

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

*Bc. Eva Paprstkářová*

*Role spirituality ve zvládnání zátěže neformálními pečujícími  
o seniory*

Diplomová práce

vedoucí práce: ThLic. Jakub Doležel, Th.D.

**2019**

## **Prohlášení**

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

V Olomouci dne 6. 11. 2019

.....

Eva Paprstkářová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce ThLic. Jakubovi Doleželovi, Th.D. za cenné rady a podněty, které přispěly ke vzniku konečné podoby této diplomové práce a za ochotu a trpělivost, s jakou k tomuto vedení přistupoval.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za rady a tipy pro vytvoření empirické části diplomové práce.

**Motto:**

*„Péče ... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne.“*

(Hilary Graham, 1983)

# OBSAH

Úvod .....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Uvedení do problematiky, kterou se práce zabývá .....	9
1.1 Stav poznání.....	9
1.1.1 Problematika péče.....	9
1.1.2 Teorie a výzkum péče o seniory v ČR.....	10
1.1.3 Zahraniční výzkumy zaměřené na spiritualitu pečujících .....	12
2 Konceptuální část.....	13
2.1 Neformální péče a neformální pečující.....	13
2.2 Senior .....	17
2.3 Zátěž spojená s pečováním .....	18
2.4 Náboženství a spiritualita.....	20
2.5 Korelace spirituality a zvládání zátěže .....	25
2.5.1 Zahraniční studie č. 1.....	26
2.5.2 Zahraniční studie č. 2.....	27
2.5.3 Zahraniční studie č. 3.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST .....	31
3 Výzkum.....	31
3.1 Cíl výzkumu, výzkumná otázka, hypotézy .....	31
3.2 Popis použitých metod.....	32
3.2.1 Dotazníkové šetření .....	33
3.2.2 Matice dat a jejich operacionalizace .....	34
3.3 Popis výzkumného souboru .....	43
3.4 Způsob zpracování dat .....	49
3.5 Představení výsledků a jejich analýza.....	50
3.5.1 Výsledky testu č. 1 – zátěž pečujících, jejich spiritualita a vztah s opečovávaným .....	50
3.5.2 Výsledky testu č. 2 – komparace výzkumu se zahraniční studií .....	57

3.5.2.1	Měření stresorů .....	58
3.5.2.2	Zvládání zátěže pomocí víry nebo spirituality.....	60
3.5.2.3	Měření míry deprese .....	60
3.5.2.4	Měření míry ponoření do role pečovatele.....	62
3.5.2.5	Porovnání kontextových proměnných .....	63
3.5.3	Výsledky testu č. 3 – spiritualita pečujících .....	64
3.5.3.1	Vyhodnocení náboženské subškály RWB .....	65
3.5.3.2	Vyhodnocení existenciální subškály EWB.....	66
3.5.3.3	Vyhodnocení celého testu škály SWB.....	68
3.5.4	Závislost míry zátěže pečujících na jejich víře / spiritualitě.....	70
3.5.4.1	Vyhodnocení hypotézy H1 .....	71
3.5.4.2	Vyhodnocení hypotézy H2 .....	71
3.5.4.3	Vyhodnocení hypotézy H3 .....	72
3.5.4.4	Vyhodnocení hypotézy H4 .....	73
3.6	Diskuze .....	74
	Závěr.....	77
	Anotace.....	82
	Bibliografie.....	85
	Seznam tabulek.....	90
	Seznam grafů .....	91
	Seznam obrázků.....	91
	Seznam příloh.....	91
	Přílohy .....	92

## Úvod

Tématem mé diplomové práce je role spirituality ve zvládnání zátěže neformálními pečujícími o seniory.

Oblasti neformální péče o seniory se v posledních letech v různých podobách dostává více prostoru v politice i médiích a díky tomu má toto téma stále více šancí pronikat do povědomí lidí, a to nejen těch, kterých se pečování bezprostředně týká, ale i těch, kteří jsou v jejich blízkém okolí. Přála bych si, aby tato medializace pečujícím pomohla usnadnit jejich cestu, protože každý, kdo má povědomí o tom, co pečování obnáší a podá pomocnou ruku, je pro ně důležitým spojencem.

S ohledem na ekonomickou situaci a demografický vývoj ve světě, Českou republiku nevyjímaje, je nasnadě, že se neformální péče bude dostávat ještě více do popředí diskuzí o způsobech řešení zajištění péče starých a nesoběstačných lidí. Na neformální pečující jsou dnes a denně kladeny vysoké nároky, které se mnohdy překrývají s nároky kladenými na profesionály, zároveň se jim však dostává mizivé podpory co do praktických nebo sociálně právních rad, natož při naplňování duchovních potřeb a řešení psychicky náročných situací.

Spirituální oblast, jejíž důležitost potvrzuje jak praxe, tak mnohé výzkumy, je v kontextu systémové podpory opomíjena a za běhu všedních dní na ni často zapomínají i sociální pracovníci. I to patří k důvodům, proč jí věnuji pozornost v mé práci.

Jednou z motivací k výběru tématu diplomové práce jsou mé osobní zkušenosti s péčí o dva členy mé rodiny v domácím prostředí, kdy jsem nejen u sebe v zátěžových situacích pozorovala zvýšenou potřebu spirituální podpory. Další motivací je mé profesní zaměření v několika posledních letech. Obě role, jak pečujícího, tak toho, kdo se pečujícím snaží pomoci, se náhodně propojily a poznatky z jedné oblasti, jsou mi ku prospěchu v té druhé. Toto téma je pro mne tedy jakýmsi přirozeným vyústěním obou těchto rolí. S neformálními pečujícími se setkávám od roku 2013, nejdříve jako vedoucí osobní asistence, později jako poradce pro pečující v projektu Pečuj doma, jehož původním zakladatelem bylo sdružení Moravskoslezský kruh a který později převzala Diakonie Českobratrské církve evangelické. Obě pracovní příležitosti mi přinesly velké množství zkušeností s osobním rozměrem. V obou jsem po celou dobu intenzivně vnímala potřebu pečujících sdílet to, co prožívají. Mnohdy to stačilo, jindy by bylo

zapotřebí zapojit návazné služby, ovšem zpravidla nebylo kde. Zvláště v případě osobní asistence jsem častokrát narážela na hranice svých kompetencí a ne vždy jsem také měla dost prostoru se pečujícím po této stránce věnovat. Nejenže se překrývá práce pečujících s prací profesionálů, ale častokrát jsem měla dojem, že se překrývají i jejich potřeby s potřebami těch, o které sami pečovali. Jejich hledání pomoci a podpory zpravidla začalo a na dlouhou dobu i skončilo například na úřadu práce, kam šli vyřizovat příspěvek na péči. Myslím si, že ve chvíli, kdy člověk, který se řadí k některé z vymezených sociálních skupin, hledá pomoc, nastává čas pro komplexní sociální práci.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak vnímají neformální pečující o seniory souvislost mezi zátěží péče a svou spiritualitou. Práce se skládá z teoretické a empirické části.

První kapitola úvodem stručně popisuje problematiku péče v obecné rovině a prezentuje teorie a výzkumy péče o seniory v České republice a zahraničí. Dále vymezuje konkrétní téma a cíl práce a nastiňuje povahu, metodologii a strukturu práce.

Druhá kapitola charakterizuje pojmy neformální péče, neformální pečující a senior a věnuje se zátěži spojené s pečováním. Navazuje vymezením pojmu náboženství a spirituality. Zmiňuje také korelace mezi spiritualitou a zátěží, včetně uvedení zahraničních studií, které se věnovaly této problematice.

Třetí kapitola otevírá empirickou část práce. Seznamuje s metodikou práce, vymezuje cíl výzkumu, výzkumnou otázku, hypotézy a popisuje průběh výzkumu. Podrobná část je věnována matici dat a jejich operacionalizaci. Dále popisuje výzkumný soubor, způsob zpracování dat a podrobně v několika podkapitolách představuje výsledky dat a jejich analýzu, včetně vyhodnocení hypotéz. Výzkumnou část uzavírá diskuze nad zjištěnými výsledky.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Uvedení do problematiky, kterou se práce zabývá

### 1.1 Stav poznání

Poskytování péče v rodině je složitým a dynamickým procesem, který vyžaduje od poskytovatele péče velké úsilí a zodpovědnost. (KURUCOVÁ, 2016)

Dovoluji si říci, že tématem spirituality ve vztahu k zátěži pečujících se zabývá poměrně dost výzkumů, jak u nás, tak v zahraničí. Problematika je zkoumána v souvislosti s více skutečnostmi a situacemi. Nutno uznat, že v zahraničí jsem výzkumů, které odpovídají tématu mé práce, nalezla více. I s ohledem na toto zjištění mám za to, že téma není zdaleka vyčerpáno.

#### 1.1.1 Problematika péče

Koncept péče se začal v sociálních vědách rozvíjet relativně nedávno. Péče zahrnuje jak emocionální, tak praktické či pracovní aspekty. Navíc zahrnuje jak placenou práci (péče jako zaměstnání, např. práce v sociálních službách), tak i celou řadu neplacených aktivit, které jsou ve své podstatě mnohdy neviditelné (oblast neformální domácí péče). Praxe péče se nachází na hranici mezi prací a ne-prací, mezi prací a láskou či mezi finančním oceněním a vzájemností a solidaritou. Z toho pak vyplývá celá řada teoretických, praktických i politických otázek: má být péče v rámci rodiny nějak finančně ohodnocena ze strany státu? Je správné, že ten, kdo pečuje, ztrácí část svého příjmu, a to třeba i dlouho poté v podobě nižšího důchodu? Proč jsou pracovní obory zahrnující osobní péči o někoho zpravidla hůře finančně ohodnoceny nežli obory ekonomické či technické, a to i když vyžadují stejnou míru kvalifikace a zkušeností? (DUDOVÁ, 2015)

V současnosti existuje několik přístupů k problematice péče, které vycházejí z odlišných disciplín, sociálních, politických a geografických podmínek a také z různých úhlů pohledu na danou problematiku. Na vysoké úrovni zobecnění je lze rozdělit podle toho, nakolik v péči spatřují pozitivní hodnotu a určitý sociální ideál, a naopak nakolik zdůrazňují tzv. „břemeno péče“ – soustředí se tedy spíše na náklady a obtížnosti, které pečování pro pečovatele představuje. Další oblastí teoretického

uvažování, která je rozvíjena zejména při výzkumu poskytování péče závislým starším rodinným příslušníkům, jsou teorie a koncepty mezigenerační solidarity. (DUDOVÁ, 2015)

### **1.1.2 Teorie a výzkum péče o seniory v ČR**

Stárnutí populace bylo tématem demografických, sociologických i ekonomických studií v České republice již v průběhu druhé poloviny 20. století; zvláštní pozornosti se mu dostalo ale až v posledních dvaceti letech. Na přelomu tisíciletí se uskutečnilo několik výzkumů na téma stárnutí a život seniorů: výzkum *Život ve stáří* vedený Věrou Kuchařovou (Kuchařová 2002), výzkum Lucie Vidovičové a Ladislava Rabušice (Vidovičová, Rabušic 2003; Vohralíková, Rabušic 2004) a další výzkumy Lucie Vidovičové na téma stárnutí, věkové diskriminace, souvislostí stárnutí a občanství, stárnutí a zdraví a mediální reprezentace stáří (Vidovičová, Sedláková 2007; Vidovičová, Gregorová 2007; Vidovičová 2008, 2011). V této době také začala být věnována pozornost problematice zajištění péče o starší. Analýzy se ale omezovaly na zjištění představ o zajištění péče na straně seniorů i jejich potomků (viz např. Kuchařová 1997; Veselá 2002), případně na zajištění potřeb seniorů s pomocí státních a nestátních organizací a institucí (Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008), anebo na stav a úlohu mezigenerační solidarity v českých rodinách (frekvence kontaktů, druhy vzájemné pomoci apod.) (Možný, Přidalová, Bánovcová 2003; Možný 2003). Teprve později se objevily studie přímo zaměřené na problematiku neformální péče ve smyslu pečovatelské práce z pohledu těch, kdo ji poskytují.

Jednou z těchto studií je výzkum Hynka Jeřábka a jeho týmu týkající se rodinné péče o seniory (*Péče o seniory v rodinách v České republice*). Jeřábek vychází z chápání péče jako „práce z lásky“ a zdůrazňuje úlohu mezigenerační solidarity a rodinné soudržnosti v situacích, kdy je nutná osobní péče o staré příbuzné (Jeřábek et al. 2013; Jeřábek 2009). Jeřábek klade proti sobě koncept Hilary Graham „péče jako práce z lásky“, poskytované rodinnými příslušníky v rámci rodiny (společně s pojetím etiky péče Joan Tronto) a koncept Michaela D. Finna a Evelyn N. Glenn, podle kterých je péče celospolečenskou odpovědností a každý jedinec má právo obdržet potřebnou péči ve formě veřejných pečovatelských služeb či soukromého „zboží“. Jeřábek varuje před „přenesením povinnosti péče o staré občany z rodiny na ostatní instituce“, jelikož se

domnívá, že tím by se rodiny nejen zbavily odpovědnosti, ale i možnosti o péči o své staré členy rozhodovat a ponechaly by toto rozhodování v rukou společnosti jako celku.

Jeřábkův výzkum dospěl k závěru, že rozsah péče poskytované v rámci rodiny roste zároveň s tím, jak rostou aktuální potřeby starého člena rodiny, o kterého je pečováno. S tím, jak dochází k tomuto nárůstu, jsou na pečovatele či pečovatelky kladeny stále větší nároky. Autor ukazuje, že v případě příliš vysokých nároků dochází v rodinách v určité míře k rozdělení pečovatelských povinností a k jejich přenesení na další osoby v rodině tak, že se časová zátěž primární pečovatelky či pečovatele již za určitou hranici nezvyšuje. Na základě těchto zjištění usuzuje na to, že rodinná neformální péče je jednoznačně kvalitnější a sociálně žádoucí – péče je poskytována úměrně rostoucím potřebám těch, o které je pečováno, a je tudíž podle Jeřábka prakticky nenahraditelná zařízeními institucionální péče. Neformální péči Jeřábek chápe jako „práci z lásky“, opomíjí ale její konfliktní a problematické rysy, včetně důsledků, které může mít pro pečující ženy z dlouhodobého hlediska a na které upozorňuje Graham: „pro ženy je ekonomická závislost a chudoba cenou za poskytování péče“ (Graham 1983: 25). Proti konsenzuálnímu pojetí vztahů v rodině vystupuje Dana Sýkorová ve své studii z roku 2006. Sýkorová poukazuje na nedostatky teorií opírajících se o koncept solidarity. Tyto přístupy, které zdůrazňují primárně pozitivní dimenze intergeneračních vztahů, kohezi a integraci, opomíjejí ambivalentní charakter intergeneračních a intrageneračních vztahů.

Oproti nim klade Sýkorová koncept intergenerační ambivalence, jehož platnost potvrzuje empirickým výzkumem. Podle něj vztahy mezi generacemi v rodině produkují solidaritu zároveň s konfliktem (Sýkorová 2006: 688); vyžadují vyjednávání a dávají vznik konfliktům mezi různými normativními či rolovými očekáváními. V interpretaci výsledků výzkumu se Sýkorová zaměřuje na konflikt mezi závislostí a autonomií ne zcela soběstačných seniorů, konflikt mezi normou pomoci a konkrétními strukturálními podmínkami, ve kterých děti žijí, a na možné konflikty mezi pečujícími sourozenci. Nezabývá se sice hlubší genderovou analýzou těchto výsledků, přesto vnáší do české sociologie mezigeneračních vztahů a péče perspektivu, která umožňuje zkoumat nesoulad zájmů jednotlivých rodinných členů a analyzovat dopady protichůdných nároků různých normativních systémů na pečovatelky či pečovatele jako jednotlivce.

Genderových souvislostí péče o nesoběstačného seniora se Sýkorová okrajově dotýká v publikaci z roku 2007. Zde poukazuje na to, že při vyjednávání toho, kdo poskytne pomoc potřebnému seniorovi v rámci rodiny, vystupuje gender jako „nápadně nenápadné“ kritérium – je totiž vnímané a popisované jako přirozené. Komunikační partneři a partnerky ve výzkumu automaticky přisuzují schopnosti a dispozice k určitým činnostem podle genderu – ženy vykonávají „ženské“ a muži „chlapské“ práce. Ve výsledku ženy častěji pomáhají při domácích pracích, poskytují osobní péči a emocionální podporu, zatímco muži v rodině pomáhají s těžšími pracemi kolem bytu či zahrady. Genderově nevyvážené je i kritérium časových dispozic. Nejčastěji pomáhá ten, kdo „má čas“, kdo „je po ruce“ – a tím je zpravidla žena. Hlavní legitimní překážkou poskytování pomoci jsou nároky placené práce. Povinnosti vůči vlastní prokreační rodině či jiné pečovatelské povinnosti nejsou dotázanými jako překážka zmiňovány. (DUDOVÁ, 2015)

### **1.1.3 Zahraniční výzkumy zaměřené na spiritualitu pečujících**

V rámci seznámení se s podobnými zdroji, které jsou blízké mé diplomové práci, jsem zjistila, že v zahraničí probíhala řada výzkumů, které byly zaměřeny na roli spirituality v souvislosti s péčí o seniory a nemocné lidi. Mezi všemi mohu jmenovat například:

- Náboženské zvládání a pečovatelská pohoda v mexicko-amerických rodinách (HERRERAA Angelica P., 2009)
- Role náboženství / spirituality pro rakovinou trpící pacienty a jejich pečovatele (WEAVER Andrew J., 2004)
- Zkoumání spirituality rodinných pečovatelů u pacientů s primárními maligními nádory mozku přes trajektorii nemoci (NEWBERRY, 2013)
- Role náboženství / spirituality ve zvládání péče o nemohoucí seniory

(BEI-HUNG CHANG, 1998)

Některými ze zmíněných studií se detailněji zabývám v konceptuální části, konkrétně v kapitole 2.5. Poslední zmíněný výzkum byl tematicky i obsahově nejvíce podobný výzkumu, který jsem chtěla provést pro splnění cíle této diplomové práce, proto jsem v praktické části práce provedla porovnání výsledků dotazníkového šetření na tuto zahraniční studii.

## 2 Konceptuální část

Tématem mé diplomové práce je role spirituality ve zvládnání zátěže neformálními pečujícími o seniory. Ze samotného tématu diplomové práce vyvstávají tyto základní koncepty – neformální péče a neformální pečující, senior, zátěž spojená s pečováním, náboženství a spiritualita.

Pro realizaci výzkumu jsem si s ohledem na jednotlivé koncepty stanovila kritéria, jež musí respondenti splňovat, aby byli do výzkumu zařazeni:

- Věk příjemce péče 65 let a více
- Podmínka neformálního pečujícího
- Péče o seniora v jeho domácím prostředí
- Doba péče alespoň 1 měsíc

### 2.1 Neformální péče a neformální pečující

O neformální péči někdy hovoříme také jako o laické či rodinné. Truhlářová však pojem neformální péče nadřazuje termínu rodinná péče, neboť do kategorie neformálních pečovatelů lze zařadit řadu dalších osob poskytujících péči (TRUHLÁŘOVÁ Z., 2015). Péče poskytovaná laikem je však jen jedním z rysů neformální péče, kterou může ve svém soukromém životě poskytovat blízkému i osoba se zdravotním nebo sociálním vzděláním.

Definice pojmu neformální péče není jasně vymezena. V literatuře se setkáváme s mnoha charakteristikami, které kladou více či méně důraz na různé oblasti této problematiky. Pro lepší představu je dobré zmínit i to, že rozlišujeme péči formální, která je poskytována kvalifikovanými sociálními nebo zdravotnickými pracovníky organizací a institucí veřejného a soukromého sektoru, a neformální, kterou vykonávají zpravidla rodinní příslušníci, ale také sousedé či přátelé závislé osoby. Formální péče není spojena pouze s institucionálním prostředím, ale může být také vykonávána v domácím prostředí, avšak zpravidla za finanční spoluúčasti osoby závislé (COLOMBO F., 2011).

Neformální pečující vykonávají péči bez nároku na mzdu, bez smluvně vymezených povinností a časového omezení činnosti. Jestliže se formální péče týkala především

fyzické a medicínské péče opečovávaného, neformální péče obsahuje i další formy péče, jako např. osobní péči, pomoc v domácnosti a podporu emocionální. Osoba poskytující daný druh péče nemusí mít znalosti a vzdělání v oblasti péče, důležitá je ochota a motivace k péči (KOTRUSOVÁ, 2013).

Konkrétně neformální péči o seniory bychom mohli popsat jako opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo službu, která je vykonávána pro štěstí a blahobyt starých osob, které z důvodu chronické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti samy vykonávat (MILLWARD, 1999).

Neformální pečující jsou zpravidla také primárními pečovateli a nezřídka i jedinými. Je známo, že zajišťují péči o své blízké na konci života zásadním způsobem a již není prakticky možné, aby systém formální dlouhodobé péče fungoval bez jejich zapojení. Podle studie „Who cares?“ o výzvách a potřebách rodinných pečovatelů v Evropě, kterou vypracovalo sdružení COFACE Families Europe, není současná situace, kdy 80% pečovatelské práce v Evropě připadá na rodinné pečovatele, kteří jsou ponecháni bez odpovídající finanční náhrady, sociálních práv nebo důchodového systému, prostě udržitelná (BIRTHA Magdi, 2017).

Ještě poměrně nedávno bylo snahou přenášet péči o seniory ve větší míře na sociální a zdravotní služby. To se však záhy ukázalo jako neudržitelné a za současného demografického vývoje jsou v zapojování do péče stále více podporovány rodiny.

Dá se očekávat, že míra zainteresovanosti neformálních pečujících bude stoupat. V praxi stále narážíme na nedostatek pečovatelských domů, oddělení paliativní péče či hospiců i na nízkou dostupnost formální domácí péče z důvodu velkého množství zájemců. Mimo jiné i tato situace mnoha lidem při rozhodování, zda začít pečovat, nedává na výběr. Nesoběstačných občanů závislých na péči druhé osoby neustále přibývá, nikoliv však prostředků institucionální péče. Ty se nerozvíjejí úměrně k zvětšujícím se potřebám cílové skupiny (JEŘÁBEK, 2005).

Přestože se o významnosti role neformálních pečujících ví a dá se říci, že se o ní stále více hovoří, stále jde v kontextu sociální práce, legislativního ukotvení, ale i společensky o opomíjenou skupinu. Můžeme o ní slyšet přímo jako o skupině neviditelné. Rodinní pečující jsou ve velké míře primárními pečovateli, nesou hlavní tíhu péče, mnohdy téměř bez pomoci a podpory ze svého sociálního okolí

(HUBÍKOVÁ, 2017). Toto svými slovy v závěru dotazníku potvrzuje i respondentka 56: „Já pečuju ráda a nedělá mi to žádné větší problémy, ale občas mám pocit, že jsem pro všechny vedlejší a jen ta "pečující osoba".“ I tento fakt patří k důvodům, proč se problematice neformální péče věnuji v této práci.

Podle Hilary Graham je potřeba na péči o seniory nahlížet jako na „práci z lásky“. Říká, že „péče ... je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne“ (Graham, 1983). Domnívám se, že tato slova významně vystihují podstatu pečování nejen v celém rozsahu jeho náročnosti, ale zároveň naznačují možný přínos ve smyslu osobního duchovního obohacení a jasně říkají, že neformální péče stojí na emocionálních vazbách mezi pečujícím a opečovávaným člověkem.

V obecné rovině se dá říci, že pečující osoba je jednoduše tím, kdo pomáhá člověku, který z různých důvodů, ať už kvůli zdravotnímu nebo psychickému stavu, není schopen postarat se o své potřeby sám. Aktualizovaná verze Evropské charty rodinných pečovatelů z roku 2017 charakterizuje neformálního pečujícího jako neprofesionální osobu, která poskytuje primární pomoc s aktivitami v každodenním životě, zčásti nebo celkově, osobě opečovávané nebo podporované v kruhu její rodiny. Tato pravidelná péče nebo podpora může být poskytována trvale nebo dočasně a může mít různé formy, včetně ošetřovatelství, péče, pomoci ve vzdělávání a společenském životě, administrativní formality, cestování, koordinace, ostražitosti, psychologické podpory, komunikace nebo domácí aktivity. (BIRTHA Magdi, 2017)

V českém prostředí popisuje neformálního pečujícího například Kurucová, když říká, že obecně může tuhle roli plnit nejbližší příbuzný nebo přítel, který spolupracuje na poskytování individuální komplexní péče. V našich podmínkách rozhodující pečovatelskou roli přebírá obvykle jedna osoba, kterou nazýváme pečovatel a jež je při péči podporována rodinou a přáteli (KURUCOVÁ, 2016). O významu podpory rodiny hovoří v dotazníku i respondentka 98: „Pečuji o onkologicky nemocného manžela a pomáhají nám naše tři dcery ... Myslím si, že jsou potřebné v životě i tyto těžké chvíle a zkoušky, nás to jako rodinu velice sblížilo a stmelilo. Jsme s manželem šťastní, že jsme vychovali takové děti, těšíme se z vnoučátek a snažíme si užít poslední chvíle.“ V praxi však bohužel vidím i to, že tato podpora ze strany blízkého okolí není pro pečující vždy samozřejmostí a poměrně často se naopak potýkají s nedostatkem

pochopení a pomoci. Takovou zkušenost má i respondentka 32: „Nejvíce mě trápí poměrně málo návštěv mé maminky od ostatních blízkých příbuzných (mých sourozenců, vnoučat). Ráda by je viděla častěji. Nemám ráda jejich výmluvy, že nemají čas.“

V tomto duchu hovoří i Jeřábek, když říká, že pečování o blízkého člověka se nepovažuje za práci, není vysoko hodnoceno, nevytváří nadhodnotu a nezvyšuje hrubý domácí produkt. Dříve byla péče o člena rodiny – dochování starého člověka v rodinném kruhu - běžnou věcí, dnes doceněna není. Velmi často to nedoceňují ani další členové rodiny (JEŘÁBEK, 2013). Zároveň však říká, že přes veškerá úskalí, se kterými se neformální péče potýká, byla a stále je tradičním přístupem k řešení péče o člověka na konci života. V západním evropském civilizačním okruhu je to model historicky primární, vázaný na klíčovou instituci západní křesťanské společnosti - rodinu, a byl zde uplatňován úspěšně po několik staletí (JEŘÁBEK, 2005).

COFACE uvádí, že 85% pečovatelů jsou ženy a jedna třetina pečujících poskytuje vysoce intenzivní péči více než 56 hodin týdně. Rodinní pečovatelé jsou neviditelnou pracovní silou v Evropě a představují jednu z nejvíce umlčených, sociálně vyloučených skupin. Více než 70% pečujících nedostává za svou práci žádnou finanční kompenzaci a téměř dvě třetiny nemají přístup k žádným sociálním dávkám. (BIRTHA Magdi, 2017)

V české legislativě není osoba neformálního pečujícího definičně ukotvena. Zákon o sociálních službách hovoří ve vztahu k neformálnímu pečování o osobě blízké a asistentu sociální péče, kterým může být jakákoli neblízká zdravotně způsobilá fyzická osoba starší 18 let. Asistent sociální péče je povinen poskytovat pomoc osobně a s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Rodinní pečovatelé poskytují značnou část péče osobě s chronickým onemocněním, čímž snižují náklady na komunitní péči a v mnoha případech poskytují péči na úkor svého vlastního fyzického a psychického zdraví (KURUCOVÁ, 2016).

Dokument Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 říká, že se počet neformálních pečovatelů v České republice odhaduje na 250 tisíc. Jiné prameny uvádějí až téměř 300 tisíc osob. Polovinu osob pečujících tvoří osoba blízká. Téměř dvě třetiny dlouhodobé péče je u nás poskytováno ženami ve středním nebo raném



důchodovém věku, mezi 35. a 64. rokem. Tato forma bezplatné péče je mimořádně důležitou součástí systému dlouhodobé péče, podle kvalifikovaných odhadů 70–90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytováno rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími. Neformální péče má významný přínos, a to jak ekonomický, tak společenský. Zásadně přispívá k rodinné soudržnosti a mezigenerační solidaritě, v oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti může snižovat tlak na trhu práce (MPSV, 2015).

## 2.2 Senior

Pojem senior je ve společnosti velice často užíván ve spojení se sociální péčí o staré občany, ve spojení s valorizací starobních důchodů, se zvýšenými náklady na zdravotní péči, ale také se stárnutím populace. V současné době nabývá tento pojem na významu, a to především ve spojení se stárnutím obyvatelstva a sociálně demografickými prognózami České republiky. V odborné literatuře je základní vymezení seniorského věku spojeno s dosažením určité věkové hranice. Pro starého člověka se často užívá pojem geront, tento výraz pochází z řeckého slova gerón a v překladu znamená starý muž. Geront v latinském jazyce je senex, od tohoto pojmu jsou odvozovány další pojmy, např. v lékařství senilita, senilní. Tyto výrazy v hovorové mluvě mají spíše význam urážlivý a zesměšňující. Senium pochází z latinského jazyka a významově znamená stáří. Společensky akceptovatelný výraz pro starého člověka je senior. (ŘÍČAN, 2007)

Mühlpachr (MÜHLPACHR, 2009) uvádí, že stáří představuje poslední fázi ontogeneze přirozeného průběhu lidského života. Je důsledkem a projevem procesů, jež jsou involučně podmíněny. Ovlivňují ho též další faktory, mezi které můžeme zařadit životní podmínky, způsob života či choroby. Toto období je provázeno i sociálními změnami, jako je odchod dětí z domova, odchod ze stálého zaměstnání a jiné změny sociálních rolí. Všechny změny se vzájemně prolínají, i když jsou mnohé z nich protikladné.

Mühlpachr (MÜHLPACHR, 2009) nabízí toto členění stáří:

- mladí senioři - 65 -74 let
- staří senioři - 75 - 84 let
- velmi staří senioři - 85 let a více

Ačkoli někteří autoři uvádějí i jiné členění stáří, rozhodla jsem se ve svém výzkumu použít nejnižší věkovou hranici pro seniora dle Mühlpachra, protože věk 65 let je obecně zažitou hranicí, kdy lidé odcházejí do důchodu.

### 2.3 Zátěž spojená s pečováním

Pečování s sebou přináší mnoho situací, které jsou pro pečujícího nezřídka zcela nové, nelze se jim vyhnout a nutí jej, aby se učil novým věcem, které se mohou rovnat činnostem, které vykonávají profesionální pečovatelé. Nelze si pečování představovat „jen“ jako spolubytí, přítomnost v reálném čase a blízkost s opečovávaným. Vše zmíněné je samozřejmě nesmírně důležité, stejně tak ale není možné zapomenout na ostatní, spíše praktické úkony. Obě oblasti jsou spojenými nádobami, které bez sebe nemohou fungovat a které vzájemně přinášejí různé podoby zátěže.

Tošnerová identifikuje celkem pět druhů zátěže, které musí zvládat pečující osoba:

- **Zátěž tělesná** – souběh péče o dvě domácnosti a současně fyzická péče o nemohoucí osobu je náročná a vyčerpávající. Vyčerpávající je manipulace s pečovaným, zajištění jeho osobní hygieny, zvláště, pokud je pečovaná osoba inkontinentní, tj. trpí nekontrolovatelným únikem moči nebo stolice, dále pak údržba kompenzačních pomůcek.
- **Zátěž finanční** – rodina se rozhoduje, jak a zda vůbec je schopna zajistit a uhradit placené služby.
- **Zátěž okolním prostředím** – odstranění bariér, instalace madel a dalších pomůcek v bytě, stěhování se k příbuznému, apod.
- **Zátěž sociální** – pečovatel může být izolován od zbytku rodiny, od přátel. Nedostatek společenských kontaktů a únava může vést k odporu k pečované osobě a změně chování pečujícího.
- **Zátěž citová** – citová zátěž bývá přímým vyústěním všech předchozích zátěží. Pečující najednou nemá žádný volný čas, zato má velkou zodpovědnost, se

kteřou se musí vyrovnávat. Pečující se stává závislým na pečovaném a jeho potřebách. Na povrch mohou vyplynout dřívější nedořešené konflikty, pečující má střídavě odpor k pečovanému a následně sám sobě vyčítá, když si připustí, že by se nejraději své odpovědnosti zbavil a péči ukončil. Tyto pocity jsou časté a je třeba o nich mluvit. (TOŠNEROVÁ, 2001)

Strmeň a Raiskup definují zátěž jako faktor působící na organismus a kladoucí požadavky, jimiž se naruší rovnováha v organismu, což podnítl činnost zaměřenou na její obnovení, přičemž klade zvýšené požadavky na sensorické, mentální, voluntární procesy a na schopnosti člověka. Stres a zátěž vznikají tehdy, když je míra stresorů vyšší než schopnosti daného jedince tuto situaci zvládnout. Při řešení zátěžových situací je důležitý způsob, jak pečovatel a ostatní členové rodiny hodnotí a interpretují situaci, tedy jak vidí závažnost stresorů a potíže s nimi spojené. (STRMEŇ, a další, 1998)

Dalo by se tedy říci, že to, jakým způsobem pečující a jeho rodina, která se případně na péči podílí, vyhodnotí zátěžovou situaci a stejně tak to, jaké copingové strategie k jejímu řešení použije, souvisí nejen s aktuální situací, ale s celkovou rodinnou identitou. Podle Kurucové je cílem ošetřovatelství v souvislosti se zátěžovou situací obnovení rovnováhy člověka a prostředí, usnadňování adaptace a využívání efektivních copingových strategií. (KURUCOVÁ, 2016)

Mlčák říká, že copingové strategie představují převážně přizpůsobivé způsoby vyrovnávání se se stresem a s protektivním účinkem na jedince. Obranné mechanismy slouží spíše k pasivnímu vyhýbání se zátěžovým situacím, kdežto copingové strategie jsou více orientovány na aktivní řešení zátěžových situací. Strategie jsou rozděleny dle jejich zaměření – problém, emoce a dysfunkční strategie. Strategie zaměřené na zvládnutí problému jsou: aktivní vyhledávání se zvýšenou koncentrací a snaha o dosažení cíle, plánování nebo potlačení protichůdných aktivit. Strategie zaměřené na emoce jsou například hledání sociální a emocionální opory, pozitivní interpretace ve smyslu hledání kladných aspektů daného problému, akceptace, popření nebo také příklon k nadpřirozeným jevům. Dysfunkční strategie představují zaměření na osobní nepohodu a její projevy, mentální odvádění pozornosti od problému jinou činností, behaviorální odpoutání v podobě projevování bezmoci, popřípadě vzdání se cíle nebo i odpoutání od problému v podobě úniku k alkoholu či drogám. (MLČÁK, 2011)

## 2.4 Náboženství a spiritualita

Přestože lze náboženství a spiritualitu vnímat i jako zcela oddělené oblasti, zvláště z pohledu nevěřícího člověka, zpravidla jsou vnímány v souvislostech. Nadto jsou významy obou pojmů natolik široké, že je velmi těžké je definovat a definice mohou odrážet osobní ladění autorů. J. Klímová a M. Fialová (2015) uvádí: „Spiritualita není náboženství. Jde o pojem daleko širší, větší a obecnější. Nicméně v našich zeměpisných šířkách je náboženství nejrozšířenější způsob, jak spiritualitu naplnit.“ (KLÍMOVÁ, a další, 2015)

Zatímco s náboženstvím se ztotožňují jen někteří lidé, troufám si říci, že spiritualita se týká každého z nás. Myslím, že toto velmi srozumitelně popisuje Samojský, který tvrdí, že každý člověk, který je schopen reflexe nad základní existencionální otázkou „kdo jsem já“ a který je schopen vnímat minulost, přítomnost a zamýšlet se nad svojí budoucností, tím praktikuje spiritualitu. Spiritualitu lze vnímat jako prostor, do kterého vstupuje každý člověk svým narozením. Pojem spiritualita bývá většinou spojován se slovy kostel, modlitba, meditace apod. Spiritualita, jejímž základem je rozměr jsoucna, je identifikovatelná i s mnoha dalšími věcmi. Význam spirituality s ohledem na člověka a jeho život lze vymezit například jako aktivitu, která člověku pomáhá naplňovat život duchovním rozměrem. Spiritualitu lze vysvětlit také jako duševní a fyzickou činnost týkající se otázek smyslu života člověka. Náboženství vzniklo a existuje jako způsob projevu spirituality. (SAMOJSKÝ, 2014).

V současném světě, kdy život vázne v neutuchajícím proudu informací, bez oddechu je zaplavován změnami, které mnohdy představují spíše problém, by každý člověk vnímal jako požehnání jakýkoli způsob úlevy. Zdrojů dočasné úlevy je známo hodně, například dobré jídlo, posezení s přáteli, sport, umění nebo dovolená. Tyto zdroje však člověku přinášejí pouze nedlouho trvající oddech. Naproti tomu spiritualita nabízí člověku něco hlubšího a také trvalejšího (BLOOM, 2014).

William Bloom (2014) za přínosy spirituality uvádí:

- propojení se zázrakem a energií celého života
- hodnoty a „pohonné hmoty“, díky kterým je jedinec dobrý, koná dobro a slouží ostatním

- rozvoj srdce, soucítění a vědomí
- dbalou, pevnou a inspirativní sílu, která jedince provede dobrými i zlými časy během celého jeho života
- pocit osobní integrity a smysl, které nejsou závislé na názorech ostatních lidí či materiálním úspěchu
- pocit pohody podporující tělesné i duševní zdraví jedince
- hlubokou radost ze života, jenž je přítomná nejen v pozitivních chvílích života člověka, ale také v případě životních problémů a utrpení

Mezi těmito přínosy spirituality a přínosy náboženství se dají nalézt mnohé analogie. Náboženství představuje pro mnoho lidí zdroj pozoruhodné útěchy a naděje. Je jistým způsobem stimulováno a zároveň řídí lidskou spiritualitu v rámci pátrání po smyslu vlastního života. Náboženství reaguje na lidský vrozený smysl, že smysl života je transcendentální a k tomu lidem nabízí pohledy na svět, rituály, myšlenky i programy vyjadřující pocit spojení s transcendentální realitou, ve většině případů s Bohem. (ELLENS, 2007)

Šiler mimo jiné říká, že z důvodů hermeneutických je vhodné střídat termíny, aby jejich variabilita a rozličný etymologický původ ustavičně připomínaly myslitelům a mluvčím, že se pohybujeme na rozhraní jazyků a v intertextualitě, kde vše je nutně interpretace, a to nikdy nekončící. Proto střídáme třeba náboženství a religiozita, spirituální a duchovní. Přesto ale nastávají situace, kdy povaha zkoumaných jevů nutí pojmy religiozita a spiritualita terminologicky oddělit. Taková situace počala někdy v 60. letech 20. století, ale terminologický konsensus se v odborných komunitách ustálil až v 80. letech. V širší známost pak výsledky těchto odborných konsensů vešly až v polovině nulté dekády nového tisíciletí, kdy se také objevily první pokusy o exaktní zkoumání spirituality empirickými metodami. (ŠILER, 2017)

Tato „nová“ spiritualita, nevázaná na náboženské tradice, je navýsost osobní a individuální, dokonce představuje jeden z podstatných skladebných prvků jádra osobní identity. Psychologové náboženství v této souvislosti zmiňují rozšířenou verzi Maslowovy pyramidy, kde je na vrcholu potřeba sebetranscendence. Otázka je, zda sebezpřesahu musí člověk dosahovat jen vztahem k Posvátnu, zda mu k tomu nestačí třeba jen estetické vznešeno (sublime). (ŠILER, 2017)

Orientaci v množství definic náboženství nám může usnadnit pokus o jejich utřídění a nalezení společných znaků a jmenovatelů. Náboženství je v každém případě polaritní vztah, v němž na jedné straně je člověk a na druhé straně něco, o čem můžeme říci, že je to cosi posvátného, absolutně jiného, člověku nadřazeného, že je to duše, duch, bůh apod. Záleží na každém z nás, zda toto „něco“ bude pokládat za skutečné a na člověku nezávisle existující, anebo zda to bude pokládat za iluzi čili za vědomý či bezděčný výtvar lidské mysli. V definicích poměru mezi člověkem a jeho náboženským protějškem můžeme nalézt zhruba čtyři způsoby přístupu dané odlišným porozuměním autorů:

- Náboženství je vztah, a to ať už k objektu (např. síle, zákonu) nebo subjektu (např. duchu, bohu). Je to vztah lásky, důvěry, poslušnosti, odpovědnosti apod.
- Náboženství je postoj, v němž jde víc o vnitřní nasměrování a uzpůsobení než o to, vůči čemu se člověk staví. Tyto definice vysvětlují náboženství jako cit, pocit, vnitřní prožitek, např. úcty, strachu apod.
- Náboženství je druh poznání, přičemž cílem tohoto poznání, ať už vědomým či podvědomým, je zvládnutí, ovládnutí poznávaného.
- Náboženství je zkušenost účasti (participace), kdy člověk nemá vztah k nějakému víceméně rovnocennému protějšku (subjektu či objektu), ale kdy člověk zakouší, že je součástí vyššího celku, shledává se ve svém vřazení do širší skutečnosti.

Všechny tyto čtyři přístupy se pochopitelně v definicích mohou vzájemně kombinovat a různě akcentovat. (ŠILER, 2017)

Jednou z mnoha definic je, že náboženství dává člověku řád, různá pravidla, ale i odpovědi na otázky týkající se smyslu života i smrti nebo na otázky abstraktních hodnot ve smyslu dobra a zla. Náboženství také může saturovat neboli naplňovat některé potřeby, například potřebu přijetí, potřebu sounáležitosti a potřebu osobní svobody. Náboženství je tak jednou z možností, která člověku umožňuje být v kontaktu s přesahujícími a univerzálními principy (KLÍMOVÁ, a další, 2015).

Všechna náboženství se shodují v jedné základní myšlence, a sice že lidé k sobě mají být navzájem dobří. Tato myšlenka je často nazývána jako tzv. zlaté pravidlo. Pro

většinu lidí zůstává náboženská víra velmi důležitá i přes to, že se život v současném světě velmi rychle mění. (SELF, 2009)

Ať už žijeme jakkoli, ať se z našeho pohledu život mění, či nemění rychle a ať je člověk věřící nebo ne, zdá se, že má v těžkých chvílích tendence hledat útěchu v něčem, co jej přesahuje, bez ohledu na to, zda to „něco“ dokáže pojmenovat. S tímto jsem se mnohokrát setkala v profesním, i osobním životě a v tomto duchu hovoří na konci dotazníku i někteří z respondentů. Respondentka 22: „... ačkoliv nejsem věřící, denně jsem se modlila za její uzdravení a to mi pomáhalo v nejtěžších chvílích.“ Respondentka 53: „Bez víry v Boha bych to rozhodně nezvládla.“ Nebo respondent 38 „... při péči o nemocnou manželku jsem si mnohé uvědomil. Když několik týdnů umírala, úpěnlivě jsem prosil Boha, ať mi ještě dá příležitost vynahradit jí všechny nepěkné věci, které jsem jí kdy řekl nebo udělal. Vyslyšel mě, uzdravil ji, vrátil mi ji. Občas se mi nedaří svoje tehdejší předsevzetí naplňovat, ale vztah k Bohu mi pomáhá znovu usilovat, důvěřovat v Boha i v sebe ...“.

O postavení diskursu spirituality v sociální práci pojednává ve svém článku v časopisu Sociální práce/Sociální práce<sup>1</sup> Jan Kaňák. Text je velmi přehledný, ucelený, nabízí přehled různých kontextů, dává mnoho podnětů k zamyšlení. Pokud bychom hledali odrazový můstek pro téma spirituality v sociální práci, myslím, že bychom jistě mohli začít zde.

Dovolím si citovat alespoň jeho závěr.

Jak se tedy vyvíjelo postavení diskursu spirituality v sociální práci? Stručně řečeno stál diskurs spirituality v „pozici sociální práce“ především na jejím počátku. Do sociální práce se pak vrací postupně od osmdesátých let minulého století, či v případě českém od roku 1990. První změna postavení diskursu spirituality byla zřejmě dána potřebou definovat sociální práci jako profesní aktivitu postavenou na vědeckých základech. Akceptací spirituality by byla, zřejmě, ohrožena budovaná profesionalita sociální práce jako vědecké i praktické disciplíny. Druhý posun byl zřejmě umožněn postupným přechodem od objektivistického uchopení světa, i vědy, směrem ke konstruktivismu. V „pozici sociální práce“ se pak tato změna projevila možností přítomnosti více diskursů, přičemž jedním z nich byl i diskurs spirituality. Periodizace vztahu diskursu

---

<sup>1</sup> [http://www.socialnirace.cz/soubory/sp4-2015\\_web\\_m-161102120026.pdf](http://www.socialnirace.cz/soubory/sp4-2015_web_m-161102120026.pdf)

spirituality a diskursu vědeckosti v sociální práci, tak jak ji nabízejí Canda a Furman (2010), ovšem nevyhovuje zcela českému kontextu. Zdá se, že vývoj postavení diskursu spirituality by bylo možné (s výjimkou před-kolonizačního období) popisovat obdobně, jak to činí zmínění autoři, až do roku 1948. Tehdy do vzájemného vztahu mezi spiritualitou a sociální prací zasáhla výrazná změna politická. Přestože k ustoupení doktríny komunismu došlo až po roce 1989, nelze v tomto období ihned mluvit o vzrůstajícím zájmu o diskurs spirituality, který by byl chápán jako vhodný pro sociální práci. V období do roku 2008 se spíše akcentoval diskurs vědeckosti s tendencí profilovat sociální práci jako odbornou disciplínu. Po monotematickém čísle časopisu Sociální práce / Sociálna práca v roce 2008 na téma duchovních rozměrů v sociální práci se jeví, že je diskurs spirituality postupně navracen do „pozice sociální práce“, jakkoliv se neseťkává s všeobecným přijetím. Zdá se, že pro některé autory a autorky je zapojení spirituality do sociální práce možné a je možné jej zkoumat v kontextu pomoci klientům a klientkám v jejich „reflexivním životním zvládnání“ (Navrátil, 2009:36). Neagoe (2013:316) z anglo-americké perspektivy podotýká, že se zdá „že není žádný dobrý důvod, proč by sociální pracovníci neměli mít volnost volby, zda zahrnout spirituální a náboženské elementy [...] jako část poskytování sociálních služeb v závislosti na tom, jestli jsou tyto elementy vyžadovány klienty a jestli jsou pracovníci kvalifikováni v poskytování spirituální asistence“. V kontextu českém se toto tvrzení zdá být příliš odvážné. Závěrem je nutné upozornit, že tyto teze platí pro euro-americký kontext a mimo něj své platnosti mohou pozbývat. Příkladem může být situace v Ghaně, kde v kontextu sociální práce působí jak profesionální sociální pracovníci, tak „tradiční aktéři pomoci“ (Avendal, 2011:6) zároveň, přičemž první z nich se opírají o vědecký diskurs, zatímco tradiční aktéři se vztahují ke spirituálnímu a náboženskému rámci. Zdá se, že tyto dva sub-světy koexistují vedle sebe. Stejně tak je potřeba znovu zdůraznit, že jsem hledal odpověď na výše položenou otázku pouze v kontextu „pozice sociální práce“, jež se může výrazně odlišovat od individualizovaných „pojetí sociální práce“, stejně jako od „dělání sociální práce“. (KAŇÁK, 2015)

Závěrem bych ráda zmínila dvě nejznámější církevní organizace, které se věnují sociální práci a jejichž snahou je i podpora neformálních pečujících o seniory.

V České republice je největší církevní charitativní organizací Česká katolická charita. Charita ČR není jednotnou institucí s hierarchickou strukturou, je spíše obdobou



profesní či podnikatelské asociace, tedy zájmového svazu s centrálou, poskytující jednotlivým přidruženým členům specifické služby a hájící jejich společné zájmy. Celkem jde o zhruba 300 nezávislých subjektů jednotlivých charitních organizací, víceméně volně přidružených k různým institučním strukturám římskokatolické církve, z nichž každá má vlastní náplň práce, svébytný způsob řízení a samostatné vícezdrojové financování.

Diakonie českobratrské církve evangelické je rozsahem druhou největší po katolické Charitě. Kromě klasické charitativní či diakonické činnosti poskytuje i humanitární a rozvojovou pomoc přeshraničně. Takřka všechny další protestantské církve však mají také své organizace nazvané zpravidla Diakonie (metodisté, baptisté, evangelíci augspurského vyznání, církev bratrská atd.). Diakonie se však mohou jmenovat i jednotlivá konkrétní zařízení poskytující podobné služby.

Církve nejen konají charitativní a diakonickou činnost, ale zapojily se také do moderního způsobu vzdělávání pracovníků, kteří v podobných službách mohou působit jako kvalifikovaní profesionálové. U nás se jedná většinou o obory nazvané charitativní, diakonická či humanitární činnost, pastorační práce, sociální práce a sociální pedagogika. Sociální práce případně sociální pedagogika – v rozmanitých podobách, například v kombinaci s veřejnosprávní činností, zdravotnictvím, psychosociálním poradenstvím apod. – se na těchto církvemi formovaných učilištích studuje v těsné souvislosti s akademicky provozovanou teologií i s jejími církevními (duchovenskými, kněžskými) aplikacemi a s nezbytnou mírou pomocných a podpůrných předmětů, jako je filozofie, etika, psychologie, sociologie apod. (ŠILER, 2017)

## **2.5 Korelace spirituality a zvládání zátěže**

Při studiu problematiky jsem našla velké množství výzkumů, které se zabývaly spiritualitou neformálních pečujících v souvislosti se zvládáním zátěže, které jsou vystaveni během pečování o nemocné nebo nesoběstačné rodinné příslušníky.

Za všechny uvedu tři zahraniční studie a jejich výsledky.

### 2.5.1 Zahraniční studie č. 1

Tato první studie „Zkoumání spirituality rodinných pečovatelů u pacientů s primárními maligními nádory mozku přes trajektorii nemoci“ (Exploring Spirituality in Family Caregivers of Patients With Primary Malignant Brain Tumors Across the Disease Trajectory) probíhala na území Jihozápadní Pensylvánie u vzorku 50-ti rodinných pečovatelů pacientů s primárními maligními mozkovými nádory (PMBT). (NEWBERRY, 2013)

Data byla shromážděna od pečujících pacientů městské ambulantní neurochirurgie nebo onkologické kliniky do jednoho měsíce od stanovení diagnózy a v průběhu dalších osmi měsíců na základě vyplněných dotazníků. Údaje z osmiměsíčního sledování byly základem pro analýzu, a to vzhledem ke stavu tumoru a odpovědi na léčbu. Oslabení zkoumaného vzorku nastalo, když příjemce péče zemřel nebo bylo výzkumnému týmu sděleno, že pečovatelé nechtějí pokračovat v účasti na projektu. Pečovatelé byli považováni za vhodné respondenty, pokud byli neprofesionální (tj. poskytovali neplacené služby), ve věku 21 let nebo starší, měli pravidelný a spolehlivý přístup k telefonu, uměli číst a mluvit anglicky a nepečovali o žádnou další osobu (s výjimkou dětí mladších 21 let).

Příjemci péče byli do výzkumu zařazeni, pokud byli diagnostikováni s PMBT a byli starší 21 let.

V době analýzy bylo 129 respondentů osloveno výzkumnými pracovníky a 76 z nich souhlasilo s účastí na výzkumu. U padesáti respondentů byl dokončen výzkum dle plánu po dobu 8 měsíců a byli zahrnuti do aktuální studie.

Výzkumní pracovníci prováděli osobní nebo telefonní hovory s pečovateli, každý trval 60-90 minut. Rozhovory probíhaly v neurochirurgii kliniky nebo v domovech pečovatelů a příjemců péče. Členové výzkumného týmu provedli rozhovor s pečovatelem odděleně a sbírali informace týkající se věku, pohlaví, úrovně vzdělání, etnického původu, příjmu, informace o psychologickém fungování pečovatele. Pro měření deprese byla použita čtyřbodová Likertova škála, aby bylo zřejmé, jak často pečovatelé zažili příznaky jako obtížné soustředění, pocit strachu, osamělosti. Úzkost byla měřena pomocí pětibodové stupnice Likertova typu. Jednotlivé položky byly

sčítány, aby vytvořily celkové skóre, přičemž vyšší skóre představovalo větší úzkost. Sociální podpora byla měřena pomocí vnímání účastníků o dostupnosti tří typů sociální podpory – hmotná sociální podpora, vnímaná dostupnost jiné blízké osoby, s níž může pečující diskutovat o problémech, vnímaná dostupnost lidí se stejným problémem.

Spiritualita byla hodnocena pomocí stupnice Likertova typu 0-4. Vyšší výsledné skóre prokázalo vyšší úroveň spirituality.

Výsledky současné analýzy chování pečovatele v průběhu 8 měsíců ukázaly, že kvalita vztahu u spirituálně založených účastníků výzkumu zůstává v průběhu celého roku relativně stabilní. Toto zjištění je smysluplné s ohledem na stresory a změny, ke kterým dochází během osmi měsíců léčby, jako je chemoterapie, ozařování a potenciální opakovaný výskyt nádorů, smrt. Depresivní symptomy a úzkosti byly nižší ve spojení s vyšší úrovní spirituality.

Naopak pečovatelé s nízkou úrovní spirituality byli vystaveni vysoké úrovni zátěže, úzkosti a stresu napříč trajektorií nemoci svého blízkého. Bylo zjištěno, že emocionální i fyzické zdraví těchto pečovatelů může být ohroženo, což může negativně ovlivnit jejich schopnost poskytovat kvalitní péči a ohrožuje fungování celé rodiny.

Ze studie vyplynuly následující důsledky pro výzkum. Analýza se zaměřila pouze na pečovatele příjemců péče, kteří ještě žili osm měsíců po stanovení diagnózy. Navíc studie hodnotila spíše úroveň spirituality než náboženství. Proto by se budoucí výzkum měl zaměřit na větší pochopení jiných pojmů (např. množství modliteb za den, účast na bohoslužbách). Kliničtí lékaři by se měli snažit lépe porozumět ostatním formám pomoci, spojených s vnímáním spirituality, jako např. psychosociální podpůrné skupiny, meditace a pastorační péče.

### **2.5.2 Zahraniční studie č. 2**

Druhá studie pod názvem Role náboženství / Spirituality pro rakovinou trpící pacienty a jejich pečovatele (The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers) zkoumala strategii zvládnání zátěže pečovatelů. (WEAVER Andrew J., 2004)

Lidé se vyrovnávají se stresem různými způsoby.

Bylo provedeno rozdělení do dvou typů způsobu zvládnání zátěže:

- aktivní zvládnání nebo řešení problémů
- pasivní nebo vyhýbavé zvládnání

Tento výzkum objevil, že náboženská víra a spiritualita jsou spojeny s aktivním zvládnáním stresu, nikoli s vyhýbavou strategií zvládnání. Jedna studie byla provedena v New Yorku, druhá v Jeruzalémě. Byla prokázána stejná míra sebehodnocení, stejný styl zvládnání a stejné náboženské víry a praktiky. V obou studiích bylo skóre systémů víry významné, byly zjištěny pozitivní korelace s aktivními kognitivními metodami zvládnání, dokonce i po změně demografických proměnných a stadia rakoviny.

Tato studie podporuje názor, že modlitba může sloužit jako prostředek uklidňující negativní emoce jako hněv, deprese a strach z nemoci.

Rodinní pečovatelé pacientů s rakovinou často čelí značnému riziku fyzického, sociálního a emocionálního strádání.

Výsledky výzkumu naznačují, že rodinní příslušníci, kteří mají větší náboženské cítění, zvládají lépe roli pečovatele. To může být zčásti způsobeno skutečností, že náboženské komunity podporují systémy víry odpovědnosti a soucitu, které pravděpodobně pomáhají osobám pečujícím vykonávat emocionálně náročnou práci péče o druhé.

Závěry studie byly následující. Lékaři musí mít na paměti výzkum, který dokazuje, že náboženská víra a duchovní praktiky mohou být pro mnohé užitečné. Nejen pro pacienty, ale i jejich pečovatele, kteří se vyrovnávají s dopadem onemocnění svého bližního rakovinou. Medicína musí tyto vědecké poznatky dále zahrnout do klinické praxe na podporu lepší péče o pacienty.

### **2.5.3 Zahraniční studie č. 3**

Ve třetí studii pod názvem „Role náboženství / spirituality ve zvládnání péče o nemohoucí seniory“ (The Role of Religion/Spirituality in Coping With Caregiving for Disabled Elders) (BEI-HUNG CHANG, 1998) autoři zkoumali faktory, které ovlivňují a jsou ovlivňovány duchovním zaměřením těch, kteří se starají o zdravotně postižené seniory. Tato studie zkoumala, jak duchovní zaměření souviselo se specifickými podmínkami péče a s psychologickou úzkostí u 127 neformálních pečujících zdravotně

postižených a nemohoucích seniorů. Podpora byla nalezena pro hypotézu, že duchovní zaměření ovlivňuje úzkost pečovatele nepřímo prostřednictvím kvality vztahu mezi pečovatelem a příjemcem péče. Pečovatelé, kteří uvedli, že náboženské nebo duchovní přesvědčení jim pomohlo zvládnout pečovatelskou roli, měli lepší kvalitu vztahu s příjemci péče, která byla následně spojena s nižší úrovní deprese a nižší úrovní ponoření do role pečovatele. Navrhovaný a testovaný konceptuální model jako takový byl užitečný s ohledem na pochopení vztahu mezi zvládnáním zátěže a situacemi, jakými je v této fázi stresového procesu ovlivněna kvalita vztahů. Vzhledem k tomu, že studium náboženství a spirituality je stále více rozšířenější, je důležité analyzovat, jak a kdy ovlivňuje životy lidí, zejména proto, že jeho účinky na utrpení pravděpodobně nejsou všudypřítomné. Tato studie poskytla užitečné, i když předběžné důkazy o tom, že náboženství hraje rozhodující úlohu při udržování lidských vztahů, které jsou často napjaté každodenními realitami a potřebami poskytování a přijímání péče. Kromě své předběžné povahy měla studie několik omezení, která mohou omezit zobecnitelnost zjištění. Za prvé, ve studijním vzorku byl výběr zkreslen. Přestože senioři byli velmi invalidní, mohli být méně postiženi a mít menší pravděpodobnost problémového chování, než ti, kteří byli vyjmuti z následného sledování, například kvůli umístění v nemocnici nebo v domě s pečovatelskou službou. Stejně tak mohli být pečovatelé psychicky zdravější a mohli mít lepší adaptační dovednosti než ti, kteří se role vzdali. Například následná analýza potvrdila, že pečovatelé, kteří zůstali v poslední vlně studie, uvedli nižší úroveň ponoření do role v dřívější fázi studie než ti, kteří později vypadli. Druhým omezením bylo, že do návrhu studie nebylo zahrnuto komplexnější náboženské zkoumání. Ačkoliv se v rámci výzkumu příležitostně využívají náboženská / spiritualistická opatření, budoucí práce by měla v těchto jednosměrných opatřeních věnovat velkou pozornost míře náboženské účasti. Za třetí, pečovatelé této studie byli převážně bílé rasy. Nedostatek rasové / etnické rozmanitosti ve vzorku respondentů může ovlivňovat účinky religiozity / spirituality na psychologickou úzkost pečovatele. Navzdory těmto omezením tato studie ukázala hodnotu začlenění aspektů „faktoru víry“ do výzkumu v oblasti péče, zejména proto, že se tyto otázky týkají kvality vztahu mezi příjemci péče a poskytovateli péče. Z výsledků vyplývá, že náboženské a duchovní přesvědčení pečovatelů jsou důležitými faktory v chápání jejich úzkosti, adaptace a zkušeností ze stresového procesu a kvalita vztahu je kritickým bodem této problematiky. Výsledná zjištění jsou relevantní i pro odborníky, kteří pracují přímo se

zdravotně postiženými seniory a jejich neformálními pečovateli. I když by nemuselo být žádoucí nebo proveditelné povzbuzovat pečovatele, aby se stali věřícími, psychosociální intervence by jim mohly pomoci spojit jejich systémy víry s praxí. Tento proces by mohl být usnadněn spoluprací pečovatele s náboženskými představiteli nebo organizacemi. (BEI-HUNG CHANG, 1998)

V praktické části mé diplomové práce jsem provedla komparaci některých společných proměnných z této zahraniční studie s výsledky z provedeného dotazníkového šetření, především vnímání míry zátěže pečujících, porovnání míry jejich deprese, ponoření do role pečovatele, a to v souvislosti s jejich duchovním zaměřením / spiritualitou.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 3 Výzkum

V této kapitole uvádím, jaké metody a prostředky jsem použila při výzkumném šetření. Vzhledem k tomu, že se s problematikou pečujících a jejich často neúměrnou zátěží setkávám nejen v profesní, ale i v osobní rovině, bylo pro mě téma, které zkoumá souvislost víry a spirituality s vnímáním zátěže pečujících, velmi zajímavé. Na pečující při jejich každodenní nelehké práci působí značné množství stresorů, které ovlivňují negativně jejich zdraví. Proto je velmi důležité, aby pečující hledali nějaké úlevné mechanismy, které jim jejich úděl ulehčí a pomohou jim ho lépe zvládat. Tímto výzkumem jsem chtěla zjistit, zda právě víra nebo spiritualita, může být pro pečující prostředkem pro snadnější zvládání jejich pečovatelské zátěže.

### 3.1 Cíl výzkumu, výzkumná otázka, hypotézy

Cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají neformální pečující o seniory souvislost mezi zátěží péče a svou spiritualitou. Při stanovení hypotéz jsem se inspirovala zahraničními studii, která zkoumá roli náboženství a spirituality při zvládání péče neformálními pečujícími o postižené seniory (BEI-HUNG CHANG, 1998).

Pro dosažení vytyčeného cíle diplomové práce jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky. Ke každé výzkumné otázce jsem stanovila jednu nulovou a jednu alternativní hypotézu pro případ, že by se nulová hypotéza nepotvrdila.

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

#### **Vnímají neformální pečující o seniory souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou?**

H<sub>01</sub>: Neformální pečující vnímají souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou

H<sub>A1</sub>: Neformální pečující nevnímají souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou

Hypotéza bude potvrzena nebo vyvrácena pomocí indikátorů, které měří zátěž spojenou s pečováním (otázky z dotazníku č. 20 a 21) a indikátorů, které měří míru spirituální pohody (otázky č. 23 až 42). Míra zátěže je měřena otázkami převzatými ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998). První indikátor zjišťující zátěž pečovatele měří

formou pěti otázek míru deprese pečujících a formou dalších pěti otázek míru jejich ponoření do role pečovatele. Přičemž jsou respondentům nabídnuty čtyři alternativy odpovědi na každou z těchto otázek podle míry vnímání této zátěže. Míra spirituální pohody je měřena pomocí škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982). Ta obsahuje 10 otázek zaměřených na náboženskou pohodu a 10 otázek zaměřených na existenciální pohodu. V rámci každé otázky je nabídnuto šest alternativ odpovědi podle míry vnímání náboženské nebo existenciální pohody.

### **Dílčí výzkumné otázky:**

#### **Jakou úroveň spirituální pohody neformální pečující zažívají?**

Pro odpověď na tuto výzkumnou otázku jsem stanovila následující hypotézu.

H<sub>02</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících cítí vysokou nebo střední úroveň spirituální pohody

H<sub>A2</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících cítí nízkou úroveň spirituální pohody

#### **Jak neformální pečující vnímají zátěž, spojenou s pečováním?**

H<sub>03</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících vnímá zátěž spojenou s pečováním jako vysokou

H<sub>A3</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících nevnímá zátěž spojenou s pečováním jako vysokou

#### **Zvládají věřící pečující zátěž spojenou s poskytováním péče lépe než nevěřící pečující?**

H<sub>04</sub>: Věřící pečující zvládají zátěž spojenou s pečováním lépe než nevěřící pečující

H<sub>A4</sub>: Věřící pečující nezvládají zátěž spojenou s pečováním lépe než nevěřící pečující

## **3.2 Popis použitých metod**

Vzhledem k předpokladu získání dat od většího počtu respondentů, jsem se rozhodla pro kvantitativní vyhodnocení získaných dat, které lze také lépe porovnávat na obdobné výzkumy – v mém případě na zahraniční studii s analogickým tématem (BEI-HUNG CHANG, 1998).



### 3.2.1 Dotazníkové šetření

Pro získání dat byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje celkem 42 otázek a většina z nich je uzavřeného typu, přičemž 8 otázek je dichotomických, nabízejících dvě varianty odpovědí ano/ne. Ostatní uzavřené otázky jsou polytomického typu, s možností výběru pouze jedné varianty odpovědi. U tří otázek je možnost výběru více alternativ odpovědí (č. 2, 7, 13) a u těchto otázek je na tuto skutečnost respondent upozorněn. Jedna otázka je polouzavřeného typu, kde má respondent možnost doplnit nabídnuté varianty ještě jinou odpovědí (č. 19). Do dotazníku jsem také umístila 7 demografických otázek. V závěru dotazníku jsem ponechala respondentovi prostor na možnost sdělit ještě něco nad rámec položených otázek, například co respondent nejvíce trápí, nebo sdělení osobního příběhu. Této možnosti využilo celkem 28 respondentů a jsem velmi ráda za tuto zpětnou vazbu.

Položky v dotazníku pocházejí ze tří různých zdrojů. Jednu část tvoří mé vlastní otázky (č. 1-4, 8-15, 17-18), které jsem do dotazníku vložila na základě své sociálně-pracovní praxe. Další část tvoří položky převzaté ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998) (č. 5-7, 16, 21-22), poslední část položek je převzata ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982) (č. 23-42). Graficky jsem v dotazníku všechny tři sady otázek propojila a výsledná podoba je k dispozici v příloze. Položky převzaté ze zahraniční studie jsem do dotazníku vložila za účelem porovnání mých zjištění na výsledky této studie, neboť se jedná o podobnou problematiku a komparace by mohla být vzhledem k řešenému tématu zajímavá. K většině proměnným ze zahraniční studie jsem dohledala specifické externí testy, které vypovídají o způsobu hodnocení každé položky. Ke stejnému způsobu hodnocení jsem přistoupila i u příslušných položek z dotazníkového šetření, aby bylo možné provést komparaci na zahraniční studii. Nepodařilo se mi dohledat podklady k jedné proměnné, která měří kvalitu vztahu mezi zahraničním pečujícím a příjemcem péče. Proto jsem tuto položku do dotazníku ze zahraniční studie nepřevzala a kvalitu vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče vyhodnocuji samostatně v rámci položek, které jsem do dotazníku vložila sama.

Vzhledem k mé praxi v sociální oblasti jsem při rozesílání dotazníků využila svých kontaktů na sociální pracovníky, kteří mi pomohli s distribucí dotazníků pečujícím, kteří se v domácím prostředí starají o seniora. Část dotazníků byla zaslána e-mailem, část

poštou a odkaz na elektronickou formu dotazníku jsem umístila na sociálních sítích a požádala jsem o umístění dotazníku na webových stránkách organizací se zaměřením na sociální oblast, které se zabývají podporou neformálních pečujících.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 26. 8. 2019 do 23. 9. 2019. Vrátilo se 135 kompletně vyplněných dotazníků. Tři dotazníky nesplňovaly kritérium seniorského věku příjemce péče (65 let a více) a jeden dotazník nesplňoval kritérium laického pečujícího, ale jednalo se v tomto případě o profesionálního pečujícího. Proto byly tyto čtyři dotazníky z výzkumu vyloučeny. Do výzkumu bylo zařazeno zbylých 131 dotazníků, které splňovaly všechna zadaná kritéria.

### **3.2.2 Matice dat a jejich operacionalizace**

Matici získaných dat tvoří 131 respondentů a jejich odpovědi na 42 otázek z dotazníku. Tato data byla zaznamenána do tabulkového procesoru MS Excel, přičemž v řádcích jsou zaznamenáni respondenti v posloupné časové řadě, podle toho, kdy odevzdali vyplněný dotazník. Ve sloupcích jsou v první fázi zaznamenány jejich odpovědi na všechny otázky. V rámci druhé fáze bylo každé odpovědi přiřazeno bodové ohodnocení ve škále, která odráží jejich intenzitu. Obecně otázky vztahující se k zátěži byly hodnoceny v závislosti na intenzitě této zátěže (čím větší zátěž, tím vyšší bodové hodnocení) a otázky vztahující se k zjištění úrovně spirituální pohody v závislosti na míře této pohody (čím větší pohoda, tím vyšší bodové hodnocení). Jako doplňující jsou v dotazníku otázky zabývající se vztahem mezi pečujícím a příjemcem péče. Tyto otázky byly hodnoceny v závislosti na intenzitě tohoto vztahu (čím lepší vztah, tím vyšší bodové hodnocení). Podrobnější popis a bodové hodnocení těchto znaků uvádím dále.

#### **1. Kolik času věnujete pečování?**

Čas strávený pečováním s jeho růstem zvyšuje zátěž pečujícího, proto byla zvolena škála 1 – 4, od nejnižší časové zátěže po nejvyšší.

	Body
Pečuji každý den - celodenně	4
Pečuji každý den - část dne	3
Pečuji několikrát v týdnu	2
Pečuji několikrát v měsíci	1

## 2. Pečujete sám / sama?

K této otázce byly přiřazeny 4 odpovědi, ale existovala možnost označení více odpovědí zároveň. Ze zaslaných dotazníků jsem vybrala všechny kombinace odpovědí a přiřadila k nim bodovou zátěž od 1 do 4. Jako nejvyšší zátěž jsem ohodnotila situaci, kdy je pečující na svou péči o seniora zcela sám a přiřadila jí 4 body. Druhou nejvyšší zátěž, ohodnocenou 3 body, spatřuji v případě, kdy s péčí pomáhá známý. V případě, když pomáhá jiný příbuzný, je podle mého názoru zátěž nižší, než když pomáhá známý, proto jsem tuto situaci ohodnotila 2 body. Rodinné vztahy v takovýchto případech, kdy je potřeba věnovat odpovídající péči seniorovi, bývají stabilnější a spolehlivější, i když to nemusí být vždy pravidlem. A nejnižší bodové hodnocení jsem přiřadila k ostatním případům, tedy kdy pečujícímu pomáhá profesionální pečovatel, nebo je pomoc kombinovaná dalšími druhy pomoci.

	<i>Body</i>
Ano	4
Ne, pomáhá mi známý	3
Ne, pomáhá mi jiný příbuzný	2
Ne, pomáhá mi profesionální pečovatel	1
Ne, pomáhá mi jiný příbuzný, Ne, pomáhá mi profesionální pečovatel	1
Ne, pomáhá mi jiný příbuzný, Ne, pomáhá mi známý	1
Ne, pomáhá mi jiný příbuzný, Ne, pomáhá mi známý, Ne, pomáhá mi profesionální pečovatel	1

## 3. Kolik let nebo měsíců již pečujete?

V odpovědích na tuto otázku byly velké rozdíly, pečující udávali dobu péče od 1 měsíce po 18 let. Vzhledem k tak velkému rozpětí a k nízké četnosti krajních hodnot, jsem data rozdělila do 4 níže uvedených skupin. Péči nad 5 let jsem ohodnotila nejvyšším bodovým hodnocením a naopak do 1 roka nejnižším.

	<i>Body</i>
Nad 5 let	4
Nad 3 roky do 5 let	3
Nad 1 rok do 3 let	2
Do 1 roka	1

#### **4. Žijete s opečovávaným v jedné domácnosti?**

V této otázce byly nabídnuty pouze dvě odpovědi (ano / ne). V případě, že sdílí pečující jednu domácnost s příjemcem péče, přiřadila jsem nižší zátěž (1 bod). V případě, že příjemce péče má jiné bydliště, přiřadila jsem vyšší zátěž (2 body). K tomuto postupu mě vedla zkušenost, že v případě společného bydliště vzniká časová úspora s případným dojížděním, kterou pečující může využít jinak. A tím pádem může být i jeho zátěž posuzována jako nižší, než u dojíždění, které s sebou nese kromě časové ztráty i další negativa (např. ekonomickou zátěž).

#### **5. Trpí opečovávaný kognitivní poruchou?**

Jedná se o další typ otázky s možnostmi ano / ne. Ke kladným odpovědím jsem přiřadila vyšší míru zátěže (2 body), k záporným nižší (1 bod). Tato otázka se vyskytuje i v zahraniční studii (BEI-HUNG CHANG, 1998), ale ve výsledku je uvedena pouze relativní četnost seniorů, kteří tuto podmínku splňují. Proto jsem nemohla převzít bodové ohodnocení ze zahraničního zdroje a vytvořila vlastní bodovou škálu.

#### **6. Měl opečovávaný v poslední době problémy v oblasti chování?**

Jedná se o stejný případ jako v otázce 5, včetně zmínky o zahraniční studii. Zde jsem tedy opět použila v případě kladné odpovědi bodové hodnocení vyšší (2 body) a v případě záporné odpovědi bodové hodnocení nižší (1 bod).

#### **7. Které z uvedených činností nezvládá opečovávaný bez pomoci?**

Tato otázka byla převzata ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998), ale pro lepší pochopení respondenta byla přeformulována tak, aby na ni bylo snadné odpovědět. V zahraniční studii byla touto otázkou zkoumána míra postižení seniora, tedy zda měl problémy při vykonávání všedních denních činností týkajících se domácnosti a při péči o sebe sama. Tyto činnosti byly rozděleny do dvou skupin. V jedné skupině byly zahrnuty činnosti ohledně péče o domácnost (příprava jídla, domácí práce). Tato skupina byla označena jako IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Tato skupina vyznačuje vyšší soběstačnost seniora. Do druhé skupiny označené jako ADL (Activities of Daily Living) byly zařazeny tři běžné činnosti – osobní hygiena, oblékání a chůze po schodech. Zahraničními výzkumníky bylo identifikováno 5 úrovní postižení.

	<i>Body</i>
Tři problémy ADL a jakýkoli problém IADL	5
Dva problémy ADL a jakýkoli problém IADL	4
Jeden problém ADL a jakýkoli problém IADL, nebo dva problémy ADL a žádný IADL	3
Jeden problém ADL a žádný problém IADL	2
Žádný problém ADL a žádný problém IADL	1

V dotazníku byly pro zjednodušení nabídnuty následující možnosti odpovědí, přičemž bylo možné označit i více z nich. Obecný výraz „domácí práce“ byl nahrazen konkrétnějším výrazem „úklid“. První tři odpovědi spadají do skupiny ADL a poslední dvě do skupiny IADL.

- Osobní hygiena (ADL)
- Oblékání (ADL)
- Chůze po schodech (ADL)
- Příprava jídla (IADL)
- Úklid (IADL)

Následně byla zpracována množina všech kombinací odpovědí a byla jim přiřazena bodová hodnota podle podmínek zahraniční studie.

	<i>Body</i>
Osobní hygiena, Oblékání, Chůze po schodech, Příprava jídla, Úklid	5
Osobní hygiena, Oblékání, Chůze po schodech	5
Osobní hygiena, Oblékání, Chůze po schodech, Úklid	5
Osobní hygiena, Chůze po schodech, Příprava jídla, Úklid	4
Osobní hygiena, Oblékání, Příprava jídla, Úklid	4
Oblékání, Chůze po schodech, Příprava jídla, Úklid	4
Osobní hygiena, Chůze po schodech, Úklid	4
Úklid	3
Osobní hygiena, Příprava jídla	3
Chůze po schodech, Příprava jídla, Úklid	3
Osobní hygiena, Příprava jídla, Úklid	3
Příprava jídla	3
Příprava jídla, Úklid	3
Osobní hygiena, Chůze po schodech	3
Chůze po schodech, Úklid	3
Oblékání, Příprava jídla, Úklid	3
Oblékání, Chůze po schodech	3
Chůze po schodech	2

## **8. Využívá opečovávaný některou ze sociálních služeb, která zároveň ulehčuje Vaše pečování?**

V této otázce jsou opět nabídnuty pouze dvě možnosti odpovědi (ano / ne). V případě, že opečovávaný využívá některou ze sociálních služeb, je zátěž pečujícího nižší (1 bod) a pokud ne, tak je zátěž pečujícího naopak vyšší (2 body).

## **9. Jak zvládáte pečování po fyzické stránce?**

Odpovědi jsou hodnoceny v třístupňové škále, která odráží stupeň zátěže podle míry obtíží.

	<i>Body</i>
S velkými obtížemi	3
S mírnými obtížemi	2
Bez problémů	1

## **10. Jak zvládáte zátěž spojenou s pečováním po psychické a emoční stránce?**

Odpovědi na tuto otázku jsou totožné jako u otázky č. 9, tedy i jejich hodnocení je stejné. Odpovědi „S velkými obtížemi“ je přiřazeno nejvyšší bodové hodnocení (3 body), odpovědi „S mírnými obtížemi“ je přiřazeno střední bodové hodnocení (2 body) a odpovědi „Bez problémů“ je přiřazeno nejnižší bodové hodnocení (1 bod).

## **11. Vyhledali jste někdy v průběhu pečování pomoc psychologa nebo psychiatra?**

Tato otázka patří mezi dichotomické otázky s variantou odpovědi ano / ne. Kladná odpověď vypovídá o vyšší zátěži pečujícího, který svou situaci musí řešit odbornou pomocí, proto je jí přiřazena hodnota 2 body. V opačném případě je zátěž pečujícího hodnocena jako nižší, tedy je odpovědi přiřazen 1 bod.

## **12. Věříte v Boha?**

Tímto začíná blok otázek zaměřených na zjišťování víry pečujících a na míru jejich spirituality. V takto laděných otázkách bude vyšší bodové hodnocení znamenat vyšší míru spirituality, proto je ke kladné odpovědi přiřazeno bodové hodnocení 2 body a k záporné odpovědi bodové hodnocení 1 bod.

### **13. Co pro Vás znamená pojem spiritualita?**

Jedná se o otázku, u které je možnost zvolit více odpovědí. Odpovědi byly doplněny o příklady, aby i nevěřící člověk nebo někdo, kdo si pod pojmem spiritualita nedovedl do té doby nic představit, uměl některé své pocity správně zařadit.

První odpověď „Víru v Boha či jakoukoli duchovní činnost, která se vztahuje k náboženství nebo církevní praxi“ byla doplněna o příklady: „účast na mši svaté, komunitní setkávání, modlitba, zpověď, rozhovor s duchovním apod.“ Této odpovědi bylo přiřazeno nejvyšší bodové ohodnocení na škále 1-3, bez ohledu na to, zda respondent zvolil jen tuto první odpověď, nebo i některou z dalších (3 body).

Druhá odpověď „Jakoukoli duchovní činnost, která se nemusí nijak vztahovat k náboženství nebo církevní praxi“ byla doplněna o příklady: „pobyt v přírodě, meditace, četba tematických knih, rozhovor s blízkým o těžkostech, rozhovor s psychologem, umělecká tvorba – aktivní, i pasivní, volnočasové aktivity apod.“. Pokud respondent zvolil pouze tuto odpověď, případně označil i v pořadí třetí odpověď, bylo přiřazeno hodnocení 2 body.

Třetí odpovědi „Nevím“ byla přiřazena nejnižší hodnota, tedy 1 bod.

### **14. Jste věřící nebo se zabýváte spiritualitou odjakživa, či Vás k tomu nějakým způsobem přivedlo pečování?**

Odpovědi budou hodnoceny na škále 1-4. K různému hodnocení druhé a třetí odpovědi, které jsou zdánlivě obdobné, jsem přistoupila z toho důvodu, že druhá odpověď má pro tento výzkum větší význam, než odpověď třetí, kdy pečující dojde ke spiritualitě za jiných okolností, odlišných od problematiky pečování.

	<i>Body</i>
Víra nebo spiritualita je mi vlastní odjakživa	4
K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla v průběhu pečování	3
K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla za jiných okolností	2
Nejsem věřící/ Nezabývám se spiritualitou	1

**15. Je pro Vás v období pečování téma víry nebo spirituality důležitější než před ním?**

U této dichotomické otázky může respondent volit mezi dvěma možnostmi ano / ne. V případě kladné odpovědi je přiřazena vyšší bodová hodnota (2 body), v případě záporné odpovědi naopak nižší (1 bod).

**16. Pomáhá Vám Vaše víra nebo spiritualita ve zvládnání péče?**

Tato otázka i bodové hodnocení odpovědí jsou převzaty ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998).

	<i>Body</i>
Rozhodně ano	4
Spíše ano	3
Spíše ne	2
Rozhodně ne	1

**17. Jak vnímáte kvalitu vztahu s člověkem, o kterého pečujete?**

Tato proměnná měří kvalitu vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče. Čím lepší je kvalita vztahu, tím vyšší je bodové hodnocení. Do dotazníku byla zařazena z důvodu, že dobrá kvalita vztahu je spojená s nižší mírou deprese a tím i s lepším vnímáním celkové duchovní pohody.

	<i>Body</i>
Původně dobrý vztah se ještě více prohloubil	5
Máme dobrý vztah, který se nezhoršil ani vzhledem k zátěži spojené s pečováním	4
Původně dobrý vztah se mírně zhoršil	3
Neměli jsme nikdy dobrý vztah	2
Původně dobrý vztah se velmi zhoršil	1

**18. Myslíte si, že Vám Vaše víra nebo spiritualita pomohla nějakým způsobem tento vztah změnit či udržet?**

	<i>Body</i>
Ano, pomohla mi ho zlepšit	4
Ano, pomohla mi ho udržet	3
Ne, víra nebo spiritualita nemá na můj vztah s opečovávaným žádný vliv	2
Ne, víra nebo spiritualita mi nepomohla a naopak náš vztah ještě zhoršila	1



## 19. Co pro Vás osobně znamená pečování?

V této otázce je možnost výběru více odpovědí. Bodové hodnocení se přiřadilo podle nejlépe hodnocené odpovědi. Pokud například respondent zvolil některou z prvních čtyř možností, byly k jeho odpovědi přiřazeny 4 body. Naopak jedním bodem jsou hodnoceny poslední tři odpovědi, kdy pečování představuje pro pečující neúměrnou zátěž, pokání či trest. Pro odpověď „Jiné“ bylo zvoleno hodnocení 4 body, protože respondent zároveň uvedl svou vlastní variantu odpovědi a ve všech případech byly tyto odpovědi pozitivně laděné.

	<i>Body</i>
Dává mi pocit užitečnosti, naplnění, či poslání	4
Příležitost strávit s opečovávaným více času, možnost prohloubit vztah	4
Možnost něco opečovávanému oplatit	4
Jiné (jaké)	4
Samozřejmou povinnost	3
Nutnost, než se najde jiné řešení	2
Neúměrnou zátěž	1
Pokání	1
Trest	1

Následující dvě otázky i způsob jejich hodnocení jsou převzaty ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998). První otázka (č. 20) zkoumá míru ponoření do role pečovatele a všechny zkoumané znaky jsou negativně laděné, druhá otázka (č. 21) má za úkol změřit míru deprese. První tři znaky jsou zde negativně laděné, dva poslední naopak pozitivně. U nich bylo uplatněno inverzní bodování. Obě tyto otázky měří pečovatelskou zátěž.

## 20. Stalo se v průběhu Vašeho pečování:

	<i>Body</i>			
	Nikdy	Zřídka	Občas	Mnohokrát
a. Že jste si přál/a, abyste mohl/a vést svůj vlastní život	1	2	3	4
b. Že jste si připadal/a jako uvězněn/a nemocí opečovávaného	1	2	3	4
c. Že jste si přál/a od všeho utéct	1	2	3	4
d. Že jste ztratil/a povědomí o sobě samém	1	2	3	4
e. Že jste kvůli péči ztratil/a důležitou část sebe sama	1	2	3	4

Hodnocení otázky může nabývat hodnot 5-20.

### 21. Jak často jste v minulém týdnu:

	<i>Body</i>			
	Nikdy	1-2 dny	3-4 dny	5-7 dní
a. Cítil/a depresi	1	2	3	4
b. Plakal/a	1	2	3	4
c. Měl/a pocit, že Vás lidé nemají rádi	1	2	3	4
d. Měl/a radost ze života	4	3	2	1
e. Zažil/a pocit štěstí	4	3	2	1

Hodnocení otázky může nabývat hodnot 5-20.

### 22. Jste v kontaktu s nějakou organizací, která poskytuje podporu pečujícím?

Jedná se o dichotomickou otázku s možností volby ano / ne. Patří mezi otázky, které zkoumají pečovatelskou zátěž. Kladné odpovědi je přiřazen 1 bod, záporné odpovědi jsou přiřazeny 2 body.

### 23. – 42. Škála SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982)

Otázky č. 23 až 42 jsou převzaty ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982), včetně způsobu hodnocení odpovědí. Každá lichá otázka je zaměřena nábožensky a zkoumá tak náboženskou pohodu pečujících, každá sudá otázka je zaměřená na existenciální pohodu pečujících. Respondent volí ke každé otázce odpověď na šestibodové škále, od „Rozhodně souhlasím“ po „Rozhodně nesouhlasím“. Váhavá stanoviska jsou v prostřední části.

U pozitivně laděných otázek jsou k těmto odpovědím podle míry souhlasu či nesouhlasu přiřazovány body od 6 do 1, u negativně laděných otázek jsou přiřazovány body od 1 do 6. Čím vyšší bodové hodnocení je dosaženo, tím vyšší je míra duchovní pohody respondenta.

Tabulka 1: Bodové hodnocení škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982)

Otázka č.	Znění otázky	Pozitivní ladění ↑	Varianty odpovědí s bodovým ohodnocením (čím vyšší skóre, tím vyšší Well-Being)					
		Negativní ladění ↓	6 b. (1 b.) Rozhodně souhlasím	5 b. (2 b.) Souhlasím	4 b. (3 b.) Spíše souhlasím	3 b. (4 b.) Spíše nesouhlasím	2 b. (5 b.) Nesouhlasím	1 b. (6 b.) Rozhodně nesouhlasím
23.	Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje	↓	1	2	3	4	5	6
24.	Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji	↓	1	2	3	4	5	6
25.	Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně	↑	6	5	4	3	2	1
26.	Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost	↑	6	5	4	3	2	1
27.	Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy	↓	1	2	3	4	5	6
28.	Dělám si starosti ohledně své budoucnosti	↓	1	2	3	4	5	6
29.	Mám osobní smysluplný vztah s Bohem	↑	6	5	4	3	2	1
30.	Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem	↑	6	5	4	3	2	1
31.	Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory	↓	1	2	3	4	5	6
32.	Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá	↑	6	5	4	3	2	1
33.	Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy	↑	6	5	4	3	2	1
34.	Mnoho radosti v životě nezažívám	↓	1	2	3	4	5	6
35.	Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem	↓	1	2	3	4	5	6
36.	Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit	↑	6	5	4	3	2	1
37.	Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama	↑	6	5	4	3	2	1
38.	Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku	↓	1	2	3	4	5	6
39.	Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem	↑	6	5	4	3	2	1
40.	Život nemá příliš smysl	↓	1	2	3	4	5	6
41.	Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti	↑	6	5	4	3	2	1
42.	Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života	↑	6	5	4	3	2	1

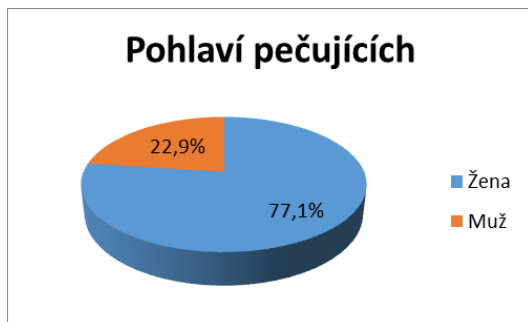
### 3.3 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen 131 neformálními pečujícími starajícími se o nesoběstačného seniora v jeho domácím prostředí. Tito respondenti splnili všechna zadaná kritéria pro zařazení do výzkumu. Podrobnější popis výzkumného souboru předvedu v následujících tabulkách a grafech.

Tabulka 2: Pohlaví pečujících

Pohlaví pečujících	Počet	%
Žena	101	77,1
Muž	30	22,9
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 1: Pohlaví pečujících

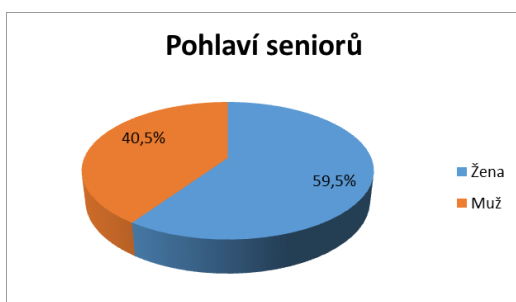


Většina neformálních pečujících jsou ženy, které jsou zastoupeny 77,1 %. Zbývajících 22,9 % pečujících je mužského pohlaví.

Tabulka 3: Pohlaví seniorů

Pohlaví seniorů	Počet	%
Žena	78	59,5
Muž	53	40,5
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 2: Pohlaví seniorů

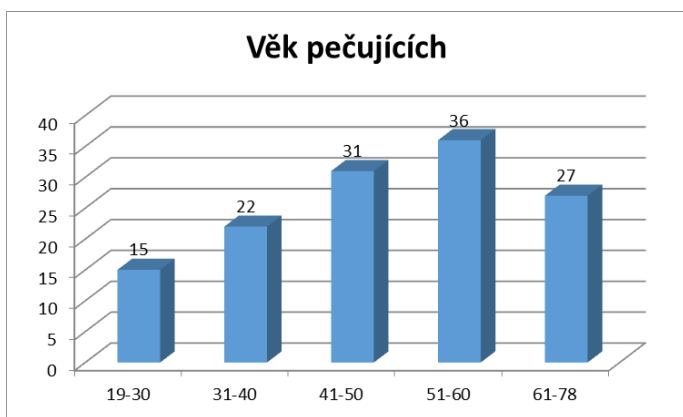


Příjemci péče jsou také z nadpoloviční většiny ženského pohlaví (59,5 %), zbývajících 40,5 % tvoří muži.

Tabulka 4: Věk pečujících

Věk pečujících	Počet	%
19-30	15	11,5
31-40	22	16,8
41-50	31	23,7
51-60	36	27,5
61-78	27	20,6
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 3: Věk pečujících

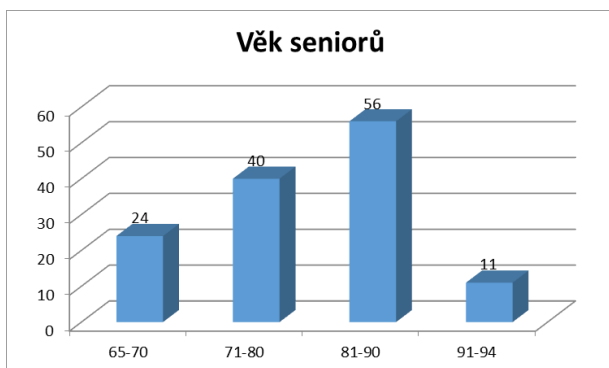


Věk pečujících ve statistickém souboru je od 19 let do 78 let. Průměrný věk je 48 let. Nejvíce je zastoupena kategorie v rozmezí 51 až 60 let, a sice 27,5 %. Druhou největší skupinu pečujících tvoří věková kategorie od 41 do 50 let (23,7 %) a třetí skupinu v pořadí věková kategorie 61 až 78 let (20,6 %).

Tabulka 5: Věk seniorů

Věk seniorů	Počet	%
65-70	24	18,3
71-80	40	30,5
81-90	56	42,7
91-94	11	8,4
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 4: Věk seniorů

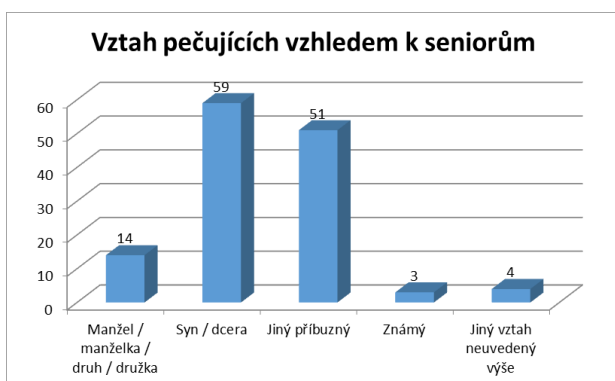


Příjemci péče jsou ve výzkumném souboru ve věkovém rozmezí od 65 do 94 let. Průměrný věk je 79 let. Největší kategorii (42,7 %) tvoří senioři ve věku 81-90 let, druhou největší skupinou jsou senioři ve věkovém rozmezí 71-80 let (30,5 %).

Tabulka 6: Vztah pečujících vzhledem k seniorům

Vztah	Počet	%
Manžel / manželka / druh / družka	14	10,7
Syn / dcera	59	45,0
Jiný příbuzný	51	38,9
Známý	3	2,3
Jiný vztah neuvedený výše	4	3,1
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 5: Vztah pečujících vzhledem k seniorům



Největší skupinu pečujících tvoří potomci seniorů (45,0 %) a další významnou skupinou v roli pečujících jsou jiní příbuzní (38,9 %). Jen 10,7 % tvoří partneři příjemců péče. Jiní příbuzní mohou být ve vztahu vnučka / vnuk, snacha / zeť, neteř / synovec a další.

Tabulka 7: Zastoupení jednotlivých krajů

Kraj	Počet	%
Hlavní město Praha	7	5,3
Středočeský kraj	3	2,3
Jihočeský kraj	2	1,5
Plzeňský kraj	1	0,8
Karlovarský kraj	2	1,5
Ústecký kraj	1	0,8
Liberecký kraj	3	2,3
Královéhradecký kraj	2	1,5
Pardubický kraj	19	14,5
Kraj Vysočina	4	3,1
Jihomoravský kraj	23	17,6
Olomoucký kraj	13	9,9
Zlínský kraj	42	32,1
Moravskoslezský kraj	9	6,9
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 6: Zastoupení jednotlivých krajů



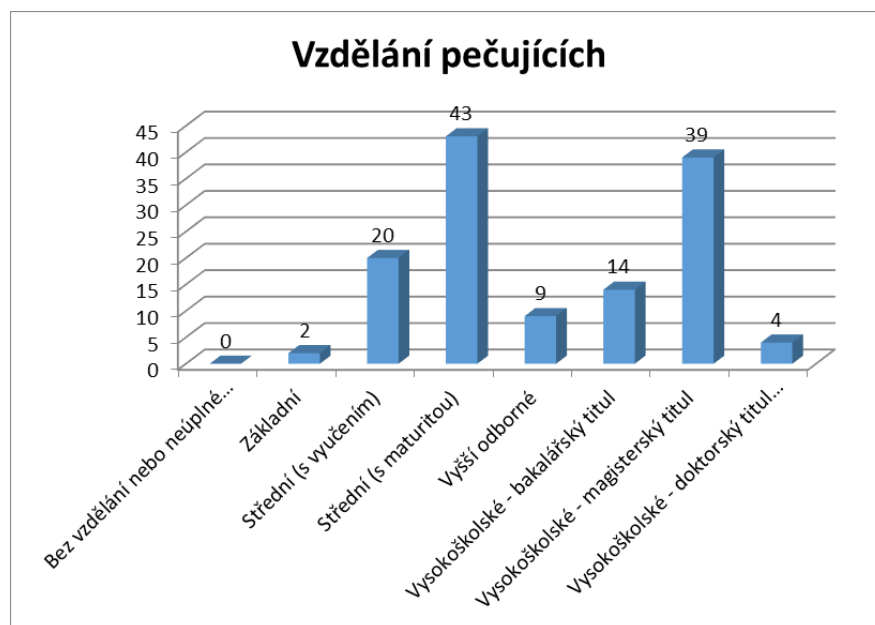
Nejvíce respondentů bylo ze Zlínského kraje (32,1 %), dále z Jihomoravského kraje (17,6 %) a Pardubického kraje (14,5 %). Z Moravy je celkem 87 respondentů, což činí 66,4 % všech pečujících, kteří se zúčastnili výzkumu. Tento fakt má zřejmě vliv i na

vnímání spirituality respondentů. Pečující v moravských krajích vyznávají v 63 případech víru v Boha (72,4 %) a pouze v 24 případech v Boha nevěří (27,6 %). Podle statistiky ČSÚ<sup>2</sup> je relativně nejvíce věřících jednoznačně v moravských krajích. Na prvním místě to je konkrétně Zlínský kraj, kde věřící jako v jediném kraji v republice tvoří více než polovinu všech obyvatel (55,2 %). Spolu s věřícími římskokatolického vyznání se na této vysoké religiozitě podílí také věřící Českobratrské církve evangelické, kterých bylo sečteno v tomto kraji nejvíce z jejich celkového počtu v republice. (Náb19)

Tabulka 8: Nejvyšší ukončené vzdělání pečujících

Vzdělání pečujících	Počet	%
Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání	0	0,0
Základní	2	1,5
Střední (s vyučením)	20	15,3
Střední (s maturitou)	43	32,8
Vyšší odborné	9	6,9
Vysokoškolské - bakalářský titul	14	10,7
Vysokoškolské - magisterský titul	39	29,8
Vysokoškolské - doktorský titul nebo vyšší	4	3,1
<b>Celkem</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>

Graf 7: Nejvyšší ukončené vzdělání pečujících



<sup>2</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/57004fa0dc>



Největším podílem jsou zastoupeni pečující, kteří udávají jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání s maturitou (32,8 %). Další významnou skupinou jsou pečující s magisterským titulem (29,8 %), naopak bez vzdělání nebyl žádný z pečujících a základní vzdělání udávalo jen 1,5 % pečujících. Mezi pečujícími jsou i 4 respondenti, kteří dosáhli doktorského titulu (3,1 %). Je patrné, že pečující dosáhli v převážné míře kvalitního vzdělání a měli by být schopni lépe vnímat všechny sociálně – právní aspekty, které z jejich role pečovatele vyplývají.

### 3.4 Způsob zpracování dat

Po uzavření dotazníkového šetření byla všechna získaná data převedena do tabulek v MS Excel. Ke každému typu odpovědi byla přiřazena bodová hodnota, uvedená v kapitole 3.2.2 této práce a četnosti jednotlivých odpovědí. Součinem četností a bodového hodnocení byla získána výsledná hodnota udávající celkové skóre příslušné proměnné. Proměnné pocházejí ze tří různých zdrojů. První tvoří mé vlastní výzkumné otázky, které zkoumají spiritualitu, pečovatelskou zátěž i vztah s opečovávaným. Druhým uceleným souborem jsou otázky, které byly převzaty ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998) a zkoumají pečovatelskou zátěž laických pečujících a třetí samostatnou částí je posledních 20 otázek převzatých ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982), která měří jejich duchovní pohodu.

Pro první soubor otázek jsem se rozhodla použít analýzu prostřednictvím SW MS Excel. Ke každé otázce jsem kromě výsledného skóre uvedla střední hodnotu, směrodatnou odchylku a rozptyl.

U druhého souboru bylo provedeno vyhodnocení v souladu se zahraniční studií (BEI-HUNG CHANG, 1998) a následné porovnání na výsledky výzkumu provedeného v zahraničí. Pro ověření reliability testu jsem spočítala ukazatel Cronbachovy alfy a porovnávala jeho hodnotu na zahraniční studii. Tento ukazatel jsem spočítala podle

vztahu: 
$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \cdot \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s^2}\right)$$
, kde  $s_i^2$  je rozptyl  $i$ -té položky,  $k$  = počet položek,  $s^2$  = rozptyl celého testu<sup>3</sup>

<sup>3</sup> <http://kps.pedf.cuni.cz/skalouda/pokrocili/reliabi.htm>

Třetí soubor otázek (škála SWB) byl vyhodnocen podle manuálu, který jsem zakoupila na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com). Kromě skóre jsem u každé otázky uvedla střední hodnotu, směrodatnou odchylku a rozptyl. Tyto ukazatele jsem získala prostřednictvím statistických funkcí v MS Excel. Také zde jsem reliabilitu testu ověřila ukazatelem Cronbachova alfa.

V souladu s cílem práce, pro zjištění a vyhodnocení vzájemné korelace mezi pečovatelskou zátěží a spiritualitou a pro potvrzení či vyvrácení hypotézy  $H_1$ , jsem vytypovala dvě otázky (č. 20 a 21) ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998) pro určení míry zátěže (závisle proměnná  $y$ ) a všechny otázky ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982) pro určení míry spirituální pohody (nezávisle proměnná  $x$ ). Statistické vyhodnocení, zda existuje vzájemný vztah mezi těmito dvěma proměnnými, bylo provedeno pomocí statistické funkce CORREL v MS Excel.

Další tři hypotézy  $H_2$ ,  $H_3$  a  $H_4$ , zkoumající úroveň spirituální pohody, úroveň pečovatelské zátěže a jejich porovnání u věřících a nevěřících, byly vyhodnoceny formou kontingenčních tabulek.

### **3.5 Představení výsledků a jejich analýza**

V následujících podkapitolách uvedu výsledky tří různých testů, které odpovídají způsobu rozdělení dotazníku na tři části. V první části provedu vyhodnocení vlastních otázek vložených do dotazníku. Tyto otázky zkoumají zátěž pečujících, jejich spiritualitu i vztah s opečovávaným. Jsou to doplňující otázky k dalším dvěma testům, které se zabývají zátěží převzatou ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998) a spiritualitou převzatou ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982).

#### **3.5.1 Výsledky testu č. 1 – zátěž pečujících, jejich spiritualita a vztah s opečovávaným**

V této části vyhodnotím otázky, které jsem do dotazníku začlenila pro doplnění uceleného obrazu o respondentech a o jejich vnímání míry pečovatelské zátěže, úrovně spirituality a kvality vztahu s příjemcem péče. Jedná se o otázky, které tematicky souvisejí se zaměřením diplomové práce a některé z nich pomohou při vyhodnocení dílčí hypotézy v závěru diplomové práce.

Tabulka 9: Vyhodnocení otázky 1 až 4

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí				Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Rozptyl
1.	Kolik času věnujete pečování?	<i>Každý den - celodenně</i>	<i>Každý den - část dne</i>	<i>Několikrát v týdnu</i>	<i>Několikrát v měsíci</i>	1-4	131	2,64	0,97	0,94
	<i>naměřené četnosti</i>	27	49	36	19					
	<i>%</i>	20,6	37,4	27,5	14,5					
	<i>body</i>	4	3	2	1					
	<i>hodnota</i>	108	147	72	19					
2.	Pečujete sám? (možnost více odpovědí)	<i>Ano</i>	<i>Ne - pomáhá mi známý</i>	<i>Ne - pomáhá mi jiný příbuzný</i>	<i>Ne - pomáhá mi profesionální pečovatel</i>	1-4	162	2,13	1,07	1,14
	<i>naměřené četnosti</i>	27	7	90	38					
	<i>upravené četnosti</i>	27	3	61	40					
	<i>%</i>	20,6	2,3	46,6	30,5					
	<i>body</i>	4	3	2	1					
<i>hodnota</i>	108	122	9	40						
3.	Kolik let nebo měsíců již pečujete?	<i>Nad 5 let</i>	<i>Nad 3 roky do 5 let</i>	<i>Nad 1 rok do tří let</i>	<i>Do 1 roka</i>	1-4	131	2,50	1,00	1,01
	<i>naměřené četnosti</i>	30	25	57	19					
	<i>%</i>	22,9	19,1	43,5	14,5					
	<i>body</i>	4	3	2	1					
	<i>hodnota</i>	120	75	114	19					
4.	Žijete s opečovávaným v jedné domácnosti?	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>			1-2	131	1,53	0,50	0,25
	<i>naměřené četnosti</i>	62	69							
	<i>%</i>	47,3	52,7							
	<i>body</i>	1	2							
	<i>hodnota</i>	62	138							

Otázky č. 1 až 4 zkoumají aspekty, které ovlivňují míru zátěže pečujících.

Ze souboru pečujících celodenně pečuje 20,6 % pečujících a každý den alespoň po část dne 37,4 % pečujících. To znamená, že nadpoloviční většina pečujících (58,0 %) se stará o příjemce péče denně.

Ze skupiny 27 pečujících, kteří se starají o svého blízkého celodenně, jich 8 pečuje bez pomoci jiných příbuzných, známých či profesionálního pečovatele. Zátěž těchto pečujících je oproti ostatním velmi vysoká. Dalších 19 pečujících pečuje také pouze vlastními silami, ale nepečují o blízkého celodenně. Nejvíce pomoci se pečujícím dostává od jiného příbuzného (46,6 %) a od profesionálního pečovatele (30,5 %).

Nejvíce pečujících se stará o příjemce péče po dobu od 1 do 3 let (43,5 %), nad 5 let pečuje 22,9 % pečujících. Tři z pečujících dokonce udávají dlouhodobou péči ve výši 10, 15 a 18 let.

V jedné domácnosti s příjemcem péče žije 47,3 % pečujících, dalších 52,7 % pečujících žije odděleně, což pro ně znamená zvýšenou zátěž spojenou s cestováním a ztrátou času.

Nadprůměrná míra zátěže byla naměřena u otázky č. 1 („Kolik času věnujete pečování?“), kde střední hodnota na bodové škále 1-4 byla zjištěna na úrovni 2,64 bodů a dále u otázky č. 4 („Žijete s opečovávaným v jedné domácnosti?“), kde střední hodnota na bodové škále 1-2 byla zjištěna ve výši 1,53 bodů.

Tabulka 10: Vyhodnocení otázky 8 až 11 a 22

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí			Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Rozptyl
8.	Využívá opečovávaný některou ze sociálních služeb?	Ano	Ne		1-2	131	100,0		
	<i>naměřené četnosti</i>	60	71						
	%	45,8	54,2						
	<i>bodů</i>	1	2						
	<i>hodnota</i>	60	142						
9.	Jak zvládáte pečování po fyzické stránce?	Bez problémů	S mírnými obtížemi	S velkými obtížemi	1-3	131	100,0		
	<i>naměřené četnosti</i>	50	65	16					
	%	38,2	49,6	12,2					
	<i>bodů</i>	1	2	3					
	<i>hodnota</i>	50	130	48					
10.	Jak zvládáte zátěž spojenou s pečováním po psychické a emoční stránce?	Bez problémů	S mírnými obtížemi	S velkými obtížemi	1-3	131	100,0		
	<i>naměřené četnosti</i>	31	65	35					
	%	23,7	49,6	26,7					
	<i>bodů</i>	1	2	3					
	<i>hodnota</i>	31	130	105					
11.	Vyhledali jste v průběhu pečování pomoc psychologa nebo psychiatra?	Ano	Ne		1-2	131	100,0		
	<i>naměřené četnosti</i>	15	116						
	%	11,5	88,5						
	<i>bodů</i>	2	1						
	<i>hodnota</i>	30	116						
22.	Jste v kontaktu s nějakou organizací, která poskytuje podporu pečujícím?	Ano	Ne		1-2	131	100,0		
	<i>naměřené četnosti</i>	34	97						
	%	26,0	74,0						
	<i>bodů</i>	1	2						
	<i>hodnota</i>	34	194						

Také otázky č. 8 až 11 a otázka č. 22 vypovídají o zátěži pečujících. Pouze necelá polovina příjemců péče (45,8 %) využívá některou ze sociálních služeb. Naopak nadpoloviční většina příjemců péče (54,2 %) žádnou z těchto služeb nevyužívá a tím je i pečovatelská zátěž pečujících vyšší.

Bez problémů zvládá roli pečovatele po fyzické stránce 38,2 % pečujících. Souvisí to i s průměrným věkem pečujících, který je 48 let. S mírnými obtížemi zvládá péči 49,6 % pečujících a s velkými obtížemi 12,2 % pečujících.

Po psychické a emoční stránce zvládá svou roli pečovatele 23,7 % respondentů, s mírnými obtížemi 49,6 % a s velkými obtížemi 26,7 %. Přitom jen 11,5 % pečujících vyhledalo v průběhu pečování pomoc psychologa nebo psychiatra.

Na otázku, zda je respondent v kontaktu s nějakou organizací, která poskytuje podporu pečujícím, odpovědělo kladně 26 % pečujících, tedy 74 % respondentů je zcela bez takové podpory.

Nadprůměrná míra zátěže byla naměřena u otázky č. 8 („Využívá opečovávaný některou ze sociálních služeb?“), kde střední hodnota na bodové škále 1-2 byla zjištěna na úrovni 1,54 bodů, dále u otázky č. 10 („Jak zvládáte zátěž spojenou s pečováním po psychické a emoční stránce?“), kde střední hodnota na bodové škále 1-3 byla zjištěna ve výši 2,03 bodů a také u otázky č. 22 („Jste v kontaktu s nějakou organizací, která poskytuje podporu pečujícím?“), kde střední hodnota na bodové škále 1-2 byla zjištěna na úrovni 1,74 bodů.

Další otázky č. 12 až 16 a otázka č. 18 jsou zaměřeny na zjišťování víry či spirituality pečujících.

Tabulka 11: Vyhodnocení otázky 12 až 14

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí				Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodat. odchylka	Rozptyl
12.	Věříte v Boha?	Ano	Ne			1-2	131	1,66	0,48	0,23
	<i>naměřené četnosti</i>	86	45							
	<i>%</i>	65,6	34,4							
	<i>body</i>	2	1							
	<i>hodnota</i>	172	45							
13.	Co pro Vás znamená pojem spiritualita? (možnost více odpovědí)	<i>Víru v Boha či jakoukoli duchovní činnost, která se vztahuje k náboženství nebo církevní praxi</i>	<i>Jakoukoli duchovní činnost, která se nemusí nijak vztahovat k náboženství nebo církevní praxi</i>		Nevím	1-3	131	2,44	0,66	0,43
	<i>naměřené četnosti</i>	70	49	12						
	<i>%</i>	53,4	37,4	9,2						
	<i>body</i>	3	2	1						
	<i>hodnota</i>	210	98	12		320				
14.	Jste věřící nebo se zabýváte spiritualitou odjakživa, či Vás k tomu nějakým způsobem přivedlo	<i>Víra nebo spiritualita je mi vlastní odjakživa</i>	<i>K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla v průběhu pečování</i>	<i>K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla za jiných okolností</i>	<i>Nejsem věřící/Nezabývám se spiritualitou</i>	1-4	131	2,88	1,16	1,35
	<i>naměřené četnosti</i>	62	10	40	19					
	<i>%</i>	47,3	7,6	30,5	14,5					
	<i>body</i>	4	3	2	1					
	<i>hodnota</i>	248	30	80	19	377				

Na 12. otázku („Věříte v Boha?“) odpovědělo kladně 86 pečujících, což je 65,6 % všech respondentů. Toto číslo potvrzuje i vysoká střední hodnota 1,66 na škále 1-2. Dalších 34,4 % respondentů uvedlo, že v Boha nevěří.

V otázce č. 13 („Co pro Vás znamená pojem spiritualita?“) bylo možné zvolit více variant odpovědí. Aby bylo možné ji číselně vyhodnotit, byly zjištěné četnosti v případě označení více odpovědí převedené do škál podle nejvýznamnější odpovědi. Naměřené četnosti se tím zredukovaly na hodnotu 131, která odpovídá skutečnému počtu respondentů. Pojem spiritualita vnímá jako víru v Boha 70 respondentů (53%), z toho 18 věřících z předchozí otázky nevidí ve spiritualitě víru v Boha, ale jakoukoliv duchovní činnost, která se nemusí nijak vztahovat k náboženství nebo církevní praxi a 3 věřící dokonce označili třetí možnost „Nevím“. Naopak 5 respondentů, kteří nevěří v Boha, vnímá pojem spiritualita jako víru v Boha.

V další otázce mě zajímalo, zda jsou nábožensky nebo spirituálně zaměřeni pečující takto založení odjakživa, nebo je k jejich víře přivedlo pečování či jiné životní okolnosti. Z průzkumu vyplývá, že 62 respondentům je víra nebo spiritualita vlastní odjakživa (47,3 %), 10 jich k víře nebo spiritualitě došlo v průběhu pečování (7,6 %), 40 za jiných okolností (30,5 %) a 19 uvedlo, že nejsou věřící, ani se nezabývají spiritualitou (14,5 %).

Celkově lze z výsledků podle odpovědí na tyto tři otázky (č. 12 – 14) usuzovat na nadprůměrnou míru víry nebo spirituality u pečujících, kdy na bodové škále 1-2 u první otázky byla zjištěna skutečná střední hodnota ve výši 1,66 bodů, na bodové škále 1-3 u druhé otázky byla zjištěna skutečná střední hodnota ve výši 2,44 bodů a na bodové škále 1-4 u třetí otázky byla zjištěna skutečná střední hodnota ve výši 2,88 bodů.

Tabulka 12: Vyhodnocení otázky 15 a 16

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí				Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodat. odchylka	Rozptyl		
15.	Je pro Vás v období pečování téma víry nebo spirituality důležitější než před ním? <i>naměřené četnosti</i>	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>			1-2	131					
		68	63									
		<i>%</i>	51,9	48,1								100
		<i>body</i>	2	1								
		<i>hodnota</i>	136	63								199
16.	Pomáhá Vám Vaše víra nebo spiritualita ve zvládnání péče? <i>naměřené četnosti</i>	<i>Rozhodně ano</i>	<i>Spíše ano</i>	<i>Spíše ne</i>	<i>Rozhodně ne</i>	1-4	131					
		47	31	23	30							
		<i>%</i>	35,9	23,7	17,6						22,9	100
		<i>body</i>	4	3	2						1	
		<i>hodnota</i>	188	93	46						30	357

Téma víry a spirituality je v období pečování důležitější pro 68 pečujících (51,9 %), pro 63 pečujících však téma víry nebo spirituality důležitější není (48,1 %). Dále 47 pečujících uvedlo, že jim víra nebo spiritualita rozhodně pomáhá ve zvládnání péče (35,9 %). Dalších 31 pečujících pak odpovědělo váhavěji, že jim víra spíše pomáhá (23,7 %). Víra ve zvládnání péče spíše nepomáhá 23 pečujícím (17,5 %) a rozhodně nepomáhá 30 pečujícím (22,9 %).

Také u těchto dvou otázek jsou skutečné střední hodnoty zjišťující míru spirituality pečujících lehce nad průměrem, tedy na bodové škále 1-2 je zjištěná střední hodnota ve výši 1,52 bodů a na bodové škále 1-4 je zjištěná střední hodnota ve výši 2,73 bodů.

Tabulka 13: Vyhodnocení otázky 17 a 18

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí					Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodat. odchylka	Rozptyl		
17.	Jak vnímáte kvalitu vztahu s člověkem, o kterého pečujete? <i>naměřené četnosti</i>	<i>Máme dobrý vztah, který se nezhoršil ani vzhledem k zátěži spojené s pečováním</i>	<i>Původně dobrý vztah se ještě více prohloubil</i>	<i>Původně dobrý vztah se mírně zhoršil</i>	<i>Původně dobrý vztah se velmi zhoršil</i>	<i>Neměli jsme nikdy dobrý vztah</i>	1-5	131					
		63	38	23	2	5							
		<i>%</i>	48,1	29,0	17,6	1,5						3,8	100
		<i>body</i>	4	5	3	1						2	
		<i>hodnota</i>	252	190	69	2						10	523
18.	Myslíte si, že Vám Vaše víra nebo spiritualita pomohla nějakým způsobem tento vztah změnit či udržet? <i>naměřené četnosti</i>	<i>Ano, pomohla mi ho zlepšit</i>	<i>Ano, pomohla mi ho udržet</i>	<i>Ne, víra nebo spiritualita nemá na můj vztah s opečováváním žádný vliv</i>	<i>Ne, víra nebo spiritualita mi nepomohla a naopak náš vztah ještě zhoršila</i>		1-4	131					
		34	33	61	3								
		<i>%</i>	26,0	25,2	46,6	2,3						100	
		<i>body</i>	4	3	2	1							
		<i>hodnota</i>	136	99	122	3						360	2,75

Otázka č. 17 („Jak vnímáte kvalitu vztahu s člověkem, o kterého pečujete?“) zkoumá kvalitu vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče a také změny tohoto vztahu v průběhu pečování. Dlouhodobá péče o nesoběstačného seniora má často na kvalitu vztahu s tímto člověkem vliv, ať už v pozitivním slova smyslu nebo v negativním smyslu. Pokud je opečovávaný mírné povahy, pomoc přijímá s vděčností a pokorou, tak i role pečujícího je mnohem snazší. Také zde hraje velkou roli kvalita vztahu ještě před obdobím, kdy se stal senior závislým na péči.

Ve většině případů mají pečující s příjemci péče dobrý vztah, který se nezměnil ani pod vlivem zátěže vyplývající z pečování, nebo se dokonce v průběhu pečování prohloubil (77,1 %). Původně dobrý vztah se mírně zhoršil v 17,6 % případů a zbylé případy tvoří skupina respondentů, kteří neměli s příjemcem péče nikdy dobrý vztah (3,8 %), nebo se jejich původně dobrý vztah s opečovávaným velmi zhoršil (1,5 %).

Celková střední hodnota měřící kvalitu vztahu je na škále 1-5 ve výši 3,99 bodů, což je nadprůměrná hodnota.

Otázka č. 18 zkoumá, zda víra nebo spiritualita pomohla pečujícím vztah s příjemcem péče nějakým způsobem změnit (zlepšit nebo zhoršit) nebo udržet. Pro nadpoloviční většinu respondentů zde jejich víra nebo spiritualita hrála roli v tom smyslu, že pomohla vztah zlepšit nebo ho udržet (51,2 %), naopak 46,6 % pečujících udává, že víra nebo spiritualita nemá na vztah s příjemcem péče žádný vliv a ve 2,3 % případů naopak víra nebo spiritualita způsobila zhoršení vztahu s příjemcem péče. I zde je skutečná střední hodnota na škále 1-4 nadprůměrná (2,75 bodů).

Tabulka 14: Vyhodnocení otázky 19

Otázka č.	Znění otázky	Varianty odpovědí									Škála	CELKEM	Střední hodnota	Směrodat. odchylka	Rozptyl
19.	Co pro Vás osobně znamená pečování? (možnost více odpovědí)	<i>Dává mi pocit užitečnosti, naplnění, či poslání</i>	<i>Příležitost strávit s opečovávaným m více času, možnost prohloubit vztah</i>	<i>Možnost něco opečovávanému oplatit</i>	<i>Samozřejmou povinnost</i>	<i>Nutnost, než se najde jiné řešení</i>	<i>Neúměrnou zátěž</i>	<i>Pokání</i>	<i>Trest</i>	<i>Jiné</i>					
	<i>naměřené četnosti</i>	40	42	56	59	7	7	5	0	3	1-4	219			
	<i>upravené četnosti</i>	101			25	1	1		3			131			
	<i>%</i>	77,1			19,1	0,8	0,8		2,3			100,0			
	<i>body</i>	4			3	2	1		4						
<i>hodnota</i>	404			75	2	1		12		494		3,77	0,49	0,24	

U otázky č. 19 je možnost zvolení více odpovědí. Naměřené četnosti byly pro účely zpracování dat seskupené tak, aby za každého respondenta byla uvedena vždy jen jedna (v pořadí nejdůležitější) odpověď. Takto upravené četnosti, které vyjadřují počet



respondentů (131), byly přiřazeny ke každému bodovému hodnocení ze škály 1-4, aby mohla být spočítána celková hodnota a další statistické veličiny. Pečováním vnímají respondenti vesměs pozitivně. Více než 77 % všech pečujících (101 respondentů) volilo odpovědi především z prvních tří otázek, kdy dali najevo, že jim pečování dává pocit užitečnosti, naplnění, poslání, chtějí strávit s opečovávaným více času a také jim něco oplátnit. Neutrálně se vyjádřilo 19,1% pečujících (25 respondentů), kteří v pečování nevidí nic jiného, než samozřejmou povinnost a zbytek respondentů vidí v pečování pouze nutnost, než se najde jiné řešení, nebo neúměrnou zátěž, pokání a trest. Možnost „Jiné“ zvolili 3 respondenti, ale jejich slovní hodnocení bylo pozitivní, proto jim byla přidělena bodová hodnota 4 jako v případě prvních tří odpovědí. Celková střední hodnota této otázky na bodové škále 1-4 je nadprůměrná (3,77 bodů).

### **3.5.2 Výsledky testu č. 2 – komparace výzkumu se zahraniční studií**

Pečující jsou při své péči o blízkého seniora často vystaveni velkému stresu, neúměrné psychické i fyzické zátěži, nedostatku sociálních vazeb, nedostatku času na sebe a na ostatní blízké. Aby svou zátěž „unesli“, pomáhá věřícím právě jejich víra nebo spiritualita. Někteří k víře nebo spiritualitě došli až v průběhu pečování, tedy v období, které pro ně bylo natolik zatěžující, že jim úlevu přinesla až tato víra.

Při hledání podobných výzkumů, které se zabývají spiritualitou laických pečujících, starajících se o seniora v domácím prostředí, jsem objevila zahraniční studii „The Role of Religion/Spirituality in Coping With Caregiving for Disabled Elders“ (BEI-HUNG CHANG, 1998), která zkoumala u 127 neformálních pečujících, jak náboženské či spirituální zaměření ovlivňuje úzkost pečovatele nepřímo prostřednictvím kvality vztahu mezi pečovatelem a příjemcem péče. Výsledkem studie bylo, že pečující, kteří byli nábožensky nebo spirituálně zaměření, se s úlohou pečovatele lépe vyrovnali a měli lepší vztah s příjemci péče, což bylo spojené s nižší úrovní deprese a nižší mírou ponoření do role pečovatele.

Tabulka 15: Statistické výsledky proměnných ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998)

Variable	Range	Mean (SD)	%
<b>Stressors</b>			
Functional disability	1–5	3.51 (1.33)	
Cognitive impairment			30.7
Problem behaviors			8.7
<b>Coping</b>			
Religious/spiritual coping	1–4	3.01 (0.79)	
<b>Intervening Variable</b>			
Quality of relationship	6–20	15.33 (3.38)	
<b>Outcomes</b>			
Caregiver depression score (CES-D)	5–13	7.59 (2.29)	
Caregiver role submersion score	5–18	8.43 (3.52)	
<b>Contextual Variables</b>			
Elder age	81–103	88.15 (4.77)	
Male elder			21.3
Caregiver age	30–90	61.87 (14.70)	
Male caregiver			31.5
<b>Coresidence/relationship</b>			
Spouse			16.5
Coresiding offspring			28.3
Coresiding other/nonrelatives			7.1
Non-coresiding offspring			27.6
Non-coresiding other/nonrelatives			20.5

Do dotazníku jsem pro zajímavost vložila otázky z této studie, abych mohla provést určitou komparaci získaných výsledků. Reliabilita je v zahraniční studii doložena ukazatelem Cronbachovy alfy, kterou uvádím u příslušných testů.

### 3.5.2.1 Měření stresorů

V zahraniční studii jsou stresory měřeny třemi proměnnými. Jedná se o míru funkčního postižení příjemce péče, o jeho případnou kognitivní poruchu, a zda měl nějaké problémy v oblasti chování, například zda křičel na lidi, proklínal, slovně či fyzicky napadal lidi, rozbíjel věci, obvinil někoho z ukrývání nebo krádeže svých věcí, či se jiným způsobem choval nepřiměřeně situaci.

Tabulka 16: Vyhodnocení otázky 5 a 6

Otázka č.	Proměnná	Varianty odpovědí / bodové ohodnocení		Zátěž
		Ano	Ne	
5.	Trpí opečovávaný kognitivní poruchou?			
	<i>naměřené četnosti</i>	83	48	<b>131</b>
	<i>%</i>	63,4	36,6	<b>100</b>
	<i>body</i>	2	1	
	<b>hodnota</b>	166	48	<b>214</b>
	<b>Výsledky zahraniční studie (%)</b>	30,7	69,3	
6.	Měl opečovávaný v poslední době problémy v oblasti chování?			
	<i>naměřené četnosti</i>	30	101	<b>131</b>
	<i>%</i>	22,9	77,1	<b>100</b>
	<i>body</i>	2	1	
	<b>hodnota</b>	60	101	<b>161</b>
	<b>Výsledky zahraniční studie (%)</b>	8,7	91,3	

Vyhodnocení otázky číslo 5 překvapivě udává, že 63,4 % příjemců péče trpí kognitivní poruchou, což velmi ztěžuje úlohu pečujících. V porovnání na zahraniční studii je toto číslo dvojnásobné (30,7 %). Problémy v oblasti chování byly identifikovány u 22,9 % příjemců péče, což je také podstatně vyšší údaj oproti zahraniční studii, kde v této oblasti zjistili problémy jen u 8,7 % příjemců péče.

Tabulka 17: Vyhodnocení otázky 7

Otázka č.	Proměnná	Varianty odpovědí / bodové ohodnocení					Zátěž	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD
		Osobní hygiena (ADL)	Oblékání (ADL)	Chůze po schodech (ADL)	Příprava jídla (IADL)	Úklid (IADL)				
7.	Které z uvedených činností nezvládá opečovávaný bez pomoci? (možnost více odpovědí)									
	<i>naměřené četnosti</i>	84	63	87	107	120	<b>461</b>			
	<i>míra zátěže</i>	3xADL, jakýkoliv IADL	2xADL, jakýkoliv IADL	1xADL a jakýkoliv IADL nebo 2x ADL a žádný IADL	1xADL a žádný IADL	Žádný ADL a jakýkoliv IADL				
	<i>upravené četnosti</i>	35	41	44	5	6	<b>131</b>			
	<i>%</i>	26,7	31,3	33,6	3,8	4,6	<b>100</b>			
	<i>body</i>	5	4	3	2	1				
	<b>hodnota</b>	175	164	132	10	6	<b>487</b>	1-5	3,72	1,05
	<b>Výsledky zahraniční studie</b>						1-5	3,51	1,33	

Míra funkčního postižení je zkoumána v otázce č. 7. Respondenti mohli označit více odpovědí podle toho, které z činností nezvládá příjemce péče bez pomoci. Způsob vyhodnocení je popsán v kapitole 3.2.2. Střední hodnota funkčního postižení na škále 1-5 je 3,72, což je vyšší hodnota než průměr a také mírně vyšší hodnota oproti zahraniční studii (3,51).

Stresory českých pečujících ukazují ve všech třech otázkách na vyšší míru zátěže oproti zahraničním pečujícím.

### 3.5.2.2 Zvládání zátěže pomocí víry nebo spirituality

Otázka č. 16 zjišťuje, zda víra nebo spiritualita pomáhá pečujícím ve zvládnutí jejich péče o závislou osobu. Tuto otázku jsem již vyhodnocovala v rámci vlastních otázek vložených do dotazníku. Na tomto místě provedu jen srovnání se zahraniční studií.

Tabulka 18: Vyhodnocení otázky 16

Otázka č.	Proměnná	Varianty odpovědí / bodové ohodnocení				Zátěž	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD
		Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne				
16.	Pomáhá Vám Vaše víra nebo spiritualita ve zvládnutí péče?								
	naměřené četnosti	47	31	23	30	131			
	%	35,9	23,7	17,6	22,9	100			
	bodů	4	3	2	1				
	<b>hodnota</b>	188	93	46	30	357	1-4	2,73	1,18
	Výsledky zahraniční studie						1-4	3,01	0,79

V zahraniční studii byla zjištěna vyšší střední hodnota (3,01 oproti 2,73), což znamená, že zahraničním pečujícím pomáhá víra nebo spiritualita ve zvládnutí jejich nelehkého úkolu ve větší míře, než českým pečujícím.

### 3.5.2.3 Měření míry deprese

Míra deprese je v zahraniční studii zkoumána pomocí pěti položených otázek, které směřují k tomu, jak často se v minulém týdnu pečující cítil. První tři otázky jsou negativně laděné a zbývající dvě otázky pozitivně laděné. Odpovědi byly strukturovány do 4 úrovní – Nikdy, po dobu asi 1-2 dnů, 3-4 dnů, 5-7 dnů. U pozitivních otázek je obrácené bodování na škále 1-4.

Tabulka 19: Vyhodnocení otázky 21

Otázka č.	Proměnná	Varianty odpovědí / bodové ohodnocení				Zátěž	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD	Cronbach $\alpha$
21.	Jak často jste v minulém týdnu:									
	a. Cítil/a depresi	<i>Nikdy</i>	<i>1-2 dny</i>	<i>3-4 dny</i>	<i>5-7 dní</i>					
	naměřené četnosti	74	45	12	0	131				
	%	56,5	34,4	9,2	0,0	100				
	body	1	2	3	4					
	<b>hodnota</b>	<b>74</b>	<b>90</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>200</b>				
	b. Plakal/a	<i>Nikdy</i>	<i>1-2 dny</i>	<i>3-4 dny</i>	<i>5-7 dní</i>					
	naměřené četnosti	92	31	7	1	131				
	%	70,2	23,7	5,3	0,8	100				
	body	1	2	3	4					
	<b>hodnota</b>	<b>92</b>	<b>62</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>179</b>				
	c. Měl/a pocit, že Vás lidé nemají rádi	<i>Nikdy</i>	<i>1-2 dny</i>	<i>3-4 dny</i>	<i>5-7 dní</i>					
	naměřené četnosti	97	24	8	2	131				
	%	74,0	18,3	6,1	1,5	100				
	body	1	2	3	4					
	<b>hodnota</b>	<b>97</b>	<b>48</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>177</b>				
	d. Měl/a radost ze života	<i>Nikdy</i>	<i>1-2 dny</i>	<i>3-4 dny</i>	<i>5-7 dní</i>					
	naměřené četnosti	8	35	44	44	131				
	%	6,1	26,7	33,6	33,6	100				
	body	4	3	2	1					
<b>hodnota</b>	<b>32</b>	<b>105</b>	<b>88</b>	<b>44</b>	<b>269</b>					
e. Zažil/a pocit štěstí	<i>Nikdy</i>	<i>1-2 dny</i>	<i>3-4 dny</i>	<i>5-7 dní</i>						
naměřené četnosti	22	46	39	24	131					
%	16,8	35,1	29,8	18,3	100					
body	4	3	2	1						
<b>hodnota</b>	<b>88</b>	<b>138</b>	<b>78</b>	<b>24</b>	<b>328</b>					
Výsledky dotazníkového šetření					1 153	5-18	8,80	2,79	0,76	
Výsledky zahraniční studie						5-13	7,59	2,29	0,73	

Celková naměřená zátěž českých pečujících je 1 153 bodů. Bodová škála položených otázek byla v rozmezí 5-20 bodů. Naměřená bodová škála v dotazníkovém šetření byla v rozmezí 5-18 bodů (v zahraniční studii 5-13 bodů). Znamená to, že někteří čeští pečující pociťují méně radosti a více negativních emocí, než zahraniční pečující. Také střední hodnota naznačuje, že míra deprese u českých pečujících je vyšší (8,80 oproti 7,59). Tyto výsledky mohou souviset s předchozím zjištěním, že čeští pečující pociťují nižší míru duchovní opory, než zahraniční pečující a tím i míra jejich deprese může být vyšší.

Míra reliability je vyjádřena ukazatelem Cronbachovy alfy a činí 0,76. Adekvátní míra reliability je již od ukazatele 0,70, tedy míra vnitřní konzistence u provedeného testu by měla být na dobré úrovni. Stejný ukazatel v zahraniční studii je na srovnatelné úrovni ve výši 0,73. U této otázky uvádím způsob propočtu Cronbachovy alfy, který je následně stejným způsobem aplikován také u dalších testů.

Tabulka 20: Propoččet Cronbachovy alfy

Otázka č.	Znění otázky	Statistiky				
		Body	$k/(k-1)$	Rozptyl položky ( $s_i^2$ )	Rozptyl testu ( $s^2$ )	Cronbach $\alpha$
21.	Jak často jste v minulém týdnu:					
	a. Cítil/a depresi	200	1,25	0,436	7,791	0,76
	b. Plakal/a	179		0,388		
	c. Měl/a pocit, že Vás lidé nemají rádi	177		0,445		
	d. Měl/a radost ze života	269		0,851		
	e. Zažil/a pocit štěstí	328		0,960		
<b>CELKEM</b>	<b>1 153</b>	<b>1,25</b>	<b>3,079</b>	<b>7,791</b>	<b>0,76</b>	

Koeficient „k“ udává počet položek v testu, tedy v našem případě se jedná o počet položených otázek. Rozptyly každé položky i celý rozptyl testu byly spočítány funkcí „VAR.S“ v MS Excel, a sice z jednotlivých hodnot všech respondentů a ze součtu hodnot dané otázky. Výsledné hodnoty byly dosazeny do vzorce pro propoččet Cronbachovy alfy:

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \times \left( 1 - \frac{\sum_i^k s_i^2}{s^2} \right) \qquad \alpha = \frac{5}{(5-1)} \times \left( 1 - \frac{3,079}{7,791} \right) = 0,76$$

### 3.5.2.4 Měření míry ponoření do role pečovatele

Míra ponoření pečujících do role pečovatele je v zahraniční studii zkoumána pomocí pěti otázek, prostřednictvím nichž si pečující měli uvědomit, zda se v průběhu jejich pečování někdy stalo, že by se cítili svou pečovatelskou rolí uvězněni, zda ztratili pojem o sobě samém, zda měli pocit, že ztratili důležitou část sama sebe, zda měli někdy chuť od všeho utéci nebo zda chtěli vést svůj vlastní život.

Tabulka 21: Vyhodnocení otázky 20

Otázka č.	Proměnná	Varianty odpovědí / bodové ohodnocení				Zátěž	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD	Cronbach $\alpha$
20.	Stalo se v průběhu Vašeho pečování:									
	a. Že jste si přál/a, abyste mohl/a vést svůj vlastní život	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Mnohokrát</i>					
	<i>naměřené četnosti</i>	38	40	34	19	131				
	<i>%</i>	29,0	30,5	26,0	14,5	100				
	<i>bodů</i>	1	2	3	4					
	<i>hodnota</i>	38	80	102	76	296				
	b. Že jste si připadal/a jako uvězně/a nemocí opečovávaného	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Mnohokrát</i>					
	<i>naměřené četnosti</i>	45	38	30	18	131				
	<i>%</i>	34,4	29,0	22,9	13,7	100				
	<i>bodů</i>	1	2	3	4					
	<i>hodnota</i>	45	76	90	72	283				
	c. Že jste si přál/a od všeho utéct	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Mnohokrát</i>					
	<i>naměřené četnosti</i>	45	25	40	21	131				
	<i>%</i>	34,4	19,1	30,5	16,0	100				
	<i>bodů</i>	1	2	3	4					
	<i>hodnota</i>	45	50	120	84	299				
	d. Že jste ztratil/a povědomí o sobě samém	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Mnohokrát</i>					
	<i>naměřené četnosti</i>	87	27	13	4	131				
	<i>%</i>	66,4	20,6	9,9	3,1	100				
	<i>bodů</i>	1	2	3	4					
<i>hodnota</i>	87	54	39	16	196					
e. Že jste kvůli péči ztratil/a důležitou část sebe sama	<i>Nikdy</i>	<i>Zřídka</i>	<i>Občas</i>	<i>Mnohokrát</i>						
<i>naměřené četnosti</i>	88	26	11	6	131					
<i>%</i>	67,2	19,8	8,4	4,6	100					
<i>bodů</i>	1	2	3	4						
<i>hodnota</i>	88	52	33	24	197					
Výsledky dotazníkového šetření					1 271	5-20	9,70	3,96	0,87	
Výsledky zahraniční studie						5-18	8,43	3,52	0,88	

Celková naměřená zátěž z důvodu ponoření do role pečovatele je 1 271 bodů, což je vyšší hodnota než u naměřené zátěže z důvodu existence stresorů (1 153 bodů). Bodová škála položených otázek byla v rozmezí 5-20 bodů, ta byla také v dotazníkovém šetření naměřena, zatímco v zahraniční studii byla naměřena škála 5-18 bodů. Znamená to, že někteří čeští pečující pocítují nejvyšší možnou zátěž a na všechny otázky odpověděli, že tuto situaci zažívali mnohokrát. Také střední hodnota naznačuje, že míra ponoření do role pečovatele u českých pečujících je proti zahraničním vyšší (9,70 oproti 8,43).

Míra reliability je vyjádřena ukazatelem Cronbachovy alfy a činí 0,87. Stejný ukazatel v zahraniční studii je na srovnatelné úrovni ve výši 0,88.

### 3.5.2.5 Porovnání kontextových proměnných

Na závěr provedu porovnání kontextových proměnných v dotazníkovém šetření s proměnnými v zahraniční studii.

Čeští příjemci péče jsou v průměru o 9 let mladší než zahraniční. Také čeští pečující jsou oproti zahraničním mladší, a to dokonce o více než 13 let. Tím by měla být jejich pečovatelská zátěž nižší, ačkoliv z provedených testů to nevyplývá.

Společné bydlení v českém výzkumu udává 47,3 % pečujících, v zahraniční studii 51,9 % pečujících. Zde je teoretická možnost vzniku vyšší zátěže českých pečujících, kteří bydlí jinde než příjemci péče (52,7%).

Co se týká pohlaví příjemců péče, tak muži jsou v dotazníkovém šetření zastoupeni větším poměrem (40,5 %), než v zahraniční studii (21,3 %).

Naopak muži v roli pečujících jsou více zastoupeni v zahraniční studii (31,5 %), než v dotazníkovém šetření (22,9 %).

Tabulka 22: Kontextové proměnné – porovnání se zahraniční studii

Proměnná	Výsledky dotazníkového šetření				Výsledky zahraniční studie					
	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD	%	Škála (Range)	Střední hodnota (Mean)	Směrodatná odchylka SD	Cronbach $\alpha$	%	
Věk seniora	65-94	79,38	8,42		81-103	88,15	4,77			
Věk pečující osoby	19-78	48,13	13,03		30-90	61,87	14,7			
Mužské pohlaví seniora										21,3%
Mužské pohlaví pečující osoby										31,5%
<b>Pečovatel/ka je s opečovávanou osobou ve vztahu:</b>										
a. Manžel / manželka - společné bydlení										16,5%
b. Syn / dcera - společné bydlení										28,3%
c. Ostatní - společné bydlení										7,1%
d. Syn / dcera - žijící jinde										27,6%
e. Ostatní - žijící jinde										20,5%

### 3.5.3 Výsledky testu č. 3 – spiritualita pečujících

Duchovní zaměření pečujících bylo zjišťováno pomocí souboru dvaceti otázek ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982).

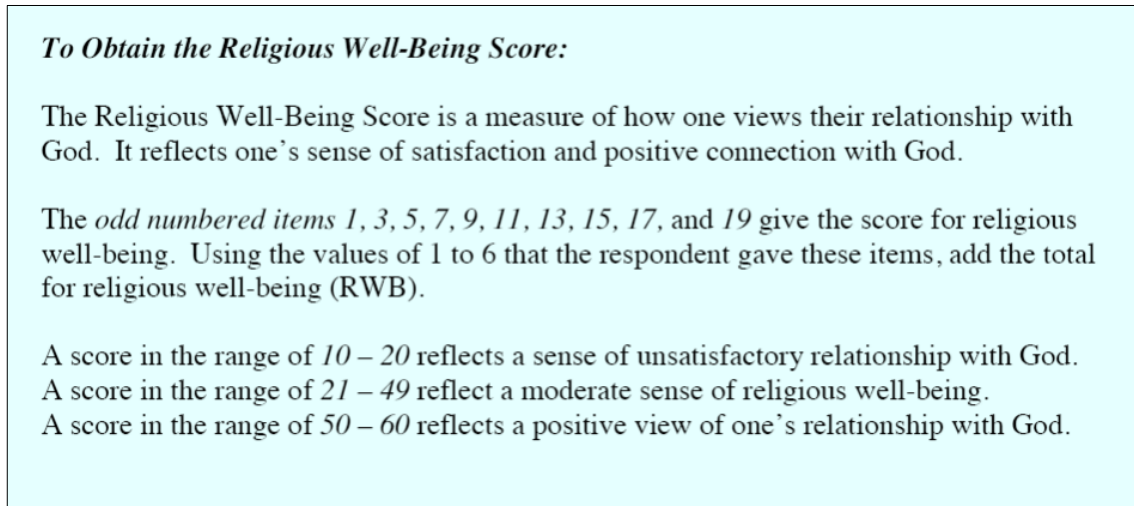
Dotazník je rozdělen na náboženskou subškálu (RWB) a existenciální subškálu (EWB). Způsob vyhodnocení obou subškál i škály jako celku byl převzatý z manuálu, který jsem zakoupila na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com). Čím je bodové ohodnocení vyšší, tím vyšší je i duchovní pohoda pečujících.



### 3.5.3.1 Vyhodnocení náboženské subškály RWB

Náboženskou pohodu měří 10 lichých otázek počínaje otázkou č. 23 a konče otázkou č. 41.

Obrázek 1: Způsob vyhodnocení subškály RWB<sup>4</sup>



Nejprve jsem podle manuálu SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982) vyhodnotila náboženskou pohodu jednotlivých pečujících. Manuál udává toto hodnocení:

Skóre v rozmezí 10 – 20 odráží pocit neuspokojivého vztahu s Bohem.

Skóre v rozmezí 21 – 49 odráží průměrný pocit náboženské pohody.

Skóre v rozmezí 50 – 60 odráží pozitivní pohled na vztah s Bohem.

U skupiny 11 pečujících (8,4 %) bylo zjištěno skóre v rozmezí 12 - 20 bodů, tedy pocit neuspokojivého vztahu s Bohem.

Druhá skupina 78 pečujících (59,5 %) dosáhla skóre v rozmezí 21 – 49 bodů, vnímá tedy průměrný pocit náboženské pohody.

Třetí skupina 42 pečujících (32,1 %) dosáhla skóre v rozmezí 50 – 60 bodů, což odráží pozitivní pohled na vztah s Bohem.

<sup>4</sup> Manuál pro vyhodnocení škály SWB byl zakoupený na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)

Tabulka 23: Vyhodnocení otázek 23,25,27,29,31,33,35,37,39,41

Otázka č.	Znění otázky	Pozitivní ladění ↑ Negativní ladění ↓	Varianty odpovědí s uvedením četnosti						Četnosti	Skóre	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Rozptyl	Cronbach alfa
			6 b. (1 b.) Rozhodně souhlasím	5 b. (2 b.) Souhlasím	4 b. (3 b.) Spíše souhlasím	3 b. (4 b.) Spíše nesouhlasím	2 b. (5 b.) Nesouhlasím	1 b. (6 b.) Rozhodně nesouhlasím						
			23.	Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje	↓	22	11	10						
25.	Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně	↑	52	16	11	9	21	22	131	527	4,02	1,99	3,96	
27.	Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy	↓	16	17	8	15	22	53	131	562	4,29	1,85	3,41	
29.	Mám osobní smysluplný vztah s Bohem	↑	46	28	20	8	16	13	131	565	4,31	1,73	2,99	
31.	Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory	↓	17	14	15	8	36	41	131	548	4,18	1,80	3,23	
33.	Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy	↑	48	14	16	11	16	26	131	513	3,92	1,99	3,95	
35.	Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem	↓	20	18	12	11	33	37	131	523	3,99	1,85	3,42	
37.	Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama	↑	38	28	10	10	18	27	131	501	3,82	1,96	3,85	
39.	Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem	↑	29	22	20	13	22	25	131	472	3,60	1,85	3,41	
41.	Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti	↑	41	26	8	14	14	28	131	506	3,86	1,98	3,92	
<b>HODNOTY CELKEM</b>										5 255	40,11	13,34	177,83	

Vyhodnocením náboženské subškály bylo dosaženo celkového skóre 5 255 bodů. Výsledná střední hodnota za náboženskou subškálu je 40,11 bodů, čímž podle manuálu spadá do kategorie v rozmezí 21 - 49 bodů a ukazuje na průměrný pocit náboženské pohody.

Reliabilita testu byla ověřena pomocí Cronbachovy alfy, která je ve výši 0,89. Autoři manuálu uvádějí pro RWB škálu koeficient  $\alpha$  v rozmezí 0,82 – 0,94.

### 3.5.3.2 Vyhodnocení existenciální subškály EWB

Nejprve jsem podle manuálu vyhodnotila existenciální pohodu jednotlivých pečujících.

Obrázek 2: Způsob vyhodnocení škály EWB<sup>5</sup>

***To Obtain the Existential Well-Being Score:***

The Existential Well-Being score measures one's level of life satisfaction and life purpose.

The *even numbered items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, and 20* give the score for existential well-being. Using the values of 1 to 6 that the respondent gave these items, add the total for existential well-being (EWB).

A score in the range of *10 – 20* suggests a low satisfaction with one's life and possible lack of clarity about one's purpose in life.

A score in the range of *21 – 49* suggests a moderate level of life satisfaction and purpose.

A score in the range of *50 – 60* suggests a high level of life satisfaction with one's life and a clear sense of purpose.

Manuál udává toto hodnocení:

Skóre v rozmezí 10 – 20 naznačuje nízkou spokojenost se životem a možné nejasnosti ohledně smyslu života.

Skóre v rozmezí 21 – 49 naznačuje průměrnou úroveň životní spokojenosti a smyslu života.

Skóre v rozmezí 50 – 60 naznačuje vysokou úroveň spokojenosti se životem a jasné vnímání smyslu života.

Pouze 1 pečující (0,8 %) dosáhl velmi nízkého skóre 11 bodů, tedy nízkou spokojenost se životem a možné nejasnosti ohledně smyslu života.

Druhá skupina 92 pečujících (70,2 %) dosáhla skóre v rozmezí 21 – 49 bodů, tedy průměrnou úroveň životní spokojenosti a smyslu života.

Třetí skupina 38 pečujících (29,0 %) dosáhla skóre v rozmezí 50 – 60 bodů, což naznačuje vysokou úroveň spokojenosti se životem a jasné vnímání smyslu života.

---

<sup>5</sup> Manuál pro vyhodnocení škály SWB byl zakoupený na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)

Tabulka 24: Vyhodnocení otázek 24,26,28,30,32,34,36,38,40,42

Otázka č.	Znění otázky	Pozitivní ladění ↑ Negativní ladění ↓	Varianty odpovědí s uvedením četností						Četnosti	Skóre	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Rozptyl	Cronbach alfa
			6 b. (1 b.) Rozhodně souhlasím	5 b. (2 b.) Souhlasím	4 b. (3 b.) Spíše souhlasím	3 b. (4 b.) Spíše nesouhlasím	2 b. (5 b.) Nesouhlasím	1 b. (6 b.) Rozhodně nesouhlasím						
			24.	Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji	↓	6	4	6						
26.	Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost	↑	48	26	21	13	6	17	131	570	4,35	1,74	3,01	
28.	Dělám si starosti ohledně své budoucnosti	↓	23	22	33	19	23	11	131	423	3,23	1,56	2,44	
30.	Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem	↑	11	38	33	30	14	5	131	511	3,90	1,28	1,63	
32.	Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá	↑	20	28	34	19	18	12	131	501	3,82	1,53	2,33	
34.	Mnoho radosti v životě nezažívám	↓	5	13	19	19	32	43	131	582	4,44	1,50	2,26	
36.	Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit	↑	21	29	24	33	17	7	131	507	3,87	1,45	2,11	
38.	Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku	↓	6	15	29	24	33	24	131	528	4,03	1,45	2,09	
40.	Život nemá příliš smysl	↓	2	4	8	8	28	81	131	692	5,28	1,17	1,37	
42.	Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života	↑	51	31	12	13	13	11	131	585	4,47	1,69	2,85	
<b>HODNOTY CELKEM</b>										5 554	42,40	9,08	82,49	

Vyhodnocením existenciální subškály bylo dosaženo celkového skóre 5 554 bodů. Pečující v této subškále dosáhli vyššího skóre, než v náboženské subškále (5 255 bodů). Znamená to, že pečující pociťují vyšší existenciální pohodu, než náboženskou. Skutečná střední hodnota za existenciální subškálu je 42,40 bodů. Tato střední hodnota spadá do kategorie v rozmezí 21 - 49 bodů a ukazuje na průměrnou míru existenciální pohody pečujících.

Reliabilita testu byla ověřena pomocí Cronbachovy alfy, která je ve výši 0,82. Autoři manuálu uvádějí pro EWB škálu koeficient  $\alpha$  v rozmezí 0,78 – 0,86.

### 3.5.3.3 Vyhodnocení celého testu škály SWB

V tomto testu jsou zahrnuty všechny otázky ze škály SWB, tedy jak otázky zkoumající náboženskou pohodu, tak otázky existenciální, týkající se úrovně životní spokojenosti pečujících a jejich vnímání smyslu života.

Manuál udává toto hodnocení (PALOUTZIAN Raymond F., 1982):

Skóre v rozmezí 20 – 40 odráží pocit nízké celkové duchovní pohody.

Skóre v rozmezí 41 – 99 odráží pocit průměrné duchovní pohody.

Skóre v rozmezí 100 – 120 odráží pocit vysoké duchovní pohody.

Obrázek 3: Způsob vyhodnocení škály SWB<sup>6</sup>

***To Obtain the Overall Spiritual Well-Being Score:***

The Spiritual Well-Being score is a measure of perceived overall well-being. Each SWBS item is scored from 1 to 6, with a higher number representing greater well-being. Negatively worded items are reverse scored.

The *positively worded items* are numbered 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, and 20. For these items, an answer of "Strongly Agree" is given a score of 6, "Moderately Agree" is scored 5, "Agree" is scored 4, "Disagree" is scored 3, "Moderately Disagree" is scored 2, and "Strongly Disagree" is scored 1.

The *negatively worded items* are numbered 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, and 18. For these items, an answer of "Strongly Agree" is given a score of 1, "Moderately Agree" is scored 2, "Agree" is scored 3, "Disagree" is scored 4, "Moderately Disagree" is scored 5, and "Strongly Disagree" is scored 6.

Total the scores for the positively and negatively worded items and this will give the total score for spiritual well-being (SWB):

A score in the range of 20 – 40 reflects a sense of low overall spiritual well-being.  
A score in the range of 41 – 99 reflects a sense of moderate spiritual well-being.  
A score in the range of 100 – 120 reflects a sense of high spiritual well-being|

Nejprve jsem podle manuálu vyhodnotila celkovou duchovní pohodu jednotlivých pečujících.

Pouze 1 pečující (0,8 %) dosáhl velmi nízkého skóre 23 bodů. Tento výsledek odráží pocit nízké celkové duchovní pohody.

Druhá skupina 97 pečujících (74,0%) dosáhla skóre v rozmezí 41 – 99 bodů. Tento výsledek odráží pocit průměrné duchovní pohody.

Třetí skupina 33 pečujících (25,2 %) dosáhla skóre v rozmezí 100 – 120 bodů. Toto skóre odráží pocit vysoké duchovní pohody.

Když tyto výsledky porovnáám na otázku č. 12 „Jste věřící?“, tak 86 pečujících na ni odpovědělo kladně. Pouze 33 z těchto pečujících však vnímá vysoký pocit duchovní pohody (náboženské i existenciální) a 42 z nich cítí pozitivní vztah s Bohem. Vyplývá z toho zjištění, že pečovatelská zátěž některé pečující stresuje natolik, že se neumějí radovat ze života a nevidí pozitivně smysl života, ačkoliv věří v Boha.

---

<sup>6</sup> Manuál pro vyhodnocení škály SWB byl zakoupený na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)

Cílem této diplomové práce však není zkoumat, jak velký vliv má víra a spiritualita na pečovatelskou zátěž, ale zda tento vliv vůbec existuje.

Tabulka 25: Vyhodnocení otázek 23 - 42

Otázka č.	Znění otázky	Pozitivní ladění ↑ Negativní ladění ↓	Varianty odpovědí s uvedením četnosti						Četnosti	Skóre	Střední hodnota	Směrodatná odchylka	Rozptyl	Crombach alfa	
			6 b. (1 b.) Rozhodně souhlasím	5 b. (2 b.) Souhlasím	4 b. (3 b.) Spíše souhlasím	3 b. (4 b.) Spíše nesouhlasím	2 b. (5 b.) Nesouhlasím	1 b. (6 b.) Rozhodně nesouhlasím							
23.	Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje	↓	22	11	10	19	26	43	131	538	4,11	1,86	3,45	0,89	
24.	Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji	↓	6	4	6	14	39	62	131	655	5,00	1,34	1,78		
25.	Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně	↑	52	16	11	9	21	22	131	527	4,02	1,99	3,96		
26.	Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost	↑	48	26	21	13	6	17	131	570	4,35	1,74	3,01		
27.	Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy	↓	16	17	8	15	22	53	131	562	4,29	1,85	3,41		
28.	Dělám si starosti ohledně své budoucnosti	↓	23	22	33	19	23	11	131	423	3,23	1,56	2,44		
29.	Mám osobní smysluplný vztah s Bohem	↑	46	28	20	8	16	13	131	565	4,31	1,73	2,99		
30.	Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem	↑	11	38	33	30	14	5	131	511	3,90	1,28	1,63		
31.	Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory	↓	17	14	15	8	36	41	131	548	4,18	1,80	3,23		
32.	Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá	↑	20	28	34	19	18	12	131	501	3,82	1,53	2,33		
33.	Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy	↑	48	14	16	11	16	26	131	513	3,92	1,99	3,95		
34.	Mnoho radosti v životě nezažívám	↓	5	13	19	19	32	43	131	582	4,44	1,50	2,26		
35.	Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem	↓	20	18	12	11	33	37	131	523	3,99	1,85	3,42		
36.	Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit	↑	21	29	24	33	17	7	131	507	3,87	1,45	2,11		
37.	Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama	↑	38	28	10	10	18	27	131	501	3,82	1,96	3,85		
38.	Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku	↓	6	15	29	24	33	24	131	528	4,03	1,45	2,09		
39.	Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem	↑	29	22	20	13	22	25	131	472	3,60	1,85	3,41		
40.	Život nemá příliš smysl	↓	2	4	8	8	28	81	131	692	5,28	1,17	1,37		
41.	Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti	↑	41	26	8	14	14	28	131	506	3,86	1,98	3,92		
42.	Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života	↑	51	31	12	13	13	11	131	585	4,47	1,69	2,85		
<b>HODNOTY CELKEM</b>										<b>10 809</b>	<b>82,51</b>	<b>19,13</b>	<b>365,84</b>		

Vyhodnocením celé škály SWB bylo dosaženo celkového skóre 10 809 bodů. Skutečná střední hodnota duchovní pohody je 82,51 bodů, tato střední hodnota spadá do kategorie v rozmezí 41 – 99 bodů a ukazuje na průměrnou míru celkové duchovní pohody pečujících. Vzhledem k tomu, že aritmetický průměr této škály je 70 bodů, lze naměřenou duchovní hodnotu pečujících ve výši 82,51 bodů považovat za lehce nadprůměrnou.

Reliabilita testu byla ověřena pomocí Cronbachovy alfy, která je ve výši 0,89. Autoři manuálu uvádějí pro SWB škálu koeficient  $\alpha$  v rozmezí 0,89 – 0,94.

### 3.5.4 Závislost míry zátěže pečujících na jejich víře / spiritualitě

Pro naplnění cíle mé práce byly stanoveny a vyhodnoceny následující 4 hypotézy.

### 3.5.4.1 Vyhodnocení hypotézy H1

**H<sub>01</sub>:** Neformální pečující vnímají souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou

**H<sub>A1</sub>:** Neformální pečující nevnímají souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou

Pro určení zátěže pečujících byly zvoleny otázky č. 20 a 21, převzaté ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998), protože vykazují dobrou míru reliability. Pro určení víry nebo spirituality pečujících byly zvoleny otázky 23 – 42 ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982).

Hodnoty nezávisle proměnné  $x$  v našem případě vyjadřují spirituální pohodu jednotlivých pečujících, hodnoty závisle proměnné  $y$  vyjadřují zjištěnou zátěž jednotlivých pečujících.

Cílem je zjistit, zda existuje korelace mezi těmito dvěma proměnnými.

Korelační koeficient nabývá hodnot od -1 do +1. Tyto krajní hodnoty znamenají perfektní lineární vztah (záporný nebo kladný). V případě kladné korelace hodnoty obou proměnných zároveň stoupají, v případě záporné korelace hodnota jedné proměnné stoupá a druhé klesá. V případě neexistence lineárního vztahu je korelační koeficient roven nule. (Kor19)

Výše uvedená data byla zpracována pomocí statistické funkce CORREL v MS Excel. Korelační koeficient byl zjištěn ve výši -0,411. To znamená, že existuje souvislost mezi vnímáním zátěže pečujících a jejich spiritualitou. Vzhledem k tomu, že korelační koeficient je záporný, existuje záporný lineární vztah mezi proměnnými (Kor19), tzn. čím větší je spiritualita pečujících, tím pocít'ují nižší pečovatelskou zátěž.

Hypotézu H<sub>01</sub> potvrzují.

### 3.5.4.2 Vyhodnocení hypotézy H2

**H<sub>02</sub>:** Více jak 50 % neformálních pečujících cítí vysokou nebo střední úroveň spirituální pohody

**H<sub>A2</sub>:** Více jak 50 % neformálních pečujících cítí nízkou úroveň spirituální pohody

Pro určení úrovně spirituální pohody pečujících bylo zvoleno vyhodnocení otázky č. 23 – 42 ze škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982). Vytvořila jsem kontingenční tabulku, do které jsem podle úrovně spirituální pohody zapsala počty pečujících, jejich relativní četnost v %, naměřené skóre a střední hodnotu v jednotlivých škálách, které byly převzaty z manuálu pro hodnocení škály SWB.<sup>7</sup>

Tabulka 26: Vyhodnocení H2 – úroveň spirituální pohody

Úroveň spirituální pohody	Škála	Počet	%	Naměřené skóre	Střední hodnota
Nízká	20-40	1	0,8	23	23,00
Střední	41-99	97	74,0	7 209	74,32
Vysoká	100-120	33	25,2	3 577	108,39
<b>CELKEM</b>		<b>131</b>	<b>100,0</b>	<b>10 809</b>	<b>82,51</b>

Z tabulky vyplývá, že 74,0 % pečujících zažívá střední úroveň spirituální pohody a 25,2 % pečujících dokonce vysokou úroveň spirituální pohody. Pouze 0,8 % pečujících zažívá nízkou úroveň spirituální pohody.

Hypotézu H<sub>02</sub> potvrzují.

### 3.5.4.3 Vyhodnocení hypotézy H3

H<sub>03</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících vnímá zátěž spojenou s pečováním jako vysokou

H<sub>A3</sub>: Více jak 50 % neformálních pečujících nevnímá zátěž spojenou s pečováním jako vysokou

Pro určení míry zátěže vycházím z vyhodnocení otázek č. 20 a 21, převzatých ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998). Jako vysokou hodnotím zátěž nad střední hodnotou a naopak. V obou otázkách je škála 5 – 20, střední hodnota 12,5. Respondenti byli rozděleni do dvou kategorií, a sice podle toho, zda je jejich naměřená zátěž vyšší nebo nižší, než střední hodnota. Výsledky jsem zpracovala do následující kontingenční tabulky.

<sup>7</sup> Manuál pro vyhodnocení škály SWB byl zakoupený na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)



Tabulka 27: Vyhodnocení H3 – úroveň pečovatelské zátěže

Úroveň pečovatelské zátěže	Škála / střední hodnota	Počet	%	Naměřené skóre	Střední hodnota (naměřená)
Nad střední hodnotou	5-20	110	84,0	2 186	19,87
Pod střední hodnotou		21	16,0	238	11,33
<b>CELKEM</b>	<b>12,50</b>	<b>131</b>	<b>100,0</b>	<b>2 424</b>	<b>18,50</b>

Z tabulky vyplývá, že 84,0 % pečujících pociťuje vysokou úroveň pečovatelské zátěže.

Hypotézu H<sub>03</sub> potvrzují.

### 3.5.4.4 Vyhodnocení hypotézy H4

H<sub>04</sub>: Věřící pečující zvládají zátěž spojenou s pečováním lépe než nevěřící pečující

H<sub>A4</sub>: Věřící pečující nezvládají zátěž spojenou s pečováním lépe než nevěřící pečující

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy H4 jsem zpracovala kontingenční tabulku, do které jsem zanesla počet pečujících v rozdělení na věřící a nevěřící a dále jejich dosažené skóre míry zátěže a pro zajímavost také dosažené skóre jejich spirituality. Z naměřeného skóre obou proměnných jsem vypočítala střední hodnoty.

Tabulka 28: Vyhodnocení H4 – porovnání zátěže u věřících a nevěřících

Věřící	Počet	Naměřené skóre		Střední hodnota	
		Spiritualita	Zátěž	Spiritualita	Zátěž
Ano	86	7 616	1 546	88,56	17,98
Ne	45	3 193	878	70,96	19,51
<b>CELKEM</b>	<b>131</b>	<b>10 809</b>	<b>2 424</b>	<b>82,51</b>	<b>18,50</b>

Z tabulky vyplývá, že u 86 věřících byla zjištěna střední hodnota zátěže ve výši 17,98 bodů a střední hodnota spirituální pohody ve výši 88,56 bodů, u nevěřících střední hodnota zátěže ve výši 19,51 bodů a střední hodnota spirituální hodnoty ve výši 70,96 bodů. Z těchto výsledků vyplývá, že věřící pečující pociťují nižší míru zátěže při vyšší úrovni spirituální pohody a naopak lidé, kteří nevěří v Boha a dosahují nižší úrovně spirituální pohody, pociťují vyšší míru pečovatelské zátěže.

Hypotézu H<sub>04</sub> potvrzují.

### **3.6 Diskuze**

Do výzkumu na téma role spirituality ve zvládnání zátěže neformálními pečujícími o seniory se formou dotazníkového šetření zapojilo 135 respondentů. Byl proveden stratifikovaný náhodný výběr, kdy byly předem definovány požadované vlastnosti respondentů, tedy muselo se jednat o neformálního pečujícího, který pečuje o seniora ve věku 65 let a více v jeho domácím prostředí. Tato kritéria splnilo 131 respondentů.

Vzorek respondentů není natolik reprezentativní, aby se výsledky výzkumu daly zobecnit na celou populaci. Také vzhledem k nerovnoměrnému zastoupení jednotlivých krajů – nejvíce respondentů pochází ze Zlínského kraje (32,1 %) a dalších 34,3 % je zastoupeno zbývajícími moravskými kraji. Morava tedy dominuje ve vzorku respondentů nadpoloviční většinou (66,4 %), což může mít vliv na zjištěné výsledky, především na vnímání spirituality a náboženství. Přesto dotazníkové šetření přineslo zajímavé výsledky, které mohou mít pozitivní dopad na sociální praxi.

Z výsledků dotazníkového šetření bylo pomocí hypotéz potvrzeno, že existuje vztah mezi úrovní spirituální / náboženské pohody pečujících a mezi vnímáním zátěže vyplývající z péče o nesoběstačného seniora. Čím vyšší úroveň spirituální pohody pečující zažívá, tím pociťuje nižší zátěž. Podobné závěry vyplynuly i ve třech zahraničních studiích, které popisují v bodu 2.5 diplomové práce.

Na základě mých zjištění a s přihlédnutím k podobným závěrům v zahraničí je dokázáno, že role spirituality hraje ve vnímání pečovatelské zátěže důležitou roli, proto by se podle mého názoru měla tato zjištění implikovat do sociální praxe v České republice.

Rozhodně se nedá říci, že by neexistovaly žádné možnosti, které mohou pečujícím usnadnit jejich úlohu. Již nějakou dobu jsou, většinou ve formě kurzů, dostupné různé tematicky zaměřené aktivity převážně vzdělávacího charakteru. Ty si kladou za cíl ulehčit pečujícím jejich práci a nutno říci, že jsou tím pádem většinou zaměřeny na praktické dovednosti, nebo na orientaci v sociálně-právní oblasti. Najdou se však i organizace, které většinou v rámci různých projektů myslí i na duchovní potřeby pečujících a mají snahu se jim věnovat i v této oblasti. Za všechny mohu vyjmenovat

například Pečuj doma (Diakonie ČCE), Charita Česká republika, Život 90, Podpora neformální péče (Nonverba, z.ú.) nebo Centrum pro rodinné pečující. Co se duchovní podpory týká, ta nabývá nejčastěji podobu podpůrných a svépomocných skupin. Na první pohled by se mohlo zdát, že je nabídek dostatek, ale praxe hovoří o opaku. Pečující navíc o těchto možnostech často nemají tušení, protože se k nim informace nedostanou a pokud ano, ne vždy jsou jim tyto služby dostupné, ať již z důvodu vzdálenosti, kapacity kurzů, nebo proto, že nemají možnost zajistit péči o seniora po dobu své nepřítomnosti. Poptávka po různých typech podpory vysoce převyšuje nabídku. Přes veškerou snahu stále nedochází k naplnění potřeb neformálních pečujících v dostatečném rozsahu, přičemž mnohé z podpůrných aktivit by mohly být i v kompetencích poskytovatelů sociálních služeb.

Osobně se domnívám, že by oběma stranám, jak těmto poskytovatelům, tak pečujícím, velmi pomohlo, pokud by se neformální pečující stali oficiální cílovou skupinou, ukotvenou v legislativě. Prospělo by to samozřejmě nejen neformálním pečujícím, ale i sociálním a jiným pracovníkům, kteří v tuto chvíli mají kromě osobního zájmu a nedostatečného okruhu návazných služeb velmi málo prostoru a možností, jak s pečujícími pracovat. Mohlo by to být prvním krokem k rozvíjení komplexní podpory. Dalším krokem by mohla být lepší interdisciplinární spolupráce, kupříkladu s poskytovateli zdravotnických služeb nebo se státními institucemi. Toto většinou bývají místa, kde buď pečování začíná, nebo kam vedou první kroky pečujících. Měli by zde být informovaní pracovníci, kteří budou schopni pečujícím poradit a nabídnout jim návazné služby tak, aby se jim ve výsledku dostalo potřebné podpory.

Celému tématu pečování a nutnosti duchovní podpory by jistě prospěla i širší medializace a častější zmínky o konkrétních dílčích nabídkách pomoci. Téma neformální péče, nadto i téma korelace péče a spirituality je nepopíratelně velmi aktuální, leč jak se zdá, stále neatraktivní. Větší prostor v médiích by kromě lepšího informování pečujících o jejich možnostech přinesl problematiku více do povědomí veřejnosti. Pokud by díky tomu vzniklo buď jen pár dalších svépomocných skupin, spirituálně laděných podpůrných programů, rozšířila se pastorační péče v konkrétním místě nebo došlo k lepší komunitní podpoře, díky které by pečující mohli nalézat pochopení, podporu a čerpat nové síly, bylo by to dalším důležitým krokem vpřed.

Jak jsem již zmiňovala, několik let jsem pracovala v projektu Pečuj doma, zaměřeném na podporu neformálních pečujících o seniory. Za dobu své existence projekt nabízel a nabízí řadu aktivit, které byly a jsou ve velké míře zaměřeny na praktické dovednosti (kurzy zaměřené na ošetřování, rehabilitaci, hygienu, polohování, aktivizaci atd.) a znalosti (sociálně-právní minimum, orientace v sociálních službách atd.). Věnují se i psychické stránce pečování (psychologické minimum vedené formou podpůrné skupiny), a to jak z pohledu opečovávaného, tak i pečujícího. Nabízí také zážitkové víkendy, zaměřené na relaxaci a duchovní potřeby pečujících a na několika místech se pečující pravidelně setkávají ve svépomocných skupinách.

Koncept projektu Pečuj doma považuji za zdařilý a domnívám se, že může být inspirativní i pro jiné poskytovatele služeb. Přesto bych i zde do budoucna zařadila více možností, jak ve spirituální oblasti podpořit jakožto cílovou skupinu výhradně neformální pečující. Mnoho nabídek pomoci, které se jim dostává nejen zde, ale i u jiných poskytovatelů, je v důsledku cíleno na zlepšení podmínek opečovávaných osob. A je to tak jistě v pořádku, už jen z toho pohledu, že jedno bez druhého logicky nemůže být a jak vyplývá z mé praxe, i ze závěru dotazníku, kde byl nabídnut volný prostor k vyjádření, pohoda a dobrý duševní a duchovní stav opečovávaných velice přispívá k pohodě pečujících. Zmiňuje se o tom i Respondentka 95, když říká: „Moje opečovávaní není až tak náročné a na moje vnímání má také vliv nesmírně pozitivní postoj k životu mé maminky ...“. Nebo respondentka 110: „... pečuji o svou babičku, která má spoustu neduhů, ale stále si udržuje pozitivní mysl a to celé naše soužití ulehčuje ...“.

Toto ovšem funguje obousměrně. Pohoda pečujících zlepšuje pohodu těch, o které se starají. I proto bych se přimlouvala za větší prostor, který bychom neformálním pečujícím měli poskytnout. Denně jsem se setkávala se situací, kdy pečující hledali praktickou radu, kterou jsme společně vyřešili během chvíle, ale následně bylo věnováno velké množství času jejich duchovním potřebám. Mnohdy jsem dokonce měla dojem, že původní problém byl jen zástupný. I v souladu s výsledky výzkumného šetření v této práci si myslím, že je nejvyšší čas najít cestu, aby neformální pečující nemuseli složitě hledat podporu pro naplnění svých spirituálních potřeb.

## **Závěr**

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jakou roli hraje spiritualita ve zvládnání péče neformálních pečujících o seniory a zda existuje nějaká souvislost mezi mírou spirituality pečujících a vnímáním jejich zátěže.

Pro splnění cíle práce jsem stanovila hlavní koncepty, které jsem popsala v teoretické části. Jednalo se o pojem neformální péče, neformální pečující, senior, zátěž spojená s pečováním, náboženství a spiritualita. Zde jsem také představila některé ze zahraničních studií, které v souladu s mým výzkumným tématem zkoumaly korelaci mezi spiritualitou a zátěží neformálních pečujících. Kromě popisu problematiky těchto studií jsem uvedla i jejich závěry a přínos výsledných zjištění včetně doporučení pro sociální nebo medicínskou praxi.

Pro splnění cíle diplomové práce jsem zvolila metodu dotazníkového šetření a kvantitativní vyhodnocení získaných dat.

V praktické části práce jsem nejdříve popsala matici získaných dat od 131 respondentů a provedla jejich operacionalizaci. Každý respondent odpovídal na 42 otázek, které byly položeny tak, aby jejich vyhodnocením byly získány informace o vnímání zátěže pečujících a o míře jejich víry nebo spirituality. Každé odpovědi na dané otázky bylo přiřazeno bodové hodnocení podle intenzity důležitosti tak, aby vyšší skóre představovalo vyšší míru spirituality nebo vyšší vnímání zátěže. Pro vyhodnocení celkové duchovní pohody pečujících byla použita oficiální škála SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982), která v subškále deseti otázek zkoumá existenciální pohodu pečujících a v dalších deseti otázkách jejich náboženskou pohodu. Pro vyhodnocení zátěže pečujících byly použity otázky ze zahraniční studie „The Role of Religion/Spirituality in Coping with Caregiving for Disabled Elders“ (BEI-HUNG CHANG, 1998), jejíž koncept je velmi blízký mému výzkumnému tématu.

V empirické části práce jsem provedla vyhodnocení dotazníkového šetření v rozdělení do tří testů. V prvním testu jsem vyhodnotila mé vlastní výzkumné otázky, které sloužily pro doplnění celkového obrazu zkoumané problematiky. Tyto otázky zjišťovaly vnímání zátěže, míru spirituality a vztah pečujících s příjemci péče. U každé otázky bylo spočítáno celkové bodové skóre, střední hodnota, směrodatná odchylka a rozptyl. Kromě absolutních četností byly uvedeny i relativní četnosti v procentech.

Z prvního testu vyplynuly mj. tyto závěry. Bylo zjištěno, že nadpoloviční většina pečujících (58,0 %) se stará o příjemce péče denně, 52,7 % pečujících nežije s příjemcem péče v jedné domácnosti, 54,2 % příjemců péče nevyužívá žádnou ze sociálních služeb, 74 % pečujících není v kontaktu s žádnou organizací, která poskytuje podporu pečujícím. Toto vše jsou faktory, které negativně ovlivňují míru zátěže pečujících. Víru v Boha uvedlo 65,6 % všech respondentů. Ve většině případů mají pečující s příjemci péče dobrý vztah, který se nezměnil ani pod vlivem zátěže vyplývající z pečování, nebo se dokonce v průběhu pečování prohloubil (77 %). Tyto výsledky naopak ovlivňují zátěž pečujících pozitivně.

Druhý test obsahoval vyhodnocení otázek převzatých ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998) a jejich komparaci s výsledky zahraničních výzkumníků. V zahraničí se výzkumu účastnilo 127 neformálních pečujících o seniora. Z druhého testu vyplynuly následující závěry. Celých 63,4 % českých příjemců péče trpí kognitivní poruchou, což úlohu pečujících velmi ztěžuje. V porovnání na zahraniční studii je toto číslo dvojnásobné (30,7 %). Problémy s chováním byly identifikovány u 22,9 % příjemců péče, v zahraniční studii byly zjištěny problémy v oblasti chování jen u 8,7 % příjemců péče. Střední hodnota funkčního postižení českých příjemců péče na škále 1-5 je 3,72 bodů, což je vyšší hodnota než průměr a také mírně vyšší hodnota oproti zahraniční studii (3,51 bodů). Střední hodnota míry deprese na škále 5-20 u českých pečujících je 8,80 bodů, u zahraničních pečujících 7,59 bodů. Také střední hodnota míry ponoření do role pečovatele na bodové škále 5-20 ukazuje vyšší zátěž českých pečujících (9,70 bodů) proti zahraničním pečujícím (8,43). Naopak v zahraniční studii bylo zjištěno vyšší vnímání spirituality jako pomoci pro zvládnání pečovatelské zátěže na škále 1-4 (3,01 bodů) než u českých pečujících (2,73 bodů), což znamená, že zahraničním pečujícím pomáhá víra nebo spiritualita ve zvládnání jejich nelehkého úkolu ve větší míře než českým pečujícím. Čeští příjemci péče jsou v průměru o 9 let mladší než zahraniční. Také čeští pečující jsou oproti zahraničním mladší, a to dokonce v průměru o více než 13 let. Dalo by se očekávat, že by díky tomu mohla být pečovatelská zátěž českých pečujících nižší, nicméně z provedených testů vyplývá opak.

Test č. 3 měřil na škále SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982) spirituální pohodu pečujících. Vyhodnocením náboženské subškály bylo podle oficiálního manuálu<sup>8</sup> zjištěno, že 32,1 % pečujících má pozitivní pohled na vztah s Bohem, 59,5 % pečujících zažívá průměrný pocit náboženské pohody a 8,4 % pečujících má pocit neuspokojivého vztahu s Bohem. Vyhodnocením existenciální subškály bylo zjištěno, že 29,0 % pečujících pociťuje vysokou úroveň spokojenosti se životem a jasné vnímání smyslu života, 70,2 % pečujících pociťuje průměrnou úroveň životní spokojenosti a 0,8 % pečujících pociťuje nízkou spokojenost s životem a nejasnosti ohledně smyslu života.

Vyhodnocením celé SWB škály byla zjištěna celková duchovní pohoda pečujících. Pocit vysoké duchovní pohody uvádí 25,2 % pečujících, pocit průměrné duchovní pohody 74,0 % pečujících a pocit nízké duchovní pohody 0,8 % pečujících.

Pro naplnění cíle mé diplomové práce byly stanoveny 4 hypotézy, jejichž vyhodnocením byla zjištěna existence závislosti vnímání zátěže pečujícími na úrovni jejich spirituality.

Hypotéza **H<sub>01</sub>**: **Neformální pečující vnímají souvislost mezi zátěží a svou spiritualitou** byla vyhodnocena pomocí korelačního koeficientu použitím statistické funkce CORREL v MS Excel. Korelační koeficient byl zjištěn ve výši -0,411, což znamená, že existuje souvislost mezi vnímáním zátěže pečujících a jejich spiritualitou. Hypotéza **H<sub>01</sub>** byla potvrzena.

Hypotéza **H<sub>02</sub>**: **Více jak 50 % neformálních pečujících cítí vysokou nebo střední úroveň spirituální pohody** byla vyhodnocena pomocí kontingenční tabulky. Bylo zjištěno, že 74,0 % pečujících zažívá střední úroveň spirituální pohody a 25,2 % pečujících dokonce vysokou úroveň spirituální pohody. Hypotéza **H<sub>02</sub>** byla potvrzena.

Hypotéza **H<sub>03</sub>**: **Více jak 50 % neformálních pečujících vnímá zátěž spojenou s pečováním jako vysokou** byla vyhodnocena pomocí kontingenční tabulky. Bylo zjištěno, že 84 % pečujících pociťuje vysokou úroveň pečovatelské zátěže. Hypotéza **H<sub>03</sub>** byla potvrzena.

---

<sup>8</sup> Manuál pro vyhodnocení škály SWB byl zakoupený na [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com)

Hypotéza **H<sub>04</sub>**: **Věřící pečující zvládají zátěž spojenou s pečováním lépe, než nevěřící pečující**, byla vyhodnocena pomocí kontingenční tabulky, ve které byly porovnány naměřené střední hodnoty zátěže u věřících a nevěřících. Z tabulky vyplývá, že u věřících byla zjištěna střední hodnota zátěže 17,98 a střední hodnota spirituální pohody 88,56, u nevěřících střední hodnota zátěže 19,51 a střední hodnota spirituální pohody 70,96. Z těchto výsledků vyplývá, že věřící pociťují při vyšší úrovni spirituální pohody nižší míru zátěže a naopak lidé, kteří nevěří v Boha, dosahují nižší úrovně spirituální pohody a pociťují vyšší míru pečovatelské zátěže. Hypotéza **H<sub>04</sub>** byla potvrzena: Věřící pečující zvládají zátěž spojenou s pečováním lépe než nevěřící pečující.

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření jsem dospěla k výsledkům, které se shodují se závěry tematicky podobných zahraničních studií. Vyplývá z nich, že spiritualita, ať už nábožensky ukotvená, či neukotvená, může být pro mnoho lidí, kteří se věnují neformálnímu pečování, významnou copingovou strategií. Z výzkumů také vyplynulo, že díky kladnému vztahu k duchovní oblasti zvládají svou pečovatelskou zátěž lépe věřící než nevěřící nebo ti, kteří se spiritualitou ani duchovnem nezabývají vůbec.

Pečujícím se může stát kdokoli z nás, stejně tak se většina z nás jednou může stát tím, o koho bude pečováno. Neformální pečující jsou skupinou, která je s ohledem na zátěž vyplývající z jejich role velmi zranitelná a již dlouhou dobu mám za to, že bychom coby sociální pracovníci měli více naslouchat jejich potřebám a naučit se na tyto potřeby pružně reagovat. Klade se důraz na to, aby péče byla kvalitní, běžně žádáme od pečujících výkony, které jsou na úrovni profesionální práce, a očekáváme, že ji zvládnou. Nejlépe sami. Nejen z pohledu sociálního systému jim nabízíme velmi málo. Pevně věřím, že každá zmínka na toto téma je střípkem, díky kterému postupně dojde k pozitivním změnám.

Právě proto jsem si při realizaci tohoto výzkumu přála, aby naléhavost výzkumného tématu, vnímat úlohu pečujících i z pohledu jejich spirituálních potřeb, zaujala co nejvíce těch, kteří by měli snahu a vůli pečujícím při řešení problémů plynoucích z jejich zátěže pomoci. První náznaky, že tato problematika čtenáře zaujala, vnímám již od zahájení dotazníkového šetření, protože se ke mně dostalo několik žádostí o předání



výsledků výzkumu, jak od samotných pečujících, tak od osob, které jsou s nimi nějakým způsobem spjaty, včetně sociálních pracovníků.

Výsledky dotazníkového šetření mě v konečném důsledku obohatily, a to nejen po profesní stránce, ale i v osobní rovině. Přestože výzkum proběhl dotazníkovou formou, poznala jsem díky němu mnoho nových lidí a je pro mě důležité, že jsem některým z nich mohla pomoci, ať už podpůrným rozhovorem, praktickou radou nebo odkázáním na konkrétní místa, kde mohou najít pomoc.

Vzhledem k tomu, že seniorů vyžadujících péči druhých osob bude podle dosavadního vývoje v dalších letech i nadále přibývat a s tím bude přibývat i počet neformálních pečujících, je podle mého názoru velmi důležité, aby byly do sociální praxe zahrnuty aspekty víry a spirituality pečujících, aby byla neformálním pečujícím v této oblasti zajištěna potřebná podpora a pomoc k lepšímu zvládnutí jejich zátěže, k omezení stresu, eliminaci psychických problémů, a tím k lepšímu vnímání kvality jejich života.

## Anotace

Jméno a příjmení autora:	Eva Paprstkářová
Název katedry a fakulty:	Katedra křesťanské sociální práce, Cyrilometodějská teologická fakulta
Jméno vedoucího práce:	ThLic. Jakub Doležel, Th.D.
Název práce:	Role spirituality ve zvládání zátěže neformálními pečujícími o seniory
Název v angličtině:	The role of spirituality in coping with informal care burden by the caregiver of seniors
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá rolí spirituality ve zvládání zátěže neformálních pečovatelů, kteří pečují o seniory v jejich domácím prostředí. V teoretické části představuje stav poznatků o problematice péče o seniory a o výzkumech v ČR a v zahraničí. Dále vymezuje koncepty neformální péče, neformálních pečujících, zátěže plynoucí z pečování, seniora, náboženství a spirituality, korelace mezi spiritualitou a zvládáním zátěže. V empirické části kvantitativním výzkumným šetřením zjišťuje míru zátěže pečujících, úroveň jejich spirituální pohody a dále korelaci mezi těmito dvěma proměnnými. Výsledky výzkumu potvrzují stanovené hypotézy o pozitivním vlivu spirituality na zátěž pečujících.
Klíčová slova:	Neformální péče, neformální pečující, senior, pečovatelská zátěž, náboženství, spiritualita
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the role of spirituality in coping with the burden of informal carers who care for seniors in their home environment. The theoretical part presents the state of knowledge about the issues of care for the elderly and research in the Czech Republic and abroad . It also defines the concepts of informal care, informal carers, the burden of caring, the elderly, religion and spirituality, the correlation between spirituality and burden management. In the empirical part, the quantitative research investigates the degree of burden of carers, the level of their spiritual well-being and the correlation between these two variables. The research results confirm the established hypotheses about the positive influence of spirituality on the burden of carers.

Klíčová slova v angličtině:	Informal care, casual carer, senior, care budren, religion, spirituality
Přílohy volně vložené	1 CD ROM
Přílohy vázané v práci:	2 textové přílohy
Rozsah práce:	81 s. (126 329 znaků)
Jazyk práce:	Český

## Seznam zkratek

ADL - Activities of Daily Living (základní činnosti každodenního života)<sup>9</sup>

EWB – The Existential Well-Being Scale (škála existenciální pohody)

IADL – Instrumental Activities of Daily Living (pomocné činnosti každodenního života)<sup>10</sup>

PMBT – Primary Malignant Brain Tumors (primární maligní nádory mozku)

RWB – The Religious Well-Being Scale (škála náboženské pohody)

SWB – The Spiritual Well-Being Scale (škála duchovní pohody)

---

<sup>9</sup> Hygiena, oblékání, chůze po schodech

<sup>10</sup> Příprava jídla, úklid

## **Bibliografie**

**BEI-HUNG CHANG et al** The Role of Religion/Spirituality in Coping With Caregiving for Disabled Elders [The Gerontologist]. - Oxford : Oxford University Press ; <https://academic.oup.com/gerontologist/article/38/4/463/631269>, 1. August 1998. - 4. - Sv. Volume 38. - Pages 405-520. - ISSN 0016-9013.

**BIRTHA Magdi et al** Who cares? Study on the challenges and needs of family carers in Europe [Online - PDF]. - Brussels : COFACE Families Europe aisbl, 2017.

**BLOOM William** Síla moderní spirituality Cesta k životnímu naplnění [Kniha]. - Praha : Knižní klub, 2014. - str. 288. - ISBN 978-80-242-4421-1.

**COLOMBO F. et al** Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care [Online] // OECD Health Policy Studies. - OECD Publishing, 2011, 2011. - 14. 10 2019. - <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>. - ISBN 978-92-64-09775-9.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [Online] // czso. - 19. 10 2019. - <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.

**DUDOVÁ Radka** Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory. [Kniha]. - Praha : Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Sociologické nakladatelství SLON, 2015. - str. 199. - ISBN 978-80-7330-260-3.

**ELLENS J.H.** The destructive power of religion: violence in Judaism, Christianity and Islam [Kniha]. - London : Greenwood Publishing Group, 2007. - str. 261. - ISBN 13: 978-0-275-99708-3.

**GRAHAM Hilary a Finch J. – Groves, D. (eds.)** Caring: a labour of love // A Labour of Love: Women, Work and Caring.. - London : [autor neznámý], 1983. - stránky 13 - 30. - ISBN 071009504X 9780710095046.

**HERRERAA Angelica P. et al** Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. - [místo neznámé] : Aging & Mental Health, Leden 2009. - ISSN 1364-6915 online.

**HUBÍKOVÁ O.** Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce [Článek] // Sociální práce / Sociálna práca. - 2017. - 6. - stránky 5 - 21. - ISSN 1213-6240.

**JEŘÁBEK Hynek** Mezigenerační solidarita v péči o seniory // Studie. - [místo neznámé] : Sociologické nakladatelství SLON, 2013. - str. 316. - ISBN 978-80-7419-117-6.

**JEŘÁBEK Hynek** Sociální soudržnost, solidarita a péče o staré lidi v rodinách. - 9 2004. - stránky 74-81.

**JEŘÁBEK Hynek, et al** Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty) [Časopis] // Rodinná péče o staré lidi. - Praha : CESES FSV UK, 2005. - Sv. Studie CESES. - stránky 42 - 48. - ISSN: 1801- 1519.

**KAŇÁK Jan** Postavení diskursu spirituality v sociální práci [Časopis] // Sociální práce / Sociálna práca. - Ostrava : Evropský výzkumný institut sociální práce, 2015. - ISSN 1805-885X.

**KLÍMOVÁ Jarmila a FIALOVÁ Michaela** Proč (a jak) psychosomatika funguje?: nemoc začíná v hlavě? [Kniha]. - Praha : Progressive consulting v.o.s., 2015. - str. 240. - ISBN 978-80-260-8208-8 .

**KORELAČNÍ KOEFICIENT** [Online] // Officeapps.Live.com. - 8. 10 2019. - <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fkps.pedf.cuni.cz%2Fskalouda%2Fkorelace.doc>.

**KOTRUSOVÁ M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠŤÁLKOVÁ, J.** Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče [Článek] // Fórum sociální politiky. - 2013. - 6. - stránky 10 - 20. - ISSN 1802-5854.

**KUCHAŘOVÁ Věra, et al** Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření. [Kniha]. - Praha : VÚPSV, Socioklub, 2002. - RIV/00216224:14230/02:00030802 .

**KURUCOVÁ Radka** Zátěž pečovatele [Kniha]. - Praha : Grada Publishing, a.s., 2016. - str. 112. - ISBN 978-80-271-9107-9.

**MILLWARD Christine** Caring for elderly parents [Článek] // Family Matters. - Autumn 1999. - 52. - stránky 26 - 30.

**MLČÁK Zdeněk** Psychologie zdraví a nemoci [Kniha]. - Ostrava : Filozofická fakulta ostravské univerzity, 2011. - str. 108. - ISBN 978-80-7368-951-3.

**MPSV Autorský tým** Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 [Online - PDF]. - Praha : dostupný z: [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/02/III-NSRSS\\_2016-2025\\_po\\_korekture-1.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/02/III-NSRSS_2016-2025_po_korekture-1.pdf), 2015.

**MÜHLPACHR Pavel** Gerontopedagogika. [Kniha]. - Brno : Masarykova univerzita, 2009. - 2. vydání. - ISBN 978-80-210-5029-7.

**NÁBOŽENSKÉ VYZNÁNÍ OBYVATELSTVA** [Online] // Český statistický úřad. - 7. 10 2019. - <https://www.czso.cz/csu/czso/57004fa0dc>.

**NEWBERRY Alyssa G., et al** Exploring Spirituality in Family Caregivers of Patients With Primary Malignant Brain Tumors Across the Disease Trajectory. - [místo neznámé] : Oncol Nurs Forum ; dostupný z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880559/pdf/nihms-528503.pdf>, 1. May 2013.

**PALOUTZIAN Raymond F. Ph.D., et al** SWB Scale [Online]. - 1982. - 13. Srpen 2019. - [www.lifeadvance.com](http://www.lifeadvance.com).

**RYCHTAŘÍKOVÁ J.** Perspektiva seniorů v ČR a ve vybraných zemích Evropské unie, Pečující osoby a neformální péče [Článek] // Demografie. - 2006. - 3 : Sv. 48. - stránky 166 - 178.

**ŘÍČAN Pavel** Cesta životem [Kniha]. - [místo neznámé] : Praha, Portál, 2007. - str. 392. - ISBN 80-7367-124-7.

**SAMOJSKÝ Petr** Spiritualita (nejen) pro skeptiky [Kniha]. - Praha : UNITARIA, 2014. - ISBN 978-80-86105-70-3.

**SELF David** Encyklopedie světových náboženství [Kniha]. - Praha : Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2009. - str. 128. - ISBN 978-80-7195-282-4.

[socialnipolitika.eu](https://socialnipolitika.eu) [Online]. - 4. 10 2019. - <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>.

**SOPÓCI Ján** Základy sociológie [Kniha]. - Bratislava : SPN - Mladé letá, 2009. - str. 142. - ISBN 978-80-10-01444-6.

**STRMEŇ Ladislav a RAISKUP Ján Ch.** Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii [Kniha]. - Bratislava : IRIS, 1998. - str. 322. - ISBN 80-88778-69-7.

**SÝKOROVÁ Dana** Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Studie. - Praha : Sociologické nakladatelství SLON, 1. vydání, 2007. - Sv. 45. - str. 284. - ISBN 978-80-86429-62-5.

**ŠILER Vladimír** Religiozita a spiritualita ve zdravotní a sociální péči [Kniha]. - Ostrava : Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, 2017. - str. 217. - ISBN 978-80-7464-966-0.

**TOŠNEROVÁ Tamara, MUDr.** Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. - Praha : Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2001. - str. 68. - ISBN 80-238-8001-2.

**TRUHLÁŘOVÁ Z. et al** Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů [Kniha]. - Hradec Králové : Gaudeamus, 2015. - str. 107. - ISBN 978-80-7435-570-7.

**VENGLÁŘOVÁ Martina, PhDr.** Problematické situace v péči o seniory. - Praha : Grada Publishing a.s., 2007. - str. 96. - ISBN 978-80-247-2170-5.

**VIDOVIČOVÁ Lucie, RABUŠIC Ladislav a MAZÁČOVÁ Martina** Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu [Kniha]. - Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. - str. 67. - RIV/00216224:14230/03:00008411.

**VIDOVIČOVÁ Lucie a GREGOROVÁ Eva** Věkové normy v sociologické perspektivě [Článek] // Sociální studia. - Brno : Fakulta sociálních studií, 2007. - 1-2. - stránky 201-217. - ISSN 1214-813X.

**VIDOVIČOVÁ Lucie a SEDLÁKOVÁ Renáta** Neviditelná agenda aneb stáří a zdraví v českých médiích [Článek] // Fórum sociální politiky. - Fórum sociální politiky : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. - 3. - stránky 13-17. - ISSN 1802-5854.

**WEAVER Andrew J. FLANNELLY Kevin** The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers = HealthCare Chaplaincy. - New York : The Southern Medical Association ; dostupný z:



[https://www.researchgate.net/publication/8084168\\_The\\_Role\\_of\\_ReligionSpirituality\\_for\\_Cancer\\_Patients\\_and\\_Their\\_Caregivers](https://www.researchgate.net/publication/8084168_The_Role_of_ReligionSpirituality_for_Cancer_Patients_and_Their_Caregivers), 2004.

**Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách** dostupný z:  
[https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006) [Zákon].

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Bodové hodnocení škály SWB (PALOUTZIAN Raymond F., 1982) .....	43
Tabulka 2: Pohlaví pečujících.....	44
Tabulka 3: Pohlaví seniorů .....	44
Tabulka 4: Věk pečujících .....	45
Tabulka 5: Věk seniorů.....	45
Tabulka 6: Vztah pečujících vzhledem k seniorům.....	46
Tabulka 7: Zastoupení jednotlivých krajů .....	47
Tabulka 8: Nejvyšší ukončené vzdělání pečujících .....	48
Tabulka 9: Vyhodnocení otázky 1 až 4 .....	51
Tabulka 10: Vyhodnocení otázky 8 až 11 a 22.....	52
Tabulka 11: Vyhodnocení otázky 12 až 14 .....	53
Tabulka 12: Vyhodnocení otázky 15 a 16 .....	55
Tabulka 13: Vyhodnocení otázky 17 a 18 .....	55
Tabulka 14: Vyhodnocení otázky 19 .....	56
Tabulka 15: Statistické výsledky proměnných ze zahraniční studie (BEI-HUNG CHANG, 1998).....	58
Tabulka 16: Vyhodnocení otázky 5 a 6 .....	59
Tabulka 17: Vyhodnocení otázky 7 .....	59
Tabulka 18: Vyhodnocení otázky 16 .....	60
Tabulka 19: Vyhodnocení otázky 21 .....	61
Tabulka 20: Propočet Cronbachovy alfy .....	62
Tabulka 21: Vyhodnocení otázky 20 .....	63
Tabulka 22: Kontextové proměnné – porovnání se zahraniční studií .....	64
Tabulka 23: Vyhodnocení otázek 23,25,27,29,31,33,35,37,39,41 .....	66
Tabulka 24: Vyhodnocení otázek 24,26,28,30,32,34,36,38,40,42 .....	68
Tabulka 25: Vyhodnocení otázek 23 - 42 .....	70
Tabulka 26: Vyhodnocení H2 – úroveň spirituální pohody .....	72
Tabulka 27: Vyhodnocení H3 – úroveň pečovatelské zátěže .....	73
Tabulka 28: Vyhodnocení H4 – porovnání zátěže u věřících a nevěřících .....	73

## **Seznam grafů**

Graf 1: Pohlaví pečujících .....	44
Graf 2: Pohlaví seniorů .....	44
Graf 3: Věk pečujících .....	45
Graf 4: Věk seniorů.....	46
Graf 5: Vztah pečujících vzhledem k seniorům.....	46
Graf 6: Zastoupení jednotlivých krajů .....	47
Graf 7: Nejvyšší ukončené vzdělání pečujících.....	48

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Způsob vyhodnocení subškály RWB .....	65
Obrázek 2: Způsob vyhodnocení škály EWB.....	67
Obrázek 3: Způsob vyhodnocení škály SWB .....	69

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník .....	92
Příloha 2: Sdělení respondentů nad rámec položených otázek.....	96

# Přílohy

## Příloha 1: Dotazník

### DOTAZNÍK

Vážený respondente,

Jsem studentkou Teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás poprosila o pár minut času k vyplnění dotazníku, který jsem vytvořila pro účely zpracování mé diplomové práce na téma „Role spirituality ve zvládání zátěže neformálními pečujícími o seniory“.

Dotazník zjišťuje roli Vaší náboženské i nenáboženské spirituality, prožívání a zvládání pečovatelské zátěže.

Týká se tedy každého, kdo se v rodinném prostředí jako laik stará o blízkého člověka v seniorském věku. Cílem je porozumět, jakou roli hraje spiritualita pečujících ve zvládání jejich péče. Vaše odpovědi a sdělení přispějí k hlubšímu poznání tohoto tématu.

Označte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Dotazník je anonymní a jeho vyplněním dáváte souhlas ke zpracování uvedených informací, které budou využity pouze za účelem zpracování mé diplomové práce.

Pokud máte jakékoli dotazy nebo chcete znát výsledek výzkumu, obraťte se na mne prostřednictvím e-mailové adresy [vyzkum2019@seznam.cz](mailto:vyzkum2019@seznam.cz).

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu ke spolupráci.

Bc. Eva Paprstkářová

---

Jakého jste pohlaví?

Muž

Žena

---

Kolik je Vám let?

---

Jakého pohlaví je člověk, o kterého pečujete?

Muž

Žena

---

Kolik let je člověku, o kterého pečujete?

---

V jakém vztahu jste k tomuto člověku?

Manžel / manželka / druh / družka

Syn / dcera

Jiný příbuzný

Známý

Jiný vztah neuvedený výše

---

V jakém kraji žijete?

Hlavní město Praha

Středočeský kraj

Jihočeský kraj

Plzeňský kraj

Karlovarský kraj

Ústecký kraj

Liberecký kraj

Královéhradecký kraj

Pardubický kraj

Kraj Vysočina

Jihomoravský kraj

Olomoucký kraj

Zlínský kraj

Moravskoslezský kraj

---

Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Bez vzdělání nebo neúplné základní vzdělání

Základní

Střední (s vyučením)

Střední (s maturitou)

Vyšší odborné

Vysokoškolské - bakalářský titul

Vysokoškolské - magisterský titul

Vysokoškolské - doktorský titul nebo vyšší

---

1. Kolik času věnujete pečování?  
 Pečuji každý den - celodenně  
 Pečuji každý den - část dne  
 Pečuji několikrát v týdnu  
 Pečuji několikrát v měsíci

---

2. Pečujete sám? (Můžete vybrat více odpovědí.)  
 Ano  
 Ne, pomáhá mi jiný příbuzný  
 Ne, pomáhá mi známý  
 Ne, pomáhá mi profesionální pečovatel

---

3. Kolik let nebo měsíců již pečujete? (Prosím, specifikujte, zda jde o měsíce nebo roky.)  
 \_\_\_\_\_

---

4. Žijete s opečovávaným v jedné domácnosti?  
 Ano  
 Ne

---

5. Trpí opečovávaný kognitivní poruchou? (Např. zhoršením paměti, koncentrace, pozornosti, pochopení informací apod.)  
 Ano  
 Ne

---

6. Měl opečovávaný v poslední době problémy v oblasti chování? (Např. křičel na lidi, proklínal nebo slovně či fyzicky napadal lidi, rozbíjel věci, obvinil někoho z ukrývání nebo krádeže svých věcí, choval se nepřiměřeně situaci apod.)  
 Ano  
 Ne

---

7. Které z uvedených činností nezvládá opečovávaný bez pomoci? (Můžete vybrat více odpovědí.)  
 Osobní hygiena  
 Oblékání  
 Chůze po schodech  
 Příprava jídla  
 Úklid

---

8. Využívá opečovávaný některou ze sociálních služeb, která zároveň ulehčuje Vaše pečování? (Např. pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář, odlehčovací služba apod.)  
 Ano  
 Ne

---

9. Jak zvládáte pečování po fyzické stránce?  
 Bez problémů  
 S mírnými obtížemi  
 S velkými obtížemi

---

10. Jak zvládáte zátěž spojenou s pečováním po psychické a emoční stránce?  
 Bez problémů  
 S mírnými obtížemi  
 S velkými obtížemi

---

11. Vyhledali jste někdy v průběhu pečování pomoc psychologa nebo psychiatra?  
 Ano  
 Ne

---

12. Věříte v Boha?  
 Ano  
 Ne

---

13. Co pro Vás znamená pojem spiritualita? (Můžete vybrat více odpovědí.)  
 Víru v Boha či jakoukoli duchovní činnost, která se vztahuje k náboženství nebo církevní praxi (např. účast na mši svaté; komunitní setkávání; modlitba; zpověď; rozhovor s duchovním apod.)  
 Jakoukoli duchovní činnost, která se nemusí nijak vztahovat k náboženství nebo církevní praxi (např. pobyt v přírodě; meditace; četba tematických knih; rozhovor s blízkým o těžkostech; rozhovor s psychologem; umělecká tvorba – aktivní, i pasivní; volnočasové aktivity apod.)  
 Nevím

14. Jste věřící nebo se zabýváte spiritualitou odjakživa, či Vás k tomu nějakým způsobem přivedlo pečování?

- Věra nebo spiritualita je mi vlastní odjakživa  
 K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla v průběhu pečování  
 K víře nebo spiritualitě jsem došel/došla za jiných okolností  
 Nejsem věřící/ Nezabývám se spiritualitou

15. Je pro Vás v období pečování téma víry nebo spirituality důležitější než před ním?

- Ano  Ne

16. Pomáhá Vám Vaše víra nebo spiritualita ve zvládnání péče?

- Rozhodně ano  Spíše ano  Spíše ne  Rozhodně ne

17. Jak vnímáte kvalitu vztahu s člověkem, o kterého pečujete?

- Máme dobrý vztah, který se nezhoršil ani vzhledem k zátěži spojené s pečováním  Původně dobrý vztah se mírně zhoršil  
 Původně dobrý vztah se ještě více prohloubil  Původně dobrý vztah se velmi zhoršil  
 Neměli jsme nikdy dobrý vztah

18. Myslíte si, že Vám Vaše víra nebo spiritualita pomohla nějakým způsobem tento vztah změnit či udržet?

- Ano, pomohla mi ho zlepšit  
 Ano, pomohla mi ho udržet  
 Ne, víra nebo spiritualita nemá na můj vztah s opečovávaným žádný vliv  
 Ne, víra nebo spiritualita mi nepomohla a naopak náš vztah ještě zhoršila

19. Co pro Vás osobně znamená pečování? (Můžete vybrat více odpovědí.)

- Dává mi pocit užitečnosti, naplnění, či poslání  
 Příležitost strávit s opečovávaným více času, možnost prohloubit vztah  
 Možnost něco opečovávanému oplatit  
 Samozřejmou povinností  
 Nutnost, než se najde jiné řešení  
 Neúměrnou zátěž  
 Pokání (možnost napravit něco, co jsem dříve pokazil/a)  
 Trest  
 Jiné (uveďte)

20. Stalo se v průběhu Vašeho pečování:

- |   | Nikdy                 | Zřídka                | Občas                 | Mnohokrát             |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Že jste si přál/a, abyste mohl/a vést svůj vlastní život.....  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Že jste si připadal/a jako uvězněn/a nemocí opečovávaného..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Že jste si přál/a od všeho utéct.....                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Že jste ztratil/a povědomí o sobě samém.....                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Že jste kvůli péči ztratil/a důležitou část sebe sama.....     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. Jak často jste v minulém týdnu

- |  | Nikdy                 | Po dobu asi:          | 1-2 dní               | 3-4 dní               | 5-7 dní               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Cítil/a depresi.....                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Plakal/a.....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Měl/a pocit, že Vás lidé nemají rádi..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Měl/a radost ze života.....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Zažil/a pocit štěstí.....                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Jste v kontaktu s nějakou organizací, která poskytuje podporu pečujícím?

Ano (uvedte)

Ne

U následujících výroků, prosím, označte číslo, které nejvíce vyjadřuje Váš souhlas nebo nesouhlas s Vaší osobní zkušeností.

1 = Rozhodně souhlasím	4 = Spíše nesouhlasím
2 = Souhlasím	5 = Nesouhlasím
3 = Spíše souhlasím	6 = Rozhodně nesouhlasím

	1	2	3	4	5	6
23. Osobní modlitba k Bohu mě příliš neuspokojuje.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Nevím, kdo jsem, odkud jsem přišel/přišla a kam směřuji.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Věřím, že mě Bůh miluje a záleží mu na mně.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Mám pocit, že život je pozitivní zkušenost.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mám za to, že Bůh je neosobní a nezajímá se o mé každodenní problémy.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Děláním si starostí ohledně své budoucnosti.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Mám osobní smysluplný vztah s Bohem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Cítím se opravdu naplněný/á a spokojený/á se svým životem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Od Boha nedostávám příliš osobní síly a podpory.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Zažívám pocit životní spokojenosti ohledně směru, kterým se můj život ubírá.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Věřím, že se Bůh zajímá o moje problémy.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Mnoho radosti v životě nezažívám.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Nemám osobní uspokojivý vztah s Bohem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ohledně své budoucnosti mám dobrý pocit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Díky vztahu s Bohem se necítím sám/sama.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Mám pocit, že život je plný rozporů a smutku.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Nejvíce se cítím naplněný/á, když jsem v úzkém spojení s Bohem.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Život nemá příliš smysl.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Můj vztah s Bohem přispívá k mému pocitu životní spokojenosti.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Věřím, že existuje nějaký skutečný cíl mého života.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pokud chcete sdělit ještě něco nad rámec položených otázek v dotazníku, budu ráda, když mi na závěr napíšete pár slov k danému tématu, co Vás nejvíce trápí, nebo Váš osobní příběh.

## Příloha 2: Sdělení respondentů nad rámec položených otázek

### **Respondent 11:**

„Ráda se o babičku starám, ale mam 2 malé děti a občas mi přijde, že babičku kvůli svým starostem zanedbávám, nemám na ni tolik času, co by potřebovala, např. v komunikaci s ní. Což mě mrzí, ale někdy toho mám opravdu moc.“

### **Respondent 16:**

„Mám rakovinu a díky Bohu, ještě žiji“.

### **Respondent 18:**

„Nevím, proč se tolikrát ptáte na spiritualitu- když jsem napsal, že ani nevím co to je a pak jasně jsem dal najevo, že jsem nevěřící- prostě v boha nevěřím a hotovo...“

### **Respondent 21:**

„Při péči o mého tatínka, který trpěl neléčitelným karcinomem plic, mi nejvíce pomáhaly denní návštěvy praktické lékařky a sestry, které tatínkovi chodily domů píchat injekce proti bolesti. Měla jsem náročnou práci, kdy jsem často cestovala a nemohla být u tatínka kdykoliv v průběhu pracovního dne. On se na jejich návštěvy těšil, vždy si s ním popovídaly, dohlédly na to, aby se najedl a zapsaly vše do sešitu, abych měla odpoledne informace o jeho stavu. Za jejich lidský přístup jsem nesmírně vděčná. Naopak v nemocnici se k mému tatínkovi chovali velmi neosobně. Nezajímalo nikoho, zda je schopný se sám najíst, jídlo bylo jen přineseno a odneseno. Nebylo mu umožněno se projít, dostal na postel ohrádku. A nadopovali ho léky, že byl stále mimo a ani nevnímal, když jsem za ním přišla. Všechno je o lidech.“

### **Respondent 22:**

„Moje maminka onemocněla neoperovatelným karcinomem plic. Prodlělala 10 ozařování, kdy trpěla horečkami a spáleninami kůže. Léčba jí spíše ublížila. Proto odmítla chemoterapii a podstoupila alternativní léčbu Breussovou dietou. Ta spočívala v pití šťáv z červené řepy a speciálních čajů. Po dobu šesti týdnů nic jiného nesměla pozít. RTG plic prokázal místní úbytek nádoru. Bohužel chyběla podpora imunitního systému, který mohlo zabezpečit zdravotnické pracoviště místní nemocnice. Maminka po léčbě onemocněla opakovaným zánětem plic a průdušek, které jí vzaly zbytky sil. Je



to bezmoc, když se člověk nedočká pochopení a podpory doktorů v alternativní léčbě, když klasická medicína selže. Ačkoliv nejsem věřící, denně jsem se modlila za její uzdravení a to mi pomáhalo v nejtěžších chvílích.“

**Respondent 27:**

„Mám už staré rodiče. Tatínek je ležák, o kterého se stará celá rodina + Diakonie. Maminka sice ležák není, ale už si sama nezajde nikam. Zvládá jen o sebe hygienu a drobné věci v domácnosti. Občas tráví někdo z nich čas v nemocnici. Kdyby nás nebylo tolik sourozenců a dopoledne nevypomáhaly pečovatelky, tak by tat'ka doma být nemohl a mamce by se některé návraty z nemocnice také prodloužily.“

**Respondent 29:**

„Třetím rokem se starám o tchyni, je to náročné, musela jsem odejít z práce. Ještě mám i dvě děti na základní škole. Někdy to nezvládám. Tchýně má Alzheimeru a demenci, někdy je zlá na děti, myslí si, že jí kradou věci. Víím, že za to nemůže, ale je to těžké. Duševně je na tom špatně, ani se o sebe v ničem nepostará, ale fyzicky je dobrá, už nám i dvakrát odešla a hledali jsme ji. Až teď si uvědomuju, že ta spiritualita mi asi opravdu pomáhá. Chodím i do kostela, tam načerpám trochu nové síly. Je to hrozné tak říct, ale i si tam odpočinu, protože mám hodinu klid. Ale je to manželova maminka, tak se o ni chci postarat.“

**Respondent 31:**

„Pomáhám sousedce, byla to kamarádka mojí maminky, co už nežije. Mám ji ráda, rozumíme si, tak to pro mě není problém. Je to pro mě náročné jen fyzicky, sama už mám nějaké problémy, ale vždycky to nějak zvládneme. Chodí tam každý den Charita, tak to hodně pomůže.“

**Respondent 32:**

Nejvíce mě trápí poměrně málo návštěv mé maminky od ostatních blízkých příbuzných (mých sourozenců, vnoučat). Ráda by je viděla častěji. Nemám ráda jejich výmluvy, že nemají čas.

**Respondent 34:**

„Starám se o babičku, barák kde bydlí se napsal na sestřenici a tety vyplatila. Stařenka je jako břemeno (nebo jak se to nazývá). Stařenka si myslela že se oni postará a bude fajn, jenže jí dělá vše na příky. zabrala 3/4 baráku vše má pozamykané a nejlepší na tom je že aj záchod a koupelnu. Chodí na záchod ven sice pomalu ze dveří do dveří ale nedá se tam splachovat takže musí kyblíkem a když jde přes zimu na wc tak to se musí obléct a stejně z toho tepla do zimy není zrovna fajn chodit. Koupěna tož to se stařenka koupe v lavoře a když se chce pořádně okoupat tak ju беру k nám domů, nebo teta ale poslední dobou na ni taky prdí, pořádně ju vykoupem (stařenka si z toho dělá srandu že se odmočí) a jinak sestřenice jí ani neuvaří pomalu ani na ty vánoce ji nic nedá a to stařenka říká že přes dveře kolikrát cítí vůni a nic nedostane takže ji jídlo vozím z práce nebo doma navařené (ale taky zrovna všechno nemože jest takže někdy je těžké co ji dovest). prát si pere ve škopku nebo já nebo teta si to bereme dom vyprat a zase jí to dovezeme. a jinak nevím jednu dobu měla 4 dobrmany aby nemohla ani na ten dvůr ty si naštěstí odvezl její ex přítel. teď si pořídila zase jakysi dvě telata tož když šla cosik vynest do popelnice tak ju i zhodili tak ja nevím co bych ještě tak napsala. jako ona stařenka je vcelku soběstačná na svůj věk a zato su ráda a doufám že tak dlouho vydrží protože co s ňou bude pak toho se bojím. ale do domova nechce tam by umřela hned říká. kdo by krmil její divoké kočky :D PS. omlouvám se za chyby“

**Respondent 38:**

„Vážená studentko, při péči o nemocnou manželku jsem si mnohé uvědomil. Když několik týdnů umírala, úpěnlivě jsem prosil Boha, ať mi ještě dá příležitost vynahradiť jí všechny nepěkné věci, které jsem jí kdy řekl nebo udělal. Vyslyšel mě, uzdravil ji, vrátil mi ji. Občas se mi nedaří svoje tehdejší předsevzetí naplňovat, ale vztah k Bohu mi pomáhá znovu usilovat, důvěřovat v Boha i v sebe. A v lidi kolem nás, kteří nám pomáhají. Každou těžkou starost se snažím prožívat v radosti z toho, že jsme dostali novou příležitost, že jsme spolu a máme se rádi. Přeji Vám, aby se Vám Vaše práce podařila. Abyste měla radost z povolání, pro které se rozhodnete.“

**Respondent 43:**

„Moc zajímavý pohled na roli pečujícího. Většinou se o spirituální potřeby pečujícího nikdo nezajímá. Děkuji, ráda jsem se na šetření podílela.“

**Respondent 49:**

„Maminka je zatím ve velmi dobré kondici, takže nepocit'uji nějakou zátěž.“

**Respondent 53:**

„Bez víry v Boha bych to rozhodně nezvládla.“

**Respondent 56:**

Nevím o žádné organizaci, co by pomáhala pečujícím, ale bylo by to dobré, někdy bych to potřebovala. Je hezké, že na nás někdo myslí i po té spirituální stránce, to málokoho zajímá. Já pečuju ráda a nedělá mi to žádné větší problémy, ale občas mám pocit, že jsem pro všechny vedlejší a jen ta "pečující osoba". Ať se vám daří.“

**Respondent 57:**

„Společně s bratrem se staráme o otce. Má demenci, přišlo to náhle, a protože máme v rodině víc případů duševních poruch, mám obavy nejen o něj, ale i ze své budoucnosti. Je to pro mě psychicky velmi náročné životní období.“

**Respondent 63:**

„Pomáhala jsem pečovat o babičku, které fungoval mozek, ale nefungovalo tělo. Denně o ni pečovala teta, my ostatní příbuzní jsme jí pomáhali.“

**Respondent 71:**

„Pečuju o tatínka, má roztroušenou sklerózu a nově má diagnostikovanou i demenci. Přestože je to těžké, zvlášť psychicky, když vidím, jak chřadne, je to pro mě období, které patří k životu a přineslo i hezké chvílky. Spiritualita a duchovno je pro mě velmi důležité a hledám v něm útočiště.“

**Respondent 84:**

„Dotazník je moc pěkný, dobře uspořádaný, jen jsem měla trošku problém odpovídat na otázky ve vztahu k Bohu, když nejsem věřící. Určitě mě to ale donutilo se zamyslet. Děkuji :-)“

**Respondent 95:**

„Moje opečovávání není až tak náročné a na moje vnímání má také vliv nesmírně pozitivní postoj k životu mé maminky. Tento aspekt mi v dotazníku chyběl. Pokud by byla zlá, negativistická, lítostivá, nesla bych to mnohem hůře.“

**Respondent 98:**

„Pečuji o onkologicky nemocného manžela a pomáhají nám naše tři dcery. Je to těžké, snažím se s touto situací smířit a najít v ní nějaký smysl. Víra mi pomáhá hodně. Myslím si, že jsou potřebné v životě i tyto těžké chvíle a zkoušky, nás to jako rodinu velice sblížilo a stmelilo. Jsme s manželem šťastní, že jsme vychovali takové děti, těšíme se z vnoučátek a snažíme si užít poslední chvíle. I takovéto odcházení může být důstojné. Pomáhá nám domácí hospic. Je úžasné, že jsou dnes takové možnosti a manžel může být doma. Dříve toto nebylo.“

**Respondent 103:**

„Pečování je pro mě náročné, někdy už si nevím rady. Když jsem teď vyplňovala ten dotazník, tak jsem si některé věci víc uvědomila a asi bych něco měla řešit, než bude pozdě. Není to příjemné, ale je to tak a děkuju vám.“

**Respondent 108:**

„Starám se o matku, neměly jsme spolu nikdy vřelý vztah, ale беру to jako povinnost. Víra v Boha mi někdy pomáhá, ale spíš to bylo ze začátku, už jsem z toho všeho hodně unavená.“

**Respondent 109:**

„Doma se moji rodiče starají o naši babičku. I já pomáhám s péčí a jsem za to ráda, naučila jsem se hodně věcí do praxe (studuju zdravotnickou školu), ale taky jsem se s babičkou hodně sblížila. Myslím, že je dobré, když se lidé takhle starají o rodiče a prarodiče doma.“

**Respondent 110:**

„Dobrý den, pečuji o svou babičku, která má spoustu neduhů, ale stále si udržuje pozitivní mysl a to celé naše soužití ulehčuje. Během předešlých let jsme neměly až tak blízký vztah, bydlela daleko, ale nebyla jiná možnost, než abych se postarala já, a s odstupem času jsem tomu ráda. Jako dítě jsem byla vedená k víře, ale nemělo to valného účinku a došla jsem k ní mnohem víc až v posledních letech. Péče o babičku a to, jakým směrem se náš vztah ubírá, tomu velice dopomohly. Není vždy všechno narůžovo, ale dá se říct, že to funguje a vidím v pečování smysl a ve víře pomoc. Dotazník se mi líbil.“

**Respondent 114:**

„Já pečuji teprve krátce a tak ještě necítím žádné psychické nebo fyzické vyčerpání. Zatím to jde dobře, i když vím, že bude hůř, zvláště jak se bude zhoršovat zdravotní stav mojí tety. Ale snažím se, aby se cítila dobře, psychika dělá moc a mně jde taky všechno líp, když má dobrou náladu. Nejsem věřící, ale dotazník jsem si vztáhla na "cosi" nad námi, jsem spirituálně zaměřená a hodně na tyhle věci dám. Věřím, že je něco, co nás přesahuje. Většina věcí je problém hlavy a psychiky a jaké si to uděláme, takové to máme. Jsem ráda, že se na pečování někdo dívá i z téhle stránky, myslím, že by některým pracovníkům na úradech prospělo nějaké školení, jak být víc empatický.“

**Respondent 115:**

„Beru to jako povinnost, mělo by se to tak dělat. Ale s matkou mám celoživotně komplikovaný vztah, který se rozhodně nezlepšuje a vzhledem k tomu, co jsem si s ní zažil jako dítě, je to pro mě chvílema bez legrace za trest. Nějaká větší podpora pečujících by se hodila. Nějaká je, ale na nic jsem nenarazil nebo je to daleko.“

**Respondent 123:**

„Pomáhá mi nepřebírat za vše zodpovědnost, učím se nechat věcem volný průběh, "netlačit na pilu". Nechat maminku dělat co nejvíc po jejím. Nakonec v klidu si udělá hodně věcí sama. Jinak mám štěstí, že maminka umí poděkovat, nestěžuje si, prostě je hodná a mě se dobře pečuje a jezdím za ní ráda.“