nejvhodnější teorií, teorie Dům životních potřeb. Dělení této teorie spočívá ve vyčlenění biologických a psychosociálních potřeb, které si každý sám umísťuje do svého domečku (Chloubová, 2003).

Saturování potřeb je proces, který je poměrně jednoduchý, jeho velkou problematikou jsou akorát faktory, které jej ovlivňují. Samotný proces jsem popsala z hlediska Abrahama Maslowa, kde je důležité zmínit dva základní pojmy: redukci spjatou se zbavením se něčeho nepříjemné a která se pojí s nižšími potřebami a indukci napětí spojenou s příjemnými pocity v rámci vyšších potřeb. Dále zmiňuji uspokojení potřeb dle Altmana, který tento proces dělí do třech fází: apetenční, saturační a fázi ulehčení (Sikorová, 2011). Samotnými faktory ovlivňující uspokojení potřeb jsou individualita jedince, jeho sociální, kulturní a rodinné zázemí, kontinuum zdraví a nemoci a mnohé další (Šamánková a kol., 2011).

Na potřeby neformálních pečovatelů nahlížíme v užším a širším pojetí. Užší pojetí hovoří o praktických potřebách pomoci a opory, potřebách informovanosti, dále o potřebě různých školení, nácviků nebo seminářů, kde se lidé dozvědí převážně praktické poznatky. Širší pojetí, jenž oproti užšímu pojetí uznává, že pečující a pečovatel mají jiné potřeby, se zabývá především potřebami emocionálních obtíží, potřebou z péče o vlastní zdraví nebo času.

4 DOSAVADNÍ STUDIE SPOJENÉ S NEFORMÁLNÍ PÉČÍ

„Nevděčnější výzkumy jsou ty, které přinášejí objeviteli radost z myšlení a zároveň užitek lidstvu.“

Christian Doppler

Poslední kapitola této práce zahrnuje české a zahraniční studie, které se zaměřují na problematiku neformální péče. Výzkumy byly vybírány tak, aby charakteristikou a obsahem co nejvíce odpovídaly této diplomové práci.

4.1 TUZEMSKÉ STUDIE

Pod záštitou Evropské unie vznikla studie, která nese název *„Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice“*. Výzkum, stejně jako s ním spojený projekt *„Pečovat a žít doma je normální“*, se zaměřuje na osoby, které se rozhodli pečovat o své blízké v domácím prostředí. Cílem je především zjistit a popsat zkušenosti neformálních pečovatelů a zabývat se tím, co jim situaci komplikuje a v čem shledávají možnosti usnadnění života spojeného s péčí. Byla volena kvalitativní výzkumná strategie, v níž bylo využíváno především 2 až 3 hodinových polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumu se zúčastnilo celkově 55 respondentů, z čehož bylo 30 neformálních pečovatelů a 25 pracovníků projektu. To, že neformálními pečovateli se stávají převážně ženy, jsem zmiňovala již v první kapitole a tento výzkum to jen potvrzuje. Z 30 neformálních pečovatelů jakožto respondentů jsou pouze 3 muži. Výsledky poukázaly na 5 navzájem souvisejících problematických oblastí: *informativnost, role expertů, příspěvky na péči, sdílení péče a role komunity*. Nedostatek relevantních informací je jedním ze základních problémů neformálních pečovatelů. Nevědí, na koho se obrátit, o jakou pomoc žádat či jak v péči postupovat. Ukazuje se, že u profesionálů jakožto praktických lékařů, pediatrů či jiných specialistů se neformální pečovatelé nesetkávají (až na výjimky) s podporou a kolikrát ani s pochopením. *„Způsob přidělování příspěvku na péči považují neformálně pečující za netransparentní, zdlouhavý a ponižující. V jejich výpovědích se opakuje negativní zkušenost s posudkovým lékařem, který podle nich nerozhoduje zodpovědně na základě předložených lékařských zpráv*

*a podkladů. Rodiny se dostávají do situace, kdy výše příspěvku na péči neodpovídá zdravotnímu stavu opečovávané osoby, což znamená, že nemohou čerpat sociální služby v potřebné úrovni“ (Klvačová, 2017, 26). Až 85 % respondentů se shoduje na tom, že by chtěli zůstat součástí života opečovávaného i v případě, kdy se dostane do nějakého zdravotnického zařízení. Fungující komunita, a především sociální sítě jsou pro neformálního pečujícího klíčové, protože člověk žijící v *sociálně izolovaném prostředí* nemůže úspěšně fungovat (Klvačová, 2017).*

Hlúbik, Jedlinská a Levová (2009) se rozhodli jít cestou kvantitativního přístupu a zabývali se především problematikou zdraví u laických rodinných pečujících starajících se o tělesně i psychicky handicapované. Kladli si za cíl posoudit jejich psychickou zátěž, a zároveň nalézt možnosti vedoucí ke snížení zátěže a přispět tak i k prevenci. „*Vzhledem k šíři stanovených cílů bylo nutné využít dvou dotazníků, které by vymezenou oblast relevantně zmapovaly. První z dotazníků byl zaměřen na získání charakteristiky laických rodinných pečujících, na vztah vykonávané práce laického pečovatele a druhý na prožívaný stres včetně detekce nejsilnějších stresorů, salutorů a posil a na posouzení sociální podpory pečujících*“ (Hlúbik, Jedlinská & Levová, 2009, 29). I zde se autoři u výzkumného vzorku potýkají s nerovnoměrným rozložením pohlaví. Sledovaný soubor představují z 80 % ženy a z 20 % muži, a to ve věkovém rozpětí od 51 let do 65 let. Z výsledku je patrné, že psychická zátěž neformálních pečujících je významného charakteru a měla by jí být věnována velká pozornost. U 57 % respondentů se ukázal jako následek nadměrné psychické zátěže zvýšená konzumace kávy, alkoholu a cigaret, u 54 % se změnil zdravotní stav k horšímu a u 26 % se vyskytly problémy se zvládnutím běžných denních aktivit. U 30 % dotazovaných byl dokonce plně diagnostikován *syndrom vyhoření*. Autoři na základě výzkumu definovali 5 nejrizikovějších faktorů, které se zapříčiňují o nadměrnou psychickou zátěž. Jedná se o *délku vykonávané role pečovatele, soužití ve společné domácnosti, tíži zdravotního stavu osoby závislé, doba, po kterou se pečující denně věnují osobě závislé a druhu handicapu osoby závislé*. Naopak salutorem byl v 27 % *volný čas, zlepšení stavu opečovávané osoby či finanční podpora*.

Poslední studie se zabývá problematikou lidí pečujících o blízkou osobu ve městě Brně a stejně jako první tuzemská studie byla vypracována pod záštitou Evropské unie, a i zde byl autory volen kvalitativní přístup využívající polostrukturované rozhovory. Samotné rozhovory

probíhaly nejen v individuální formě, ale i ve skupinové. Celkově se výzkumu zúčastnilo 37 respondentů, z čehož byly 4 sociální pracovnice, 6 zástupců sociálních služeb a 27 neformálních pečovateli. Výsledky prokázaly jedno poměrně důležité zjištění, že neformální pečující většinou nerozlišují mezi svými potřebami a potřebami příjemce péče. Z toho důvodu by mnozí pečovateli spíše uvítali zkvalitnění služeb pro příjemce péče namísto jejich rozšíření. Řada respondentů by uvítala různá školení či výcviky, kde by si osvojili teoretické i praktické poznatky. Velká kritika se snesla na odlehčovací služby, které podle nich nejsou dostatečně časově flexibilní a postrádají možnost dopravy domů i do zařízení. Dalšími podněty je absence specializovaného právního servisu nebo možnost bezplatné rodinné terapie. Stejně jako v předchozí studii výsledky poukazují na neprofesionalitu lékařů, kteří údajně nejsou připraveni na jednání s osobami s nejrůznějším typem postižení (Dohnalová & Hubíková, 2013).

4.2 ZAHRANIČNÍ STUDIE

První zahraniční studie, kterou bych zde ráda uvedla, se zaměřuje na potřeby a kvalitu života osob se středním stádiem demence a jejich rodinné pečovatele. Výzkum probíhal napříč osmi evropskými státy a podílelo se na něm 451 osob s demencí a jejich pečovateli. Respondenti byli po dobu jednoho roku sledováni, shromažďovala se data ohledně využívaných služeb (sociální péče, pečovatelské či zdravotnické služby) a probíhalo dotazníkové šetření v rámci kvality života a potřeb. Z popisu výzkumného souboru je patrné, že 72 % osob žilo společně s příjemci péče a stejně jako ve výše uvedených tuzemských výzkumech i zde převládají v 66% ženy jako neformální pečovatelky. Z výsledků autoři odvozují, že jak neformální pečující, tak osoby opečovávané, hodnotili své potřeby jako neuspokojené. Lidé s demencí dokonce hodnotili své neuspokojené potřeby jako výrazně nižší než jejich pečovateli. Potřeby byly vyjádřeny především v oblastech *psychického strádání, nedostatku denních aktivit, začlenění do společnosti* a v rámci *nedostatečné informovanosti* (Kerpershoeak et al., 2017).

Další studie si kladla za cíl posoudit neuspokojené potřeby u neformálních pečovateli, kteří se starají o osobu s diagnostikovanou rakovinou, a zároveň identifikovat možné prediktory pro uspokojení a naplnění jejich potřeb. Průzkum byl proveden v Národním centru pro nádorová onemocnění a ve Fakultní nemocnici v Heidelbergu. Celkově se výzkumu podrobilo

188 neformálních pečovatelů s jejich dospělými příjemci péče, jež měli diagnózu rakoviny plic, urologického nebo gastrointestinálního traktu. Ze 188 neformálních pečovatelů bylo 72,3% žen. Pečovatelé byli požádáni o vyplnění několika dotazníků: *Supportive Care Needs Survey for Partners & Caregivers* pro zjišťování potřeb neformálních pečovatelů, *The National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer*, který identifikuje emoční trápení, a dále *The Patient Health Questionnaire*, jež identifikuje úzkost a depresi. Kromě údajů z dotazníkové šetření bylo zapotřebí zpracovat demografické údaje zahrnující pohlaví, věk, zaměstnání nebo vztahy. Ze všech zúčastněných pečovatelů nemělo 14,4 % žádné uspokojené potřeby a 43,6 % uvedlo, že má velice málo uspokojených potřeb (méně než 10 ze 45 potřeb). Nejvíce problematické oblasti byly zjištěny čtyři: *zdravotnické služby a informační potřeby, emocionální a psychické potřeby, pracovní a sociální zabezpečení a komunikační a rodinné problémy*. Pečovatelům v rámci informovanosti a zdravotnických služeb chybí především informace o alternativních léčbách, léčebných možnostech, vedlejších účincích a o prognóze pacienta. Každý pátý pečovatel uvedl, že necítí dostatečnou podporu od okolí a přibližně stejné množství má obavy o své vlastní zdraví spojené s nedostatkem spánku, řádného stravování apod. 48,3 % by akceptovalo psychosociální podporu, pokud by jim byla nabídnuta (Sklenarova et al., 2015).

Jansen s kolegy (2018) nastiňují tuto problematiku v trochu jiném světle. Nezabývají se totiž jednotlivci jakožto neformálními pečujícími, ale skupinou neformálních pečovatelů. Skupiny neformální péče představují nový rozměr v pečovatelství, ve kterém je zátěž péče sdílána několika osobami. Autoři ji definují jako „*skupinu dvou a více osob, kteří společně poskytují neformální péči závislé osobě jakožto členové bezprostředního okolí závislého*“ (Jansen et al., 2018, 2). Průzkum byl proveden na 137 osobách patřících do nějaké skupiny neformální péče a samotné výsledky ukazují pozitivní dopad tohoto vzoru péče. Pokud totiž existuje více rodinných pečovatelů o jednu závislou osobu, tak klesá vnímaná zátěž. Podpora jiného zvyšuje často kapacitu a chuť do práce, velkou výhodou je to, že se členové dobře znají a mohou tedy snadněji komunikovat. Protože je péče poskytována pravidelně, existuje pravidelný kontakt mezi pečovatelem a pacientem, ale také mezi samotnými informovanými pečovateli, což zvyšuje přátelství a rodinné pouto.

Je pravdou, že za svoji 3letou praxi v neziskových organizacích, které pomáhají jak příjemcům péče, tak neformálním pečovatelům, jsem se s tímto fungováním skupiny setkala několikrát, avšak mne nenapadlo uvažovat o nich jako o skupině. Zpravidla se jedná o sourozence, kteří poskytují péči svému rodiči nebo sourozenci spolu s partnerem závislého.

4.3 SHRNU TÍ

Hned na začátku bych chtěla konstatovat, že české studie, které se mi podařilo s využitím dostupných zdrojů dohledat, jsou celkově mnohem starší než studie, které jsem vytyčila v zahraničních studiích. Sami autoři v mnohých článcích pojednávají o tom, že se touto problematikou profesionálové i laikové začali zabývat přibližně před 15 až 20 lety. Autorky Kostrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013, 10) se o tom, i o důvodech tohoto počínání, zmiňují ve svém článku: „*V posledních dvaceti letech dochází v oblasti péče k výrazné snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí. Na jedné straně se jedná o reakci na přirozené přání těchto osob zůstat co nejdéle ve svých domovech, na druhé dochází k tomuto procesu pod vlivem tlaku celospolečenských změn. Nejvýznamnějšími faktory jsou pokračující proces demografického stárnutí a zvyšující se náklady na zdravotní i sociální péči (systém dlouhodobé péče) o osoby vyššího a vysokého věku.*“

Výzkumy jsou postaveny na kvalitativních i kvantitativních strategiích. Nedá se konstatovat, který ze způsobů je volen častěji. Kvalitativní strategie využívaly nejčastěji metodu polostrukturovaných rozhovorů, kterých jsem využila i já ve své práci, a naopak kvantitativní šetření sestávalo z balíku dotazníků zaměřených na danou problematiku.

Spousty studií zaměřující se na neformální pečovatele obsahují jednu podobnost, kterou je nerovnoměrné rozložení pohlaví. Převládají v cca 60–80 % převážně ženy, což potvrzují nejen zahraniční i tuzemské studie, které jsem zde uvedla, ale i mnohé další (Beach et al., 2005; Vellone et al., 2008; Wolf et al., 2007). Důvody a celkovou tematikou jsem se zabývala již v kapitole 1.4.2.

Poslední kapitolu tohoto shrnutí chci věnovat analogii výsledků. K nejčastějším zjištěním patří převážně nedostatečná informovanost neformálních pečovatelů ohledně příspěvků, samotné

péče a prognóz příjemců péče, dále je evidentní psychické strádání pečovatelů, které může mít mnoho důvodů a zároveň následků. Ve výsledcích se dále objevovaly pocity nedostatečné sociální opory a obavy o své zdraví a negativní hodnocení přístupu profesionálů řad lékařů a jiných odborníků. K negativním dopadům, kterými si neformální pečovatelé mohou procházet, patří především sociální izolace, syndrom vyhoření a mírné sklony k závislosti na alkoholu a cigaretám.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE

5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Oblast dlouhodobé péče je v posledních letech poměrně diskutované téma, a to díky stárnutí celé populace. Je to civilizačně zákonitý dlouhodobý proces, jež charakterizuje nízká porodnost a úmrtnost (Horecký, 2019; Lapré et al., 2019; Jirák a kol., 2009; Rabušic, 1995). Důkazem stárnutí populace je nízký podíl osob v produktivním věku v celkové populaci a to, že podíl osob v důchodovém věku stoupá. Stárne dokonce i starší populace nad 80 let, což se v literatuře často označuje pod pojmem dlouhověká společnost (Jirák a kol., 2009). Průša a Horecký (2012), prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ve své studii uvádí, že počet osob vyžadující péči v evropských zemích se má do roku 2060 navýšit až o 115 %. V roce 2017 byla v České republice starší skupina (nad 80 let) zastoupena 5,5 %, ale odhad na rok 2025 značí, že by mělo toto zastoupení v populaci narůst až na 33,9 %. Zastoupení osob, jejichž věk přesahuje hranici 60 let, bylo v roce 1998 18,1 %, zatímco odhad na rok 2025 značí, že se má jednat až o 27 % (Eurostat Statistics Explained, 2018). Pokud poroste množství příjemců péče, musí růst i počet zdravotnických a sociálních zařízení, což se prozatím neděje. Je třeba si ovšem uvědomit, že kapacity těchto zařízení nejsou neomezené, také je třeba brát v potaz i poměrně vysoké finanční náklady na péči. Za měsíční pobyt v domově pro seniory zaplatíte od 15.000 Kč do 30.000 Kč, a to nemluvíme o domovech se zvláštním režimem pro osoby s demencí, za které se doplácí. Pečovatelská služba si může účtovat dle vyhlášky maximálně 130 Kč za hodinu (Zákon č. 505/2006 Sb.). Odlehčovací služby si vezmou přibližně 180 – 300 Kč za noc a to není konečná částka, protože se připlácí za diabetickou či dietní stravu, za dopravu uživatele (8 Kč/km), za používání lednice, počítače, mikrovlnné trouby nebo ohřevných zařízení (30 – 100 Kč) atd.

Důvodů k neformální péči je tedy hned několik. Na jedné straně stojí výše uvedené informace o dlouhověké společnosti, nedostatku zdravotnických a sociálních zařízení a jejich vysokých cenách a na druhé straně stojí psychosociální stránka jednotlivých zúčastněných v tomto procesu. To se týká především tlaku závislých osob zůstat ve svém přirozeném prostředí, protože málokterý příjemce péče by si přál být zotavován například v nemocnici či hospici a dožít svůj život v prostředí, které nezná. Dále sem patří ale i tlak společnosti na samotné

neformální pečovatele, s čímž se v návaznosti na to pojí tlak samotných pečovatelů na sebe samé (Kotrusová, Dobiášová & Hošťálková, 2013).

Je poněkud problematické vytyčit velikost skupiny neformálních pečovatelů, protože pro to neexistuje žádná databáze. „*Data o počtu takto registrovaných pečovatelů by se tedy měla nacházet jak u zdravotních pojišťoven, tak na České správě sociálního zabezpečení a především na Úřadu práce ČR. Je ale potřeba mít na paměti, že zdaleka ne všichni pečovatelé se na Úřadu práce registrují a zároveň ne všechny osoby, které vyžadují intenzivní péči, pobírají příspěvky na péči*“ (Geissler et al., 2015a, 14). Na základě demografického trendu, výzkumů a počtu příjemců příspěvků na péči se lze domnívat, že se počet neformálních pečovatelů může pohybovat okolo 250 – 300 tisíc osob. Samozřejmě nejpočetnější skupinou, jenž potřebuje zdravotnické a sociální služby jsou senioři (Geissler et al., 2015a). Pro zajímavost bych ráda doplnila informaci, že počet formálních (profesionálních) pečovatelů je několikanásobně nižší, než počet neformálních pečovatelů. 20-30 % je zastoupeno formálními pečujícími a 70-80 % zastávají neformální pečovatelé (Wija, 2012).

Oblast problematiky neformální péče (cílená na seniory) s sebou přináší fyzická, psychická i sociální úskalí a je třeba zmapovat, jak těmto lidem pomoci. Zaměřit se na to, co jim konkrétně pomáhá nebo může pomoci a posilnit to. Zmíněná úskalí se totiž objevují v podobě stresu, depresí, nedostatku financí, volného času, nebo sociálního kontaktu, dokonce i syndromu vyhoření, zdravotních obtíží nebo celkové kvality života. Pro osoby v produktivním věku může být obtížné zkombinovat své zaměstnání s pečovatelskými povinnostmi. Často se pak rozhodují v tom, zda práci opustit či si zkrátit pracovní dobu. Mladí lidé vychovávají své děti a zároveň se starají o své rodiče, což dnes nazýváme pojmem tzv. *sendvičové generace* (Colombo et al., 2011).

Za výzkumnou oblast této práce považuji tedy komplexní problematiku týkající se neformálních pečovatelů, jež se starají o seniory. Za **výzkumný problém** považuji hlavně psychosociální potřeby u těch neformálních pečovatelů, jež se starají o seniora v jeho domácím přirozeném prostředí a dále to, jak neformální pečovatelé samotnou péči vnímají, jaká je jejich motivace a podpora a celková informovanost týkající se usnadnění péče.

5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE

Detailněji lze popsat tuto empirickou část za pomoci vytyčených výzkumných cílů, které nabízejí větší přehled o tom, čeho chci v této práci dosáhnout. **Hlavní výzkumným cílem** této diplomové práce je pokusit se prozkoumat a získat co nejkomplexnější přehled psychosociálních potřeb neformálních pečovatelů starajících se o seniory. **Dalšími cíli** je zmapovat oblast toho, jak domácí pečovatelé vnímají samotnou péči, jaká je jejich motivace se starat a také zjistit to, jak a kým jsou podporováni. Posledním cílem je zaměření se na oblast informovanosti.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě podrobného definování výzkumného problému a následného vymezení výzkumných cílů jsem pro toto výzkumné šetření formulovala **jednu hlavní výzkumnou otázku a čtyři vedlejší**. Výzkumná otázka identifikuje zkoumaný jev, jenž se v zakotvené teorii, kterou v rámci práce s daty využívám, často orientuje na dění nebo průběh. Výrok definuje, na co se chceme v dané práci zaměřit a co chceme vědět (Řiháček a kol., 2013).

Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou psychosociální potřeby neformálních pečovatelé starající se o seniory?

Vedlejší výzkumné otázky

- 1. Jak neformální pečovatelé starající se o seniory péči vnímají?*
- 2. Jakým způsobem jsou neformální pečovatelé starající se o seniory motivováni?*
- 3. Jak jsou neformální pečovatelé starající se o seniory podporováni?*
- 4. Jak jsou neformální pečovatelé starající se o seniory informováni o organizacích a službách, které mohou využívat v rámci ulehčení péče?*

7 ZKOUMANÝ SOUBOR

Tato kapitola se zaměřuje na zkoumaný či výzkumný soubor – vysvětluje podle jakých kritérií a jakými metodami byli respondenti vybráni a popisuje samotný výzkumný soubor.

7.1 METODY VÝBĚRU VZORKU

Výzkumný nebo také cílový soubor byl vybrán na základě předem stanovených kritérií (Hendl, 2005). Jedná se o neformální pečující, kteří mají po dobu minimálně 6 měsíců v domácí péči seniora, jenž je příjemcem jakéhokoliv stupně příspěvku na péči.

Celkově byla tedy stanovena **4 kritéria**, ke kterým se nyní postupně vyjádřím. *První kritérium* spočívá v délce trvání samotné péče, kterou jsem stanovila na minimálně 6 měsíců. Nejtěžším obdobím péče o závislou osobu jsou totiž samotné počátky, kdy se člověk vyrovnává s nemocí nebo úrazem příjemce péče, se změnou režimu, reorganizací věcí a celkově se pomalu srovnává se svou rolí domácího pečovatele. Z toho důvodu byla stanovena doba 6 měsíců a déle, kdy měl pečující možnost se se situací nejen seznámit, ale především celkově vyrovnat. *Druhým kritériem* je to, že závislou osobou neboli příjemcem péče je senior, tedy osoba v důchodovém věku již pobírající důchod. *Třetí kritérium* stanovuje, že závislá osoba musí, tedy senior, pobírat jakýkoliv příspěvek na péči. Je dobré zmínit, že čím vyšší příspěvek na péči příjemce má, tím méně je soběstačný. U posledního stupně příspěvku nelze hovořit ani o soběstačnosti jako spíše odkázanosti na pečujícího. *Čtvrté a poslední kritérium* udává místo péče, kterým je domov příjemce péče či samotného pečujícího, z čehož vyplývá, že nemusejí žít tyto dvě osoby ve společné domácnosti.

Respondenti byli získáváni nepravděpodobnostní metodou **samovýběru**, kterou Miovský (2006) charakterizuje jako metodu založenou na principu dobrovolnosti. Nejedná se jen o souhlas s účastí ve výzkumu, ale o přímý zájem. Reichel (2009, 84) popisuje, že „*mechanismus samovýběru je dán způsobem distribuce podnětu*“. Umístila jsem na svůj facebookový a instagramový profil veřejný příspěvek s žádostí o účast ve výzkumu s tím, že kdo má zájem, ať mne kontaktuje. Zpětná vazba byla poměrně rychlá.

Další a poslední využitou metodou byla metoda **sněhové koule**, kterou Reichel (2009) označuje také jako výběr nabalování či snowball. Je vhodná v rámci specifické skupiny osob, což neformální pečovatelé jsou. Základní principem je najít několik osob z této specifické skupiny, kteří doporučí další a ti doporučí zase další. Miovský (2006) tuto metodu hodnotí jako nejčastěji využívanou v rámci kvalitativního výzkumu a tvrdí, že se jedná o kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru.

7.2 SAMOTNÝ VÝZKUMNÝ SOUBOR

Celkově proběhlo **11 rozhovorů**, z čehož bylo **6 telefonních** a **5 v rámci osobního kontaktu**. Telefonní rozhovory byly voleny z důvodu časové tísně neformálních pečovatelů a především proto, že nemohli nechat opečovávanou osobu samotnou doma. Byla jim nabídnuta možnost setkání v jejich domácnostech, ale to bylo odmítnuto.

Převážnými respondenty byly ženy (celkově 9) a zbývající 2 byli muži. Nejmladší respondent dosahoval v době rozhovoru 33 let a nejstarší 82 let. Samotné trvání péče se pohybovalo od 6 měsíců až do 18 let. Díky tomu, že jsem se zaměřovala na seniory jakožto závislé osoby, byl věk příjemců péče vyšší, a to od 67 let až do 90 let. Vztah neformálních pečovatelů vůči závislým osobám byl nejčastěji ve vztahu dítě – rodič (celkově 6), dále vnučka – babička (celkově 2), dále manžel – manželka, a dokonce i snacha – tchýně a neteř – strýc. Nejčastějším stupněm příspěvku na péči je 3.stupeň. Převážně se jednalo o domácí pečovatele, jež bydlí se seniorem ve společné domácnosti.

Tabulka č.1: Výzkumný soubor tvořený 11 neformálními pečovateli: Základní informace

Pac.	Typ roz.	Pohlaví	Věk	Délka péče	Péče o	Věk závislé osoby	Zdravotní problém	Stupeň PnP	Žijící ve společné dom.
1	Os.	Žena	61	5 let	Matka	86	Demence	2.	Ano
2	Tel.	Žena	64	18 let	Matku	83	Paranoidně-schizofrenní porucha	3.	Ano
3	Tel.	Žena	51	6 měsíců	Strýce	90	Demence	4.	Ne
4	Os.	Žena	40	5 – 6 let	Babičku	85	Demence	3.	Ano

5	Os.	Muž	63	5 let	Matku	88	Demence	3.	Ano
6	Tel.	Žena	33	1 rok	Babička	75	Demence	3.	Ne
7	Os.	Žena	68	8 let	Tchýni	98	Demence	2.	Ano
8	Tel.	Žena	55	6 měsíců	Matku	80	Demence	3.	Ne
9	Os.	Žena	68	3 roky	Matku	90	Demence	3.	Ano
10	Tel.	Muž	82	2 roky	Manželku	80	Demence	3.	Ano
11	Tel.	Žena	40	1 rok	Otce	67	Onkologický pacient	3.	Ano

8 ZVOLENÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

V psychologických výzkumech jsou v praxi využívány dva druhy strategií – kvalitativní a kvantitativní, jež jsou rozdílné ve výběru metod a celkovém zpracování dat. Pro účely tohoto výzkumu jsem využila **kvalitativní přístup**. Jelikož se práce snaží o komplexní obraz a hlubší pochopení dané problematiky, lze připodobnit tento výzkum **případové studii** (Miovský, 2006). Kvalitativní strategie využívá hned několik metod jako je pozorování, rozhovor, kvalifikovaný odhad nebo analýzu textových dokumentů, filmového materiálu či kreseb a maleb (Reichel, 2009). Pro získávání dat jsem využila **polostrukturovaný rozhovor**, jehož charakteristika spočívá v tom, že má tazatel předem nachystaný seznam otázek, na který mohou dotazovaní odpovídat víceméně volnou formou. Za výhodu tohoto typu rozhovoru sledávám jistou kontrolu nad otázkami. Nestrukturovaný rozhovor je pro mne až moc otevřený v tom, že má dotazující připravené pouze téma a je poměrně lehké se v něm ztratit a u strukturovaného rozhovoru mi přijde škoda nevyužít možnosti dalšího dotazování, když s respondentem zabřednete na zajímavé a přínosné téma. Za nevýhody této metody získávání dat lze považovat její časovou náročnost (Ferjenčík, 2000).

Sběr dat probíhal od srpna do října 2019. Primárně jsem se s respondenty snažila o osobní kontakt, ale v mnoha případech to respondentům z časových důvodů (převážně skrz péči) nevyšlo, takže jsem byla nucena volit rozhovor přes telefon. Nejkratší rozhovor trval 50 minut a nejdelší 2 hodiny. Zde se ukazuje výše zmíněná nevýhoda – časová náročnost.

Seznam otázek (*Příloha č. 4*), který byl použit u polostrukturovaného rozhovoru, obsahuje **celkově 38 otázek**. Samotné otázky jsem konstruovala na bázi rešerší literatury a výzkumů (Bártlová, 2006; Darragh et al., 2015; Dohnalová & Hubíková, 2013; Divoká, Kubíčková & Šotolová, 2017; Haley et al., 1995; van den Heuvel et al., 2002; Hlúbik, Jedlinská & Levová, 2009; McCann et al., 2011; Parker et al., 2007; Šimoník, 2015; Yue et al., 2016 atd.) týkajících se problematiky potřeb neformálních pečovateli, které jsem vymezila v teoretické části. Po podrobném prostudování materiálu jsem kvůli přehlednosti a lepší orientaci rozdělila otázky na 7 oblastí – *základní informace, psychická a sociální oblast, oblast zaměření se na sebe, oblast informovanosti, fyzická oblast* a samotný shrnující závěr. Některé otázky se v celém seznamu

nebo i v jednotlivých oblastech opakují, jsou velice podobné či na sebe navazují. Důvodem je co největší množství informací, jejich hloubka a kontrola.

Samotné oblasti s počtem a přesným zněním otázek uvádím v následujících odstavcích. Oblast *Základních informací* zahrnuje celkem 8 následujících otázek:

1. *Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pečovat o svého blízkého sám/a?*
2. *Jak dlouho pečujete?*
3. *Jaký je zdravotní problém osoby, o kterou se staráte?*
4. *Bydlíte s opečovávanou osobou?*
5. *Jak intenzivní péči potřebuje osoba, o kterou se staráte? Jak to je časově náročné (v rámci dne a týdne)?*
6. *Které činnosti zvládá osoba sám/a s dopomocí či úplnou pomocí? (pohyb, hygiena, strava, orientace, úklid domácnosti, oblékání a obouvání, komunikace, ...)*
7. *Jaké příspěvky na péči pobíráte? Je to pro Vás dostačující?*
8. *Pomáhá Vám někdo finančně?*

Zjišťované údaje jsou obsaženy téměř ve všech výše uvedených zdrojích. Divoká, Kubíčková a Šotolová (2017) se respondentů dotazovaly na jejich pohlaví, věk, délku a rozsah poskytované péče, samostatnost závislých osob v základních činnostech, příspěvky na péči, celkovou poskytovanou péči v rámci jednotlivých činností a na jejich zaměstnání. Na věk respondenta a závislé osoby jsem se dotazovala ještě před schůzkou nebo na začátku samotného rozhovoru a zaměstnání nebylo pokládáno jako přímá otázka, protože jsem tyto informace k výzkumu nepotřebovala a je pravdou, že jsou de facto spojeny s otázkami týkající se časové náročnosti a rozsahu péče. Šimoník (2015) se celkovým zdravotním handicapem závislé osoby zabýval podrobněji. Otázka č. 8 byla přidána až na základě výzkumu Dohnalové a Hubíkové (2013), které konkrétně popisují strach pečujících z toho, aby je např. partneři na základě náročné péče a psychickému a fyzickému vypětí neopustili, protože by byla ohrožena nejenom jejich sociální podpora, ale především také finanční. Z toho důvodu bylo zjišťováno, zda jsou na finanční stránku péče osoby sami či nikoliv.

Následující oblast spočívá v 7 otázkách, jež se zaměřují na *psychickou stránku* pečovatele:

1. *Jaké byly začátky v samotné péči? Jak jste to vnímal/a?*

2. *Co Vám v začátcích pomohlo lépe zajistit a zorganizovat péči?*
3. *Jaký pocitujete rozdíl v péči dnes a když jste začínal/a?*
4. *Jakým nejčastějším problémem čelíte při zajištění péče o osobu blízkou?*
5. *Jak vnímáte psychický dopad, který ve Vás péče zanechává?*
6. *S jakými negativními/positivními zkušenostmi jste se setkal/a v průběhu samotné péče?*
7. *Co Vám nejvíce chybí po dobu samotné péče o svého blízkého?*

To, že je domácí péče psychicky velice náročná popisuje celá řada výzkumníků i teoretiků. Neformální pečovatelé mohou mít mnohdy horší duševní zdraví než ti, o které pečují. Tyto osoby trpí úzkostí, depresemi, psychickým přetížením, mohou se potýkat se stresem a celkovou životní nepohodou a může se u nich objevovat i závažnější duševní onemocnění (Haley et al., 2003; Schulz & Sherwood, 2008). Noddings (2002) se zaměřuje na začátky samotné péče, a to nejen po praktické stránce ale i po psychické, jež je v tomto období velice zatěžována. Jen málo studií (McCann et al., 2011) se zabývá pečujícím v kontextu přítomnosti, ale abychom pochopili, co se děje s naší myslí dnes, je někdy potřeba chápat, jak jsme péči vnímali v úplných počátcích a co nás k ní vedlo. Toho jsem chtěla obsáhnout prvními třemi otázkami. Ve zmíněných studiích se pojednává konkrétně o tom, co pečujícím chybí nebo co považují za problematiku v rámci psychického vnímání péče. Aby otázky nebyly zavádějící, rozhodla jsem se pro 3 velice podobné otázky, jež zjišťují psychické vnímání a především nedostatky, které v rámci péče pociťují (otázky 4, 5 a 7). Otázka 6 se zaměřuje na jednotlivé pozitivní a negativní situace, které na respondenty nejvíce zapůsobili v průběhu péče (Hlúbik, Jedlinská & Levová, 2009).

Sociální oblast, jež zkoumá mezilidské vztahy neformálních pečujících, obsahuje 8 otázek:

1. *Je někdo z Vašeho blízkého okolí, kdo Vám s péčí o blízkou osobu pomáhá?*
2. *Jak reagovala Vaše rodina/ přátelé na to, že jste se začal starat? Překvapily Vás nějaké reakce?*
3. *Jaký je přístup Vaší rodiny/přátel k péči o blízkého?*
4. *Stýkáte se se svými blízkými? Jak často? S kým?*
5. *Kdo je pro Vás zdrojem sociální opory? Kdo Vás z okolí nejvíce/nejméně podporuje?*
6. *Došlo u Vás ke změně v rámci mezilidských vztahů v průběhu péče o blízkou osobu?*
7. *Je někdo, s kým se o své pocity (týkající se péče) můžete podělit? Kdo?*

8. *Změnil se Váš vztah/postoj důsledkem starání se o blízkou osobu k okolí a naopak?*

Sociální opora je jednou z důležitých oblastí, které potřebují i osoby, jež o žádného seniora nepečují. Jedná se o přístup, podporu a vstřícnost nejenom rodiny, ale i blízkých osob, které kolem sebe pečující má (Bártlová, 2006). Goodman, Potts a Pasztor (2007) se zajímali o dostupnou sociální podporou bariérou, které mezi pečovatelem a podporou stojí, kdo znázorňuje oporu a kdo naopak ne, což mě inspirovala k pokládání výše uvedených otázek.

Oblast zaměření se na sebe sestává ze 4 otázek:

1. *Co nebo kdo Vám dělá radost? Co v poslední době?*
2. *Co nebo kdo Vám radost naopak nedělá? Co v poslední době?*
3. *Kolik volného času denně máte pro sebe? Jak ho trávíte? (Jaké máte koníčky? Co Vás baví?)*
4. *Jak byste zhodnotil/a svoji životosprávu?*

V rámci prvních dvou otázek by se dalo hovořit o salutorech a stresorech. Zajímám se tedy o to, co pečujícím dělá radost a co naopak ne. Volný čas je považován za nejčastější udávaný salutor, proto mne zajímalo, kolik jej pečující mají a jak jej využívají (Hlúbik, Jedlinská & Levová 2009). Šafránková (2002) hovoří o ztrátě volné času nejen pro samotného neformálního pečujícího ale i pro ostatní členy rodiny. Hovoří o tom, že potřebují nabrat nové síly, odpočinout si a věnovat se vlastním zálibám, proto jsem volila otázky zaměřené na množství volného času a na to, jak tento volný čas tráví a doplnila o to, co jim dělá radost a co naopak starost. Životosprávu jsem zařadila do tohoto seznamu otázek z toho důvodu, že je mnoho pečujících, kteří díky nedostatku času opomínají na jídlo, ošizují se nebo se rychle nají, aby mohli dále pokračovat v práci.

Oblast informovanosti je poměrně čtené téma v řadě výzkumů zabývajících se touto problematikou, protože pečovatelé nevědí, kam sáhnout v případě pomoci. Pro tuto oblast jsem vytvořila 3 otázky:

1. *Informujete se/vzděláváte se v rámci možností péče?*
2. *Víte, jaké jsou možnosti v oblasti péče pro Vašeho blízkého? Znáte nějaké organizace, které jim pomáhají? Využíváte nějaké?*

3. *Znáte nějakou organizaci, které pomáhá Vám jakožto neformálním pečovatelům? Jakou?*

Například Klvačová (2017) se zaměřuje na praktické informace např. o příspěvcích na péči nebo služby pro závislého a na sdílení péče a zkušeností. Další poměrně důležitý výzkum se zaměřoval na dlouhodobé účinky podpůrných skupin pro neformální pečovatele (van den Heuvel et al., 2002). Yue s kolektivem (2016) se zabývali tím, jak jsou obecně pečovatelé informováni ohledně výživy závislých osob, co potřebují a co naopak ne, co mají a nemají dělat atd. Parker s kolektivem (2007) zkoumali, jak nejenom pacientům v pokročilém stadiu, ale především jejich pečovatelům, sdělit prognózu, kdy je správné načasování, jaký je správný volený styl a celkový obsah. Mne v první řadě zajímalo, zda se neformální pečovatele sami vůbec informují o tom, co je ve světě neformální péče nového nebo co by jim mohlo pomoci. Výše uvedené studie se zaměřují na informovanost velice z úzkého úhlu pohledu, ale já z nich čerpala především to, zda se informovanost zaměřuje přímo na pečující nebo na osoby, o které se starají. Z toho důvodu jsem zvolila dvě takto zaměřené otázky (Klvačová, 2017).

Tato práce se sice zabývá primárně psychosociálními potřebami, tudíž by měl dotazník směřovat touto cestou, ale oblasti jsou mezi sebou propletené a nelze je striktně oddělovat jednu od druhé, o čemž jsem zmínila např. na začátku 2. kap. Pečovatelství spočívá v manuální práci s příjemcem péče, proto jsem se snažila komplexně zmapovat jejich *fyzickou stránku*:

1. *Vnímáte poskytování péče jako fyzicky náročné? V čem?*
2. *Došlo k nějakým fyzickým změnám v rámci Vašeho zdraví? K jakým?*
3. *Co děláte pro své zdraví?*
4. *Jaké využíváte kompenzační pomůcky pro péči? V čem Vám pomáhají?*

Existují studie, které se zabývají přímo tématem fyzické náročnosti spojenou s domácí péčí (Darragh et al., 2015; Haley et al., 1995). První otázkou si tedy ověřuji, zda výzkumný soubor vnímá péči jako fyzicky náročnou a následující otázka se ptá na jejich zdravotní komplikace v důsledku péče. Není překvapivé, že klesající tělesné zdraví pečujících je prediktorem pro ukončení pečovatelství (McCann et al., 2011) nebo to, že na sebe pečující zapomínají a začleňují do svého života špatné návyky v oblasti zdraví (Burton et al., 2003). Proto je důležité myslet i sám na sebe a svoje zdraví a využít všech možných pomůcek, které samotné starání ulehčují, z toho důvodu vznikly otázky 3 a 4.

Celý rozhovor jsem doplnila o 3 *závěrečné otázky*, kterými jsem chtěla jednak navodit pozvolný konec rozhovoru, nabídnout celkové shrnutí péče s důrazem na vnímaná negativa a pozitiva týkající se péče a v poslední řadě poskytnout malé zamyšlení nad celou jejich stávající situací. Poslední otázka jim byla položena především z toho důvodu, že je třeba si uvědomit, že může existovat celá řada vzdělaných odborníků na neformální péči, ale největšími odborníky jsou právě ti, kteří tuto situaci zažili nebo zažívají na vlastní kůži, a proto mne zajímali jejich cenné rady pro budoucí pečovatele, kterých bych ráda v následující praxi využila.

1. *Co Vám péče dala a vzala?*
2. *Co Vás motivuje k samotné péči o seniora?*
3. *Jakou nejcennější radu byste dal vy člověku, který by se dostal do role neformálního pečovatele?*

8.1 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Jako metodu pro zpracování a analýzu dat jsem volila hojně využívanou metodu **zakotvené teorie**, jejímž cílem je vybudovat teorii zkoumaného jevu. „*Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti zajímavé*“ (Strauss & Corbinová, 1999, 14).

Než popíšu jednotlivé kroky kódování využívané v zakotvené teorii, je třeba se zmínit o přepisu rozhovoru (*Příloha č.6*). Přepis nemusí být podle autorů Strausse a Corbinové (1999) zcela přesný a lze přepisovat jen tolik, kolik je potřeba. Dále ovšem doporučuji těm, jež se zakotvenou teorií běžně nepracují, pro jistotu přepsat vše. Z důvodu své nezkušenosti jsem přepsala rozhovory, které byly se souhlasem respondentů nahrávány na mobilní telefon v rámci osobního setkání, slovo od slova. Ty rozhovory, jež probíhaly v rámci telefonické komunikace, jsem psala v průběhu samotného rozhovoru. K tomu bych ráda dodala několik svých poznatků. Je poměrně těžké se soustředit na odpovědi respondenta, a zároveň na psaní, takže téměř všechny rozhovory obsahovaly nespočet chyb, hrubek a přeskládaných písmenek, což jsem řešila tak, že jsem hned po ukončení telefonátu rozhovor upravovala do takové formy, aby se v něm dalo bez problému číst. Obzvláště nepříjemné momenty byly ty, kdy se respondenti například rozčilili a zrychlili svoji mluvu nebo naopak, když jsme narazili na citlivé téma, kdy respondent zároveň mluvil a plakal. V tu chvíli bylo složité mu rozumět, takže jsem odložila psaní a vnímala jen to, co říká

a snažila se ho podpořit a nechat proudit jejich emoce. Hned po ukončení rozhovoru jsem výpověď respondenta dopsala.

Samotná analýza dat v rámci zakotvené teorie (grounded theory method, tedy GTM) spočívá ve **třech fázích**, jež Strauss a Corbinová (1999) označují jako kódování, zatímco Řiháček, Čermák a Hytych s kolektivem (2013) používají vlastní označení – *otevřené kódování* (označováno jako tvorba konceptů), *axiální kódování* (hledání teoretických vztahů mezi koncepty) a *selektivní kódování* (volba ústředního konceptu a formulace teorie).

OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ

Cílem otevřeného kódování bylo konceptualizovat a kategorizovat získaná data. Přepsané rozhovory byly neustále pročitány a následně byla slovní spojení či samotná slova označována a stručně pojmenována (*Příloha č. 7*). Následně jsem tyto pojmy přiřazovala do různých kategorií dle toho, co měli tyto pojmy či kódy společného. Zakotvená teorie využívá dvou analytických postupů, čímž je porovnávání a kladení otázek jako např. „*Co to značí? Co to reprezentuje?*“. V rámci tohoto úkonu mi pro přehlednost posloužily vlastní „*myšlenkové mapy*“ (*Příloha č.5*), které jsem si ručně psala, malovala nebo jsem si poznámky týkající se rozhovoru nahrávala na mobilní telefon. První rozhovor jsem neměla s čím srovnat, tak jsem u něj myšlenkovou mapu nedělala. V těchto mapách jsem si vymezovala podobnosti, rozdílnosti a postřehy daného rozhovoru. Hledala jsem ty nejvíce relevantní koncepty. Dále bylo třeba propracovat tyto koncepty po obsahové stránce, protože „*každý z našich konceptů bychom měli být schopni nějak definovat, popsat pomocí jeho klíčových vlastností a dimenzí*“ (Řiháček a kol., 2013, 49). Vlastnostmi chápeme vše, co mají prvky v jedné kategorii společné a dimenze vyjadřuje vnitřní variabilitu (Řiháček a kol., 2013). Všechny tyto úkony nebyly hned na první pokus v konečné verzi, ale byly neustále měněny, přesouvány a přejmenovávány. Pro účely otevřeného kódování jsem využila Microsoft Office Excel 2016.

AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Podle Strausse a Corbinové (1999) se jedná o soubor postupů, kdy jsou kategorie znovu uspořádávány podle vzájemných vztahů a spojení podle tzv. paradigmatického modelu, jenž

obsahuje příčinné podmínky, jev, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a v poslední řadě následky:

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY -> (B) JEV -> (C) KONTEXT -> (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY -> (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE -> (F) NÁSLEDKY

Příčinnými podmínkami lze chápat sled událostí, případů, dění, jež vedou k vzniku výzkumného jevu a jež můžeme chápat jako ústřední myšlenku, na kterou zaměřujeme svoji pozornost. Kontextem rozumíme konkrétní soubor vlastností rozvíjející jev, zatímco intervenující podmínky označované někdy jako strukturní usnadňují nebo naopak znesnadňují strategie použité v určitém kontextu. Jednání či interakce jsou strategie vyvinuté ke zvládnutí, ovládnutí nebo reagování na jev za určitých podmínek, jejichž výsledkem jsou následky (Strauss & Corbinová, 1999).

SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

Třetí fází je selektivní kódování, jež spočívá ve stanovení centrální kategorie. Tu lze považovat za ústřední jev, kolem něhož je celá teorie organizována. Tuto hlavní kategorii můžeme poměrně snadno propojit s ostatními kategoriemi a její saturace je mnohem delší než u ostatních (Řiháček a kol., 2013). V prvním kroku je třeba detailně popsat ústřední jev neboli centrální kategorii, dále příběh konceptualizovat a uvést jej do vztahu a spojení s ostatními kategoriemi (Strauss & Corbinová, 1999).

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole popisují jednotlivé výsledky v rámci otevřeného, axiálního a selektivního kódování, vymezují důležité kategorie, se kterými jsem pracovala a jejich vlastnosti a dimenze. Jednotlivé kategorie, vlastnosti a dimenze demonstrují na konkrétních výpovědích respondentů.

9.1 OTEVŘENÍ KÓDOVÁNÍ

Otevřené kódování přineslo následující hlavní kategorie: *Zdraví závislé osoby*, *Kontext péče*, *Vnímání neformální péče*, *Postoj k neformální péči* a *Psychosociální deficit*. Tyto kategorie podrobněji popisují níže.

ZDRAVÍ ZÁVISLÉ OSOBY

Kategorie *Zdraví závislé osoby* se zaměřuje, jak je již ze samotného označení patrné, na zdravotní stav, problémy, které neformální pečovatelé popisovaly u závislých osob (příjemců péče). Dle jejich výpovědí bylo možné tuto kategorii rozdělit na *Psychické* a *Fyzické*. Tyto vlastnosti byly následně rozděleny na dimenzi *Péče* a *Soběstačnost*, jenž značí, do jaké míry je závislá osoba schopna se o sebe postarat sama či jestli vyžaduje péči.

Tabulka č.2: Členění kategorie Zdraví závislé osoby

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
ZDRAVÍ ZÁVISLÉ OSOBY	Psychické	Péče - Soběstačnost
	Fyzické	Péče - Soběstačnost

Psychickou stránku zdraví závislé osoby na pólu *Péče* můžeme chápat jako velice časté zapomínání nebo zcela úplnou ztrátu paměti, jež je spjatá s mnoha úkony, které osoba není schopna vykonávat. Konkrétněji se jedná o mírnou či absolutní ztrátu orientace časem, místem, osobou či vztahy, s čímž je spojená neschopnost komunikace s lidmi, což spočívá v opakování nesmyslných slov, ztráta finančního přehledu, dále výskyt depresí, bludů či depresí.

- Respondent č. 10: „*Neví prostě, nachystám jí jídlo, ona na to zapomene, nachystám jí prášky, který má před sebou, ona na to zapomene, musím jí to několikrát připomínat.*“
- Respondent č. 3: „*Komunikace je na bázi... dřív jo, teď to je horší, vlastně jen kouká a nějaké skřeky jakoby vydává.*“

Druhým protipólem je *Soběstačnost*, kdy se u závislých osob tyto psychické problémy nevyskytovaly. Respondenti to poměrně často vystihují slovy „čistá hlava“, což lze chápat tak, že příjemce péče vnímá své okolí, místo i sám sebe.

Fyzická stránka je vymezena v rámci stejné dimenzionální škály jako výše uvedená. Díky fyzickým problémům závislých osob je totiž nutná *Péče* neformálního pečujícího. Respondenti popisují buď jistou dopomoc s běžnými úkony nebo úplnou pomoc, tak že by závislé osoby nemohli sami v denním životě fungovat. Vyskytuje se ztuhlost, třes končetin, neschopnost chůze, dále úkony související s hygienou (omezení v rámci docházení na toaletu, mytí vlasů či těla, ústní hygiena atd.), dále neschopnost vařit, uklízet, obléct se, obut se nebo se najíst.

Opačný pól je *Soběstačnost*, kdy jsou závislé osoby schopni chůze s dopomocí berlí či opěrné hůlky, vyjítí schodů, jsou schopni si uvařit atd.

- Respondent č. 1: „Dneska mě mamka třeba pomáhala na zahradě...nebo v létě jsem ji dostala i do bazénu, nechat ji zaplavat, v těch horkách to bylo mnohem lepší.“

KONTEXT PÉČE

Kategorie s názvem *Kontext péče* v sobě zahrnuje následující vlastnosti: *Rozsah*, *Trvání* a *Motivaci*. *Rozsah* samotné péče znamená, kolik času denně neformální pečovatelé věnují péči a jaké úkony vykonávají. S tím koresponduje vymezená dimenze *Čas* a *Úkony*. *Trváním* je myšlena délka celkového pečování o příjemce péče a je vyčleňována dimenzí *Rok* a *Více let*. *Motivace* zahrnuje podněty, které vedly neformální pečovatelé k péči a jsou vyčleňovány dimenzionální škálou *Vlastní* a *Okolnosti*.

Tabulka č.3: Členění kategorie *Kontext péče*

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
KONTEXT PÉČE	Rozsah	Čas - Úkony
	Trvání	Rok – Více let
	Motivace	Vlastní - Okolnosti

Rozsah péče v kontextu *Času* byl respondenty velice silně zdůrazňován. Čas byl vymezován jak slovně tak, i číselně. Slovní výpovědi spočívaly ve slovech či slovních spojeních např.

„Celodenní“, „Každodenní“, „Po práci až do večera“ nebo „No prostě furt“. V rámci vymezení hodin můžeme hovořit od 3 hodiny přes 12 hodin (až po 24 hodin). Je logické, že se nelze starat denně 24 hodin, protože samotný respondent musí také někdy spát či jíst, ale ti respondenti, kteří tuto výpověď použili, mluvili o tom, že je potřeba „být neustále ve střehu“.

- Respondent č. 8: „V podstatě...Starání je tak 24 hodin 7 dní v týdnu, já s ní i spím v jedné posteli.“

Úkony popisují respondenti poměrně barvitě a odpovědi korespondují se zdravotním stavem příjemce péče. Výpovědi jednotlivých respondentů jsou v tomto ohledu téměř totožné.

- Respondent č. 6: „Takže oblíct ji musím, obut ji musím, zadek utřít, vykoupat ji, vlasy a nehty, celou domácnost zabezpečit, dopomoc s chůzí no.“
- Respondent č. 5: „My měníme jako 2 až 3 plíny denně no a koukám, co vypije...Koupeme se no...A ven nechodíme no..“

Za povšimnutí v tomto případě stojí volba slov těchto dvou respondentů. Respondent č. 6 využil slov „já musím“, což může působit poměrně nedobrovolně, zatímco respondent č. 5 nemluví za sebe jakožto „já“, nýbrž „my“, což může působit vřeleji.

Trvání je dimenzionálně vymezené na *Rok a Více let*. I u této vlastnosti se vyskytovaly slovní i časové odpovědi, ale nakonec nebylo respondenta, který by si na trvání péče nevzpomněl. Několik respondentů pečovalo o své blízké tak, že k nim nejprve dennodenně dojížděli (kvůli stravě, kontrole atd.) a až později si je vzali do celodenní péče, takže to trvání členili na „dojíždění“ a „trvalou péči doma“. Samotné trvání se pohybuje od 6 měsíců až po 18 let.

Motivací se myslí podněty vedoucí k rozhodnutí se starat a na dimenzionální škále ji rozdělují na *Vlastní* a *Okolnosti*. Za *Vlastní* jsou považovány ty výpovědi, jež zahrnují pouze svoji vnitřní rozhodnutí, což v kontextu rozhovorů znamená, že to jedinci takhle chtěli, že mají dotyčnou osobu rádi nebo soucit, který vůči osobě cítili. Je pravdou, že těchto respondentů není mnoho.

Častější *Motivace* spočívala v *Okolnostech*, které respondenti popisovali v rámci toho, že na ně byl vyvíjen tlak ze strany okolí, že de facto neměli jinou volbu nebo že je k tomu vedlo rodinné postavení, které vůči závislé osobě mají nebo které má závislá osoba s celou rodinou.

- Respondent č. 11: „*Jsem jedináček, takže to nikdo jiný neudělá, že...*“
- Respondent č. 7: „*Jak jsem řekla, je to matka mého manžela a babička dětí.*“

VNÍMÁNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE

Pozornost v rámci kategorie *Vnímání neformálních pečovatelů* jsem zaměřila na *Psychické* a *Fyzické*. Primárně se respondenti zaměřovali na psychickou stránku věci a až sekundárně se zmiňovali o fyzické. Ne z toho důvodu, že by jedna byla horší než druhá, ale spíše kvůli tomu, že si s psychickou stránkou nemohou poradit, nevědí jak na to, nevědí, co se s nimi děje, proč cítí to, co cítí. Po fyzické stránce si jsou schopni pomoci. Popisují, že když je něco bolí, tak přesně vědí kde a co by to mohlo být, takže najdou správný lék nebo si zajdou k lékaři. U *Psychické* vlastnosti byla volena dimenze *Neutrální* a *Negativní* a u *Fyzické* vlastnosti *Pozitivní* a *Negativní*.

Tabulka č.4: Členění kategorie *Vnímání neformální péče*

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
VNÍMÁNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE	Psychické	Neutrální - Negativní
	Fyzické	Pozitivní - Negativní

Psychicky je *Péče vnímána* většinou respondentů obecně velice *Negativně*. Tuto vlastnost lze chápat v kontextu změn zaběhlého systému, přizpůsobování, organizace, vyrovnání se s nemocí a postupným zhoršováním atd. Zejména počátky péče jsou pro neformálního pečovatele velice obtížné, protože přizpůsobují sebe a svůj život. Respondenti toto období popisují jako šok, katastrofu, peklo, období krize, období srovnávání, změny a organizace.

- Respondent č. 1: „*Byl to pro mě šok. Hrozný.*“
- Respondent č. 11: „*Jako katastrofa! To starání se...Představte si to...Lexauriny, plačtivost, stěžování si každému, napjatá jak péro.*“

Ti respondenti, jež považovali počátky péče za negativní, ji považují velice často za negativní i nyní po nějakém dlouhodobějším trvání. Z dalších rozhovorů je patrná odevzdanost či bezvýchodnost („*Člověk si musí zvyknout*“, „*Ted' už co*“), neustálý tlak, nervy, splín

a smutek. Respondent č. 10 dokonce popisoval, že večer dříve proplakal, ale teď si dá „*frťana*“. Situaci řeší alkoholem, sice ne ve velké míře, ale najdou si i dny, kdy vypil láhev likéru z důvodu, že to „*prostě potřeboval*“. Pro demonstraci jsem vybrala stejné respondenty jako u předchozí dimenze (č. 1 a č. 11).

- Respondent č. 1: „*Špatný to je i dnes. Pocit hlavně v tom, že potřebuje čím dál větší pomoc.*“
- Respondent č. 11: „*Já nemám pocit, že by mi něco pomohlo. Říkám...Prostě hrozný do teď. Možná jako kdybych to nějak zpracovala, ale já nejsem dobrá do dneška. Já furt řvu, teď zase...Já se omlouvám, to je prostě...Na jednoho člověka to je moc. Já mám jakýsi harmonogram v hlavě, ale že by to pomohlo, to nejde.*“

Neutrální pól je respondenty popisován velice stroze až odměřeně jako „*automatickou*“ a „*bez nějakých velkých problémů*“.

Negativní **Fyzické** vnímání neformální péče spočívá spíše v únavě, migrénách a vyčerpání než v samotné kondici pečovatele. Respondent č. 5 vnímá bolesti kloubů skrz zvýšení nadváhy, která je způsobená nedostatkem pohybu. Respondent č. 9 zaznamenal bolesti krční páteře, které pociťuje především při pečovatelských úkonech. Respondent č. 10 popisuje dnu, díky které mu otečou nohy, což pociťuje v kontextu péče jako problematické a dále hovoří o tom, že „*dře jak kůň*“.

Pozitivně vnímají vlastní dobrou kondici, která je úměrná jejich věku a na které má podíl několikahodinová péče o závislou osobu. V návaznosti na to se respondent č. 3 zmiňuje o tom, že zpočátku pro ni byla péče fyzicky náročná, ale díky praxi a zkušenostem se fyzická stránka zdá zcela bez problému zvládnout.

POSTOJ K NEFORMÁLNÍ PÉČI

Kategorie *Postoj k neformální péči* je vymezena čtyřmi vlastnostmi. *Realizaci péče* můžeme chápat jako provádění samotných úkonů týkající se péče a v rámci toho jsem vymezila dimenzi *Přirozené – Nepřirozené* podle toho, jak je samotná péče respondenty vnímána. Další vlastností této kategorie je *Ekonomická situace*, která je řešena především skrz finance nebo výši

příspěvků na péči, jenž neformálními pečujícími pociťují jako *Dostačující* či *Nedostačující*. Další vlastností je *Využití pomoci*, které zahrnuje dimenzi *Blízcí* a *Odborníci*. Poslední vlastností je *Komunikace se závislou osobou*, jenž jsem vymezila na dimenzionální škále *Aktivní* a *Pasivní*.

Tabulka č.5: Členění kategorie *Postoj k neformální péči*

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
POSTOJ K NEFORMÁLNÍ PÉČI	Realizace péče	Přirozené - Nepřirozené
	Ekonomická situace	Dostačující - Nedostačující
	Využití pomoci	Blízcí - Odborníci
	Komunikace se závislou osobou	Aktivní - Pasivní

Přirozenou Realizaci péče respondenti popisují jako automatickou něco, co jim nedělá větší obtíže nebo jako bezproblémovou záležitost.

- Respondent č. 6: „*Jako třeba hygiena? To mi jako nevadí, to se dá v pohodě zvládnout.*“

Na druhou stranu převážila spíše *Nepřirozená Realizace Péče*, kdy respondenti popisovali odpor, stud, ostýchavost, nepochopení, že musí vykonávat takové činnosti, které dříve nedělali, spousty výpovědi je spjatých s hygienou, což je přece jenom velice intimní záležitostí.

- Respondent č. 10: „*Ted' najednou jsem zjistil, že doma je čurbes hroznej a vlastně jsem jakoby nechápal, že to musím dělat já.*“
- Respondent č. 8: „*Byla to má matka...nebo je vlastně..ježiši...málem jsem si grcla, když jsem to (hygienu) dělala poprvé.*“

Dostačující Ekonomická situace je především v těch případech, kdy je závislá osoba spíše dotována od rodiny a rodinným příslušníkům tato finanční dotace nevadí nebo ji nějakým způsobem nekomentují.

Samotné názory na výši příspěvků spatřuji jako *Nedostačující*, stejně tak celá situace spjatá s péčí je nedostačující, pokud nepřispívá rodina. Dále je komentována situace, že je zcela paradoxní, že příspěvky jsou směřovány vlastně závislé osobě, nikoliv pečujícím. Pečující často řeší, z čeho se jim bude vypočítávat „*důchod*“, co se stane, až závislá osoba zemře a pečující zůstane bez práce, bez praxe a zkušeností a nebude mít přísun peněz za závislou osobu

nebo také to, že kdyby chtěli jít do práce hned tak vše, co vydělají, de facto utratí např. za pečovatelskou službu či stacionáře. Z rozhovorů je patrné zoufalství, strach a zloba. Respondent č. 5 popisuje zoufalou situaci v tom, že mu byla nabídnuta brigáda, kde by se měl „*utrhnout*“ na 4 dny v roce. Musí se rozhodnout do 3 dnů, ale je si nejistý tím, co bude s maminkou, když odejde a nechá ji samotnou, dále řeší to, že kdyby si „*řekl*“ o pečovatelskou službu, tak vlastně všechny peníze, které vydělá na brigádě, utratí za hlídání a děti mu jsou vždy ochotné pomoci tak „*pade na pade*“, takže se jich raději ptát nebude.

Tím pozvolna navazují na *Využití pomoci od Blízkých*. Využitím pomoci se myslí pomoc pouze z praktického (manuálního) hlediska, kde děti, manželé či jiní členové rodiny jsou schopni se o závislou osobu postarat na různě dlouhou dobu - od jednoho úkonu (např. příjem stravy nebo v rámci aktivizačních činností) až po několik dnů a týdnů žít s příjemce péče ve společné domácnosti. Jedná se tedy o dopomoc až úplnou pomoc neformálnímu pečujícímu, který tím získává volný čas sám pro sebe. Respondentka č. 9 hovořila o tom, že jezdí pravidelně na přelomu prosince a ledna s přáteli na hory a synové si dokonce hlásí v práci dovolenou, aby se mohli o babičku starat a ona si mohla jet na týden s manželem zalýžovat. Jsou ovšem i takoví respondenti, jež se nemají na koho obrátit a rodina jim v tom nepomůže.

Využitím pomoci od Odborníků se myslí nabízené služby, organizace, které buď docházejí do domácností a vypomáhají s péčí (např. pečovatelské terénní služby, terénní hospic) nebo zcela přebírají zodpovědnost na různě dlouhou dobu (stacionáře, odlehčovací služby). Převážně se hovoří o odlehčovacích zařízeních, která jsou využívány v případě, kdy jede pečující na dovolenou. Co se týče využití pomoci od odborníků jakožto od lidí (lékařů, sociálních pracovníků, zaměstnanců úřadů atd.), je zde zpětná vazba velice špatná. Z praktického hlediska např. v rámci sociálních šetření při žádostech o navýšení stupně příspěvku na péči se v rozhovorech objevovala velká neochota a neprofesionalita. Respondentka č. 8 se rozčilovala nad tím, že se při sociálním šetření ptali maminky, zda se umí sama najíst, napít nebo obléct, načež jim maminka vše odkývala, protože „*měla zrovna dobrý den asi*“ nebo „*hrála hrdinku*“, ony si to zapsaly a respondentka jim musela říct „*at' si to s ní teda zkusí prakticky, a ne že se jen zeptají*“. Naopak na zaměstnance úřadu se objevovaly kladné zpětné

vazby, že pomohly s vyplněním žádosti a samy pracovníci navrhovali i vyplnění jiných druhů žádostí (např. ZTP) a byli velice ochotní a milí.

Aktivní komunikace se závislou osobou je popisována poměrně dramaticky a je spjatá s velkou dávkou nervozity, zloby, zoufalství a úvahách o tom, že to závislá osoba „*snad dělá naschvál, že si to nepamatuje*“ nebo ve výrocích typu „*Přivádí mě k šílenství*“ či „*To mě dožrál*“. Jedná se především o příjemce péče s demencí, kdy je komunikace poměrně obtížná díky častému zapomínání, opakování se nebo dezorientaci časem, místem, situací, osobou či vztahy. Aktivita pečujících spočívá v tom, že chtějí závislé osobě „*trénovat hlavu*“, něco jí vysvětlovat tak, aby to pochopila, opakovat některé věci a zkoušet je z ní „*vydolovat*“. To se bohužel málokdy setká s úspěchem, proto se objevují výše zmíněné pocity. To může vést později k volbě velice univerzálních témat jako je počasí nebo sousedi.

Pasivní komunikace spočívá ve velmi často zmiňované rezignaci. Pečující mají pocit, že komunikace s blízkou osobou nemá cenu, že je to jen ztráta času, že „*ona beztak neví, co říkám*“. Chrání tím své nervy, učí se s příjemci péče mluvit, co nejméně nebo využívají taktiku „*jedním uchem tam, druhým ven*“. Někteří popisují spíše neverbální komunikaci, kdy se jen usmívají nebo blízkou osobu hladí ji.

PSYCHOSOCIÁLNÍ DEFICITY

Kategorie *Psychosociální deficit* je dále členěna na subkategorie *Psychické* a *Sociální*. Subkategorie *Psychické* skýtají 3 vlastnosti, jimiž je *Svoboda*, *Uznání* a *Otázka budoucnosti* a subkategorie *Sociální* je dále členěna na 4 vlastnosti, kam řadíme *Sociální izolaci*, *Oporu*, *Volný čas* a *Informovanost*.

Tabulka č.6: Členění kategorie *Psychosociální deficit*

Kategorie	Subkategorie	Vlastnosti	Dimenze
PSYCHOSOCIÁLNÍ DEFICITY	PSYCHICKÉ	Svoboda	Omezená
		Uznání	Dostatečné - Nedostatečné
		Otázka budoucnosti	Obavy
	SOCIÁLNÍ	Sociální izolace	Problémová
		Opora	Dostatečná - Nedostatečná

Volný čas	Dostatečný - Nedostatečný
Informovanost	Dostatečná - Nedostatečná

Omezená Svoboda je respondenty popisována jako moci se rozhodnout teď a hned to jít realizovat, nadchnout se pro něco, co mohou udělat, být spontánní, zkrátka nebýt svázaný tou situací ohledně péče. Respondenti o svobodě hovoří především v rámci dovolených nebo výletů, které by chtěli podnikat, ale nemohou a na druhou stranu je cítit jistá žárlivost a pocit zoufalství, kdy popisují, že ostatní jezdí, jen oni jsou omezeni být doma, a to i především v rámci rodiny. Pokud rodina na jistý čas pečujícího zastoupí a pečující může odjet na dovolenou, na výlet nebo si jen nakoupit, tak už to nelze podle pečovatelů považovat za svobodné a spontánní rozhodnutí, nýbrž za plán.

- Respondent č. 10: „*Svoboda, že nemůžu vyrazit tam na výstavu, tam do antikvariátu, tam za děčkama.*“

Co se týče *Nedostatečného Uznání*, které se v rozhovorech objevuje, tak to spočívá v ocenění nebo jistém druhu úcty. Jednodušeji bych tento deficit popsala jako „*nenahraditelní, ale nedocenění*“. Chybí jim pochvala od blízkých nebo i odborníků a dále to, že na ně nekoukají skrz prsty, jak se to mnohdy děje. Popisují, že si často kladou na srdce sami „*Jsi dobrá/Jsi dobrý*“, ale od okolí to neslyší. Stejně tak respondenti hovoří o tom, že to spíše slyší od dalšího neformálního pečovatele, protože on ví, co to vše obnáší. Jeden respondent hovořil o tom, že jej neocení ani ta závislá osoba, což je pro něj smutné. Tento deficit je spjatý s pocitem méněcennosti či degradace. Neformální pečovatelsví pro některé neangažované osoby znamená, že se jedná o osoby, jež jsou celé dny doma, pobírají státní příspěvky, a ještě si stěžují na nepohodu, přitom jsou osvobozeni od zaměstnání. Příkladem bych chtěla citovat jednoho respondenta.

- Respondent č. 2: „*Tchýně vykládala mé dceři, že babička Laduška je taková lenoška...jako já...a proto prej že jsem doma.*“

Dostatečné Uznání respondenti dostávají často od blízkých, kteří jsou v kontaktu se závislou osobou a oceňují to, co dělají. Často blízcí vyřknou nahlas, že „*já bych to nedal/a*“ nebo, „*já bych na to neměl/a nervy*“, což považují pečující za kladnou zpětnou vazbu v rámci uznání.

Obavy z Otázek budoucnosti má celá řada respondentů, ale obsah těchto otázek je poměrně proměnlivý. Jedná se o obavy z toho, co bude s jejich blízkými, když by se oni nemohli starat, protože by se jim něco stalo nebo naopak co bude s pečujícími, až umře blízká osoba, o kterou se starají, což je často zmíněné skrz finanční situaci. Dále se objevují obavy z rozhodování o budoucnost příjemce péče („*Dát či nedát do domova pro seniory*“) nebo obavy o to, kdo se postará o ně, až to bude potřeba. Respondenti se obávali i přicházející zimy, aby příjemci péče neuklouzli nebo něco si neudělali.

První vlastností v rámci *Sociálních Psychosociálních deficitů* je velice zmiňovaná **Sociální izolace**, jenž je *Problémová*. Respondenti ji popisují jako vyloučení, samotu, osamocení, nemožnost si s někým popovídat, být mezi lidmi nebo „*nemožnost někam jít*“.

Nedostatečná Opora je pocíťována respondenty od přátel a především rodiny, kdy mají respondenti pocit, že se nemohou nikomu svěřit, protože „*to nikoho nezajímá*“, „*nechtějí obtěžovat takovými problémy*“. K těmto závěrům došli respondenti v průběhu starání se, kdy zpočátku se rodině svěřovali, ale postupem času jim blízcí dali najevo, že „*to je pořád dokola*“ a celková zpětná vazba byla neutrální až negativní. Kromě samotných výpovědí jsem během rozhovorů zaznamenala, že pokud byla poblíž respondenta nějaká blízká osoba, tak respondent přestal hovořit nebo chtěl přeskočit otázky. Pro příklad uvádím respondenta č. 2, který během telefonického rozhovoru o náročnosti péče, kdy se z dálky ozval mužský hlas se slovy „*Už si zase stěžuješ?*“. Následně pak respondentka chtěla přeskočit otázku ohledně pocíťujících problémů spojených s péčí. Později mi bylo vysvětleno, že nemohla mluvit, protože tam stál manžel a on nerad poslouchá, když si stěžuje.

Dostatečná Opora je respondenty chápána jako psychická podpora od přátel a rodiny, kterým se mohou svěřit, postěžovat si na své problémy. Poměrně častým jevem je, že se respondenti svěřují těm, jež dříve zažívali nebo nyní zažívají obdobnou situaci týkající se péče. Důvodem je pocit, že oni ví, jak se cítí, vědí, co péče obnáší, pochopí je a vyslechnou. Ráda bych dodala, že respondenti velice oceňovali i to, že si semnou mohou promluvit, protože „*já tomu rozumím a vím jaké to je a pochopím je*“. Skoro až učebnicově popisuje oporu respondent č. 7: „*Ten syn*

hlavně...On jako volá no..On mě poslouchá..Ono pomáhá, když se člověk vypovídá...A já ho obdivuji, že mě vůbec poslouchá.“

*Nedostatečný **Volný čas*** pociťuje převážná část respondentů. Spíše se jedná o ty, jež se o závislou osobu starají sami, kdy jim rodina či blízcí příliš nepomáhají, ale samozřejmě se to týká i těch, kdy se blízcí na péči podílejí. Jedná se o nedostatek volného času na osoby a záležitosti, které je baví a mají rádi. Respondenti popisují, že i když nějaké volné hodiny (1 – 3 hodiny) sice mají, tak to nepočítají jako volno, protože musí být neustále ve střehu a nemohou odejít mimo domov, protože nevědí, kdy bude závislá osoba potřebovat jejich pomoc.

Dostatečný Volný čas je spjatý především se stavem závislé osoby, která často spí nebo odpočívá u televize či u novin, což jim umožňuje mít „*nějaký čas pro sebe*“. Jedná se o „*pár*“ hodin denně, někdy respondenti také hovoří o tom, že mají volno jednou týdně nebo jednou za 14 dní. Konkrétněji tráví respondenti svůj volný čas plaváním, s vnučkami podnikají různé výlety či je doprovází ze školy do kroužků, které mají.

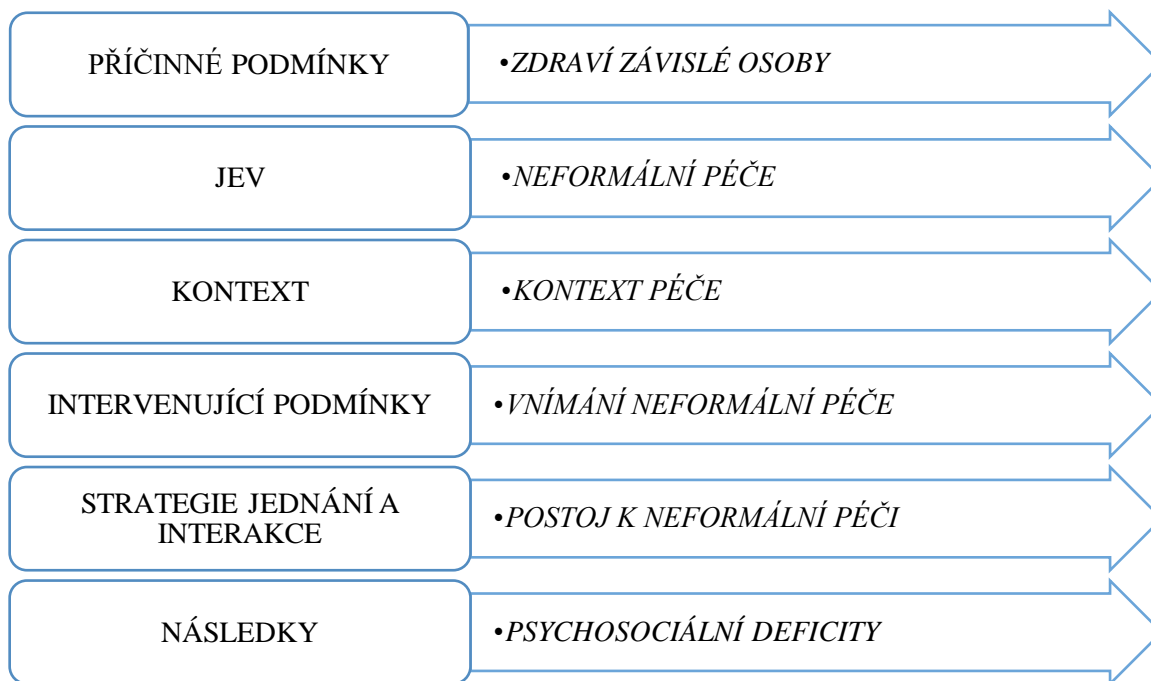
*Dostatečná **Informovanost*** spočívá spíše v těch záležitostech, jakými si sami pečující prošli. Tedy pokud mají příspěvky na péči, tak jsou obeznámeni s tím, že při zhoršení zdravotní stavu závislé osoby, mohou žádat o navýšení, pokud nedosáhli již nejvyššího stupně. Stejně tak pokud se již zajímali nebo dříve využívali profesionální poskytovatele péče, tak jsou schopni vyjmenovat organizace, které tyto služby poskytují. Dostatečně informovaní jsou i ti respondenti, již mají pracovní zkušenosti v tomto ohledu. Díky tomu, že jsou zaměstnání v organizacích, které tyto služby poskytují. Informace jsou získávány především díky „*brouzdání na internetu*“, knihám nebo časopisům a také díky pracovníkům na úřadu.

Nedostatečná Informovanost je zřetelná především v oblasti služeb zaměřených na samotné neformální pečovatele. Nemají s těmito službami de facto žádné zkušenosti nebo o nich slyšeli jen okrajově. Lze konstatovat to, že informovanost o službách zaměřené na neformální pečující je velmi nedostatečná. Respondenti „*neví o ničem takovém*“, „*nemají přehled o těchto službách*“, ani nevědí, že „*něco takové existuje*“.

9.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Na základě axiálního kódování byl vytvořen tzv. paradigmatický model, který spojuje kategorie a subkategorie do vzájemných vztahů, jenž popisují příčinné podmínky, jev, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky. V rámci tohoto případu je popisovaným jevem samotná *Neformální péče*, jejíž příčinou podmínkou, jenž odkazuje na události nebo případy vedoucí k výskytu vzniku jevu, je *Zdraví závislé osoby*, tedy Psychické a Fyzické. Za kontext je považována kategorie *Kontext péče*, který vymezuje soubor vlastností, jimiž je Rozsah, Trvání a Motivace. Kategorie *Vnímání neformální péče* s podrobnějším vymezením Psychické a Fyzické je označována za intervenující podmínky, jež následně ovlivňují strategie jednání a interakce, které jsou vymezovány kategorií *Postoj k neformální péči*. Do této kategorie přiřazujeme Realizaci péče, Ekonomickou situaci, Využití pomoci a Komunikaci se závislou osobou. Za následky v tomto modelu označujeme *Psychosociální deficit*, které dále řadíme na Psychické, kde se objevuje Svoboda, Uznání a Otázka budoucnosti a Sociální, kde se vyskytuje Sociální izolace, Opora, Volný čas a Informovanost.

Diagram č.1: Paradigmatický model



Pro lepší představu budu demonstrovat paradigmatický model na respondentovi č. 9: Jedná se o ženu ve věku 68 let, která pečuje o svoji 90letou matku, u které se začaly po několika operacích tlustého střeva projevovat znaky demence, tak si ji vzala do domácí péče k sobě. Popisuje velice špatný psychický stav matky, která ji začala osočovat z krádeže peněz, začala mít velké deprese, kdy chtěla skočit z balkónu, trpěla bludy, strašně zapomínala a začala mít problém s hygienou, kdy ale pořád chodí, sejde a vyjde schody, nají se lžičkou.

- **ZDRAVÍ ZÁVISLÉ OSOBY:** Po *Psychické* stránce matka *Péči* již potřebovala, ale po *Fyzické* byla zatím *Soběstačná*.

Je to už 3 roky, co si vzala respondentka matku do domácí péče z toho důvodu, že je jakožto jedináček nucena se o matku postarat. Samotná péče spočívá v přípravě a příjmu jídla a tekutin, prášků, dopomoci s převlékáním a obouváním, s přebalováním, s koupáním a vůbec s celkovou hygienou a k tomu všemu úklid a chod domácnosti. Péče je prakticky celodenní, protože nemůže respondentka nikam odejít, aniž by se o matku někdo postaral.

- **KONTEXT PÉČE:** *Rozsah* péče spočívá jak v *Úkonech* tak ve stráveném *Času* nad péčí. Samotné *Trvání* bychom zařadili do *Více let* a *Motivaci* je na bázi *Okolností*.

Některé úkony jí problém nedělají, ale z některých má šílené bolesti krční páteře, ze kterých se cítí unavená, protože jí bolí celá hlava, jinak fyzickou námahu nebo jiné problémy si neuvědomuje. Spíše, než fyzický má na ni péče psychický dopad, protože pociťuje, že je někdy zlá a protivná a cítí smutek z celé bezvýchodné situace. Nemůže si dovolit být ani našťvaná, protože za to matka nemůže.

- **VNÍMÁNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE:** U respondentky se objevuje především *Negativní Psychické* vnímání péče, ale jistý náznak *Negativní Fyzické* také.

Útěchou jí je 2. stupeň příspěvku na péči. Žádala o navýšení letos v březnu, protože to je hrozně málo peněz a nic tím nezaplatí, ale zamítli jí to, takže to musí finančně zvládat s dopomocí sebe a manžela. Velké štěstí a úlevu našla v tom, že ji pomáhají oba synové, kteří si jsou schopni vzít

týdenní dovolenou ve svém zaměstnání, aby mohli babičku pohlídat a respondentka mohla odjet se svým manželem na dovolenou. Manžel jí s babičkou vůbec pomáhat nechce a pečovatelské služby využívat nemůže, protože jí to manžel zakázal kvůli zachování vlastního soukromí. Manželovi i respondentce samotné nejvíce vadí, že nemůže s vlastní matkou komunikovat, protože „...to jako není nic...jakoby normálního“ a dostává se do potyčky, když jí respondentka vysvětluje, že je její vlastní dcera a matka to nechápe. „Já se snažím pořád, aby přemýšlela, ale to je marný.“

- **POSTOJ K PÉČI:** *Ekonomickou situace* hodnotí respondentka jako *Nedostačující*. *Pomoci využívá* především od synů (*Blízcí*) a *Komunikace se závislou osobou* volí spíše *Aktivní*, protože se snaží, aby matka přemýšlela.

Největší obavy má z budoucnosti, protože neví, jestli dát matku do domova pro seniory či nikoliv. „Už rok říkám, že dám žádost, že ji dám...ale vnitřně se s tím nemůžu nějak...já nevím, bude...mám strach“ (tento výrok je doprovázen pláčem). Kromě domovů pro seniory zná ještě odlehčovací služby, ale jinak se o novinky v péči neinformuje. Až od syna slyšela, že se schází skupiny neformálních pečovatelských skupin, ale tam jít určitě nechce. Nikdy by ji nenapadlo, že nebude žít svůj život, který si s manželem plánovali, nejhorší na tom je, že manžel odjíždí na víkend třeba na běžky a ona nemůže. Chybí jí pocit svobodně a spontánně se rozhodnout a podniknout něco. Nemá dostatek volného času, proto se ani nevidí tak často se svými milovanými vnučkami. Vnučky a synové jsou jí velkou podporou.

- **PSYCHOSOCIÁLNÍ DEFICITY:** K *Psychickým deficitům* patří *Omezená Svoboda* a *Obavy z Budoucnosti*. *Opora* je od synů sice *Dostatečná*, ale od manžela ji shledává jako *Nedostatečnou*. *Nedostatek Volného času* a *Informovanosti*.

9.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

Je zřejmé, že při poskytování neformální péče ze strany samotných neformálních pečovatelských skupin jsou výrazné psychosociální deficity, které znesnadňují samotným pečovatelským skupinám starání se o seniora v jeho domácím prostředí. Díky těmto poznatkům lze vymezit tzv. psychosociální potřeby, protože lze tento pojem chápat jako pocíťovaný nebo prožívaný nedostatek, čímž

deficity jsou (Trachtová, 2006). Vracím se k teoretickému zakotvení pojmu potřeby, kdy Hartl (2012) potřeby vymezuje jako *nutnost organismu něco získat nebo se naopak něčeho zbavit*.

Na základě selektivního kódování byla vytvořena **KOSTRA PŘÍBĚHU**:

Z hlavního příběhu vyplívá, že za centrální kategorii lze považovat *Psychosociální potřeby* vyplývající z *Psychosociálních deficitů*, jenž jsou ovlivňovány nejvíce sycenými kategoriemi - *Psychickým vnímáním neformální péče*, triádou *Využití pomoci*, *Informovanosti a Ekonomickou situací*, jež jsou obsaženy v kategorii *Postoj k neformální péče* a *Rozsahem* začleněným do Kontextu péče.

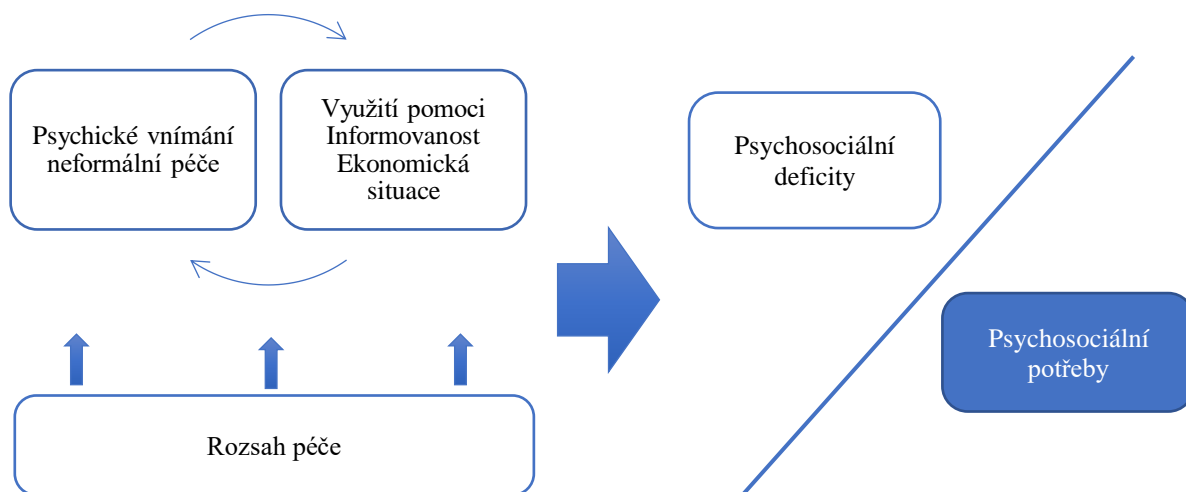
Psychosociální potřeby jsou rozpracovány dále na subkategorie, vlastnosti a jejich dimenze. Subkategorie jsou vymezeny na bázi zrcadlení vlastností z kategorie *Psychosociálních deficitů*, tedy na *Psychické* a *Sociální*. Do *Psychické* subkategorie jsem zařadila *Potřebu svobody*, *Potřebu respektu a uznání* a *Potřebu jistoty a otevřené budoucnosti* a do subkategorie *Sociální* jsou zařazeny vlastnosti jako *Potřeba sociálního začlenění*, *Potřeba podpory*, *Potřeba volného času* a *Potřeba informovanosti*.

Tabulka č.7: Členění centrální kategorie *Psychosociální potřeby*

Kategorie	Subkategorie	Vlastnosti	Dimenze
PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY	PSYCHICKÉ	Potřeba svobody	Saturace - Neuspokojenost
		Potřeba respektu a uznání	Saturace - Neuspokojenost
		Potřeba jistoty a otevřené budoucnosti	Saturace - Neuspokojenost
	SOCIÁLNÍ	Potřeba sociálního začlenění	Saturace - Neuspokojenost
		Potřeba podpory	Saturace - Neuspokojenost
		Potřeba volného času	Saturace - Neuspokojenost
		Potřeba informovanosti	Saturace - Neuspokojenost

Centrální kategorie byla dále zasazena do vztahů a spojitostí s kategoriemi, které jsou stěžejní a které jsou bohatě syceny v odpovědích respondentů. Pro přehlednost a větší pochopení přikládám následující diagram:

Diagram č.2: Centrální kategorie Psychosociální potřeby ve vztahu s nejméně sycenými kategoriemi



Na základě veškerých dat s ohledem na nejméně sycené kategorie a nalezené pravidelnosti lze odvodit teorii, v níž lze předpokládat, že *psychosociální potřeby odvozené ze psychosociálních deficitů neformálních pečovatelských starajících se o seniory jsou následkem vzájemného ovlivňování psychologického vnímání péče a triády využití pomoci (od blízkých osob či odborníků), informovanosti a ekonomické situace (zahrnující finanční možnosti pečujícího)*. Na to celé působí ještě samotný rozsah péče, který spočívá nejen v rámci potřebných úkonů ale především v čase.

9.4 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké jsou psychosociální potřeby neformálních pečujících starajících se o seniory?

Mezi psychosociální potřeby podle toho, jak respondenti odpovídali, patří potřeba svobody, respektu a uznání, potřeba jistoty a otevřené budoucnosti, potřeba sociálního začlenění, podpory, volného času a informovanosti. Potřeba svobody spočívá v rozhodování se tady a teď a samotné spontánní realizaci. Potřebu respektu a uznání můžeme chápat jako ocenění či pochvalu od ostatních. O potřebě jistoty a otevřené budoucnosti hovoří respondenti v rámci omezení, obav o ně a příjemce péče v budoucích letech. Potřebě sociálního začlenění lze rozumět tak, že potřebují jedinci někam patřit, navazovat mezilidské vztahy a komunikovat.

Potřeba podpory nejčastěji ze strany rodiny a blízkých je velice důležitá v tom, že se mají o koho opřít v případě potřeby. Potřeba volného času je taktéž velice důležitá, protože respondenti potřebují mít volno na seberealizaci, své záliby a na sebe samé. Potřeba informovanosti spočívá v orientaci a vědomostech týkající se samotní péče a jejich možnostech.

Vedlejší výzkumné otázky:

1. Jak neformální pečovatelé starající se o seniory péči vnímají?

Z odpovědí respondentů je patrné, že vnímají neformální péči o seniory převážně negativně, zejména samotné počátky jsou doprovázeny silným negativním emocionálním nábojem. Respondenti to popisují jako období krize nebo šoku, a to především díky tomu, že jsou nuceni reorganizovat celý svůj zaběhlý život. Ovšem i po dlouhodobějším trvání péče ji respondenti popisují jako psychicky náročnou. Samotné vnímání spočívá spíše na negativní psychické úrovni, nikoliv na fyzické.

2. Jakým způsobem jsou neformální pečující starající se o seniory motivováni?

Odpovědi respondentů poukazují na nedobrovolné vstoupení do role pečujících a spíše, než vnitřní přesvědčení se objevují vnější impulsy, které je do péče motivují. Vnější impulsy spočívají v tlaku blízkého okolí a samotné závislé osoby a velice často se týkají rodinného postavení pečujícího vůči příjemci péče. Úmyslně se snažím nepojmenovávat toto postavení vztahem, protože vztahy lze spojovat s citovým aspektem, ale ten není sycen v také míře jako samotné postavení.

3. Jak jsou neformální pečovatelé starající se o seniory podporováni?

Respondenti podporu ze strany rodiny, přátel nebo odborníků jako jsou lékaři, sociální pracovníci nebo zaměstnanci státních organizací popisují spíše jako nedostatečnou. Z výpovědí je patrné, že nejsilnější oporu vyžadují od blízkých osob, které kolikrát nemají porozumění a empatii a nejsou ochotni se na péči podílet a tím přispět k zachování psychického i fyzického zdraví neformálních pečujících.

4. Jak jsou neformální pečovatelé starající se o seniory informováni o organizacích a službách, které mohou využívat v rámci ulehčení péče?

Z výpovědí respondentů lze posoudit, že informovanost neformálních pečovatelů starajících se o seniory je podmíněna tím, o co se zrovna zajímají, co potřebují nebo jaké vykonávají zaměstnání. Respondenti mají mnohem širší pojetí o těchto službách, které se starají o závislé osoby než o těch, které se starají o ně samotné. V tomto případě je informovanost hrubě nedostačující. Veškeré informace jsou vyhledávány skrz internet, knihy či časopisy nebo od odborníků či přátel.

10 ETIKA

V rámci výzkumného šetření spjatého s touto diplomovou prací se jednalo v souladu se všemi etickými zásadami psychologického výzkumu (Hendl, 2005; Ferjenčík, 2000). Všichni účastníci byli obeznámeni před samotným rozhovorem s důležitými informacemi a pravidly, mezi které patří následující body.

- Byli *seznámení* s průběhem celého výzkumu.
- *Nebyla jim zatajena* žádná skutečnost týkající se výzkumu.
- Jelikož je výzkum zcela dobrovolný, byli obeznámeni s tím, že mohou kdykoliv od výzkumu *odstoupit* nebo jej *přerušit*.
- Pokud jim budou některé otázky nepříjemné a nebudou na ně chtít odpovídat, tak *samozřejmě nemusí*.
- Všechna získaná data budou zcela *anonymní*, s veškerými údaji bude zacházeno v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů.
- *Nikde nebudou vystupovat* jejich jména či údaje, podle kterých by mohli být identifikováni (respondenti jsou uváděny pod čísly a veškerá jména v rozhovorech byla změněna nebo vynechána).
- Získaná data budou uložena pouze v mých osobních složkách v notebooku, který je (stejně jako složky vytvořené přímo pro získaná data) přístupný *pouze pod heslem*, které znám pouze já.
- Těm respondentům, se kterými jsem se setkala osobně, byl předložen **poučený (informovaný) souhlas o účasti ve výzkumu (Příloha č.3)**, ve kterém představuji sebe, cíle své diplomové práce a ve kterém je napsáno vše výše uvedené, což *stvrzuji podpisem* já jakožto výzkumník a respondent jakožto účastník výzkumu spolu s místem a datem rozhovoru.
- S těmi respondenty, se kterými probíhal telefonický rozhovor byly veškeré výše uvedené informace pouze řečené s tím, že jsem žádala o jejich *ústní souhlas*.
- Na konci rozhovoru byli respondenti *informováni o možnosti využití* pečovatelských služeb, odlehčovacích služeb nebo projektu Podpora pečujících.

11 DISKUZE

V této kapitole se zaměřuji na důvody, které mne vedly k posloupnosti kapitol v rámci empirické části, k psaní samotného textu a citací daným způsobem a k samotné reflexi výzkumníka týkající se rozhovorů s respondenty. Srovnávám studie, které se touto problematikou zabývají a dále se zaměřuji na limity a chyby, které práce skýtá. Na závěr pojednávám o využití získaných výsledků a informací v praxi a následujících výzkumech.

ZDŮVODNĚNÍ TEXTU V EMPIRICKÉ ČÁSTI

V první řadě bych zde chtěla zdůvodnit posloupnost kapitol empirické části. Kapitola obsahující metody a samotný popis výzkumného souboru byla řazena za kapitolu vymezující výzkumné otázky z toho důvodu, aby kapitola 8 (Zvolený metodologický rámec a metody) přirozeně navazovala na výsledky výzkumu, jenž obsahují trojí kódování, které teoreticky popisují v předešlé kapitole.

Kódování a názvy kapitol, vlastností a dimenzí jsou uváděny kurzívou a velkými písmeny záměrně, aby kontext nemohl být pochopen jinak než tak, jak je zamýšleno a v druhé řadě pro přehlednost a lepší orientaci v textu. Dále se chci vyjádřit k psaní citací jednotlivých respondentů, kde se mnohdy objevují vulgarismy nebo věty, které popisují úkony týkající se hygieny závislých osob poměrně nevybíravým způsobem. Nebyla volena jiná slova nebo jiná slovní spojení, protože by citace ztratily na autenticitě, ale spíše byly v textu omezovány. Zcela redukovány nebyly úmyslně, aby čtenář pochopil, že je péče a samotné hovoření o ní doprovázeno velkou dávkou hněvu, smutku a zoufalství.

REFLEXE VÝZKUMNÍKA

V kapitole 8.1 jsem naznačila samotný průběh telefonických i osobních rozhovorů, a i výše popisují emoce, které respondenti pociťují a z toho důvodu, chci reflektovat to, jak to působilo na mne samotnou. S ohledem na to, že s touto cílovou skupinou pracuji již třetím rokem, jsem byla i tak nemile překvapena tím, s jakou situací se tito pečující dlouhodobě potýkají.

Většina rozhovorů byla doprovázena pláčem, což mne uvádělo do velmi těžké situace. Někteří respondenti plakali opakovaně, do toho se snažili odpovědět na otázku, ale někdy jim to pláč

neumožňoval. Kolikrát se chtěli jen svěřit s tím, že je toho na nich moc a že už to nezvládají, odbíhali od jednoho tématu k druhému nebo kolikrát nedokončili vlastní myšlenku. Zejména telefonní rozhovory byly pro mne náročné díky tomu, že nemůže výzkumník využívat neverbální komunikaci. Poměrně těžká situace pro mne nastala tehdy, kdy mi respondentka, která během rozhovoru velice plakala, oznámila, že ukončí hovor a zavolá mi za chvíli, až se uklidní. Respektovala jsem to. Čekání na opakovaný telefonát sice netrvalo dlouhou dobu, ale mne to připadalo jako věčnost a hlavou se mi honily šílené myšlenky a otázky, zda respondent zavolá, zda mu mám zavolat já nebo co řeknu, až bude volat.

Šokující pro mne bylo především to, jak se k neformálním pečovateli staví někteří rodinní příslušníci. Během několika rozhovorů se opakovaně stalo, že pokud do místnosti či blízkosti pečujícího vstoupil rodinný příslušník, tak tázané osoby přestali komunikovat, nechtěli odpovídat na otázky nebo lhali, což jsem se dozvěděla až zpětně od samotných respondentů. Respondent č. 3 mi volal hodinu a půl po ukončení telefonického rozhovoru, že se omlouvá, že nebyl zcela upřímný, protože nemohl mluvit kvůli tomu, že se v blízkosti pohyboval syn a chce změnit svoji výpověď na některé jím vybrané otázky. Osobní rozhovor s respondentem č. 4 se odehrával v jeho domácnosti a když se vrátil manžel z práce domů, tak se respondent chtěl přesunout do jiného pokoje, což je naprosto pochopitelné. Respondent neví, jaké jsou navazující otázky a jedná se mnohdy o citlivá témata a rozhovor má být prováděn mezi čtyřma očima, ale tento respondent mi po přesunutí do jiné místnosti vysvětlil, že manžel „*tohle jeho stěžování*“ vůbec nechápe a moc ho to nezajímá. Působilo to na mne tak, že ti nejbližší vůbec nechápou, jaké starosti pečující má nebo jaký na něj má celá dlouhodobá péče vliv. Spoustu respondentů bylo vděčných za to, že je vyslechnu já, že to mají komu říct, že to někoho zajímá a několikrát mi bylo opakováno, že by to mohli dělat mnohem častěji a zda by mi nemohli někdy zavolat sami, že by je „*třeba*“ zajímali výsledky diplomové práce nebo by si jen tak popovídali.

Upřímně se přiznávám k tomu, že jsem z rozhovorů měla kolikrát „*husí kůže*“ a cítila jsem, že jsou opravdu zoufalí, smutní a unavení, ale že jsou to pro mě neskutečně silní lidé, jež mají srdce na pravém místě. Po každém rozhovoru jsem dopsala vše, co bylo potřebné a šla jsem se odreagovat na krátkou procházku nebo zkrátka „*zaměstnat hlavu*“ něčím jiným.

LIMITY PRÁCE

Celkový výzkumný vzorek obsahuje 11 respondentů a podíl mužů a žen lze rozdělit na 2:9, z čehož je patrné že nelze hovořit o vyváženosti pohlaví. Neformálními pečujícími jsou ovšem obecně ženy, což jsem teoreticky ukotvila v kap. 1.4.2. Dudová a Vohlídalová (2018) konstatují, že roli neformálních pečujících zastávají ženy v 60 až 80 %, přičemž důvody mohou vyplývat z kulturních předpokladů a stereotypů a mohou souviset s tím, že pečovatelská činnost má spíše ženskou konotaci. Dále je nutná brát ohled na to, že respondenti, jež se výzkumu účastnili a poskytli telefonní či osobní rozhovor, pocházejí pouze z Brna a jeho okolí.

Jsem si plně vědoma toho, že polostrukturovaný rozhovor, jenž byl v tomto výzkumu uplatňován, nevychází ze standardizovaných metod. Jednotlivé otázky ovšem nejsou nahodilé, ale byly přímo převzaty nebo inspirovány tuzemskými i zahraničními výzkumy, což detailně popisuji v kap. 8. Další z limitů, který ve výzkumu spatřuji, jsou samotné rozhovory – zejména ty telefonické. Díky tomu, že jsem nevyužila nahrávání a byla jsem nucena rovnou výpověď zaznamenat, mohlo dojít k formulování stručnějších odpovědí. Stejně tak spatřuji nedostatek v omezené pozornosti, kterou výzkumník rozptyluje mezi respondentem a samotné zapisování. Respondenti na to byli ovšem hned na začátku rozhovoru upozorněni a zachovali vůči mě velice tolerantní přístup, což se projevovalo tím, že mi sami některé odpovědi opakovali nebo se snažili hovořit plynule a pomalu.

Kvalitativní šetření, čímž i metoda zakotvené teorie, dovoluje v průběhu výzkumu částečně modifikovat např. výzkumné otázky, čemuž bylo učiněno i v této práci. Byla přidána vedlejší výzkumná otázka č. 2: *Jakým způsobem jsou neformální pečující starající se o seniory motivováni*. Myšlenkové mapy, které jsem si pro přehlednost a moji lepší orientaci po každém rozhovoru udělala, poukázaly na to, že motivace většiny respondentů je velice podobná v jisté dávce nedobrovolnosti a motivuje je především samotný vztah. Někteří autoři na vztah mezi příjemcem a poskytovatelem péče zapomínají i v samotných definicích neformální péče a přijde mi, že je opomíjen i v mnoha studiích.

Jistou odchylku sledávám i v samotné analýze, která má probíhat v rámci zakotvené teorie bez předem stanovených kritérií (Řiháček a kol., 2013), což v tomto výzkumu nebylo splněno.

Kritéria v tomto případě byla stanovena rovnou čtyři – péče minimálně po dobu 6 měsíců, senior jakožto závislá osoba, jenž pobírá jakýkoliv stupeň příspěvku na péči a domácnost jakožto místo péče.

Samotné výsledné psychosociální potřeby byly konzultovány s členy projektu Podpora pečujících v rámci jednoho setkání, kterého se účastnilo 7 neformálních pečujících. Nejprve probíhalo hlasování nad jednotlivými potřebami, kdy každý člen měl jeden hlas. Vždy jsem popsala jednu potřebu a pokud pečující shledali, že tato potřeba u nich není saturována, zvedli ruku viditelně vzhůru. Ze sedmi potřeb bylo u pěti z nich dosaženo 100 % hlasů. Potřeba podpory dosahovala 4 hlasů ze 7 a potřeba sociálního začlenění 5 hlasů ze 7. V rámci tohoto výzkumu to lze považovat za výborné, ale z lidského pohledu už nikoli. Dále se diskutovalo na témata vnímání péče, kde názory byly poměrně různorodé a motivace, ze kterých vyplynula také nedobrovolnost. Témata týkající se informovanosti a podpory přinesly velké množství negativních i pozitivních zkušeností.

POROVNÁNÍ S DOSAVADNÍMI TUZEMSKÝMI A ZAHRANIČNÍMI STUDIEMI

Za největší analogii týkající se výzkumů zabývajících se potřebami neformálních pečujících lze považovat již zmíněné rozložení pohlaví. Výzkumný vzorek této práce není sice velký, ale vyváženost pohlaví je přibližně stejná jako v tuzemských či zahraničních studiích. Dále lze hovořit o celkovém psychickém strádání a psychické zátěži, jež je z mnoha studií také zřejmá (Dohnalová & Hubíková, 2013; Kerpershoeak et al., 2017; Sklenarova et al., 2015). Hlúbik, Jedlinská a Levová (2009) poukázali na to, že následkem tohoto strádání je zvýšená konzumace kávy, alkoholu a cigaret, což se v tomto výzkumu neprokázalo. Jediný respondent se přiznal k občasné konzumaci alkoholu.

Co se týká samotných potřeb, tak nebylo zaznamenáno, že by byly potřeby pečujících zaměřovány za potřeby závislé osoby, jak to popisuje ve svém výzkumu Dohnalová a Hubíková (2013). Dále respondenti nevyžadovali různá školení nebo výcviky, aby se naučili lépe se závislou osobou manipulovat nebo s ní komunikovat. Na druhou stranu shledávám jako analogii některé potřeby: potřebu informovanosti, potřebu sociálního začlenění a volném času čili nedostatku denních aktivit (Klvačová, 2017; Dohnalová & Hubíková, 2013).

Co považuji za přínosné, je výzkum spočívající ve sdílené péči. Kdybychom naučili rodiny fungovat jako tým nebo jen poukázali na to, že neformální pečující potřebuje jejich podporu a pomoc, mohlo by docházet k lepší saturaci jednotlivých potřeb respondentů, což se v rámci našeho výzkumného vzorku spíše nevyskytuje (Jansen et al., 2018).

VYUŽITELNOST VÝSLEDKŮ DO PRAXE

V širším pojetí lze výsledky této práce použít jako základ pro porozumění samotné problematice i konkrétněji samotným jedincům, kterých se tato péče týká. Ne jednou jsem se setkala s tím, že je na neformální pečující nahlíženo skrz prsty, protože nepracují, tráví svůj čas ve svých domovech, pobírají státní příspěvky a „jen“ se starají o maminku či tatínka. Hlavní aktéři se mnohdy dostávají do nepříjemných situací díky nepochopení rodinných příslušníků, lékařů, sociálních pracovníků nebo zaměstnanců úřadů. Tito lidé nemají kolikrát tušení, čím si pečující procházejí a jaký vliv má na ně samotná péče. Jedna respondentka (č. 2) se obrátila s dotazem ohledně svého starobního důchodu na pracovníka Úřadu práce, který byl velmi neochotný a odmítavý jí cokoliv sdělit, a nakonec jí odpověděl tak, že aby se ho nemusela chodit ptát, tak si má najít normální zaměstnání na hlavní pracovní poměr. Pokud by laická veřejnost a profesionálové porozuměli této problematice, tak by některé psychosociální potřeby jako např. potřeba uznání nebo potřeba pomoci a informovanosti mohly být poměrně dobře saturovány. Projekt Podpora pečujících, ve kterém pracuji na pozici poradce, se obrátil na brněnské městské s prosbou o umístění článků týkající se neformální péče do svých zpravodajů, aby lidé, jež o této problematice nemají žádné nebo velmi malé povědomí, zjistili, kdo neformální pečovatelé vlastně jsou a co za službu pro své blízké vykonávají.

V užším pojetí budou výsledky této práce sloužit jako podklad k výše zmíněnému projektu, kdy se budeme chtít zaměřit převážně na saturaci výsledných potřeb. Nově bychom chtěli aplikovat kurzy a přednášky ohledně výživy, kompenzačních pomůcek a komunikace se závislou osobou a dále v příštím roce zrealizovat 2 přednášky od lékařů, jež by vysvětlovali jednotlivá onemocnění a následnou léčbu a nabízené možnosti. Zachováme stávající přednášky týkající se psychohygieny, komunikace se seniory a manipulace a polohování závislých klientů a dále setkání neformálních pečujících a individuální poradenství v domácnosti členů. Do teď jsme zaměřovali pozornost pouze na samotné neformální pečující, ale v příštích letech bychom chtěli

působení rozšířit i na ostatní členy rodiny. Poukázat na náročnost péče, obeznámit je s problematikou a najít cestu, kterou by byli schopni pečujícím pomáhat a podpořit je.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ SMĚŘOVÁNÍ VÝZKUMU

Vzhledem ke kvalitativnímu zpracování práce by bylo vhodné zvážit zpracování této problematiky z kvantitativního hlediska. V první řadě bych se zaměřila na vliv informovanosti, podpory, ekonomické situace a rozsahu péče na psychické vnímání péče u neformálních pečujících. Dále bych zkoumala rozdílnosti ve vnímání na základě pohlaví a tím, zda spolu příjemce a poskytovatel žijí ve společné domácnosti. Jistě by stálo za to prozkoumat samotnou motivaci pečujících. Stanovila bych 4 základní a 2 vedlejší hypotézy.

Hlavní hypotézy:

1. Vliv informovanosti na psychické vnímání péče.
2. Vliv podpory na psychické vnímání péče.
3. Vliv ekonomické situace na psychické vnímání péče.
4. Vliv rozsahu péče na psychické vnímání péče.

Vedlejší hypotézy:

1. Muži a ženy se liší v psychickém vnímání péče.
2. Psychické vnímání péče se liší u osob žijících a nežijících se závislou osobou ve společné domácnosti.

12 ZÁVĚRY

Empirická část si kladla za hlavní cíl zjistit, jaké jsou psychosociální potřeby neformálních pečovatelů starajících se o seniory. Za vedlejší cíle bylo považováno to, jak tito pečující samotnou péči vnímají, jaká je jejich motivace, jak jsou podporováni a v poslední řadě jaká je jejich informovanost o službách a organizacích, které jim usnadňují péči. Na základě výsledků lze konstatovat následující:

- Za psychosociální potřeby neformálních pečujících starajících se o seniory považujeme v rámci psychických potřeb potřebu svobody, respektu a uznání, jistoty a otevřené budoucnosti a v rámci sociálních potřeb se jedná o potřebu sociálního začlenění, podpory, volného času a potřebu informovanosti.
- Pečující samotné starání se vnímají převážně negativně, a to především z psychického hlediska než z fyzického.
- Motivace pečujících je spíše nedobrovolná s výskytem převážně vnějších motivů.
- Komplexně je podpora ze strany blízkých a odborníků pro pečující nedostatečná.
- Informovanost o službách a organizacích, jež se starají o samotné pečující, je silně nedostačující.
- O něco více je sycena informovanost týkající se pomoci pro závislou osobu, a to z toho důvodu, že s některými službami a organizacemi mají své zkušenosti.
- Informace jsou získávány především přes internet, knihy a časopisy a až poté od lidí jako odborníků či přátel.
- Ekonomická situace pečujících je pocíťována jako nedostačující.

Pokud zasadíme zjištěné informace do vztahů, tak lze konstatovat následující:

- Stejně tak, jak se na psychickém vnímání podílí využívání pomoci, informovanost a ekonomická situace, tak to stejné můžeme tvrdit i naopak a to, že se na využití pomoci, informovanosti a ekonomické situací podílí samotné psychické vnímání.
- Na celý zmíněný cyklus se podílí samotný rozsah péče, který spočívá v jednotlivých úkonech a času stráveném nad péčí.
- Z výše uvedeného plynou psychosociální deficity, jež považujeme za pocíťované nedostatky, díky kterým lze vymezit psychosociální potřeby.

SOUHRN

Zvolené téma diplomové práce plyne z dlouhodobých zkušeností, které jsem získala v domově pro seniory Norbertinum, a především v brněnském projektu Podpora pečujících, kde působím jako poradce. Projekt se zaměřuje na neformální pečující, kterým pomáhá formou pořádání skupinových setkání, edukativních přednášek a individuálního poradenství. Získané zkušenosti jsem mohla aplikovat rovnou v rámci svého osobního života, kdy babičce diagnostikovali demenci v pokročilém stadiu, čímž byla odkázána na naši pomoc. Hlavním pečujícím byl dědeček, ale s ohledem na jeho věk a zdravotní stav nemohl péči zastávat sám, tudíž byla nutná moje pomoc.

Díky tomu, že se v samotné problematice orientuji a vím, jak je péče psychicky a fyzicky náročná, jsem se rozhodla se tímto tématem zabývat více do hloubky. Účelem této práce je vymezit především psychosociální potřeby těchto jedinců a zmapovat jejich vnímání, podporu, motivaci a informovanost týkající se péče.

Teoretická část sestává ze 4 hlavních kapitol, jejichž cílem je vymezení neformální péče a psychických, fyzických, zdravotních a jiných dopadů péče na pečující. Dále popisuje lidské potřeby od samotného vymezení až po saturaci a v poslední řadě vytváří přehled tuzemských i zahraničních studií, které se touto problematikou zabývají.

Autoři vymezují neformální péči různým způsobem, avšak mnoho definic lze snadno zaměnit s formální péčí, jež je poskytována profesionály ve zdravotních nebo sociálních zařízeních. Z toho důvodu jsem vymezila péči sama a to jako: *pravidelnou a různě intenzivní péči v domácím prostředí člověka, který není natolik soběstačný, aby se o sebe mohl plnohodnotně postarat sám, přičemž poskytovatelem je nejčastěji rodinným příslušník, přátelé nebo sousedi, jejichž práce není zpoplatněna*. Dopady, které péče na člověka má jsou psychické, sociální, zdravotní a jiné. K psychickým patří deprese, podrážděnost nebo smutek a může docházet v důsledku dlouhodobého působení až k syndromu vyhoření. Sociální dopady narušují vztahy napříč celou rodinou a jsou spojovány se změnou kulturních a společenských zvyklostí a vysokými finančními náklady. Běžným sociálním dopadem je tzv. sociální izolace, tedy odříznutí

od okolního světa. Za nejčastější dopad týkající se zdraví můžeme považovat chronickou únavu. V neposlední řadě pečující čelí riziku chudoby a časové tísně.

Pojem potřeba lze vymezit jako *projev určitého nedostatku* (Trachtová, 2006) nebo jako *nutnost organismu něco získat nebo se naopak něčeho zbavit* (Hartl, 2012). Potřeby můžeme rozlišovat vrozené a získané, primární a sekundární, biologické a sociální, také individuální a kolektivní a materiální a nemateriální. Mezi teorie, které jsem vybrala a díky kterým lze potřeby popsat detailněji, patří Murrayho teorie potřeb, Maslowovu hierarchii potřeb a Dům životních potřeb od Chloubové. Zabývám se konkrétně i samotnými potřebami neformálních pečujících, kam v rámci užšího pojetí spadá potřeba praktické pomoci, potřeba opory, informovanosti a získávání nácviku. V širším pojetí je obsažena potřeba úlevy, volného času, péče o vlastní zdraví a potřeba pomoci při zvládnutí emocionálních potíží. Ve studiích obsažených ve čtvrté kapitole se některé tyto vyjmenované potřeby potvrzují (např. potřeba informovanosti, volného času nebo potřeba opory).

Empirická část využívala kvalitativního přístupu a metody zakotvené teorie a snažila se nalézt odpovědi na jednu hlavní výzkumnou otázku a čtyři vedlejší:

Jaké jsou psychosociální potřeby neformálních pečovatelů starajících se o seniory?

- 1. Jak neformální pečovatelé starajících se o seniory péči vnímají?*
- 2. Jakým způsobem jsou neformální pečovatelé starajících se o seniory motivováni?*
- 3. Jak jsou neformální pečovatelé starajících se o seniory podporováni?*
- 4. Jak jsou neformální pečovatelé starajících se o seniory informováni o organizacích a službách, které mohou využívat v rámci ulehčení péče?*

Výzkumný soubor sestává z 11 respondentů, kteří byli vybíráni na základě použitých metod samovýběru a sněhové koule. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který se skládal z 38 otázek rozdělených do 7 oblastí. Otázky nebyly koncipovány nahodile, nýbrž na bázi podrobných rešerší literatury a výzkumů. Rozhovory probíhaly osobně i telefonicky, a to z důvodu nedostatku času spojeným s péčí.

Analýza dat se uskutečnila za pomoci zakotvené teorie, která využívá otevřené, axiální a selektivní kódování. Při otevřeném kódování mi velice pomohlo to, že jsem si po každém rozhovoru zpracovávala vlastní myšlenkové mapy, abych si dokázala srovnat, co se opakuje a co je naopak nového. Myšlenkové mapy jsem zaznamenávala na mobilní telefon, malovala jsem je nebo popisovala. Na základě otevřeného kódování vznikly klíčové kategorie, jejich vlastnosti a dimenze, jež jsem v rámci následujícího axiálního kódování zasadila do paradigmatického modelu, který vypadá následovně:

- ⇒ PŘÍČINNÉ PODMÍNKY: *Zdraví závislé osoby*
- ⇒ JEV: *Neformální péče*
- ⇒ KONTEXT: *Kontext péče*
- ⇒ INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY: *Vnímání neformální péče*
- ⇒ STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE: *Postoj k neformální péči*
- ⇒ NÁSLEDKY: *Psychosociální deficity*

Poslední kódování poukázalo na centrální kategorii *Psychosociální potřeby*, kterou vymezují z *Psychosociálních deficitů*. Potřeby lze totiž chápat jako pociťovaný nebo prožívaný nedostatek, čímž deficity jsou (Trachtová, 2006). Na základě analýzy dat došlo k vymezení několika psychosociálních potřeb, což je odpověď na hlavní výzkumnou otázku:

- Potřeba svobody
- Potřeba respektu a uznání
- Potřeba jistoty a otevřené budoucnosti
- Potřeba sociálního začlenění
- Potřeba podpory
- Potřeba volného času
- Potřeba informovanosti

Potřeby a deficity byly dále zasazeny do modelu, který zohledňuje vliv nejvíce sycených kategorií, kterými jsou *Psychické vnímání neformální péče*, *Využití pomoci*, *Informovanost*, *Ekonomická situace a Rozsah* a to následovně: *psychosociální potřeby odvozené ze psychosociálních deficitů neformálních pečovatелů starající se o seniory jsou následkem vzájemného ovlivňování psychického vnímání péče a triády využití pomoci (od blízkých osob či odborníků), informovanosti a ekonomické situace (zahrnující finanční možnosti pečujícího)*

a na to celé působí ještě samotný rozsah péče, který spočívá nejen v rámci potřebných úkonů ale především v času.

Na vedlejší výzkumné otázky lze odpovědět následovně:

- Celkové vnímání neformální péče je respondenty vnímáno převážně negativně, a to zejména počátky péče, ale i po dlouhodobějším trvání to respondenti pocítují spíše negativně. Samotné vnímání spočívá spíše v rámci psychické stránky než fyzické.
- Podporu převážně ze strany rodiny pečující považují na nedostatečnou.
- Motivaci pečujících lze považovat za nedobrovolnou spočívající spíše na vnějších motivech.
- Informovanost týkající se závislých osob je hluboce nedostatečná, zatímco pojetí týkající se péče o neformální pečující je značně širší.

Výsledky práce by mohly být v širším pojetí uplatněny jako základ pro osvětu laické veřejnosti a jako motivace pro profesionály, jejichž chování je vůči pečujícím kolikrát hrubé a neochotné. V užším pojetí budou výsledky této práce sloužit jako podklad do projektu Podpora pečujících, kde se zaměříme na saturaci výše zmíněných potřeb skrz práci s celou rodinou, přednášky a individuální poradenství. Vzhledem ke kvalitativnímu zpracování práce by bylo vhodné zvážit zpracování této problematiky z kvantitativního hlediska a zaměřit se na vliv informovanosti, využívané pomoci, ekonomické situace a rozsahu a dále se zaměřit na rozdílnosti v demografických údajích a motivaci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., & Bem, D. J. (1993). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing
2. Bártlová, S. (2006). *Postavení laických pečovateli v péči o seniory a nemocné*. Kontakt, 8 (2), 235-239, doi: 10.32725/kont.2006.040
3. Blatný, M., & kol. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
4. Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008). The Pivotal Role of Women in Informal Care. *Journal of Family Issues*, 29 (10), 1348-1378, doi: 10.1177/0192513X08316115
5. Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537–546.
6. Burton, L. C., Zdaniuk B., Schulz R., Jakson, S., & Hirsch, C. (2003). Transitions in Spousal Caregiving. *The Gerontologist*, 43 (2), 230–241
7. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
8. Colombo, F., Lléna-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, doi: 10.1787/9789264097759-en
9. Darragh, A. R., Sommerich, C. M., Lavender S. A., Tanner, K. J., Vogel, K., & Campo, M. (2015). Musculoskeletal Discomfort, Physical Demand, and Caregiving Activities in Informal Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), 734-760.
10. Diakonie ČCE – Pečuj doma. (2019). Online. Získáno z: www.pecujdoma.cz

11. Divoká, L., Kubíčková, E., & Šotolová, M. (2017). *Shrnutí šetření: analýza potřeb pečujících na Praze 7*. Praha: Evetdata, z.s.
12. Dohnalová, Z., & Hubíková, O. (2013). *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu ve městě Brně*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií
13. Dudová, R., & Volejníčková, R. (2013). *Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory*. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 15 (1), 41-54
14. Dudová, R., & Vohlídalová, M. (2018). *Muži a ženy pečující o seniory v rodině*. *Sociologický časopis*, 54 (2), 219-251, doi: 10.13060/00380288.2018.54.2.400
15. Dufková, A. (2011). *Existují ještě nějakí autoři, kteří definovali lidské potřeby, pokud ano tak jak?* Praha: STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA
16. Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2004). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23–32
17. Eurostat Statistics Explained, (2018). *Population structure and ageing*. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing
18. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál
19. Geissler, H., Holeňová, A., Horová, T., Jirát, D., Solnářová, D., Schlanger, J., & Tomášková, V. (2015a). *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. MPSV: Fond dalšího vzdělávání
20. Geissler, H., Holeňová, A., Horová, T., Jirát, D., Solnářová, D., Svobodová, K., & Tomášková, V. (2015b). *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie. Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. MPSV: Fond dalšího vzdělávání

21. Geissler, H. (2016). *Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a zahraničí*. Praha: Diakonie ČSE

22. Geissler, H., & kol. (2019). *Kulatý stůl na téma: Jak podpořit pečující osoby na regionální a lokální úrovni?* FDV: Podpora neformálních pečovatelů

23. Generace Care, z.ú.. (nedat.). Online. Získáno dne 23.9.2019 z: <https://www.podporapecujících.cz>

24. Goodman, C. Ch., Potts, M. K., & Pasztor, E. M. (2007). Caregiving grandmothers with vs. without child welfare system involvement: Effects of expressed need, formal services, and informal social support on caregiver burden. *Children and Youth Services Review*, 29 , 428–441

25. Halásková, R., & Halásková, M. (2017). Dlouhodobá péče ve vybraných zemích OECD v kontextu *u demografických změn*. Pardubice: Scientific Papers of the University of Pardubice

26. Haley, W. E., West, C. A. C, Wadley, V. G., & et al. (1995). Psychological, social, and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychol Aging*, 10, 540–552

27. Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of Depression and Life Satisfaction Among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Model. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, 6(2), 215 - 224

28. Hartl, P. (2012). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál

29. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál

30. Hlúbik, P., Jedlinská, M., & Levová, J. (2009). Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese o-line, recenzovaný časopis pro zdravotnické obory*, 2 (1), 27-38, doi: 10.5507/pol.2009.003

31. Holmerová, I., & kol. (2014). *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing, a.s.
32. Chadiha, A. L., Adams, P., Biegel, D. E., Auslander, W., & Gutierrez, L. (2004). Empowering African American Women Informal Caregivers: A Literature Synthesis and Practice Strategies. *Social Work*, 49 (1), 97 – 108, doi: 10.1093/sw/49.1.97
33. Chaloupková, J., K. (2013). *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Praha: Sociologický ústav AV ČR
34. Charita České republiky. (nedat.). Online. Získáno dne 23.9.2019 z: <https://www.nhrozenkov.charita.cz/projekty/podpora-sdilene-pece/>
35. Chloubová, H. (2003) *Člověk ve zdraví a nemoci: základní potřeby člověka*. Osobní rádce zdravotní sestry, 03/2
36. Jansen, L., Eecloo, L., Vanwing, A., & Schoenmakers, B. (2018). You never walk alone: An exploratory study of the needs and burden of an informal care group. *Health Social Care Community*, 00, 1-8, doi: 10.1111/hsc.12655
37. Jeřábek, H., & kol. (2005). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK
38. Jeřábek, H. (2009). *Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty*. Sociologický časopis, 45 (2), 243-265
39. Jeřábek, H., & kol. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON)
40. Jiráček, R., Holmerová, I., Borzová, C., & kol. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s.

41. Kalábová, M. (2013). *Rady pro komunikaci*. Praha: Diakonie ČCE
42. Kalvach, Z. (2009). *Pečujeme doma: příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh
43. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav
44. Kelnarová, J., & kol. (2015). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy – 1.ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s.
45. Kerpershoek, L., Vugt, M., Wolfs, C., Woods, B., Jelley, H., Orrell, M., ..., the Actifcare Consortium. (2017). Needs and quality of life of people with middle-stage dementia and their family carers from the European Actifcare study. When informal care alone may not suffice. *Aging & Mental Health*, 1364-6915, doi: 10.1080/13607863.2017.1390732
46. Klvačová, P. (2017). *Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice*. Získáno dne 20. srpna 2019 z: <http://www.cpkp.cz/index.php/programy-stc/komunitni-planovani-socialnich-sluzeb/pecovat-a-zit-doma-je-normalni/261-pecovat-a-zit-doma-je-normalni>
47. Kohoutek, R. (2009). *Potřeby jako motivy chování a prožívání*. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/potreby-jako-motivy-chovani-a-prozivani>
48. Koldinská, K. (2016). *Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující – příklady dobré praxe ze zahraničí*. Praha: Diakonie ČCE
49. Kotrusová, M., Dobiášová, K., & Hošťálková, J. (2013). Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky, recenzovaný časopis*, 6/2013, ISSN – 1803-7488

50. Kozáková, R., Vévodová Š., Vévoda J., Merz, L., Grygová, B., & Kozák, J. (2017). *Syndrom vyhoření u rodinných a profesionálních pečujících*. Profese online: recenzovaný časopis pro nelékařské zdravotnické obory, 10 (1), doi: 10.5507/pol.2017.001
51. Kubalčíková, K., & kol. (2015). *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Munipress
52. Lapré, F., Stevenson, D., Leser, M., Horecký, J., Kaserer, B., & Mettersberg, M. (2019). *Long-Term Care 2030*. Luxembourg: EAN asbl
53. Matoušek, O., & Růžička, J. (1996). *Psychologie práce*. Praha: SNPL
54. McCann, J. M., Hebert, L. E., Bienieas, J. L., Morris, M. C., & Evans, D., A. (2011). Predictors of Beginning and Ending Caregiving During a 3-Year Period in a Biracial Community Population of Older Adults. *American Journal of Public Health*, 94 (10), 1800 - 1806
55. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
56. MPSV. (2017). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025: Pečující osoby a neformální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>
57. MPSV. (2019). *MPSV vyhlásilo soutěž Pečující roku. Ocení neformální pečovatele z celého Česka*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/mpsv-vyhlasilo-soutez-pecujici-roku-oceni-neformalni-pecovatele-z-celeho-ceska>
58. MZČR. (2012). *Druhy zdravotní péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

59. Noddings, N. (2002). *Starting at Home: Caring and Social Policy*. Californie: University of California Press
60. Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., ... & Tattersall, H. N. (2007). A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1), 81 – 93, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035
61. Pešlová, R. (2013). *Rady sociálně-právní*. Praha: Diakonie ČCE
62. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
63. Prajznerová, J. (2018). *Příspěvek na péči*. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/prispevek-na-peci/>
64. Průša, L. & Horecký, J. (2012). *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
65. Přidalová, M. (2007). *Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. Brno: Institut pro výzkum reprodukce a integrace společnosti, FSS MU
66. Rabušic, L. (1995). *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, FF
67. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
68. Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. & kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita

69. Schulz, R. & Sherwood. (2008). PHYSICAL AND MENTAL HEALTH EFFECTS OF FAMILY CAREGIVING, *Journal of Social Work Education*, 44 (3), 105-113, doi: 10.5175/JSWE.2008.773247702
70. Sikorová, L. (2011). *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
71. Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,
72. Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. Ch., Huber, J., ..., Hartmann, M. (2015). When Do We Need to Care About the Caregiver? Supportive Care Needs, Anxiety, and Depression Among Informal Caregivers of Patients With Cancer and Cancer Survivors. *American Cancer Society*, 121, 1513-1519, doi: 10.1002/cncr.29223
73. Sokol, R. & Trefilová, V. (2008). *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1.1.2008*. Praha: ASPI
74. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Nakladatelství Albert
75. Svobodová, K. (2006). *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. XXXVI. Konference České demografické společnosti „Žít déle v české společnosti“, 48 (4), 256-261
76. Šafránková, P. (2002). *Pojednání o respitní péči*. Praha: Univerzita Karlova
77. Šamánková, M. & kol. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
78. Šimoník, P. (2015). *Podpora neformálních pečovateli: závěrečná zpráva z výzkumu*. MPSV: Fond Dalšího Vzdělávání, příspěvková organizace MPSV
79. Šmídová, T. (2018). *Specifické potřeby neformálních pečujících o seniora v Praze*. Fórum sociální práce, Special Issues, 89-99

80. Tošnerová, T. (2001). *Pocity a potřeby pečujících o straší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha
81. Trachtová, E. & kol. (2006). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
82. Unie pečujících. (nedat.). Online. Získáno dne 23.9.2019 z: <https://www.uniepecujících.cz>
83. van den Heuvel, E. T. P., Witte, L. P., Stewart, R. E., Schure, L. M., Sanderman, R., Meyboom-de Jong, B. (2002). Long-term effects of a group support program and an individual support program for informal caregivers of stroke patients: which caregivers benefit the most? *Patient Education and Counseling*, 47 (4), 291-299
84. Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum
85. Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., & Cohen, M. Z. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 222-231, doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04494.x
86. Veselá, J. (2003). *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV
87. Wija, P. (2012). *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. ÚZIS ČR, *Aktuální informace*, 31 (12), 1-12
88. Yates, M. E, Tennstedt, S. & Chang, B. H. (1999). Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 54B, 12-22

89. Yue, A., Marhs, L., Zhou, H., Medina, A, Luo, R., ... & Rozelle, S. (2016). Nutritional Deficiencies, the Absence of Information and Caregiver Shortcomings: A Qualitative Analysis of Infant Feeding Practices in Rural China. *PLoS ONE* 11(4): e0153385
90. Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách* § 11
91. Zákon č. 187/2006 Sb., *Zákon o nemocenském pojištění* §39
92. Zákon č. 262/2006 Sb., *Zákon o zákoník práce* § 241
93. Zákon č. 505/2006 Sb., *Vyhláška*
94. Zvěřová, M. (2015). *Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví*. Praha: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2017/2018

Studijní program: Psychologie
Forma studia: Prezenční
Obor/kombinace: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

Jméno a příjmení: Bc. Eliška OLEŠOVSKÁ
Osobní číslo: F170172
Adresa: XXXXXXXXXX
Téma práce: Psychosociální potřeby neformálních pečovatелů starajících se o seniory
Téma práce anglicky: Psychosocial needs of informal caregivers care for seniors
Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, PhD.
Katedra psychologie

Zásady pro vypracování:

1. Základním návodem k vypracování DP bude Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie v Olomouci (Kolařík, M., a kol, 2017) 2. Rešerše a studium relevantní české i zahraniční literatury 3. Zpracování teoretické části zaměřené na neformální pečovatелe, dopad neformální péče na pečující a jejich potřeby 4. Příprava kvalitativního šetření 5. Realizace výzkumu na souboru o minimální velikosti 10 probandů 6. Analýza a interpretace získaných výsledků 7. Závěr

Seznam doporučené literatury:

1. Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
2. Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546
3. Dohnalová, Z., & Hubíková, O. (2013). *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií
4. Hartl, P. (2012). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál
5. Chloubová, H. (2003) *Člověk ve zdraví a nemoci: základní potřeby člověka*. Osobní rádcе zdravotní sestry, 03/2
6. Jeřábek, H., a kol. (2005). Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK
7. Jeřábek, H. (2009). Rodinná péče o seniory jako ?práce z lásky?: nové argumenty. *Sociologický časopis*, 45 (2), 243-265
8. Kelnarová, J. a kol. (2015). *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy ? 1.ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s.
9. Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál
10. Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Nakladatelství Albert

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychosociální potřeby neformálních pečovatелů starajících se o seniory

Autor práce: Bc. Eliška Olešovská

Vedoucí práce: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D

Počet stran a znaků: 120 stran a 198 751 znaků (včetně mezer)

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 94

Abstrakt (800–1200 zn.):

Hlavním cílem práce bylo zjistit psychosociální potřeby neformálních pečovatелů starajících se o seniory. Vedlejší cíle spočívaly ve zjištění vnímání pečujících, jejich motivaci, podpoře a informovanosti. Teoretická část je členěna do 4 hlavních kapitol, které vymezují neformální péči a s tím spjaté psychické, sociální, fyzické a jiné dopady, dále definuje a přibližuje lidské potřeby. Poslední kapitola je výčet tuzemských i zahraničních studií. Empirická část využívá kvalitativního přístupu. K získání výzkumného vzorku byla využita metoda samovýběru a sněhové koule. Celkový výzkumný soubor obsahuje 11 respondentů, se kterými byl proveden telefonické a osobní polostrukturovaný rozhovor. Analýza výsledky se uskutečnila za pomoci zakotvené teorie. Výsledky ukázaly, že mezi psychosociální potřeby spadá potřeba svobody, respektu a uznání, jistoty a otevřené budoucnosti, sociálního začlenění, podpory, volného času a potřeba informovanosti. Vnímání péče je pocíťováno negativně spíš psychicky, motivace je spíše nedobrovolná, podpora nedostačující a informovanost týkající se závislých osob je značně hlubší než informovanost týkající se péče o neformální pečující.

Klíčová slova:

Neformální péče, neformální pečovatel, psychosociální potřeby, senior, zakotvená teorie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychosocial needs of informal caregivers taking care of seniors

Author: Bc. Eliška Olešovská

Supervisor: PhDr. Romana Mazalová, Ph.D

Number of pages and characters: 120 pages and 198 751 characters (with spaces)

Number of appendices: 7

Number of references: 94

Abstract (800–1200 characters):

The main aim of this work was to find out the psychosocial needs of informal caregivers taking care of seniors. The minor aim were to identify the caregivers' perception, motivation, support and information. The theoretical part is divided into 4 main chapters, which define informal care and related psychological, social, physical and other impacts, further defines and describes human needs. The last chapter contains of domestic and foreign studies. The empirical part uses a qualitative approach. A self-sample method and a snowball method were used to obtain the research sample. The total research sample contains 11 respondents who were interviewed by telephone and personal semi-structured interview. The final data were processed by grounded theory. The outcomes showed that psychosocial needs include the need for freedom, respect and recognition, certainty and an open future, social inclusion, support, free time and information. The perception of care is perceived negatively rather mentally, motivation is rather involuntary, support is insufficient and information concerning dependent persons is considerably deeper than information concerning care for informal carers.

Key words:

Informal care, informal caregivers, psychosocial needs, senior, grounded theory

Příloha č. 3: Informovaný souhlas o účasti ve výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS O ÚČASTI VE VÝZKUMU

Vážení neformální pečovatelé,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studia na katedře psychologie na FF UP v Olomouci a v rámci zpracování magisterské diplomové práce, která nese název *Psychosociální potřeby neformálních pečovatelů starající se o seniory*, provádím výzkumné šetření, které se týká, jak již název napovídá, právě neformálních pečovatelů a jejich psychosociálních potřeb. Zajímám se také o to, jak jsou neformální pečovatelé informováni o nabízených službách, zda znají organizace či kluby, které jim či osobám, o které pečují, mohou v jejich situaci pomáhat, jaké negativní či pozitivní zkušenosti spojené péčí mají a co celkově by jim pomohlo s jejich nelehkým životním úkolem týkající se péče. Obracím se proto na Vás s prosbou o účast na mém výzkumu. Jedná se o dobrovolnou účast, což znamená, že máte právo, bez udání důvodu, kdykoliv účast přerušit nebo ukončit, popřípadě neudělit souhlas s použitím již získaných informací. Není se čeho obávat. Veškerá data v tomto výzkumu jsou zcela anonymní a v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů, zákonem č. 101/2000 Sb. Veškeré Vámi uvedené údaje jsou považovány za důvěrné a nebudou použity k jiným než výzkumným účelům týkající se výše zmíněné diplomové práce.

V případě jakýchkoliv otázek nebo nejasností mne můžete kontaktovat na níže uvedené údaje. Po předchozí domluvě Vám samozřejmě výzkumné šetření či hotovou diplomovou práci ráda zpřístupním.

Těším se na naši vzájemnou spolupráci a děkuji za Váš čas.

Bc. Eliška Olešovská

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Bc. Elišce Olešovské pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

Jméno a příjmení účastníka:

V _____ dne _____

_____ Podpis účastníka

_____ Podpis výzkumníka

Bc. Eliška Olešovská
E-mail: eliska.olesovska@gmail.com
Telefon: +420 721 419 217

Příloha č. 4: Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Pohlaví:

Věk pečujícího:

Věk závislé osoby:

SEZNAM OTÁZEK:

- 1. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pečovat o svého blízkého sám/a?*
- 2. Jak dlouho pečujete?*
- 3. Jaký je zdravotní problém osoby, o kterou se staráte?*
- 4. Bydlíte s opečovávanou osobou?*
- 5. Jak intenzivní péči potřebuje osoba, o kterou se staráte? Jak to je časově náročné (v rámci dne a týdne)?*
- 6. Které činnosti zvládá osoba sám/a s dopomocí či úplnou pomocí? (pohyb, hygiena, strava, orientace, úklid domácnosti, oblékání a obouvání, komunikace, ...)*
- 7. Jaké příspěvky na péči pobíráte? Je to pro Vás dostačující?*
- 8. Pomáhá Vám někdo finančně?*
- 9. Jaké byly začátky v samotné péči? Jak jste to vnímal/a?*
- 10. Co Vám v začátcích pomohlo lépe zajistit a zorganizovat péči?*
- 11. Jaký pociťujete rozdíl v péči dnes a když jste začínal/a?*
- 12. Jakým nejčastějším problémům čelíte při zajištění péče o osobu blízkou?*
- 13. Jak vnímáte psychický dopad, který ve Vás péče zanechává?*
- 14. S jakými negativními/pozitivními zkušenostmi jste se setkal/a v průběhu samotné péče?*
- 15. Co Vám nejvíce chybí po dobu samotné péče o svého blízkého?*
- 16. Je někdo z Vašeho blízkého okolí, kdo Vám s péčí o blízkou osobu pomáhá?*
- 17. Jak reagovala Vaše rodina/ přátelé na to, že jste se začal starat? Překvapily Vás nějaké reakce?*
- 18. Jaký je přístup Vaší rodiny/přátel k péči o blízkého?*
- 19. Stýkáte se se svými blízkými? Jak často? S kým?*
- 20. Kdo je pro Vás zdrojem sociální opory? Kdo Vás z okolí nejvíce/nejméně podporuje?*
- 21. Došlo u Vás ke změně v rámci mezilidských vztahů v průběhu péče o blízkou osobu?*

22. *Je někdo, s kým se o své pocity (týkající se péče) můžete podělit? Kdo?*
23. *Změnil se Váš vztah/postoj důsledkem starání se o blízkou osobu k okolí a naopak?*
24. *Co nebo kdo Vám dělá radost? Co v poslední době?*
25. *Co nebo kdo Vám radost naopak nedělá? Co v poslední době?*
26. *Kolik volného času denně máte pro sebe? Jak ho trávíte? Jaké máte koníčky?*
27. *Jak byste zhodnotil/a svoji životosprávu?*
28. *Informujete se/vzděláváte se v rámci možností péče?*
29. *Víte, jaké jsou možnosti v oblasti péče pro Vašeho blízkého? Znáte nějaké organizace, které jim pomáhají? Využíváte nějaké?*
30. *Znáte nějakou organizaci, které pomáhá Vám jakožto neformálním pečovateli?*
Jakou?
31. *Vnímáte poskytování péče jako fyzicky náročné? V čem?*
32. *Došlo k nějakým fyzickým změnám v rámci Vašeho zdraví? K jakým?*
33. *Co Vám dělá největší problém v rámci manipulace s příjemce péče?*
34. *Co děláte pro své zdraví?*
35. *Jaké využíváte kompenzační pomůcky pro péči? V čem Vám pomáhají?*
36. *Co Vám péče dala a vzala?*
37. *Co Vás motivuje k samotné péči o seniora?*
38. *Jakou nejcennější radu byste dal vy člověku, který by se dostal do role neformálního pečovatele?*

Příloha č. 5: Ukázka „myšlenkové mapy“ respondenta č. 5

5.

63 let
• nezaměstnaný
• má 2 děti

10 hod / denně
↑
5 let (spol. dom.)
PROČ?
↳ NIKDO JINÝ!
3. sPuP

88 let
Alzheimer
Hygiena 3. sPuP
Orientace
Šveve!
500

OPAKUJE SE:

Proč? ⇒ automatic, kdo jiný?, vatah "je to moje máma"
 ⊖ Podpora ⇒ děti nic, odborníci ⊖ - SAM ⇒ ⁺ sense!
 ↓ Finance \$ ⇒ málo, PuP ↓, není pomoc, → PRÁCE/BEI/?
 ↓ Psychika ⇒ úpor na uery, pořád se ptá, ^{dobře} ^{úava} ^{hřása}
 čas ↓ ⇒ pivo, fotbal, kumaráci, chalupa
 Osobní život ⇒ "soutrovej problém"; ⊖ žena,
 Informace ⇒ ⊖, ⊖, ⊖ → domov pro seniory
 Negativní ⇒ domov pro seniory, děti, zdravotní klíče

NOVĚ:

- automatické !!
- šel jsem k ní domů
- pomáhající sense
- nezaujímal jsem se ^o ⇒ jít
- ⊖ emoce → žádný heřev / uástrvám → smutek ano
- ⊖ není rozdiř sačátek / příběh

PŮSOBENÍ: ?! (na má) soutrovej

- odevadnost / šteje nost / obrání si záchě ročiční am hiev
- povolání tou hlasy, úava suáčuá!
- rájem & pomoc na PuP, odborníci štáby a pečovateli

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru respondenta č.2:

Rozhovor: 2

Pohlaví: žena

Věk: 64

Péči o: pararonoidně-schizofrenní maminka

Věk: 73 let

1. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pečovat o svého blízkého sam/a?

Přišla jsem k tomu, jak slepý k houslím, spíš život mě donutil. Maminka byla nemocná ještě jako když jsem byla dítě (2.stupeň ZS), tenkrát se to vůbec neresilo, až jsem byla dospěla, tak po maturitě se to zhoršilo, tak jsem byla na internátě, když jsem se vrátila, tak jsem byla konfrontována s maminkou a nebylo to vůbec příjemné, začala jsem opravovat prostory bydlení u rodičů až jsme to měla opravené, tak jsme zjisitila, že se s ní nedá žít, takž jsme byla nucená s eodsěhovat, táta byl naštvaný protože tam zůstal s mámou sám. Máma pak měla uraz a převezli ji na psychiatrii a začala se léčit. Do té doby nebylo vůbec nic možné udělat. Z ambulance šla přímo do Černovic, ale nespolutracovala, tatka se aky snažil, ve spolupráci s lékařkou, ale nešlo to. až po urazu začala léčba, docházela na ambulanci psychiatrickou a začala brát léky, tata zemřel. je to ž 18 let. Umřel a tím pádem, týden byl v nemocnici a hned uumrel, a maminka musela jít ke mě. šok. Jedináček, tudíž je to na mě. Mámka má 3 sestry, jedna z nich mi radila at ji dám do ústavu, ale protože to bylo čerstvé, mámu mám ráda, odmítla jsem. Zrovna jsem byla čerstve vdaná, ale narodilo se mi dítě a byla.

2. Jak dlouho pečujete?

18 let.

3. Jaký je zdravotní problém osoby, o kterou se staráte?

Ze začátku se to dalo, když brala léky, ale těch příběhů s ní je hrozně moc. V současnosti bere injekci, jednou měsíčně, takže lékově je ošetřená. A momentálně má 3 stupeň příspěvků na péči. Nedalo se nic dělat. Po mateřské jsem nastoupila do práce, ale jak se to zhoršovalo, tak to nešlo. Před 14 lety mi skončilo zaměstnání, kdy jsem byla pak osvč, ale ukázala se, že to vůbec nejde. Podnikání, rodina a maminka..to nešlo. Poradili mi, že nemusím být na pracáku a stala jsem pečovatelkou. Ten stát spíš nechce tohle, ale informovanost je úmyslně zamlčována, protože nechtějí dát peníze. Kolikrát jsem byla se dotazovat ohledně možností, ale narazila jsem na velikou neochotu a náhodou nějaký muž, asi jako mě ženě mi poradil. Pracovníci jsou umyslně vyškolení takhle. Když bych to tušila dopředu, tak to clovek udělá jinak, zbytecne dlouho jsem se trápila jako osvč a vse co jsem vydelala jsem dala do telefonu, bydlení. Ale druhá stránka věci tohoto je, že když zůstanete doma, ale ty peníze jsou uplně mizerné. Já jsem an tom byla pak psychicky tak špatně, že jsem heldala možnosti, kde ji umístit, ta teta co mi doporučovala, at ji dám do ustavu, pak začala zjisitovat, ale nic nenasla, protože to neslo. Když jsem to začala řešit, tak byla docela mladá (74-18), tak byla příliš mladá, ale ted když je stará, tak zase má psychaitrické postižení, kde mi ji zase nikdo nevezme. Našla jsem jeden, kde by ji vzali, ale když měla infarkt, tak po tom se hrozne zhorsila, ale fyzicky už zase nepadala, tak mi zrusili žádost zase. /stavy to nemají trvale nastavené, koho berou. Další jsem objevila, že v Rajhradě, ale tam zase nechteli protože má nízký duchod, takže mi ji zase nevzali. tudíž by se nikam nevezla, protože bych musela doplácet, předtím chteli 18.000Kč. Tenkrát jsem to řešila, protože byla v

nemocnici. Obracela jsem na ustavy, od sociálních pracovníků, ale bylo to k nicemu, protože zase otázka financí. Sice přijeli, byli příjemní, vytáhli z ní kolik bere, ztuhla jim celist a utekli, protože to je málo. začarovaný kruh, na druhou stranu životní omezení jsem nepřijímala vůbec dobře, ale je to prostě moje máma, a byla jsem donucená.

4. Bydlíte s opečovávanou osobou? Přízpůsoboval jste nějak bydlení?

Ano

5. Jak intenzivní péči potřebuje osoba, o kterou se staráte? Jak to je časově náročné (v rámci dne a týdne)?

Celodenní, po tom infarktu, začala padat a zázrakem přežila, bez zlomením. takže se začala bát, takže jsem musela vyresit, dovézt k oknu, strídali jsme se, protože se bála, třeba byla na zahradě. Manžel a dcera se k tomu nemají, ale když chci odjet, tak prikazem ji dají jídlo, Když jsem potřebovala na dovolenou, tak jsem se obrátila na mamčiny sestry, ale to je silené, oni se dohádají, Takový nemocný člověk starej, se mu nechce koupat, takže má nějaké poznámky, Teta upekla buchta a máti ji to zkřížovala. Takže silené. Máma se nechtela umývat, teta se s ní nepárala, chrstla na ni vodu.

6. Které činnosti zvládá osoba sam/a s dopomocí či úplnou pomocí?(pohyb, hygiena, příprava stravy, příjem stravy, orientace, úklid domácnosti, oblékání, komunikace, ...)

Vubec ne, už je ztuhlá, je vyzáblá, má takové pařátky, trepou se jí ruce a nohy z te lechy. Dřív třeba jo, kdysi v minulosti, ale třeba ráno zamect a máma nezametla protože zapoměla. Nechala jsem ji doma jídlo, usnula a v kastrolu připálená ryba, ale dneska má vse pokrájené, pomleté a rozmackané. Mluví, ale naučila jsem si s ní mluvit co nejmene, a má napady, že me privádeli k silenství, ale lepsi je nemluvit, jen témata počasí a sousedi. Taky potřebuje s někým mluvit no.

7. Jaké příspěvky na péči pobíráte? Je to pro Vás dostačující?

3. a je to málo. Pár měsíců zpět jsem o to zvýšení zažádala, takže máme nově 3. stupeň, ale pracovnice se stavila ale stalo se mi, že se zeptala na manžela co dělá a když jsem se jí svěřila, že manžel podniká a živí nás všechny, tak mi to neodklepla. A pracovnice která přišla potom, když jsem žádala podruhé, tak jsem ji narovinu rekla, že to ted není lehké a ze musíme mít 3 stupeň, protože manžel přišel o zaměstnání a máme ho no.

8. Pomáhá Vám někdo finančně?

Pomáhá, ale není to nic příjemného, že on vse platí a vše leží na nem, presel ted do zamestanání, ale táta jeho spadl 87 let a zlomil si kost a manzel spadl taky a taky si lomil kost nadvakrát stehenní kost. nechtel jíst, ani nic. Musel odejít tedy z toho zamestanání, takže musel odejít a zacal na osvč, ale to už není ono. Tatinka jsme umístili do LDN, a manželka jeho chce taky, ale už nemá právo, protože není na tom tak spatne. Tchán je tedy umisteny, ale manzel tam jezdi porád, protože je tam sám, je na tom spatne, chtel umrit, zvyklý ze byl aktivní a ted nic. Manzel na ni taky zažádal na manželku otce ten prispevek na péči, ale nic. To stejné, uradu se vyhoví, ale fyzikovi ne.

9. Jaké byly začátky v samotné péči? Jak jste to vnímal/a?

Víte co, když jste v takovém kolotoci, máte malé decko, sotva vidíte, sotva chodíte, táta umrel, máma doma, vyklízet celý barák po třech generacích, protože jsme chteli prodat starý dum a

udelat nový dům. Nevedela jste co driv, dědictví, máti do toho, ale už předtím jsem byla zvyklá k nim jezdit, starat se o ne, ale máti doma nic neudělala, neuklízela, neprala, Nasraná jsme byla na život, co se všechno podělalo, rodiče jsem musela já podporovat, ani s vnoučetem nepomáhala, ale měla jsem vlastně další děcko v podobě mámy.

10. Co Vám v začátcích pomohlo lépe zajistit a zorganizovat péči?

Na to si všechno musíte přijít sám, sám. V okolí na vás koukají skrz prsty, že nic neděláte a že jste doma. Možná je ten problém ve mě a spíše se to odrazí v tom okolí. Nechtěla jsem to dělat, jsem ráda mezi lidma a chtěla jsem pracovat a mít zadostiučení. Víte co, měla jsem VŠ, pro mě jen materská byla úplně...jak to říct...prostě jsem byla sama doma...Jako když jdete do duchodu, Najednou jsou vsichni v práci a vy hledáte nové přátelé, protože vsichni nemají stejnou mateřskou a to volno s tím.

11. Jaký pocitujete rozdíl v péči dnes a když jste začínal/a?

Obrovský! Zkrátka jsem se vyvinula, změnila jsem se, přestala jsem to odmítat, ale přijmula jsem, že jsem pečující. Smířila jsem s tím a nasla jsem si v tom něco dobrého. Prostě..ta máti měla hrozný nápady, mě ty její nápady hrozne dožrali, ale dneska už jsem v klidu, moc toho nerekne a mě to prostě nerozhodí. jedním uchem ven a druhým..no víte...

Někdo vzadu říká: „Už si zas stěžuješ?“ Respondentka: hihi...

12. Jakým nejčastějším problémům čelíte při zajištění péče o osobu blízkou?

Tohle chci přeskočit

Já: Dobře, jdeme dál.

Respondentka: Už můžu...pardon...manžel si skočil do kuchyně pro jídlo, on prostě nechce poslouchat tady to moje stěžování, já si nestěžuji vlastně nikomu...jako ne že bych nechtěla, ale nemůžu....Jak byla ta otázka?

Já: Jakým nejčastějším problémům čelíte při zajištění péče o osobu blízkou?

Respondentka: Určitě to je radost ze života, protože to je omezující a čas.

13. Jak vnímáte psychický dopad, který ve Vás péče zanechává?

Jak jsem četla to, že někoho hledáte, tak je mi smutno, nebaví mě to, chtěla bych dělat spoustu jiných věcí, člověk jen nakupuje, pere, uklízí, a nemá to konce, v práci to je o necem jiném, v pohodě, v klidu, jste mezi lidma, vydelám si penízky, budu jste důležitá. budu mít respekt od okolí. tady jste doma, slyšíte jen, kde jsou moje ponožky, nevyprali jste toto, v práci se z toho vydejcháte a porad to posloucháte dokola. Já to vydýchávám tak, že jdu do lesa, mamka po obědě spí, takže jdu do lesa, popravde receno, bylo by ideální jednou za týden úplně vypadnout, ale nepodaří se mi to. Ted tam mám hromadu kosil, umyt podlahu, knedlíky uvarim a zítra co budu varit. Nevyužívám totiž pečovatelskou službu, nevím jestli by to ta máme vůbec chtěla. Letos jsme nebyli na dovolené, ale i kolem těch financí, a když se ptám te jedné tety, která nastoupila do bytu s pečovatelskou službou, ale ona mi rekla, že at s tím nepocítám, že tu máti u sebe nechce. že už ji nepohlídá. takže kdybych ji nekam chtěla dát, tak musím do odhlehovací služby, ale máti tam ani nechce. nechce ani k té tetě. navarila jsem vždycky spoustu jídla a ona jen vytahovala z mrazáku a měla to hotové. Znamé lidi, jídlo známé, ale i tak byl problém, takže maminka nechtěla. a do ustavu si to nedovedu ani představit, nevím. Jakmile bude maminka obtežovat, tak mi vám ji vrátíme. Mě se už ani nika nechce, protože toho musím zaridit víc než dost, před dovolenou už po dovolené. a být doma a být v klidu je možná lepší.

14. S jakými negativními/pozitivními zkušenostmi jste se setkal/a v průběhu samotné péče?

Negativní nejsou ti staří lidé v pohodě, aji u tchýne byla to normální zenská, nikam nemuze a je protivná a tchán to stejné. Ty vlastnosri se proste zesilují, vždycky byla stredem pozornoszi a ona je ted nasraná. Tchán kolem ní hopsal, ale už nehopsá. Bolesti atd. Nech ise setkávat s bolestí a s utrpení. Já když jsme byla psychicky zdeptaná, tak jsem ty pracovník, co mají na starpst prispevek, tak ti jsou privetivi, ale nemuzou pro vás nic víc udelat. Na druhou stranu když jsem po nich neco chtela, na kresní správě sociálního zazbepčení, ale nereknou nic navíc nepomohou, byla jsem tam se poradit ohledne svého duchodu, tak jsem chtela slyset co by delali na mém místě, a jsem v roli obeti, a oni mě skutečne neporadili, byli odmítaví, protivní, že se je takto dotazuji, no tak si bezte do zaměstnání na HPP ne? Kdybych byla v pohodě, tak ji servu, budu si stezovat, ale já nebyla v pohodě, takže me to uplbe vysílilo, a nemohla jsem se bránit. oni tam od toho nejsou aby pomohli. Na oddělení péče tam byli vstricní, lidský zpusob. Jediné pozitivum vidím to, že jsem osvobozená ze musím ráno vstat a mazat do práce.

15. Co Vám nejvíce chybí po dobu samotné péče o svého blízkého?

Určitě to, že mě někdo ocení, ze mi vyjádří, že jsi dobrá, v každém zamestnání vám neco nekdo rekne, premie nebo tak, ale tady jste v takovém stereotypu, jen já sama sebe mohu pochválit.

16. Je někdo z Vašeho blízkého okolí, kdo Vám s péčí o blízkou osobu pomáhá?

Manžel a dcera, ale to není pomoc, ale z nouze ctnost, až když nekam potřebuju odjet, tak musím mít vse nachystané. Ale to je třeba na jeden den jako. Má plenky a inkontinence. Už je to 4 roky co jsem byla na vikend pryyc, když jsem si nadělila workshop.

17. Jak reagovala Vaše rodina/ přátelé na to, že jste se začal starat? Překvapily Vás nějaké reakce?

Manželovi se to nelíbilo, vubec. Dcera se v tom narodila, ale nelíbí se jí to, když tady mela kamarádky, tak mele máti blbé kecy, zacala jim neco vykládat o pánu bohu. Prátelé me spíše litovali. Už ted mohu rict, že ti ostatní ted zacínají se starat, takže už to dneska trochu chápu a ví jak to je tezke a já jen koukám, že nejenom já mám takové starosti. Tchyně vykládala mé dceři, že babička Laduška je taková lenoška, jako jááá jo a proto prej že jsem doma.

18. Jaký je přístup Vaší rodiny/přátel k péči o blízkého?

Udělali si názor ten, že se mi nechce pracovat.

19. Stýkáte se se svými blízkými? Jak často? S kým?

Já jsem byla zvyklá, že se chodívalo hrozně moc s maminkama mé dcery, ale oni pak nastopili do práce a už jim začala honička a nemají toho času moc, ale potkávali jsme se. Ale pak se stala taková věc, že mi prestalo být příjemné, poslouchat jejich nárky, svagrová je hrozná, oni jsou takoví a vy jen posloucháte drby. Chtela jsem srandu a nechtela jsem brát jejich tezkosti s sebou. Ty lidi nezměníte, já to mohu vysvehcnout ale nechci. Spíš když jdu nakoupti 2-3 týdně a obejdu obchodáky a znám ty lidi co tam pracují a oni jsou hrozně příjemní a mám radost z toho jak fajna zákazníci a jednou jsem potkala starou paní, která rikala ze si nemá s kým popovídat, tak jsme na tom byli stejne.

20. Kdo je pro Vás zdrojem sociální opory? Kdo Vás z okolí nejvíce/nejméně podporuje?

Nikdo, vůbec nikdo, já sama sobě.

21. Došlo u Vás ke změně v rámci mezilidských vztahů v průběhu péče o blízkou osobu?

Ano, já mám porad ty kamosky ráda, ale každý má nějaký vývoj, a ono tím že to budete porad omýlat, tak se nika nedostanete. Jedna kamardáka už upustila od nářků a dneska jsou už v tom duchu, ale zase chodí do práce. ale s jednou jsem se potkala na obědě. a sla jsem za kamoskou. Poeldní pauza jen a sly jsme domu. taky má jen omezený. Jednou za půl roku. Já bych chtěla víc, ale envím no....Ted mám za sebou dve sleziny, se zákaldkou a ze strední, a s tou strední a už zacali o tech rakovinách a o smrti a já už jsem lapala po dechu, mám já tohle zapotřebí. jsou utahaní. Možná to je tím, ...já nevím...Babička sla do duchodu brzo a ty zenský sli v 55 třeba do duchodu. možná to je tím, že se to natahuje, zenský se stará o rodinu, oráci, domácnost, denska je vsechno napjaté.

22. Je někdo, s kým se o své pocity (týkající se péče) můžete podělit? Kdo?

Těm kamoškám urite jo, ale nebudu je tím zahrnovat, nechci proste. Tady tím vsim clovek dosáhne urcite moudrosti a nadhledu. vsechno zle je pro něco dobré. etapa mého vývoje.

23. Změnil se Váš vztah/postoj důsledkem starání se o blízkou osobu k okolí a naopak?

Rozhodně ano, uvedomila jsem si velice dulezitou vec. Moje mamka je katolička a tatka komunista a já sjem si uvedomila, že ti verici i ti pribuzní i ta mamka, vám podstrukjí ze musís toto a musís tamto, ale vlastne ukazjí na me a sami nedelají nic. Takže já se mám obetovat, ale oni nic. Já jsem si prostě nastavila hranice a musím rict, že mám ostrejsi lokty, i vuci máme, že mám svoje soukromí a svoji rodinu. a jí potom je uplne kulový, ale musí mít slusne jednání. Moje poštacka skončila, z niceho nic, a videla jsem ji, že veze maminku a pri dotaz jjak se ma? se slozila, ze je to už nedává s maminkou. Já mám taky

24. Co nebo kdo Vám dělá radost? Co v poslední době?

Hodně, ale lidi nejsou uplne spolehlivá zdroj radosti, tak jsem si uvedomial, ze zdrojem mé radosti moje kocka a když s epodívám na zahradu tak je fajn, že to roste. Ale jsou prima sousedi, ale taky porad spechají a nekam se honí.

25. Co nebo kdo Vám radost naopak nedělá? Co v poslední době?

Třeba takové to stezování u lidí. Z toho mi je dneska neprijemne, druv mi to nevadilo, možná jsme nebyla s tolika lidmi, co by si stezovali. V práci jsem to taky nevnímala. Nedá se delat vsechno, nedá být skvelá kariera, matka a uklizecka.

26. Kolik volného času denně máte pro sebe? Jak ho trávíte? Jaké máte koníčky?

řekla bych že téměř nic. Mám moc ráda, když ke me přichází nové infromace, mám pustený youtube a tam si najdu co chci, ale krájím u toho brambory. ale neumím si sednout a koukat, tovubec nezvládám. RADOŠT? týden jenom pro sebe, delala bych malování, byla jsem i na kurzu, usila bych si něco.

25. Jak byste zhodnotil/a svoji životosprávu?

Zapománám na sebe, já prvne vsem uvařím, máma a manzel a dcera ji neco jiného, ale oni nemají vetsinou. a az potom stíhám sebe. Takže po zdravotních problémech ,co mám jsem se stala vitariánem. Jíte živou stravu, nic nepeceného, ni nevareného, syrové ovoce a zelenina a tepeplné nezpracované bylinky a semínka. S ovocem a bylinek, snidane, salat zeleninový, když

to stihnu a a staci mi 2 jídla denne, tomu telu to staci a vyhovuje. Asi i věk a ten prechod z normální stravy bylo fajn. víc zivin.

28. Informujete se/vzděláváte se v rámci možností péče?

Jediné co jsem zažila když byla mamka v bohunicích, naposledy to už bylo pul roku co tam byla, ale chtěla jít pryč, takže ji museli pustit, ale tenkrát psychiatrie delala kurz hodinový infromacní blok. 4 odborníci a já jsem tam byla jediná.

29. Víte, jaké jsou možnosti v oblasti péče pro Vašeho blízkého? Znáte nějaké organizace, které jim pomáhají? Využíváte nějaké?

Já jsme někde zjistila, že občas se setkává skupina neformálních pečujících. Hodinu vyrábí třeba něco. My máme u nás v místě bydliště máme rukodelný krouzek a pro me to je příjemnější, protože nemusím zase mluvit o tom všem. Já si myslím ze pro ty začínající to muze být dobré, ale pro me už ne. Pečovatelské služby, odhelcovací služby, když me se chodí pichat tu injekci ta sestra, tak s ní neco proberu a poradí a mamka mohla vylezt z te vany, tak mi dají typy. Sedátko do vany a zlepšováky. kdybych to nezvládala a chodí domů.

30. Znáte nějakou organizaci, které pomáhá Vám jakožto neformálním pečovatelům? Jakou?

Ted už ne, ale dřív jak jsem si stěžovala na uradech, tak me tenkrát nidko nic neporadil.

31. Vnímáte poskytování péče jako fyzicky náročné? V čem?

Asi nejproblematictejsi je koupání, ale mamka se docela snazi, takže zatím ne, ale do budoucna urcite jo. Me spis vadí ta psychicka stranka, z toho jsme zdeptaná. Nejde o tom ,že prevlecu postel ale aby máma chtěla třeba a to přemlouvání a keců.

32. Došlo k nějakým fyzickým změnám v rámci Vašeho zdraví? K jakým?

Já na sobě soustavně pracuju, ty moje problémy me dovedli k tomu, že jsem zacala seldvoat, jak z toho ven, uplne první co me potkalo a zacalo zajímat bylo tehotenství, kdy jsem dostala prukaz ráno a odpoledne jsem zacala krvácet a oni mi rekli, že mám anémii, že jsem chudokrevná a pozdadlaa jsem o pomoc lekare a oni mi neumeli poradit. V této době chapete. Od té doby se nakupilo moznosti. zlomeniny. Ale v dusledku píše to je taky mozmé ,ale spíš verim psychosamitku.

33. Co Vám dělá největší problém v rámci manipulace s příjemce péče?

Jsem malá a nezvednu jí prostě ze země třeba, to je živá váha, to si nedovedete představit jako...

34. Co děláte pro své zdraví?

Jednu dobu jsme chodila cvičit jogu, a ted se priznám ,ze se mi nechce. Bude to asi 2 roky no, chodila bych lonský skolní rok, ale mela jsem problémy s koelnem, takže jsem nemohla lehnout, kleknout. Nechce se mi, už jsem se dostala do takové pohodlnosti. Na youtube jsou kurzy, takže si to mohu zacvicit doma.

35. Jaké využíváte kompenzační pomůcky pro péči? V čem Vám pomáhají?

Ona mě spadla a zlomila si ruku a mela cvicit, ale jinak by nechtela a já teda taky ne.

36. Co Vám péče dala a vzala?

Dala mi vyvrání a moudrost. A vzala mi kariéru, respekt. Je pravda že jsem byla workoholik, takže to mám tak. Na druhou stranu je to to nejlepší co se mi mohlo stát, že se ze me nestala karierní kreatura. I s ohledem na moji dceru, asi bych neměla čas.

37. Co Vás motivuje k samotné péči o seniora?

To ani nevím. Možná to už je spíš setrvačnost, a zkrátka je to moje máma. to je to nejdůležitější. Pořád se zajímá, je mezi svými, což je dobře. A není v ústavu, kde jen čeká na smrt.

38. Jakou nejcennější radu byste dal vy člověku, který by se dostal do role neformálního pečovatele?

No já bych řekla, aby udělal to, jak to cítí sám. Aby sám sebe nezradil. Kdybych mámu dala do ústavu, tak bych se cítila vinná, že to tak dopadlo.

Příloha č. 6: Ukázka otevřeného kódování

Zdraví závislé osoby Rozsah péče Motivace Ekonomická situace Budoucnost
Trvání Využití podpory

1. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pečovat o svého blízkého sam/a?

No protože se sama o sebe nepostarala no a nikdo jinej nebyl no. Noo...ještě když trošku přemýšlela, tak to úplně vylučovala nějaký ty domovy..já bych ju tam nedostal, ale jak se to zhoršuje, tak si myslím, že přijde doba, kdy už to nezvládnou, z toho mám obavy. Podanou žádost máme, ale já fakt nevím...U dvou to mám, někde v Bystrci a na Vychodilove a teď se snažím to dostat na Vinohrady, takovej velkej areál. Ty baby mě tam řeknou, že mám zavolat ale 2 roky dopředu, že chceme jo..Chápete to, jo..to je prostě nereálný!

2. Jak dlouho pečujete?

Je to 5 let? no...5 let no..

3. Jaký je zdravotní problém osoby, o kterou se staráte?

Noo..tak ona má 88 let, hlava ta je..to už je...já nevím, jestli to je Alzheimer nebo stařecká ta demence a po fyzické stránce no, jako ona chodí, jediný pohyb co vykonává, je že dojde na záchod vlastně. My pročůráme jako 2 až 3 plíny denně no a vidím, co vypije, protože se snažím..ji to tam dávám to pít, ale vypije tak půl litr denně no, takže co vymočí jako..

4. Bydlíte s opečovávanou osobou? Přizpůsoboval jste nějak bydlení?

Ano no, jsem se k ní musel nastěhovat vlastně.

5. Jak intenzivní péči potřebuje osoba, o kterou se staráte? Jak to je časově náročné (v rámci dne a týdne)?

Když to je těžký no, třeba se bere do toho jako vaření? (Já: ANO) To je až jako 10 hodin určitě. Teď tam třeba sedí no...

6. Které činnosti zvládá osoba sam/a s dopomocí či úplnou pomocí?(pohyb, hygiena, příprava stravy, příjem stravy, orientace, úklid domácnosti, oblékání, komunikace, ...)

Jako sama no..Nic neudělá..Vlastně jo, jako udělá to, že se sama nají, ale musím jí to nachystat no, hygiena taky, převlíkání, přebalování..prostě všechno...Ona má plíny, v tom je ten problém, že ona se mi třeba dvakrát denně za den podělá, že..Jako zatím jsem vždycky byl u toho, ale nedovedu si představit, co by dělala, kdybych tam nebyl, že jo...jako v tom chodit no...A ven nechodíme no...Maximálně ji vyvezu k doktorovi, kde ji zaparkuji před vchodem a tak no.

7. Jaké příspěvky na péči pobíráte? Je to pro Vás dostačující?

Asi nějaký dva roky měla dvojku a pak se mi to podařilo teda zvýšit na tu trojku no...A dostačující teda fakt není. Jako naštěstí já ty plíny dostávám třeba zadarmo.

8. Pomáhá Vám někdo finančně?

Ne.