

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Bc. Hana Vacková, DiS

*Možnosti sociální práce v rámci podpory rodinných  
příslušníků pečujících o seniora  
v kontextu tzv. vnitřní periferie*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

**2012**

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

Děkuji všem respondentkám za poskytnutí rozhovorů a také pracovnícím, které mi tyto rozhovory zprostředkovaly. Děkuji také svým blízkým za podporu. V neposlední řadě děkuji své vedoucí práce za cenné rady a podněty a trpělivost při vedení mé práce.

## Obsah

1. Konceptuální východiska pro studium situace rodinných příslušníků pečujících o seniora ve vnitřní periferii .....	8
1.1. Současný stav mezigenerační solidarity a teorie příbuzenské podpory .....	9
1.1.1. Ochota pečovat a možné překážky .....	10
1.1.2. Teorie příbuzenské podpory .....	11
1.2. Pečující osoba/y a souvislosti role pečující/ho .....	13
1.3. Péče o starého příbuzného jako životní situace .....	14
1.3.1. Typické činnosti péče a jejich dopad na organizaci života pečovatele ....	15
1.3.2. Negativní důsledky zkušenosti s pečováním .....	15
1.3.3. Pociťované pozitivní aspekty pečování .....	17
1.4. Potřeby pečovatele.....	18
1.5. Podpora pečujících .....	20
1.5.1. Vývoj podpory pečujících rodinných příslušníků od roku 1989.....	21
1.5.2. Podpora pečujících a sociální služby .....	24
1.5.3. Možnosti podpory rodinných příslušníků .....	25
1.6. Vnitřní periferie .....	27
1.6.1. Znaky vnitřních periferií.....	27
1.6.2. Vývoj vnitřních periferií.....	28
1.6.3. Umístění periferií.....	29
1.6.4. Kumulativní cirkulární kauzalita periferizace .....	30
1.1. Kvalita života: definice, konceptualizace a měření .....	30
2. Případová studie kvality života rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, vnitřní periferii v kraji Vysočina – Metodologická část .....	34
2.1. Popis použitých metod.....	34
2.2. Popis výzkumného souboru.....	37

2.2.1.	Profily respondentek a představení jejich situace .....	38
2.2.2.	Popis obce „O“ .....	42
2.3.	Způsob zpracování dat .....	44
2.4.	Průběh výzkumu .....	44
3.	Prezentace výsledků výzkumu .....	46
3.1.	Náročnost péče .....	46
3.1.1.	Náročnost péče z hlediska fyzického omezení opečovávaného.....	47
3.1.2.	Hledisko příznaků nemoci a vedlejší účinky léků .....	48
3.2.	Prostředí.....	48
3.2.1.	Sociální vztahy .....	48
3.2.1.1.	Vztah s opečovávaným .....	49
3.2.1.2.	Příbuzenské vztahy.....	49
3.2.1.3.	Ostatní vztahy.....	51
3.2.2.	Podpora ze strany rodiny .....	52
3.2.3.	Sociální podpora .....	53
3.2.4.	Dostupnost služeb .....	54
3.2.5.	Finanční zdroje.....	57
3.3.	Osobnost pečovatele .....	57
3.3.1.	Zdraví.....	57
3.3.2.	Narušení sociálních rolí .....	59
3.3.3.	Zvládání role pečovatelky .....	59
4.	Potřeby pečujících ve vnitřních periferiích a možnosti jejich podpory.....	67
	Závěr.....	70
	Seznam literatury a pramenů .....	72
	Příloha: Soubor otázek .....	74

# Úvod

Téma rodinných příslušníků, kteří pečují v domácím prostředí o seniora, je aktuální z několika důvodů, které uvádí Přidalová (2006a). Prvním je demografická situace, kdy se zvyšuje podíl osmdesátníků a starších v populaci. I když je mezi osobami starších 75 let nemalý počet těch, kteří se obstarají sami, je pravděpodobné, že „s nárůstem počtu osob vyššího věku se zvýší i počet těch, kteří budou potřebovat pomoc druhých v každodenním životě“ (Přidalová, 2006a). Druhým důvodem může být individuální preference týkající se domácího prostředí, ve kterém by lidé chtěli prožít stáří, spolu s veřejně propagovaným trendem podpory autonomie seniorů a trendem umožnit jim co nejdelší setrvání v domácím prostředí. Což je trendem také v sociální práci. Třetím důvodem jsou podle Přidalové náklady na ústavní péči ve zdravotnických a sociálních institucích.

V těchto souvislostech je cílem práce pomocí analýzy odborné literatury a kvalitativního výzkumu zjistit potřeby rodinných příslušníků pečujících o seniora a navrhnout možnosti sociální práce v oblasti jejich podpory. Tyto poznatky uvádím do kontextu specifické oblasti, tzv. vnitřních periferií, které popisují v první kapitole.

Užitečnost tohoto cíle vnímám v navrhnutí doporučení ohledně uplatnění soc. práce v oblasti podpory rodinných příslušníků pečujících o seniora, což je vzhledem ke stárnutí populace velmi aktuální téma.

Práce nejprve prezentuje konceptuální východiska pro výzkum; dále se věnuje samotné realizaci výzkumu a prezentaci zjištění. Na to navazuje vyvození návrhů pro aplikaci výzkumných zjištění.

V první kapitole – zaměřené na konceptuální východiska – na obecné rovině představuji situaci rodinných příslušníků pečujících o seniora, jejich potřeby a možnosti podpory. Poznátka o podpoře rodinných příslušníků uvádím v kontextu sociální práce a jejího vývoje od roku 1989. V této kapitole také představuji vnitřní periferie, které jsou dalším možným kontextem pečování: specifického kontextu, do kterého bude zasazen výzkum prezentovaný v dalších kapitolách. Představuji také koncepty kvality života, jelikož právě ve světle kvality života pečujících je možné navrhnout možnosti intervence.

Pečování o závislého seniora ve vnitřní periférii je předmětem druhé a třetí kapitoly, kde prezentuji případovou studii kvality života rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, vnitřní periférii kraje Vysočina. Ve druhé kapitole představuji použité metody,

výzkumný soubor a způsob zpracování dat a průběh výzkumu. Ve třetí kapitole prezentuji samotné výsledky výzkumu.

Ve čtvrté kapitole nahlížím na potřeby popsané v první kapitole optikou potřeb pečujících ve vnitřní periférii a na základě toho navrhuji možnosti jejich podpory.

# 1. Konceptuální východiska pro studium situace rodinných příslušníků pečujících o seniora ve vnitřní periferii

V této kapitole nejprve obecně představím situaci rodinných příslušníků pečujících o seniora. Inspirací této kapitoly je přehledová studie Marie Přidalové *Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů?* uvedená v časopise Sociální práce (Přidalová, 2006a) Tato přehledová studie o životní situaci dospělých dětí pečujících o stárnoucí rodiče odpovídá mému cíli práce, v tom smyslu, že představuje literaturu, která popisuje životní situaci pečujících, a představuje možné způsoby pomoci, které mohou situaci pečujících usnadnit. Tuto práci pak rozvíjím dalšími východisky a v druhé a třetí kapitole na ni navazuji výzkumem. Ze kterého poté ve spolupráci s východisky vyvozují návrhy podpory rodinných příslušníků ze strany sociálního pracovníka. Proto se budu v rámci této kapitoly držet také struktury, kterou autorka používá, s výjimkou faktorů, které mohou zvýšit aktuálnost pomoci mezi generacemi, které představuji v úvodu práce. Prezentuji také důvody, které mohou mít vliv na ochotu rodinných příslušníků postarat se o své seniory. Představím také (v obecné rovině) profil pečujících osob a problémy objevující se v situaci pečujících. Také budu prezentovat možné způsoby pomoci rodinným příslušníkům pečujícím o seniora. Na závěr kapitoly situaci zasadím do kontextu prostředí a představím také vnitřní periferie. Smyslem práce je zasadit problematiku pečování do nového rozměru a to rozměru vnitřních periferií. V této kapitole tedy představuji obě oblasti odděleně, abych je pak spojila dohromady v druhé a třetí kapitole v případové studii rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, vnitřní periferii v kraji Vysočina.

Péči o stárnoucí rodiče (caring for elderly parents) definuje Christiane Millward podle Jeřábka (2009) jako „opatrovnickou nebo podpůrnou pomoc nebo služby, vykonávané pro tělesnou a duševní pohodu starších osob, které z důvodu své chronické fyzické nebo duševní nemoci nebo nezpůsobilosti nemohou tyto činnosti vykonávat samy.“ Michal D. Fine podle Jeřábka upozorňuje na dvojí význam slova péče (care), caring je přídavné jméno odvozené od slova care a označuje někoho, kdo je laskavý a poskytuje citovou podporu jiným, zároveň se jedná o přičestí přítomné, které znamená praktické poskytování péče a pomoci.



## **1.1. *Současný stav mezigenerační solidarity a teorie příbuzenské podpory***

V této podkapitole nejprve představím současný stav mezigenerační solidarity podle Přidalové (2006a), která představuje ochotu pečovat a možné překážky a vnímá péči o příbuzné jako sociální problém. A také uvedu další teorie příbuzenské podpory, které představuje Sýkorová.

Teorie mezigenerační solidarity podle Sýkorové (2006) převládá v empirickém výzkumu příbuzenských vztahů více než třicet let. Tato Bengtsonova teorie předkládá šest dimenzí, které ovlivňují mezigenerační vztahy. První je asociační solidarita, jedná se o frekvenci interakce v rámci společných aktivit rodiny, druhá, afektivní, popisuje kvalitu této interakce vnímané jako míru citovosti či vřelosti, porozumění, ohledu k druhému. Konsenzuální dimenze je určena stupněm podobnosti hodnotových orientací a sociálně politických a náboženských názorů. Čtvrtá dimenze, funkční, se týká rozsahu a intenzitě poskytování asistence, pátá, normativní, dána mírou shody norem, idejí a hodnot mezi příbuznými. Solidarita strukturální, šestá dimenze, zohledňuje počet členů jednotlivých generací v rodině, uspořádání rozšířené rodiny a geografickou blízkost individuálních domácností.

Témata obsažená v dominantním diskurzu mezigenerační solidarity V. L. Bengtsona a jeho kolegů (Bengtson a Roberts, 1991, Silverstein a Bengtson, 1997, Bengtson a kol., 1997) představuje Přidalová (2007, s. 220), když si pokládá otázku, zda rozhodnutí rodinných příslušníků pečovat je „výsledkem příklonu k tradiční společenské normě, silného citu k rodiči a celoživotního frekventovaného kontaktu v rámci rodiny, a proto pro ně závazek nepředstavuje konflikt.“

Přidalová (2006a) uvádí, že „v českém prostředí je poměrně pevně ukotven morální imperativ, že o staré rodiče by se měly postarat jejich děti.“ (2006a, s70), což demonstruje příklady výzkumů, kdy s tímto výrokiem souhlasí 70-90 % (85 % Kuchařová, 2002, 88 % Veselá, 2002, 71 % Vidovičová, Rabušic, 2003; 84 % Možný, 2004, podle Přidalová, 2006a).

A realita není s tímto postojem v rozporu, 70 % respondentů nad 45 let pomáhá v každodenním životě rodičům, z toho 42 % často a více než polovině lidí nad 60 let, kteří se o sebe nemohou postarat, pomáhají děti pravidelně a z toho 31 % denně. (Přidalová, 2006b). Podle Jeřábka (2009) ovšem pečuje z dotázaných dospělých respondentů v současnosti jen 8 % rodin, v minulosti 22 % a v následujících pěti nebo deseti letech 28 % předpokládá situaci,

kdy bude třeba pečovat o staršího člena rodiny. Určitou zkušenost s péčí má tedy čtvrtina českých rodin. Jeřábek proto posuzuje jako „příliš optimistický“ údaj výzkumu Jitky Veselé, kdy 80 % respondentů ve věku 50 -65 let, tedy potenciálních pečovatелů, uvedlo, že by v případě potřeby pečovali o staršího člena své rodiny (Veselá, 2002, podle Jeřábek, 2009). Částečnou odpověď na otázku, zda budou skutečně pečovat, nachází Jeřábek ve stejném výzkumu, kdy důvodů, které by jim v pečování mohly zabránit, je celá řada, a pro mnohé z dotázaných tak bohužel pečování nepřipadá v úvahu (Veselá, 2002, podle Jeřábek, 2009).

### **1.1.1. Ochota pečovat a možné překážky**

Otázkou ale zůstává, zda je možné ze současného stavu mezigenerační solidarity usuzovat i na vývoj v příštích desetiletích. Přidalová (2006a) upozorňuje na srovnávací studii několika odlišných kultur, kdy české dcery středního věku jako nejpravděpodobnější adeptky pečující role v 84 % procentech souhlasí s postojem, že je povinností dětí postarat se o rodiče, když zestárnou. Německých vrstevnic s tímto souhlasí pouze 61 %. Německé dcery se méně angažují, staří lidé spoléhají spíše na sociální služby než na děti. Pokud ČR směřuje ke stejné úrovni jako Německo – země vyšší úrovně spotřeby, blahobytu a s rozvinutějším systémem sociálního zabezpečení – lze předpokládat pokles ochoty a skutečně poskytované pomoci.

Ochotu pečovat, která je zatím v ČR poměrně vysoká, mohou snížit následující překážky. Jako nejzásadnější problém Přidalová (2006a) uvádí podporu/tlak na ekonomickou aktivitu do co nejvyššího věku, aby byl zabezpečen budoucí důchod a zdroj pro platbu penzijního připojištění. Pro potenciální pečující je téměř nemožné opustit zaměstnání v předdůchodovém věku, mají obavy z toho, že po ukončení pečování nenajdou práci a sníží se tak jejich životní úroveň současná i v budoucnosti.

Další překážkou je snižující se počet potenciálních pečovatелů v důsledku klesající porodnosti (Kučera, 2002, Možný, 2004, podle Přidalová, 2006a). V roce 1950 připadlo na jednoho člověka staršího 80 let 16 potenciálních pečovatелů ve věku 50 – 64 let, v roce 1990 už jenom 6 a prognózy uvádějí, že v roce 2025 se jejich počet sníží na tři (Zavázalová, 2001 podle Přidalová, 2006a).

Tyto překážky jsou závažné, ale Přidalová (2006a) se nedomnívá, že by samy automaticky znamenaly pokles péče o staré rodiče v domácím prostředí. Zavázalová (2001, podle Přidalová, 2006a) uvádí, že 80 % žen, které pečují o rodinného člena, je zároveň zaměstnáno. Dospělé dcery se tak stávají „women in the middle“ (Brody, 1990, podle Přidalová, 2006a), tedy ženami uprostřed mezi povinnostmi pracovními, pečovatelskými a

povinnostmi vůči své rodině. Co se týče poklesu porodnosti, poklesne i počet potenciálních profesionálů, Haškovcová (1990a, podle Přidalové, 2006a) představuje fikci, kdy by třetina ekonomicky aktivního obyvatelstva musela pracovat vsociálně-zdravotní oblasti, aby senioři byli v této oblasti výhradně zabezpečeni. Přidalová (2006a) tedy očekává tlak na rodiny s dětmi, aby převzaly alespoň část péče, aby profesionální a institucionální péče byly využity přednostně těmi, kteří nemají nikoho, kdo by se o ně postaral.

Přidalová (2006a) uvádí, že tyto překážky jsou dílčími problémy daleko složitějšího konceptu mezigenerační solidarity (který blíže představuje Musil, Přidalová, Bánovcová 2003) a zůstává otázkou, zda se na ni dá spolehnout a zda existuje způsob, jak ji podpořit. Způsob poskytování podpory příbuzným vychází z kontextu konkrétní rodiny a není možné ho předpokládat na základě příbuzenství. Proto je obtížné předpovědět, zda se bude v budoucnu hovořit o nové fázi životního cyklu, jejíž podstatnou náplní bude péče mladších seniorů o vlastní rodiče, nebo naopak o naléhavém sociálním problému pečujících rodin a pomoc přijímajících seniorů obecně.

Aby bylo možné pokračování mezigenerační solidarity, „musela by podstatně posílit rozvětvená vícegenerační rodina. Musela by ve společnosti posílit solidarita mezi generacemi a teprve více dětí v rodině by vytvořilo potřebnou pojistku proti případným selháním jednoho z nich.“ (Možný 2004, s. 9, podle Jeřábka, 2009, s. 250).

### **1.1.2. Teorie příbuzenské podpory**

Sýkorová (2006) představuje *teorie založené na solidaritě*, mezi které patří teorie závazku, teorie citových vazeb a výše zmíněná teorie mezigenerační solidarity. Teorie závazku představuje společensky vyjádřené právo rodičů na pomoc dospělých dětí, či snahu dospělých dětí odvděčit se rodičům za všechnu jejich podporu. Teorie citových vazeb tuto podporu staví na silných citových poutech. Sýkorová se vůči těmto teoriím vyhrazuje kvůli tomu, že předpokládají existenci normativně vymezených příbuzenských odpovědností a jejich jednoznačné přijetí jedinci. Teorie mezigenerační solidarity sice počítá s působením kulturních vodítek regulujících mezigenerační vztahy, tedy také rozsah, míru a legitimitu pomoci a podpory, ale tím, že zdůrazňuje hlavně pozitivní dimenzi mezigeneračních vztahů, konsenzus, dostávají se na okraj rozpory mezi příbuznými, rodinné krize a jejich řešení, a tak ostře kontrastuje s konfliktologickým pojetím rodiny.

Tyto *teorie založené na konfliktu* vidí rodinu jako arénu konfliktu, konflikt je včleněn do všech sociálních interakcí rodiny a musí být jejími členy regulován. V rámci této teorie

konfliktu zájem *feministických teoretiků* o péči jako vykořisťování žen posunul diskuzi od obecných témat příbuzenských vztahů k otázkám pečovatelské zátěže, kdy sociální izolace, napětí a konflikty a rodinné násilí byly vyloženy jako přímý důsledek stresu pečujících osob.

Přidalová (2007) představuje témata, která jsou pilíři sociálně-gerontologického konceptu pečovatelské zátěže jako významného směru při studiu příbuzenské podpory (viz George a Gwynter, 1986, Pearson a kol., 1988, Dura a kol., 1990, Hoyert a Seltzer, 1992, Zarit a kol. 1986, podle Přidalová, 2007). U pečujících, na rozdíl od teorie mezigenerační solidarity, převládá zkušenost zátěže a omezení plynoucích z každodenního pečování, důsledkem čehož je vyčerpanost a negativní nazírání na tuto životní fázi pečovatelsví.

Feministická sociologie se spolu s *postmoderní teorií rodiny*<sup>1</sup> stala zdrojem teorie *mezigenerační ambivalence*, kdy Lüscher a Pillemer podle Sýkorové (2006) dokazují, že mezigenerační vztahy vytváří solidaritu zároveň s konfliktem a mezigenerační ambivalenci definují jako rozpor ve vztazích mezi rodiči a dospělými dětmi. Tato ambivalence má podobu emocionální disonance, která provází i poskytování pomoci členům rodiny, jedná se o prožívání zároveň lásky i odporu, vřelost a uspokojení spolu s frustrací, nespokojeností a zlostí. Tuto ambivalenci vyostřuje změna statusu nebo obrat rolí kvůli úplné závislosti starých rodičů na dospělých dětech. Ambivalence mezi generacemi vyvolává střet závislosti a autonomie. Toto dilema závislosti a autonomie charakterizují autoři teorie jako směs očekávání podpory, resp. příbuzenské solidarity, a opačné snahy být psychologicky, ekonomicky a sociálně autonomní.

Mnohé výzkumné nálezy poukazující na ambivalence v mezigeneračních vztazích podle Sýkorové (2006) integruje interpretativní sociologie, kterou také autorka blíže představuje (2006, s. 691).

---

<sup>1</sup>*Postmoderní teorie rodiny* reflektují konfrontaci jedinců jako členů rodin s rozpory ve společenských idejích a hodnotách, zejména mezi osobní autonomií a požadavky komunity. Rodina jako hustá a pevná síť sociálních vazeb je považována za překážku individuální svobody, je „násilím páchaným na nedotknutelné autonomii subjektu“ (Bauman, 2002,17, podle Sýkorové, 688). Rodina je podle této teorie charakterizována jako skořápková instituce, která skrývá pod stejným označením zásadně změněnou podstatu (Giddens podle Sýkorové, 2006). Názory společnosti na vztah jedinců k manželství a rodině nejsou už tak pevné a jejich význam je proto určován individuálním rozhodnutím a volbou (Beck, Beck – Gernsheim, 2002 podle Sýkorové, 2006). Otázka, zda je rodina v krizi, nebo se přizpůsobuje tlaku okolních změn, je zároveň otázkou mezigeneračních vztahů v rodině: mohou staří rodiče počítat s podporou ze strany dětí, které jsou podle Ulricha Becka (podle Sýkorové 2006) nesmlouvavě nezadaní jedinci, nezatěžující se vztahy, manželstvím a rodinou? Jednoznačným souhlasem odpovídá pouze mezigenerační teorie. Vern Bengtson zmiňovaný teoretik mezigenerační solidarity(2001, podle Sýkorové, 2006) tvrdí, že „21. Století přináší zvýšenou potřebu interakce, podpory a vzájemného ovlivňování rodinných generací a posílení role příbuzných ve vertikální linii.“

## **1.2. Pečující osoba/y a souvislosti role pečující/ho**

Odpověď na otázku, jak definovat rodinného pečovatele hledá Tošnerová (2001) pomocí průzkumu americké Národní asociace rodinných pečovatelů (National Family Caregivers Association - NFCA). Tato asociace hledala prvek společný všem jejím členům – pečovatelům a zjistila, že tímto prvkem je emocionální dopad pečovatelsví. Jedná se o hluboký smutek vyvolaný představou ztráty normality u drahého člověka, otřes z převrácení života naruby, pocit izolace kvůli životu mimo normu (soustředění se na činnosti, které ostatní pokládají za dané – oblékání, chůze, hygiena...), frustrace z toho, že je těžké dokončovat věci, protože ostatní pečovateli nerozumí, „zdraví lidé parkují na místech pro invalidy a protože lidé, kteří mají znát odpověď, ji většinou neznají“ (Tošnerová, 2001, s. 14), dalším společným prvkem je také stres z nedostatku volného nebo osobního času a těžká deprese. „Existuje ale ještě jiný společný prvek, další sdílená emoce, kterou nerozpoznána tak často, jak by měla být. Je to vnitřní síla, o které většina nikdy nevěděla, že ji má. Je to statečnost pokračovat nehledě na bolest“ (Tošnerová, 2001, s.15).

Jeřábek představuje teorie, kdy se do péče zapojuje ‚celá rodina‘. Hlavní (primární) pečující osobou je většinou ‚manželka (partnerka), manžel (partner), nebo dcera či snacha opečovávané osoby‘ (2009,s.249), často se zapojují i sekundární pečující, Tennstedt a kol. uvádějí pomoc dvou až čtyř sekundárních pečujících u 75 % seniorů (podle Jeřábka, 2009, s. 249).

Tošnerová (2001) podle Přidalové (2006b) se snaží zachytit profil pečující osoby. Tři čtvrtiny pečujících tvoří ženy. Nejfrekventovanější skupinou (33 %) jsou dospělé dcery. Přidalová reaguje na tyto skutečnosti a pokouší se vysvětlit převahu žen v péči o stárnoucí rodiče. Představuje dva typy teorií, teorii C. Gilligana, že ženská osobnost v souvislosti s ranou socializací se definuje vztahem ke druhým víc než mužská a teorie zaměřené na širší sociální kontext a to na rozdílné pozice a vztahy mužů a žen. (více Přidalová, 2006b)

Autorka upozorňuje na problém, že sami výzkumníci reprodukují kulturní zakořeněnost žen, protože zkoumají pouze ženy, žen je sice většina, ale mužů není mizivý podíl. Výzkumy také podhodnocují aktivity mužů, jedná se o nárazové tradiční mužské práce a pravidelné návštěvy s rozhovory a emoční podporu rodičů. Podle americké Národní asociace rodinných pečovatelů podle Přidalové se v současné době 56 % žen a 44 % mužů stará o příbuzného. A podle českého statistického úřadu (Dělna práce v rodině 2001) je nejčastějším modelem zvládnání péče sdílení závazku mužem i ženou, kdy v 50 % rodin pečují

stejným dílem ženy i muži. Studie srovnávající angažovanost synů a dcer dochází k závěru, že o maskulinní nebo neutrální aktivity se muži a ženy dělí rovným dílem, na femininních se výrazně více podílejí ženy a emočně podporují rodiče stejně muži i ženy. Přidalová se dále věnuje situaci, když pečují muži. Ve vnímání závazku vůči rodičům se muži a ženy neliší, existují ale stereotypy mužských a ženských rolí, muž má jinou představu o pečování, jeho pomoc spočívá v zajištění zprostředkování služeb. Přidalová (2006b) také uvádí spouštěče péče mužem. Muž stává primárním pečovatelem, když je jedináček, nemá sestru nebo je geograficky ze sourozenců nejbližší. Jako sekundární pečovatelé pomáhající primárním a příbuzným významně figurují dospělí synové (52 %). Pokud muži převezmou roli primárního pečovatele, jejich prožívání této situace včetně zátěže se neliší od ženského prožívání situace pečovatele.

### **1.3. Péče o starého příbuzného jako životní situace**

Prožívání péče o staré rodiče se může kvalitativně velmi lišit. Většina dospělých dětí zřejmě poskytuje pomoc jako návštěvy, nákupy, vyřízení pochůzky, tato pomoc ale může být „předzvěstí skutečné péče zahrnující pravidelnou údržbu domácnosti, drobné ošetrovateľské úkony a pomoc při osobní hygieně, která je samozřejmě nesrovnale náročnější.“ (Přidalová, 2006a)

Jak jsem zmínila výše, při studiu životní situace péče o závislé příbuzné se objevovaly různé teorie, mezi nimi koncept pečovatelské zátěže, která byla definována jako „fyzické, psychické nebo emoční, sociální a finanční problémy, které zažívají členové rodiny pečující o závislou starší osobu“ (George, Gwyther, 1986, s.253 podle Přidalová, 2006a, s.73). J. Schneider a kolektiv (1999 podle Tošnerové 2001) ve své mezinárodní studii o zátěži lidí pečujících o nemocné s Alzheimerovou demencí, nebo žijících s nimi – EURO CARE, v její první části o faktorech spojených se zátěží pečujících partnerů ale definují zátěž následujícím způsobem:

„Ačkoliv role pečovatele přináší též pozitivní aspekty, studie se zabývá především termíny „břemeno“, „zátěž“ a jejich vlivem na zkušenost pečovatele. Pocity sociální izolace a vyčerpanosti jsou u pečovatelů o lidi s demencí obvyklé. Prožívají progresi demence a vzrůstající závislost na příbuzných a z toho se odvíjejí negativní vlivy na kvalitu vztahů. Faktory vyčerpanosti, „chycení se do pastí“ či „ztráty“ jsou často dominantní zkušeností pečovatelů. Proto je zde používáno slovo „zátěž“, při uznání jeho omezení tak, aby byl popsán celkový význam péče z hlediska jejich pozitivních i negativních stránek.“ (J. Schneider a kol., 1999 podle Tošnerová, 2001, s. 48)

V souladu s tímto pohledem na zátěž uvádím také pozitivní aspekty pečování. Nejdříve ale představím typické činnosti pečování, jak je uvádí Jeřábek.

### **1.3.1. Typické činnosti péče a jejich dopad na organizaci života pečovatele**

Jeřábek (2009) představuje rozdělení typických činností péče o seniora v domácím prostředí na podpůrnou péči, neosobní péči a osobní péče (Jeřábek 2005 podle Jeřábek 2009). K podpůrné péči patří finanční podpora, opravy v domácnosti, doprava k lékaři, na úřady apod. Neosobní péče zahrnuje činnosti vyžadující již určitou cykličnost a pravidelnost, nejčastěji je to péče o domácnost, vaření, úklid, praní apod. Osobní péče vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečujícího, jedná se o činnosti jako osobní hygiena, včetně toalety, „nakrmění“, podávání léků, manipulaci s pacientem (zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení po bytě). Opečovávaná osoba je na této péči závislá.

Podle Jeřábka mají potřeby seniorů určující vliv na rozsah poskytované péče – s rostoucími nároky péče roste průměrný počet hodin péče na pečujícího. V nejvíce náročných situacích pečování se o potřebný rozsah péče dělí dva, tři nebo čtyři pečující. S rostoucími reálnými nároky péče roste také finanční a psychická zátěž pečující rodiny pocíťovaná hlavními pečujícími. Pokud se tato zátěž rozloží mezi více pečujících, je vnímáno její snížení.

Jeřábek z výsledků analýz ve své studii Rodinná péče jako „práce z lásky“: nové argumenty vyvozuje závěr, který přispívá k tezi Hilary Graham: péče je „práce z lásky“, protože „rozsah a intenzita péče, poskytované seniorům jejich rodinami jsou úměrné potřebám těchto seniorů“ (Jeřábek, 2009, s. 263). Tato pružně se přizpůsobující péče je podle autora prakticky nenahraditelná běžnými zařízeními institucionální péče, která nemůže tak pružně reagovat na potřeby jednotlivců. Dalším Jeřábkovým závěrem je existence rodinné soudržnosti, neboť zejména v nejnáročnějších pečovatelských situacích se objevuje vzájemná pomoc jejích členů. „Společná péče a sdílená odpovědnost zúčastněných pečujících členů rodin patrně činí mnohou takovou situaci náročné péče o seniora snesitelnou a prakticky snáze uskutečnitelnou (Jeřábek, 2009, s. 264).“

### **1.3.2. Negativní důsledky zkušenosti s pečováním**

Přidalová (2006a) popisuje mezi negativními důsledky pečování zvýšený sklon k depresi a úzkosti, frustrace, emoční vyčerpání, riziko rodinných krizí, zásah do výkonu zaměstnání, omezení volnočasových aktivit, sociální izolace, zhoršení a chronicita zdravotních problémů, zvýšené finanční náklady spojené se zabezpečením péče nebo s nutností opustit zaměstnání, tyto a řadu dalších identifikovali výzkumníci ve větší či menší míře u osob pečujících o starší závislou osobu (Zarit et al., 1980; Cantor, 1983; Brody, 1985;

Horowitz, 1985; George, Gwyther, 1986; Abel, 1991; Hoyert, Seltzer, 1992, podle Přidalové, 2006a).

V českém prostředí má situace pečování největší dopad na osobní život pečovatele, kdy 61 % z nich má pocit, že je jejich život zcela podřízen péči o závislou osobu, téměř 40 % chybí soukromí a čas pro sebe samého. Pro třetinu je pravidelná péče o příbuzného zásahem do sociálního života, kdy nemají tolik času na společenský život a přátele jako dřív. Pro 13 % je pečovatelská zkušenost spojena s nepříznivou finanční situací vedoucí až k ukončení péče. Spíše menší části výzkumného souboru (20 %) se týká také negativní dopad na zdravotní stav.

Subjektivně však zátěž pociťují pečující více, 38 % z nich totiž péče vyčerpává a 35 % se cítí přetíženo povinnostmi z ní vyplývajícími. Přestože je situace pečování náročná, jak z uvedeného vyplývá, mělo pouze 11 % pečujících respondentů pocit, že už nemohou v péči dále pokračovat. Obavy, co přinese budoucnost a jak budou situaci nadále zvládat, však vyslovila více než polovina za nich (55 %) (všechny údaje Tošnerová, 1999, podle Přidalová, 2006a). Tošnerová (2001) také uvádí situace, které zatěžují pečující partnery osob s demencí.

Skóre pečovatelské zátěže korelováno s různými proměnnými, jako jsou pohlaví, příbuzenský vztah, zaměstnanecký status, soužití ve společné domácnosti, povaha a stupeň postižení závislé osoby, rozsah poskytované péče, aby byly odhaleny rizikové faktory, které pečujícího přivádějí až na hranice vlastních sil (Zarit et al., 1980; Horowitz, 1985; George, Gwyther, 1986; Montgomery, Kamo, 1989; Hoyert, Seltzer, 1992; Moen et al., 1995, podle Přidalová, 2006a). Výsledky však jsou nejednoznačné a spíše ukazují na spletnost této životní situace, kdy různí pečující v různých situacích vnímají pečovatelskou zátěž rozdílným způsobem.

Zavázalová (2001 podle Bártová 2007) uvádí, že pečující jsou také ohroženi syndromem vyhoření<sup>2</sup> stejně jako pomáhající profesionálové, pokud do své práce vkládají mnoho energie a nadšení a nevymezí si prostor, do kterého pracovní úkoly nesmí zasahovat. Tošnerová a Tošner (2002 podle Bártové, 2007) představují fáze vývoje syndromu vyhoření, kterými prochází pečující. V první fázi nadšení má vysoké ideály, chce pečovat co

---

<sup>2</sup> Pojem syndrom vyhoření poprvé použil psycholog H. J. Freudenberger ve své knize *Burnout: The Cost of High Achievement*, kde ho definoval jako vyhasnutí motivace a stimulačních podnětů v situaci, kdy péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky (Jeklová, Retmayerová, 2006).



nejkvalitněji a nejlépe, angažuje se s plným nasazením. Ve druhé fázi stagnace u pečujícího opadá počáteční nadšení, ideály se mu nedaří realizovat, a tak z nich začíná slevovat nebo mění své zaměření, požadavky závislého příbuzného ho začínají unavovat a obtěžovat. Třetí fáze frustrace se u pečujícího projevuje prožíváním deziluze, péče je pro něho zklamáním a svého blízkého vnímá negativně. Ve čtvrté fázi apatie se snaží dělat jen nejnütnější práci, vyhýbá se komunikaci s příjemcem péče, v této fázi může dojít i k nepřátelství mezi nimi. Poslední fází je/ může být vyhoření, kdy je pečující úplně vyčerpan, neangažuje se, ztratil smysl práce a trpí cynismem. Více o syndromu vyhoření, jeho projevech a prožívání, ale také možnostech pomoci sama sobě, pomoci zvenčí a prevenci syndromu píše například M. Jeklová a E. Reitmayerová v publikaci Syndrom vyhoření.

Někteří autoři (Walker, 1992, 1995; Hoyert, Seltzer, 1992; Kramer, 1997, podle Přidalová, 2006a) upozorňují na to, že se výzkumníci zabývají spíše negativními důsledky pečování a pouze malé množství studií mapuje také pozitivní zkušenosti pečovatelů, což potom ovlivňuje pohled na tuto životní situaci. Nyní tedy uvedu pozitivní aspekty pečování.

### **1.3.3. Pociťované pozitivní aspekty pečování**

Přidalová (2006a) uvádí, že z různých teoretických perspektiv, jako je teorie sociální směny a teorie navýšení, je reflektována skutečnost, že přes náročnost pečování v něm pečující mohou nalézt i uspokojení, že oběti dělají pro milovanou osobu, nebo jim radost přináší úspěšné zvládnutí role, která se na začátku zdála nerealizovatelnou.

Nyní představím pozitivní aspekty péče, které uváděli pečující v druhé části výše zmíněné mezinárodní studie - Kvalitativní analýze zkušeností pečujících partnerů podle Tošnerové (2001, s. 56). Přestože ‚uspokojení z práce‘ může být sníženo kvůli progresivní povaze demence, kdy se partnerův stav i přes velké pečovatelské úsilí dále zhoršuje, a navíc partner není schopen ocenit úsilí vynaložené v jeho zájmu, vnímali pečující následující pozitiva: uspokojení z vlastní práce (uspokojení ze zajištění možného komfortu svému partnerovi a z dosažení nových zkušeností nezbytných pro péči), předchozí vzájemnost a náklonnost (které jsou důležitou motivací), touhu po další společnosti, ochota pečovat o svého partnera a naplnění smyslu pro povinnost. Pouze 18 % pečujících nezískalo žádné uspokojení z péče o své partnery, řada pozitivních odpovědí ale vysvětluje jejich oddanost pečovat o své partnery doma. (Tošnerová, 2001). Pozitivními aspekty při pečování se zabývá také Koudelová (2011).

Tato znalost pozitivních aspektů péče vedle jejích negativních důsledků je podle Kramera (1997, podle Přidalová, 2006a) zásadní pro skutečné pochopení situace pečujících rodin a pro komplexnější návrhy pomoci těmto rodinám.

#### **1.4. Potřeby pečovatele**

„Potřeby se projevují jako objektivně či subjektivně pocíťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince“ (Nakonečný, 1995, podle Vidovičová 2008). Jejich naplňování má podle Vicovičové (2008) sociální povahu a činnosti, které k němu vedou, jsou zakotveny v sociálních sítích.

Dvořáková z Franklova (1997, podle Dvořákové) chápání osobnosti jako složitého celku, u kterého rozlišuje tělesnou, psychosociální a duchovní dimenzi, odvozuje, že člověk má tělesné, psychické i duchovní potřeby. To dokládá Smékalovým rozlišením potřeb, kdy tělesná dimenze souvisí s fyziologickou stránkou člověka, psychosociální dimenze se sociálními pouty k lidskému společenství a obsahuje psychické i sociální potřeby - potřeba intelektuálního uspokojení, moudrosti, zájmů, vztahů, sociální opory apod. Duchovní dimenze zahrnuje víru, různá přesvědčení, světonázor, systém hodnot a priorit. (Smékal, 2007 podle Dvořákové). Tyto tři dimenze jsou podle ní patrné také v členění potřeb A.Maslowa. Pravděpodobně nejvlivnější, přestože ne neproblematickou teorií lidských potřeb je motivační teorie Abrahama Maslowa, který (1943, podle Vidovičová, 2008) definuje tyto základní potřeby: 1. fyziologické potřeby jako je jídlo, teplo, apod; 2. potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti a přijetí; 3. potřeba uznání, která obsahuje potřeby nezávislosti, svobody, síly, sebejistoty tváří v tvář světu a požadavek prestiže, respektu ze strany jiných lidí, uznání a pozornosti; 4. potřeba seberealizace, tedy touha stávat se více a více tím, čím se člověk může stát; 5. kognitivní potřeba vědět/znát a rozumět/pochopit.

Tento systém bývá často ilustrován ve formě pyramidy, kdy zmíněné potřeby jsou seřazené zdola nahoru a na jejímž vrcholu je potřeba seberealizace. Maslow ale o pyramidě nehovořil a odrazil od představy striktní hierarchie<sup>3</sup> takovéto následnosti (Vidovičová, 2008).

---

<sup>3</sup> „Jakási hierarchie se tak uplatňuje spíše mezi dvěma základními skupinami potřeb – skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta. Když jsou potřeby alfa naplněny, jejich hodnotu skoro nevnímáme, chápeme ji jako samozřejmost a nepotřebujeme je rozšiřovat (po jídle jsme zasyceni). Oproti tomu potřeby beta, potřeby rozvojové, se nikdy zcela nenaplní, a i když jsou uspokojeny, jejich potřeba stoupá, neboť náš život rozvíjejí a obohacují. Tyto druhotné potřeby se objevují a rozvíjejí až po naplnění těch základních“ (Šiklová, podle Vidovičová, 2008)

Vedle těchto základních potřeb má podle Maslowa člověk také meta-potřeby. Jedná se o potřeby pravdy, krásy, dobra (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 236, podle Burelová 2009) a potřebu transcendence, tedy touhu přesáhnout sebe sama, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, po Bohu (Trachtová et al., 2001, s. 14-15, podle Burelová, 2009).

Frankl také představuje jako základní lidskou potřebu touhu po smyslu. Proti zaměření na sebe a své štěstí, staví dosahování vyšších cílů a hodnot, přesahujících jedince, konečným cílem totiž podle něj nemůže být pouze seberealizace, ale sebetranscendence. (Kratochvíl, 2006, s. 90.)

Další teorií potřeb je například Teorie potřeb M. Max-Neefa, podle kterého jsou základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze (Fisher, podle Vicovičová, 2008). Potřeby se podle autora v čase a mezi kulturami nemění, mění se pouze způsoby naplňování těchto potřeb. Potřeby chápe stejně jako Maslow jako vzájemně propojený systém, nijak je však nehierarchizuje. Potřeby jsou tak v procesu svého uspokojování charakterizovány simultaneitou, vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Max-Neef jako základní lidské potřeby označuje bytí; ochranu; city/lásku; porozumění; participaci; rekreaci, ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi, tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v existenciálních kategoriích: bytí, vlastnictví, děláni a interakce. (Vidovičová, 2008)

Holmerová (2001) uvádí dva pohledy na pečovatele, první pohled nahlíží pečovatele jako osoby, které pomáhají, „rodinné pečující můžeme chápat na jedné straně jako partnery, zdroj služeb a péče, který v mnohém nahradí služby profesionální“ (a druhý pohled jako osoby, kteří sami potřebují podporu.

„Na straně druhé i oni jsou v pravém slova smyslu klienty profesionálních poskytovatelů služeb, protože jsou to často právě oni, kteří se bez pomoci a podpory dlouhodobě neobejdou. Proto budou nadále nabývat na významu různé formy podpory a pomoci pečujícím, které budou muset být co nejúplnější a nejvíce odpovídat jejich potřebám.“ (Holmerová, 2001, s. 34)

Podle Holmerové pečující potřebují sociální integraci, tedy četnost, intenzitu a rozsah sociálních vztahů, dále sociální síť – strukturu a zdroje vztahů, které jedince obklopují. Potřebují také podporu ve funkčních a kvalitních vztazích s ostatními, kteří pečujícího různými způsoby podporují a pomáhají mu. Pečující potřebují také materiální pomoc a služby.

Holmerová dále upozorňuje na to, že potřeby rodinných pečujících jsou důležité a je důležité se jimi zabývat a je potřebné vytvořit nástroje k objektivnímu zkoumání těchto potřeb. Příkladem studie zabývající se potřebami rodinných příslušníků může být např. Analýza potřeb rodinných pečujících o seniory – empirická studie. Část I. Hlavní závěry. Regionální studie – MČ Praha 7 a Praha 8. (Karmelitová, Týc, Kaštecký, 2005).

Podle Holmerové je potřebné respektovat zmíněné potřeby pečujících, protože právě „větší porozumění potřebám rodinných pečujících, jejich možnostem a efektivnosti jednotlivých forem podpory a přizpůsobením služeb povede k lepšímu naplnění jednoho z důležitých cílů zdravotní a sociální politiky většiny zemí EU: co nejdéle udržet chronicky nemocné a křehké geriatrické pacienty v jejich původním prostředí“ (Holmerová, s. 35).

### **1.5. Podpora pečujících**

V české společnosti model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny vychází z tradičního pojetí, kdy za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina a formální služby bývají využívány teprve v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají (Svobodová 2006, podle Svobodová, 2008).

Odpovědnost rodiny reflektuje také Hynek Jeřábek ve své práci „Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty“, když spolu konfrontuje dva modely péče o seniory. Model rodinné péče přejímá od Hilary Graham, která charakterizuje péči jako práci z lásky<sup>4</sup>. Základem její teorie je představa, že péče o staré rodiče je přirozenou součástí života rodiny, samozřejmostí je péče vyrůstající z lásky ke starému členu rodiny, který postupně ztrácí samostatnost a soběstačnost. Tato péče je „prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“ (Graham 1983 podle Jeřábek, 2009, s.244).

Jeřábek dále představuje stanovisko Evelyn Nakano Glen, která je pro zlepšení komunitní a soukromé péče a považuje za potřebné přenést povinnost péče o staré občany z rodiny na ostatní instituce. Jeřábek upozorňuje na rozdíl mezi dvěma výše uvedenými stanovisky, kdy spolu s odpovědností je přenesena mimo rodinu také rozhodovací pravomoc a to právo rozhodovat o rozsahu a kvalitě péče. Toto „osvobození“ rodiny od péče s sebou nese i značná rizika, kdy „...péče o seniory“ by se jako složka „společenské odpovědnosti“ logicky

---

<sup>4</sup> Rodinná péče o staré nesoběstačné členy rodiny je vedle praktické péče provázána také láskou a starostí. Ty jsou často hlavní motivací k této péči i jejím rysem (Graham 1983 podle Jeřábek, 2009).

mohla stát legitimní součástí ‚optimalizačních úvah‘ v rozměru celé společnosti se všemi důsledky v oblasti rozhodování, které si lze představit“ (Jeřábek, 2009, s. 246).

Odpovědnost za péči o seniora má tedy rodina, proto je potřebné ji podporovat zvláště při zvyšující se celospolečenské nároky na péči o seniory kvůli demografické situaci. Michael D. Fine podle Jeřábka (2009) vnímá jako potřebné řešit tuto situaci smíšenými (hybridními) formami péče, kdy je péče sdílena rodinou a formálními službami a rodina využívá „...příspěvky na péči, slevy na daních i přímé platby k úhradě služeb domácí péče“ (Michael D. Fine podle Jeřábka, 2009, s. 245). Také Jeřábek považuje tyto hybridní formy péče za řešení, pokud „rodina zůstane aktivní, ponechá si odpovědnost a bude rozhodovat všechny významné otázky týkající se péče o své seniory“ (Jeřábek, 2009, s. 246).

### ***1.5.1. Vývoj podpory pečujících rodinných příslušníků od roku 1989***

Podkladem pro tuto kapitolu je práce Maříkové a Plasové (2010), které popisují vývoj péče o seniory<sup>5</sup> v České republice po druhé světové války. Ten postupoval z fáze defamilizace - kdy byl hlavním organizátorem a garantem péče stát - přes implicitní a explicitní familizaci, - kdy od roku 1960 byla rodina znovu re-definována jako spolu-poskytovatel péče, v tomto období nastal také rozvoj domácí péče, byl zaveden fakultativní příspěvek při péči o osobu blízkou - k současné volitelné familializaci.

Ve srovnání s minulostí se po roce 1989<sup>6</sup> způsob podpory pečujících rodin radikálně změnil. A to když se na začátku roku 1990 charakter příspěvku na péči změnil z fakultativní dávky na dávku univerzální. Mezi roky 1989 a 2006 byli neformální pečující podporováni prostřednictvím příspěvku při péči vypláceným pečovatelům nebo prostřednictvím doplňku k důchodu<sup>7</sup> v případě osob se sníženou soběstačností, podpora byla tedy rozdělena mezi

---

<sup>5</sup> Maříková a Plasová představují autory, kteří se zabývají nejvíce situací seniorů a vývojem po roce 1989: Veselá 2001 a 2003, Kuchařová 2002; Vidovičová a Rabušic 2003. Tyto studie se zaměřují na kvalitu života: Kopecká 2002, Lux 2002; Kuchařová 2002, Svobodová 2006, na demografické aspekty stárnutí tyto: Rychtaříková 2006, Rychtaříková a Kuchařová 2008, na vliv sociální politiky pro seniory tyto studie: Haberlová 2003; Bareš 2006 a dopad stárnutí obyvatelstva na sociální politiku: Kučera 2002, Potůček 1999 a 2007 atd. (podle Maříková, Plasová, 2010)

<sup>6</sup> „V roce 1989 byla posílena pokračující tendence ke zvýšení odpovědnosti rodiny za poskytování péče o její závislé členy. V návaznosti na diskurz o stárnutí populace a případné zajištění důstojné kvality péče o starší osoby, česká společnost dosáhla shody, pokud jde o zásady této péče, kde je důraz kladen na deinstitucionalizaci, decentralizaci, profesionalizaci a pluralizaci poskytovatelů péče spolu s posílením autonomie seniorů v rozhodování u žádaných typů péče“ (Maříková, Plasová, 2010).

<sup>7</sup> „Doplňk k důchodu v případě snížené úrovně soběstačnosti byl součástí sociálního pojištění a oprávněná osoba byla poživitelem důchodu se sníženou úrovní soběstačnosti (Niederle 1996). Hlavním cílem této dávky bylo pomoci s pokrytím nákladů na sociální služby, které si senior nemohl dovolit. Dodatek byl

osoby, které péči poskytovaly a osoby, které péči obdržely (Niederle 1996, Hacaperková, Niederle 2000, podle Maříková, Plasová, 2010). Příspěvek při péči o osobu blízkou byl poskytován z programu sociální pomoci. Do roku 1995 byla výše dávky určena přímo zákonem, mezi roky 1996 a 2006 byla částka odvozena od násobku životního minima a zvyšovala se v případě péče o více osob<sup>8</sup> (Niederle 1996, podle Maříková, Plasová, 2010). V tomto období se také zvýšila šance pečovateli na jeho získání. Během roku 1993 byl příspěvek přiznán, pouze pokud vlastnictví osoby přijímající péči nebylo dostatečné k pokrytí služeb, což bylo téhož roku kvůli protestům veřejnosti zrušeno stejně jako testování osob přijímající péči (Niederle 1996, podle Maříková, Plasová, 2010). Nicméně, stále se testoval příjem příjemce příspěvku při péči. Také pokud měl pečovatel nárok na nějaký důchod např. vdovský, vdovecký nebo invalidní, nemohl příspěvek pobírat a to až do roku 2005, (MPSV 2005a). Před rokem 2000 nebyla také splněna podmínka nároku, že péče musí být poskytována řádně, celodenně a musí být osobní (§ 80 zákona o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb. podle Maříková, Plasová 2010), pokud příjemce péče využíval některé zařízení sociálních služeb nebo v případě, že péče byla poskytována někým jiným než příjemcem příspěvku (Hacaperková, Niederle 2000, podle Maříková, Plasová, 2010). Toto uspořádání činilo nemožnou účast na trhu práce, pouze s výjimkou nějakých druhů práce doma a problémem byla zejména situace, kdy senior potřeboval jen krátkou hospitalizaci (viz Hacaperková a Niederle 2000, podle Maříková, Plasová, 2010). Od roku 2002 bylo příjemci příspěvku umožněno, aby měl příjem z placené práce, ale čistý příjem nesměl překročit 1,5 násobek životního minima (zákon 100/1988 Sb., ve znění pozdějších předpisů, podle Maříková, Plasová, 2010). Hladina příspěvku se zvyšovala v průběhu času a k poslední významné změně došlo těsně před jeho definitivním zrušením, kdy v roce 2005 dosahoval příspěvek na péči přibližně 37% průměrného čistého příjmu v případě pečovatele, který pečoval o jednu osobu, a více než 63%, v případě že pečovatel pečoval o dvě osoby se zdravotním postižením (ČSÚ 2009, vlastní výpočty Maříková, Plasová, 2010).

Přesto však příspěvek pokračoval v trendu zajištění základních životních potřeb pečovateli a neposkytoval „finanční rovnost“ vzhledem k placené práci. Podle Maříkové a Plasové tato dávka nebyla míněna jako ocenění při přijímání péče nebo náhrada mzdy

---

odvozen z úrovně závislosti (vyšší úroveň závislosti znamenala vyšší příplatek) a výše doplatku byla vázána na životní minimum, stejně jako příspěvek při péči“ (Maříková, Plasová, 2010).

<sup>8</sup> Pečovatel pečující o jednu osobu měl nárok na 1,6 násobek odpovídajícího životního minima, pečovatel pečující o dvě a více osob měl nárok na 2,75 násobek životního minima (Niederle 1996, podle Maříková, Plasová, 2010).

z placené práce, hlavním cílem příspěvku totiž nebylo pokrytí všech životních nákladů pečovatelů, ale pouze k nim přispět (viz Niederle 1996). Proto od roku 2000 můžeme vidět tendence vzrůstající účasti pečovatelů na trhu práce, aby se zlepšila jejich finanční situace; tyto tendence vyvrcholily poslední změnou legislativního rámce v roce 2007, kdy bylo poskytování příspěvku na péči výrazně změněno.

V roce 2006 byl schválen nový zákon o sociálních službách, který zrušil příspěvek při péči o osobu blízkou i doplněk k důchodu pro seniory v případě snížené úrovně soběstačnosti. Nový příspěvek na péči (§7) už není poskytnut poskytovateli, ale příjemci péče a ta se může zcela samostatně rozhodnout, jaký druh péče chce využít k pokrytí svých potřeb. To má na něj nesporně pozitivní vliv, Maříková a Plasová však upozorňují na vážný dopad, který to má na ty, kdo péči poskytují.<sup>9</sup> Ve srovnání s minulostí tak stát neposkytuje ani nízkou úroveň finančního zabezpečení pro neformální pečovatele, ti sice nejsou omezeni v účasti na trhu práce, ale v tomto případě se právo staví na roveň nutnosti. Na druhou stranu politici také představují varianty tzv. podpůrných služeb, jako denní a týdenní stacionáře pro seniory, centra respitní péče, sociální poradenství apod. pro usnadnění domácí péče poskytované neformálními pečovateli (viz MPSV 2010b). Celkový počet těchto zařízení se zdá být ale poměrně nízký a výrazně se liší v jednotlivých regionech ČR.

Když si Eliášová (2009) klade otázku, co přinesl zákon o soc. službách seniorům na venkově, zjišťuje, že kvůli nestanovení konkrétní povinnosti obcí základního typu v zákoně, se poskytování terénních služeb seniorům zmenšilo pouze na dovoz obědů a to na základě smlouvy podle občanského zákona a ne zákona o soc. službách. Před jeho přijetím mohly obce poskytovat tzv. dobrovolnou pečovatelskou službu (Veselá, 2003, s. 43), která obsahovala stejné úkony jako pečovatelky z povolání. To ale skončilo kvůli registraci všech poskytovatelů služeb včetně obcí a nutnosti vypracovaných standardů. Což je pro malé obce nepřijatelné pro administrativní náročnost, ale také kvůli personálnímu zajištění (nutnost platit pečovatelku i v době, kdy nevznikne potřeba zajišťovat péči o nesoběstačného seniora).

---

<sup>9</sup> Většina seniorů si vybírá rodinu jako jediného poskytovatele a peníze tak nejsou vraceny do systému soc. služeb, což může přispět k ohrožení jejich vývoje. Autorky poukazují také na limity v neformální péči s důsledky pro neformální pečovatele, kdy může být sníženo jejich finanční zabezpečení, vidí totiž riziko v předpokladu, že senioři budou platit svým dětem za péči, protože příspěvek vnímají spíše jako doplněk k důchodu a vyslovují hypotézu, že dalším důvodem této neochoty může být to, že je tato péče podle tradice pokládána za samozřejmost (viz Svobodová 2006, Veselá 2002 atd., podle Maříková a Plasová, 2010)

### **1.5.2. Podpora pečujících a sociální služby**

Koudelová si všímá, že zákon 108/2006 Sb. představuje pouze jedinou službu určenou přímo pro pečující osoby a to ranou péči (§ 54), která je určena rodičům dítěte pečujícího o dítě starší 7 let. Pro pečující o dospělé osoby závislé na péči, není přímo určena žádná služba, nejsou cílovou skupinou žádné z nich. Pečující osoby jsou zmíněny pouze v definici odlehčovacích služeb (§44), kdy je jejich cílem zajistit pečující osobě potřebný odpočinek. Uživatelem služby je zde však senior a zákonem určené činnosti, které musí služba poskytovat, se tak týkají jeho a obsah podpory pečujícího není stanoven.

Také Jegermalm pozoruje tuto situaci (2004, podle Přidalová, 2006a), souhlasí s tím, že poskytování služeb závislé osobě má sekundární efekt i pro pečovatele, adresná pomoc vycházející přímo ze znalosti problémů a potřeb pečujících ale chybí.

Situací, jak služby podporují rodinné příslušníky i přes nedefinování této činnosti v zákoně, se zabývá Koudelová (2011).

Podle Dröes (2003, podle Koudelové 2011) je úspěšnější společná podpora pečujícího i seniora trpícího demencí než oddělená, Koudelová si ale klade otázku, zda ke společnému poskytování dochází s tímto vědomím, či se jedná pouze o snahu nahradit absenci služeb pro pečující. Jako pozitivum autorka dále vnímá, že v situaci, kdy se pečující obrátí na služby pro seniory, současně získá nabídku podpory ve své situaci.

Už výše jsem zmínila, že MPSV představuje varianty tzv. podpůrných služeb, jako denní a týdenní stacionáře pro seniory, centra respitní péče, sociální poradenství apod. pro usnadnění domácí péče poskytované neformálními pečovateli (viz MPSV 2010b, podle Maříková, Plasová, 2010). Přímo pečujícím mohou být určeny odborné sociální poradenství a telefonická krizová pomoc (Koudelová, 2011).

Podle Holmerové (2003) musí profesionální poskytovatelé služeb umět podporovat pečující rodinné příslušníky a představuje součástí této podpory pečujících, které by měly být součástí všech jejich činností: Emoční podpora zahrnuje naslouchání, vytvoření atmosféry zájmu a důvěry, blízkosti, ve které musí také rodinný pečující cítit, že i o něj má někdo zájem a chce mu pomoci. Další součástí podpory jsou informace, kdy profesionál by měl své znalosti a zkušenosti umět také předat rodinnému pečujícímu a to přijatelnou a srozumitelnou formou. Také ocenění je důležitou součástí podpory pečujících, profesionální pečující by tedy měl oceňovat alespoň svým postojem, vstřícností i slovním oceněním péči rodinného příslušníka.



### **1.5.3. Možnosti podpory rodinných příslušníků**

Odpověď na otázku, co může pečujícím pomoci, znesnadňuje podle Přidalové (2006a) různorodost životní situace a individuální životní historie. Autorka upozorňuje na to, že externí pomoc by měla vycházet z individuálních rysů a rodinných režimů<sup>10</sup>, aby takto nabízená pomoc mohla být motivací, která ulehčí rozhodování o zapojení se do pečování. Dále také poukazuje na nutnost holistického přístupu k celé rodině, tedy nezaměřovat se při poskytování těchto služeb pouze na úkony, ale věnovat pozornost také psychosociální dynamice celé rodinné jednotky.

Možnosti podpory uvádím podle Přidalové<sup>11</sup> (2006a). Podle ní jsou největší výzvou podpůrné služby a to jak poradenství i terapeutická pomoc. Poradenství by mělo být zaměřeno na potřeby pečujícího i seniora, praktické úkony, informace o nemoci, jejím průběhu a důsledcích, na zvládání psychické zátěže, podporu autonomie seniora a prevenci týrání a mělo by být dostupné osobně i telefonicky. Pečující by měli být podporováni také na pracovním trhu, prostřednictvím ošetrovatelská služby, která by byla zaměřena na úkony odborné a ty, které jsou psychicky zatěžující. Podporu může také poskytnout respitní péče a to v instituci i domácím prostředí a osobní asistence. Autorka také hovoří o granny sitting a využití dobrovolníků.

Autorka představuje tři oblasti podpory a to finanční podporu, podpůrné služby a vzdělávání, poradenství a svépomocné skupiny. V oblasti finanční podpory, v situaci, kdy je omezeno placené zaměstnání a péče se odehrává zároveň se zaměstnáním, navrhuje jako podporu adresný příspěvek pečujícím, opatření na pracovním trhu, aby pečující nemuseli mít obavy ze ztráty zaměstnání, jako jsou částečné úvazky, flexibilní pracovní hodiny na celý úvazek, možnost vrátit se zpět po skončení péče, tedy „dovolená“ na způsob rodičovské dovolené, kdy by zaměstnavatel držel pečujícímu místo. Tato opatření autorka vidí jako

---

<sup>10</sup> „J. Lewisová a B. Meredithová (1988) například uvádějí zkušenosti pečujících dcer, které zrušily spolupráci s agenturami poskytujícími ošetrovatelskou pomoc, protože pracovníci nebyli schopni dodržet přesný čas příjezdu na večerní koupání, nebyli schopni včas přijet pro rodiče při svozu do Denního centra, hodiny denních stacionářů nerespektovaly pracovní dobu pečujících žen či ošetrovatelky příliš zasahovaly do zažitého způsobu péče, který se oběma zúčastněným jevil optimální. Poskytovaná pomoc se tak stala spíše na obtíž, než aby situaci skutečně ulehčila“ (Přidalová, 2006a, s.76).

<sup>11</sup> O podpoře rodinných příslušníků píše také Možný (2004)

důležitá kvůli tlaku společnosti na co nejdější udržení pracujících v pracovním poměru, ale také z důvodu preference pečujících, kdy zaměstnání jim přináší finance a pomáhá jim uniknout od náročné situace. Pokud je vstřícný zaměstnavatel může mít tedy zaměstnání pro pečující i terapeutickou funkci.

V oblasti podpůrných služeb se jedná o následující služby: pečovatelská služba, ošetrovatelská služba, odlehčovací služby a denní stacionáře. Autorka zmiňuje také skutečnosti, které by se měly v této oblasti změnit. Pečovatelská služba není vždy dostatečná, v nabídce služeb chybí dohled nad dospělou osobou do 6 do 22 hod, noční služba od 22 do 6 hod. a pomoc s osobní hygienou. Nabídka pečovatelské a ošetrovatelské služby bývá někdy odmítána z důvodu vysoké ceny, kvůli strachu pustit si cizí osoby do bytu, také kvůli vnímání dopomoci služeb jako vlastního selhání pečujícího, nebo jako signálu pro rodiče, že pečující nezvládá a rodič je přítěží, nebo také kvůli špatným zkušenostem, kdy se pro přílišnou profesionalizaci opomíjí osobní zvláštnost závislého člověka. Další podpůrnou službou jsou denní stacionáře, které se věnují seniorům přes den, po dobu, kdy je pečující v zaměstnání. Těchto zařízení je „poskrovnu“ a mnohdy jsou pro skutečně závislé osoby nedostupné.

Další část podpory – vzdělávání, poradenství, svépomocné skupiny – je podle autorky atraktivní pro finanční nenáročnost. Vzdělávání navrhuje, protože pečujícím podle ní chybí informace o sociální a sociálně-právní pomoci, možných formách finanční pomoci, zdravotních pomůckách a nemoci závislých. Pro zajištění těchto informací je možné využít propagační kampaně, příručky, internet. Pravdou ovšem zůstává, že adresnost těchto prostředků je nedostatečná a nejlepším zdrojem informací stále zůstává osobní kontakt. Poradenství a svépomocné služby mohou podpořit pečujícího při doprovázení v náročných situacích. Snaží se o zmírnění pocitu zátěže, pomáhají najít kapacitu ke zvládnutí problému a překonat sociální izolaci (Přidalová, 2006a). Se svépomocnými skupinami, kde se setkávají rodinní příslušníci a svěřují si své pocity, poznatky a zkušenosti, jsou podle Holmerové (2003) velmi dobré zkušenosti v rámci České Alzheimerovské společnosti. Protože ne všichni jsou podle Přidalové (2006a) schopni závislou osobu opustit, je preferována telefonická podpora od odborníka nebo jiného pečujícího. O této telefonní podpoře více píše Miriam Stewart, Alison Barnfather, Anne Neufeld, Sharon Warren, Nicole Letourneou, Lili Liu ve článku *Accessible Support for Family Caregivers of Seniors with Chronic Conditions: From Isolation to Inclusion* (2006).

## **1.6. Vnitřní periferie<sup>12</sup>**

Musil a Müller popisují ve své stati Vnitřní periferie v České republice jako mechanismus sociální exkluze (2008) vnitřní periferie ze sociologického pohledu jako „prostor se specifickými sociálními znaky“ (2008, s. 322) a upozorňují na to, že periferie jsou „opomíjeným mechanismem sociálního vyloučení“ (2008, s. 322).

Pojem periferie pochází z řečtiny, kdy označoval oběh, okruh, později byl zobecněn na „něco a okraji“. V sociologii byl spojován pouze s okrajem velkoměst, v současnosti byl však smysl slova rozšířen, spočívá v rozlišení ekonomického a sociálního prostoru na jádro a periferii. Toto rozlišení se může týkat mikro-, mezo-, makroprostoru i světových dimenzí. Musil a Müller se zaměřují na dimenzi jedné země a její vnitřní regionalizaci z hlediska sociálně-ekonomických rozdílů mezi jednotlivými regiony. Díky těmto datům o rozdílech pak zkoumají sociální exkluzi, které jsou vystaveni obyvatelé území, které Musil a Müller označují pojmem vnitřní periferie. Indikátory pro periferie totiž obsahovaly sociologické dimenze a v prvním kroku neobsahovaly polohové charakteristiky, jako např. vzdálenost od regionálního centra, a tak bylo zjištěno, že i když obvykle jsou vnímány jako periferie pohraniční oblasti, větší část periferních území byla uvnitř České republiky a jen menší část podél státních hranic. Proto tedy Musil a Müller používají pojem vnitřní periferie.

„Vnitřní periferie v České republice jsou poměrně rozsáhlá území a souvislá území, která jsou umístěna na okrajích metropolitních regionů a v menším rozsahu na okrajích území regionálních středisek (2008, s.340).“ Tato území mají specifické znaky, které Musil a Müller rozdělují na primární a sekundární. Mezi primární znaky vnitřních periferií patří vyšší podíly pracovních míst v primárním sektoru a nízká hustota zalidnění daného území.

### **1.6.1. Znaky vnitřních periferií**

Ze všech znaků vnitřních periferií je znakem, který je nejvíce odlišuje od ostatních území, je právě znak ‚vyšší podíly pracovních míst v primárním sektoru‘, vnitřní periferie v ČR jsou tedy zemědělským venkovem. Rozhodující část periferií s tímto znakem je v Čechách. Periferie na Moravě mají méně zemědělský charakter. Celkově je Morava méně regionálně kontrastní.

---

<sup>12</sup> Pokud v textu není uvedeno jinak je tato kapitola nepřímou citací stati Musil, Müller, Vnitřní periferie v České republice jako mechanismus sociální exkluze.

Mezi sekundární znaky patří tři shluky znaků. První shluk znaků popisuje sociálně-ekologické charakteristiky, druhý sociálně-ekonomické rysy a třetím znakem je polohová dimenze periferií.

Sociálně-ekologické charakteristiky. Jedná se o území, která se dlouhodobě vylidňovala, v 90. letech se však takto situace změnila. Úbytky obyvatelstva zde způsobily vysoký podíl neobydlených bytů nebo bytů obydlených přechodně a domů sloužících k rekreaci. Horší technická infrastruktura je propojena s dalším znakem – nízkou hustotou obyvatelstva.

Mezi sociálně-ekonomické charakteristiky patří nižší vzdělanostní úroveň, nedostatek pracovních příležitostí, což vede k vyjíždění za prací. Součástí tohoto znaku je málo pracovních příležitostí v terciárním sektoru. V periferiích žije málo cizinců a je zde podstatně nižší počet domácností vybavených počítači. A další indikátory souvisejí s předchozími jako např. nižší podíl dospělých obyvatel s vysokoškolským vzděláním, nižší podíl podnikatelů a o něco vyšší nezaměstnanost ekonomicky aktivních obyvatel.

Polohové charakteristiky. V periferiích je horší dostupnost center vybavenosti, větší vzdálenost k hlavním komunikacím a v průměru vyšší nadmořská výška. Tyto polohové znaky však nebyly z hlediska rozdílů mezi periferiemi a ostatním územím tak významné. Česká republika má totiž specifické rysy systému osídlení, kdy se zde nachází velký počet malých měst a městeček sloužících jako centra vybavenosti a také hustá síť železnic a silničních komunikací.

Relativně menší význam polohových faktorů na formování vnitřních periferií ukazuje, že významnějšími byly faktory sociálně-ekonomické, za nimi mohou být ovšem skryté i faktory politické, politicko-správní a demografické, kdy je v periferiích vyšší podíl osob nad 60 let než jinde, taky vyšší podíl vdov apod.

### **1.6.2. Vývoj vnitřních periferií**

Na území periferií jako celku byly v roce 1991 poměrně vysoké hodnoty úbytku obyvatelstva, ty se začaly v první polovině snižovat a od roku 1998 začal počet obyvatel periferií pozvolna růst. V roce 2006 byl roční přírůstek obyvatel v periferiích byl asi 4500 obyvatel, tedy větší přírůstek než v metropolitních oblastech a regionálních centrech.

Periferní území však mají velkou variabilitu co se týče trvalosti územního rozmístění. V některých jsou i po roce 1991 stále úbytky obyvatelstva, jiná od roku 1991 stále

obyvatelstvo získávají, v dalších nastal obrat k růstu v jiném roce, např. 1995, po roce 2001. Existují také periferie, kde se léta úbytku a přírůstku obyvatel střídají.

Musil s Müllerem naznačují možné příčiny této variability. Převahu periferních území okresů, které rostly po roce 1991 tvoří periferní území okresů podél hranic s Německem a Rakouskem, tato změna je důsledkem příhraničních hospodářských stimulů a jejich sociálních efektů. Po roce 1995 rostl počet obyvatel periferiích Středočeského kraje v důsledku suburbanizace Prahy. Podobná situace nastala i v metropolitních územích ostatních velkých měst. Jako závažnější označují Musil s Müllerem skutečnost, že existují okresy, jejichž periferie se stále vylidňují. Jedná se o periferie v okrese Strakonice, Klatovy, Tábor, Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Havlíčkův Brod a Třebíč a další méně rozsáhlé území s vylidňujícími se periferiemi. Rozsáhlé území pásu oddělujícího střed Čech od jejich jihu, které je trvale vylidňováno signalizuje vážné a dlouhodobě se prosazující makroregionální ekonomické a sociální procesy a svědčí tak o dlouhodobě nepříznivých podmínkách v této oblasti. Dalšími příčinami variability periferií jsou pravděpodobně změna tzv. bytového systému, který měl zajistit pracovní síly ve středně velkých a malých městech, dále obnovení trhu půdy, rychlý rozvoj automobilizace domácností a vyšší hodnocení kvality obytného prostředí při výběru místa bydlení. Poznání komplexu příčin však podle autorů vyžaduje další analýzy.

### **1.6.3. Umístění periferií**

Z hlediska umístění periferií rozlišují Musil s Müllerem dva typy periferních území a to typ makroregionální a mezoregionální typ. Periferie se totiž většinou formovala na okraji makroregionů velkých měst a velmi často též kolem regionálních center, tj. většinou kolem bývalých okresních měst. „Příkladem prvního typu je věnec periferií vytvářejících téměř souvislé pásmo kolem hranic Středočeského kraje. To jsou v podstatě makroregionální periferie Prahy podobně je tomu u Brna, nebo Plzně.“ (Musil s Müller, 2008, s. 333)

Druhý typ periferií. „V některých krajích však uvnitř jejich území vznikaly menší periferní zóny, někdy bezprostředně navazující na subregionální jednotku okresního města.“ (Musil s Müller, 2008, s. 333)

Co se týče podílů obyvatel žijících v periferních územích, byly tyto podíly vyšší v českých krajích než v moravských. Nejvyšší podíly lidí v periferiích (15-17%) byly zaznamenány v krajích Středočeském, Jihočeském a kraji Vysočina, nejnižší v Moravskoslezském.

#### **1.6.4. Kumulativní cirkulární kauzalita periferizace**

Vznikání a zanikání periferií je procesem, který autoři nazývají periferizace. Tento proces připodobňují jako obrácenou formu G. Myrdalovy teorie procesu kumulativní cirkulární kauzality rozvoje oblastí. Tedy zatímco Myrdal zkoumal proces růstu regionů, Musil s Müllerem zkoumají periferizaci, proces stagnace nebo úpadku v určitém prostoru. Procesy tak mají spíše „povahu ‚začarovaného kruhu‘..., kdy působení jednoho faktoru posiluje další a ty se pak kumulativně sčítají do efektu stagnace nebo úpadku určitého regionu... Východiskem je předpoklad, že existuje pluralita základních podmínek, které jsou jakýmsi spouštěči kumulativních kauzálních procesů, jež vedou k formování vnitřní periferie. Příkladem kumulativní kauzality může být následující sled situací: situací:

„1. V určitém území je málo práce a lidé musí za prací vyjíždět. → 2. Zároveň dochází k omezování spojů veřejné dopravy. → 3. To vede k vzniku sociální exkluze těch, kteří v území zůstávají a k ztíženému provozu jejich domácností. → 4. Tato situace způsobuje dlouhodobé vyliďňování daného území. → 5. A tento proces vede k dalšímu snížení hustoty obyvatelstva, k snížení počtu obyvatel v obcích. Podobných řetězců, které vedou k vzniku zmíněného začarovaného kruhu, existuje více, a právě proto byl tento model nazván Gunarem Myrdalem modelem kumulativní cirkulární kauzality“ (Musil s Müller, 2008, s. 346).

V závěru studie Musil s Müllerem vyslovují hypotézu, že „zdaří-li se ‚přetnout‘ některý z procesů kumulativní kauzality – např. daňovými opatřeními, nebo technicko-organizačními opatřeními v osobní dopravě -, je to účinnější než paliativní opatření nesměřující ke změně kauzálních procesů“ (Musil s Müller, 2008, s. 346).

#### **1.1. Kvalita života: definice, konceptualizace a měření**

Na rozdíl od kvantity života, kterou můžeme zjistit sečtením jeho dní, se kvalita života se určuje hůře, píše Jaro Křivohlavý (2002) a jako příklad cituje výroky Aristotela o štěstí, které vztahuje na kvalitu života. Štěstí totiž vidí nejen každý člověk jinak, ale dokonce se mění i pohled na štěstí konkrétního člověka: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Také Ivo Možný (2002) konstatuje, že tento pojem lze jen velmi obtížně vymezit a uchopit, přesto s ním systematicky pracují sociální psychologie a sociologie, které také vyvinuly sadu metod na její měření. Sociální psychologie se zabývá individuálním aspektem prožívání a pocitů *well-being*, tedy pohody, spokojenosti či štěstí<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Tento individuální stav se skládá ze tří částí – nepřítomnosti pocitu nespokojenosti a úzkosti, naopak přítomnost pozitivních emocí, radosti, slasti a to v stabilnějším stavu, tedy jakási celková spokojenost se svým životem, v rodině, v práci, ve volném čase apod. Hlavním zdrojem subjektivního pocitu spokojenosti

Sociologie zkoumá naopak spíše *welfare*, což bývá překládáno jako blahobyť<sup>14</sup> (Možný, 2002). Tato úroveň kvality života by v rozdělení úrovní podle Engela a Bergsmy, které prezentuje Křivohlavý, odpovídala makroúrovni. Já se však ve svém výzkumu budu zabývat kvalitou života rodinných příslušníků pečujících o seniora v jedné obci, takže by bylo možné vnímat kvalitu v mezo – rovině, kde se podle autorů jedná o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách - např. škole, nemocnici, domově pro seniory apod., kdy jde o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory sdílených hodnot atd.

Respondenti však v obci hodnotí kvalitu svého života, proto se budu zejména pohybovat v osobní rovině, kterou je život jednotlivce. Při jejím stanovování jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu bolesti, spokojenosti, nadějí apod. Bergsma a Engel se pokusili definovat obsah pojmu kvalita života jednotlivce: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) - jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.“ (1988,s. 275, podle Křivohlavý, 2002). Více definic kvality života představuje například Jandzíkova (2011).

Měření kvality života. Křivohlavý (2002) rozděluje přístupy k měření kvality života na tři skupiny, podle toho, kdo kvalitu života hodnotí: metody měření, které hodnotí druhá osoba, metody měření, kde hodnotitelem je sama daná osoba a metody smíšené, vzniklé kombinací prvních dvou metod. Více Křivohlavý (2002,s. 165)

Čornaničová (2008, podle Jandzíkova, 2011) vymezuje čtyři základní modely kvality života: *Sociologicko – ekonomické konceptualizace*, zaměřující se na materiální podmínky společnosti, společenských skupin, rodiny nebo jednotlivce.<sup>15</sup> Dále *psychologické konceptualizace*, ve kterých je kvalita života chápána jako subjektivní a individuální spokojenost či nespokojenost s vlastním životem a jeho oblastmi. Kvalita života je podle tohoto modelu

---

jsou mezilidské vztahy, zejména rodina a přátelství. Dalším významným zdrojem spokojení je vlastní práce a jako ještě významnější je vnímáno prožívání volného času. (Možný, 2002)

<sup>14</sup> Tedy ne individuální prožívání, ale stav a variabilitu úrovně kvality života celé společnosti. Využívala několik ukazatelů této kvality života, například úroveň hrubého domácího produktu na hlavu. (Možný, 2002)

<sup>15</sup> „Indikátory kvality života jsou zde příjmy, výdaje podle druhů nebo kategorií, bydlení, vybavenost domácností, vzdělání, střední délka života a podíl jednotlivce či rodiny na společenské spotřebě, dále se zde sleduje oblast zdravotnictví, existence a dostupnost sociálních služeb, doprava, prostředí, osobní bezpečnost, podíl na kulturním a společenském životě aj.“ (Jandzíkova, 2011)

ovlivněna zejména vlastními představami, očekáváním a přesvědčením člověka.<sup>16</sup> *Aplikační koncepty kvality života* se zaměřují na intervenci při krizových zdravotních nebo sociálních situacích a na měření dosažených výsledků. Jsou orientovány především na podporu klienta v určité životní situaci.<sup>17</sup> Čtvrtou oblast tvoří *syntetizující modely*, které přepokládají, že na kvalitě života se podílí čtyři základní oblasti, které se dále člení na další domény se svými indikátory. Modely integrují všechny základní činitele do teoretického modelu, který odráží vzájemné vztahy a propojení a upozorňují na provázanost jednotlivých prvků v průběhu celého života. Jedná se o tyto domény: oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti,<sup>18</sup> oblast psychické funkce,<sup>19</sup> oblast sociálních vztahů,<sup>20</sup> oblast prostředí.<sup>21</sup>

White a kolektiv (In Vaňurová, 2008, s. 45, podle Jandžíková, 2011) vytvořili model kvality života pečujících o nesoběstačné osoby po mozkové mrtvici, lze však aplikovat na všechny pečující osoby. Model ukazuje multidimenzionální charakter kvality života pečujícího a vzájemné působení složek sociální role pečujícího na jeho kvalitu života.

---

<sup>16</sup> „Zde se zjišťuje, co přesně člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě, a proto se analyzuje způsob života, životní styl, životní, rodinná a zdravotní situace, postoje a hodnoty člověka. Hlavním zájmem je převážně vždy pohoda, spokojenost, očekávání a životní štěstí. V těchto koncepcích hraje podstatnou roli emocionální stabilita, sebekontrola, důvěra a emocionální inteligence člověka.“ (Jandžíková, 2011)

<sup>17</sup> „Pozornost se věnuje především změnám, ke kterým v kvalitě života došlo na základě léčby či intervence.“ (Jandžíková, 2011)

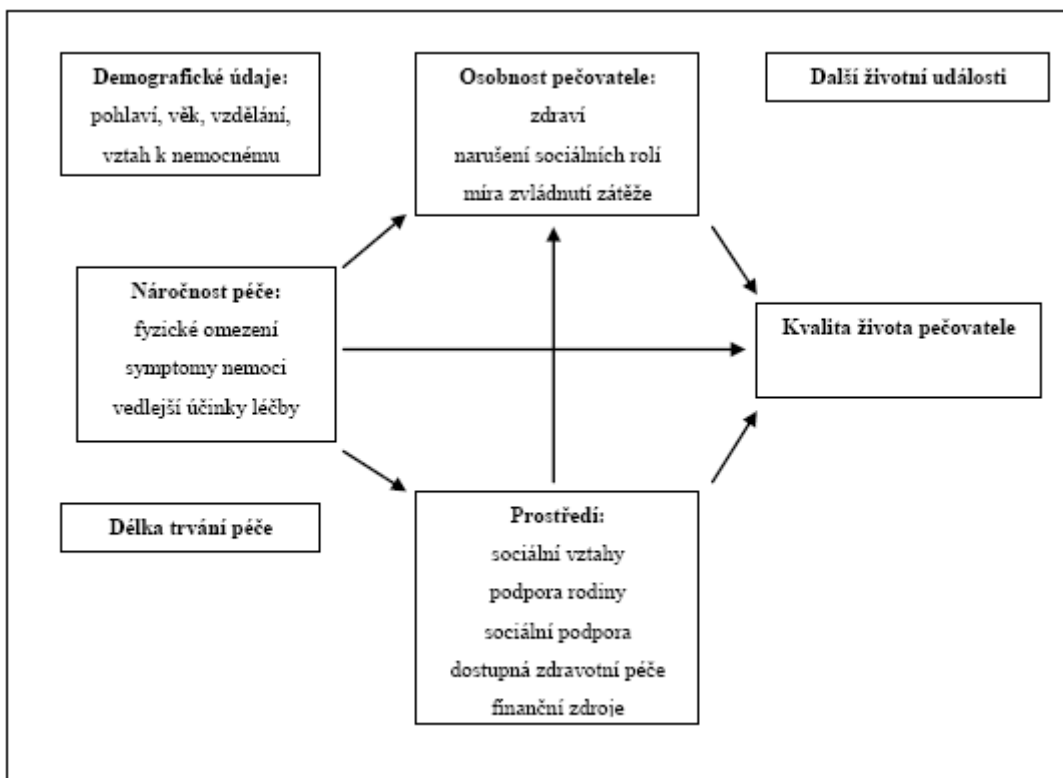
<sup>18</sup> indikátory: energie a únava; bolest a nepohoda; spánek a odpočinek; mobilita; aktivity každodenního života; závislosti na lécích a zdravotních pomůckách; pracovní kapacita; (Jandžíková, 2011)

<sup>19</sup> indikátory: spokojenost se svým tělem a vzhledem; negativní emoce; pozitivní emoce; sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost; spiritualita, osobní přesvědčení; (Jandžíková, 2011)

<sup>20</sup> indikátory: osobní vztahy; sociální opora; sexuální aktivity; (Jandžíková, 2011)

<sup>21</sup> indikátory: finanční zdroje; svoboda, fyzická bezpečnost; zdravotní a sociální péče; prostředí domova; možnost získat informace a kompetence; participace na volnočasových a rekreačních aktivitách; fyzikální prostředí (hluk, emise, klima, provoz); doprava. (Jandžíková, 2011)





Obrázek: Model kvality života pečujících osob (White a kol., podle Vaďurová, 2008, podle Jandžíková, 2011, s. 28)

Kvalita života pečujícího zahrnuje stejné oblasti jako kvalita života jako ostatní populace, liší se však jejich důležitost pro jedince a také její specifické podoblasti, kdy z fyzických aspektů výrazně ovlivňuje kvalitu života pečujících, únava, problémy se spánkem, ztráta chuti k jídlu a potřeba odpočinku. Nejvíce z psychologických aspektů ovlivňuje kvalitu života pečujícího emocionální zátěž, stres, obavy, nervozita, vztek, strach o nemocného, pocit zničení a deprese (Kornbith In Vaďurová, 2008, podle Jandžíková, 2011), zmatek, neznalost problematiky, pocit bezmoci (Vaďurová, 2008, podle Jandžíková, 2011). Kvalitu života pečujícího v oblasti sociálních vztahů významně ovlivňuje podpora rodiny, změna rozložení zodpovědnosti v rodině a nepolevující, dlouhodobé nároky na péči (Boyle et al. In Vaďurová, 2008, podle Jandžíková, 2011). Spirituální pohoda, pocit duchovní podpory, užitečnost, naděje, pocit smysluplnosti a celkové spokojenosti se životem ovlivňují nejvíce kvalitu života v oblasti Spirituálních aspektů (Vaďurová, 2008, podle Jandžíková, 2011).

Cohen (podle Remešová 2009) vymezuje oblasti, ve kterých zkoumala kvalitu života pečovatelů. Jedná se o stav pečovatele, zdravotní stav opečovávaného, poskytovaná péče, sociální síť pečovatele, smysl života pečovatele, finance, životní podmínky pečovatele.

## **2. Případová studie kvality života rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, vnitřní periferii v kraji Vysočina – Metodologická část**

V této kapitole popisují použité metody, výzkumný soubor, způsob zpracování dat a průběh výzkumu.

### **2.1. Popis použitých metod**

Odpověď na výzkumnou otázku: jak vnímají svou situaci pečovatele rodinní příslušníci pečující o seniora v obci „O“? jsem hledala pomocí kvalitativního výzkumu. Posláním kvalitativního výzkumu je totiž podle Dismana (1999, s. 289) zejména porozumění lidem v sociálních situacích. Konkrétně jsem provedla případovou studii, kdy případem byla obec „O“ a rodinní příslušníci pečující v této obci o seniora. Do výzkumu jsem zahrnula téměř všechny takové osoby, o kterých jsem zjistila, že v dané obci žijí a pečují – jsou tři (přesněji řečeno, v obci podle výpovědí respondentek žijí čtyři osoby v seniorském věku odkázané na intenzivní péči ze strany někoho jiného; o každou z nich pečuje dominantně jedna osoba – ta, s níž jsem vedla rozhovor; nevylučuje to však existenci dalších pomocných pečujících, s těmi však rozhovory vedeny nebyly, jejich přispění k péči je nenutí celkově této činnosti podřídit vlastní současný život; s respondentkami jsem však hovořila pouze se třemi, což upřesňuji v podkapitole Průběh výzkumu); tento soubor jsem navíc doplnila o jednu pečující osobu žijící v téže vnitřně periferní oblasti, avšak v jiné obci. Případem obce jsem se zabývala především s ohledem na péči doma, strukturální zázemí obce jsem sledovala podle výpovědí respondentek a internetových stránek této obce. Důkladnější pozornost pak byla věnována – s ohledem na potřeby vyplývající z péče o někoho dalšího – každé pečující osobě jako takové, tedy bez dalších souvislostí s výjimkou rozhovoru o kontextu obce. V podstatě jsem se na tyto pečující a jejich situace soustředila též jako na jednotlivé případy (avšak výsledky zjištění z těchto případů nemají podobu v pravém smyslu případových studií). Smysl soustředění se na pečující v rámci jedné obce, tedy zohlednění *obce* jako případu, je v tom, že potřeby jednotlivců mohou být významně spoluurčovány též prostředím, v němž žijí. Obec „O“ je obcí v tzv. vnitřní periferii, tedy v podmínkách, které lze metaforicky označit jako „odříznutí od světa“.

V případové studii se sbírá množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců, „jde o zachycení složitosti případu.(...) Předpokládá se, že důkladným porozuměním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům.“ (Hendl, 2008, s. 102)

Stake (1995, podle Hendl, 2008) definuje případovou studii jako „úsilí o porozumění určitému sociálnímu objektu (...) v jeho jedinečnosti a komplexitě“<sup>22</sup> (Hendl, 2008, s. 103).

Proto jsem data sbírala pomocí chápacího rozhovoru podle Kaufmanna (2010), ve kterém „hlavní hvězdou je respondent, tazatel se mu snaží porozumět, pozorně a soustředěně mu naslouchat a dát mu tak najevo, že jím poskytnutý rozhovor má velký význam. Jedině tak může postupně objevovat nový svět dotazované osoby.“ (Kaufmann, 2010, s. 60) Respondent je totiž klíčovou postavou, která disponuje cenným věděním, které tazatel nemá.

Podle klasického pojetí metodologie rozhovoru by měl být tazatel neutrální a držet si odstup, Kaufmann ale doporučuje opak, což zdůvodňuje tím, že „rezervovaný tazatel respondentovi neumožňuje, aby se projevil otevřeně. Jedině zaujetí tazatele může vzbudit zaujetí respondenta. Vhodný je tedy pravý opak neutrality a odstupu: plná, byť diskrétní, a osobní účast.“(61) Cílem chápacího rozhovoru je proto narušit hierarchii dotazovaný – tazatel, „udaný tón má mnohem blíže ke konverzaci dvou sobě rovných partnerů, než ke shora řízenému dotazování. (Kaufmann,2010, s.56).

Kaufmann popisuje také pro respondenta ideálního tazatele“ „musí to být anonymní cizinec, kterému je možné říci cokoliv, protože už ho nikdy neuvidí, a který (..) nezaujímá v síti jeho vztahů žádné místo. Zároveň se mu během rozhovoru musí přiblížit, jako by byl jeho známý, někdo, koho zná, nebo si myslí, že ho zná důvěrně a komu je možné všechno říci. Nejhlubší vyznání vycházejí z úspěšné kombinace těchto dvou protikladných očekávání. Hlavním předpokladem je anonymita.“

Vhled do respondentova světa není konečným cílem, ale pouze prostředkem k zachycení sociálních mechanismů či vytvoření nových konceptů. Kaufmann tedy vnímá rozhovor jako hru o třech stranách: „začíná vzájemnou empatií a zapojením obou osob. Ale je tu ještě třetí zásadní strana, bez níž nemá rozhovor smysl: samotný předmět rozhovoru“

---

<sup>22</sup> („fenomény jsou vzájemně složitě propojené časově souslednými akcemi a jejich pochopení vyžaduje uvažovat jejich kontext: časový, prostorový, ekonomický, kulturní, sociální a osobní. (...)uznání jedinečnosti (...spočívá)v přístupu, jímž ho přiblížíme čtenáři a který vyzdvihne význam případu, jeho neopakovatelnost, kritickou jedinečnost. Čtenáře na to upozorníme vyprávěním, realistickými a analytickými obrázky a informacemi o zkušenostech výzkumníka. Množina vlastností a posloupnost událostí se považují za jedinečné. Uznání jedinečnosti je předpokladem pro pochopení daného případu.(Stake, podle Hendl, s.105).)

(Kaufmann, 2010, s. 63). Pro respondenta je jím „život, na který pohlíží tak, jak to nikdy předtím nedělal. Pro výzkumníka je tento prvotní předmět součástí širšího rámce: výzkumného problému.“(Kaufmann, 2010, s. 63) I když tedy není mezi partery rozhovoru dokonalá shoda o jejím předmětu, oba tuto třetí stranu používají, „jako by shoda existovala, čímž mohou společně v rozhovoru pokračovat.“ (Kaufmann, 2010, s. 64)

Tímto předmětem rozhovoru byla kvalita života rodinného příslušníka pečujícího o seniora. Při hledání oblastí, na základě kterých bych zkoumala kvalitu života rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, jsem se inspirovala oblastmi, ve kterých zkoumala kvalitu života pečovatelů Cohen, jak popisují výše.

S ohledem na tyto oblasti jsem vypracovala otázky (viz příloha) a následující strukturu rozhovoru. Pořadí těchto bodů nebylo pevné, ale mohlo se přizpůsobovat dynamice konkrétního rozhovoru.

- Péče v současnosti a vlastní potřeby obecně
- Otázka případné solidarity, pomoci a služeb
- Oblast
- Cesta k péči, minulost a budoucnost

Vedle rozhovoru jsem také používala záznamy pozorování při kontaktu s respondentem a data jsem dávala do souvislosti s informacemi o obci „O“ dostupnými na internetu, takže bylo dosaženo znaku případové studie, která „má být pružná, co se týká množství a typu dat. Data pro případovou studii mohou poskytovat rozhovory, záznamy pozorování nebo dokumenty“(Hendl, 2008, s. 112).

Používáním více technik sběru dat jsem také přispěla k triangulaci<sup>23</sup>, kterou se rozumí „kombinace různých metod, různých výzkumníků, rozdílných zkoumaných skupin nebo osob, rozdílných lokálních a časových okolností“ (Hendl, 2008, s. 147). Triangulaci jsem také zajistila rozhovorem s R3, která je ze stejné oblasti periferie, ale z jiné obce a realizací rozhovorů ve dvou etapách, jak popisují v Průběhu výzkumu. Také při analýze dat jsem diskutovala se svými blízkými a vedoucí práce, abych tak zajistila triangulaci výsledků. Takto je zajištěna validita studie.

Respondenty jsem získávala technikou záměrný výběr přes instituce a technikou sněhové koule (Miovský,2006), jak popisují níže v Průběhu výzkumu.

---

<sup>23</sup> Pojem pochází ze zeměměřičství, kde označuje „určení geografického bodu pomocí dvou známých míst“ (Hendl, 2008,s. 147)

Co se týče etických aspektů výzkumu, čerpala jsem z doporučení Hendla (2008, s. 153). Respondentkám (ve všech případech šlo o ženy) jsem představila sebe a důvod možného rozhovoru<sup>24</sup> a ptala jsem se jich, zda s tímto rozhovorem souhlasí, tak mohli dát informovaný souhlas se zařazením do studie. Dále byl vyžádán souhlas s nahráváním rozhovoru, který je nahrán. Také byla zajištěna svoboda odmítnutí, kdy respondentky mohly kdykoli požádat o přerušování nahrávání, toho využila pouze jedna respondentka, když hovořila o špatných zkušenostech s péčí v následné péči. Také byla zaručena anonymita respondentek; v případě, kdy jsem potřebovala uvést jméno osoby, abych získala další respondentku, byla respondentka požádána o souhlas. Také jsem usilovala o emoční bezpečí respondentek, když se vyjadřovali o obtížích při péči, „nerozpítvávala“ jsem příliš tyto pocity v tom smyslu, že jsem se držela role výzkumníka, a nebrala na sebe roli terapeuta, kterým nejsem, abych respondentům neublížila. Abych zaručila soukromí respondentek, vedle zachování jejich anonymity neuvádím také doslovné přepisy rozhovorů a z názvů měst, o kterých respondenti mluví, zmiňuji pouze okresní město Třebíč, místo názvů ostatních měst zmiňuji přibližnou dojezdnost, pro představu, jak je město daleko, když například respondentka hovoří o tom, že děti bydlí daleko.

## **2.2. Popis výzkumného souboru**

Případ Johanson (2003, s.2) definuje jako komplexní funkční jednotku, která je zkoumána ve svém přirozeném kontextu množstvím metod a je současná.

Případem jsou rodinní příslušníci pečující o seniora v obci „O“, vnitřní periferii v kraji Vysočina. Výběr této obce a respondentů popisují níže v Průběhu výzkumu.

Jména respondentů a název obce jsou anonymní. Rozhovory jsem realizovala se čtyřmi respondentkami, z nich tři bydlí v obci „O“, která má dvě části, paní Břízová a paní Dubová v obci „O1“, paní Akátová v „O2“. Čtvrtá respondentka - paní Cedrová žije v obci „P“. Důvody této změny popisují výše v etických aspektech výzkumu a níže v Průběhu výzkumu. Při vymýšlení krycího názvu obce jsem popustila uzdu své fantazii a chtěla jí dát název, který by symbolizoval, že se jedná o periferii. Vedoucí práce, ale namítla, že by to mohlo být vnímáno jako urážející. Zůstala jsem tedy u strohého názvu obce „O<sup>25</sup>“, který není

---

<sup>24</sup> Hovořila jsem o tom, že píšu diplomovou práci o lidech, kteří doma o někoho pečují, a že mě zajímá, jaké to je pečovat o někoho doma. Kontext periferii jsem nezmiňovala, abych neovlivnila výpovědi respondentů, teprve otázky ke konci rozhovoru byly zaměřené na oblast.

<sup>25</sup> Název inspirován „dnem „D“ a hodinou „H“. Co se týče obce „P“, „P“ je písmeno v abecedě následující po „O“.

nijak zabarven. Dále jsou uváděna smyšlená příjmení respondentek: paní Akátová, paní Břízová, paní Cedrová, paní Dubová.<sup>26</sup> Pod těmito jmény se skrývají významné osobnosti všedního dne, jejichž podobu může čtenář sám vnímat pomocí následujících příběhů respondentů o jejich začátcích pečování a také pomocí výsledků výzkumu.

### **2.2.1. Profily respondentek a představení jejich situace**

Rozhovory jsem tedy realizovala se čtyřmi respondentkami, i když jsem byla otevřena i rozhovorům s pečovateli muži. V obci „O“ jsem se ale s hlavním pečovatelem mužem nesetkala. Muži byli spíše v roli sekundárního pečujícího. Nyní tedy tyto respondentky představím, nejprve stručně z hlediska věku, délky péče, stavu opečovávaného a podpory při péči a poté jejich osobnost a situaci vykreslí příběh začátku pečování a popis běžného dne.

**Paní Akátové je 52 let a téměř tři měsíce pečuje o manželova otce. Pracuje v obci „O“, v době kdy je v zaměstnání využívá služeb osobní asistence. Uvádí, že se na pečování také podílí manžel a její dvě dcery.**

Paní Akátová bydlí 30 let s manželem v rodinném domě v „O.“ Na výminku bydlí manželův otec, o kterého nyní paní Akátová pečuje. Už předtím mu připravovala oběd, který mu její manžel ohřál, o ostatní se postaral nynější opečovávaný sám: *„Tak jako jídlo sem mu taky chystávala (...), ale voblíkl se sám a všechno si udělal sám, že sme se tak o něho nemuseli starat, ted'ka jako je větší starost a..a prostě se musí pořad na něho myslet, aby se mu něco nestalo.“*

Pečování předcházelo pád nynějšího opečovávaného a následný pobyt v nemocnici a poté v následné péči. Když už končila doba pobytu v zařízení, hledali společně paní Akátová s manželem a dcerami na internetu vhodnou službu. Rozhodli se pro osobní asistenci, kdy se střídají se dvě asistentky dopoledne v domácnosti (7:30-11:30) zatímco manželé jsou v práci. Manžel pracuje v obci v zemědělském družstvu a tak chodí na oběd domů a obědvá se svým otcem. Když paní Akátová přijede z práce dohlíží na něho ona. Pečovat o něho začala, *„protože nebylo jinýho, tak sme museli sami, ...že sme tady bydleli no.“* Možná k rozhodnutí o pečování doma pomohla i špatná zkušenost s péčí v nemocnici, o které paní Akátová nechtěla mluvit, jen opakovala, že to bylo hrozný. Opečovávaný se tam nejspíš necítil dobře, protože po návratu jenom ležel, nechtěl k sobě nikoho pustit, tloukl kolem sebe rukama a nechtěl jíst.

---

<sup>26</sup> Fiktivní příjmení jsou inspirována písmeny v abecedě a druhy stromů. Byla bych raději použila křestní jména, ale neznala jsem ta skutečná u všech respondentek, proto jsem, aby zůstala zachována anonymita, použila příjmení.

Takže také začátek pečování byl náročný, nejen tím, že jednalo o novou, ale i kvůli chování opečovávaného: „no tak bylo to takový bylo to hrozný no, ze začátku, než si člověk na to zvykl, já dycky když jsme tam šli, tak dycky s hrůzou sme tam chodili. Já říkám: jejda mane co to zase bude, to je hrozný, no ale tak dělat se to muselo. Tak to člověk bral, že to musí bejt.“ Péče rodiny v domácím prostředí mu ale prospěla, počáteční špatný stav opečovávaného, kdy „nechtěl vylízat z postele, nechtěl jezť, ani pít, nic, on měl katetr ze začátku, ...a plínku“ se změnil. Protože udrží moč, nedává mu paní Akátová pleny, místo toho mu dává trenky: „cejtí se zase že je prostě zase chlap, protože ta plína, to je takový už ponižující, no a právě od té doby ho učíme sedat na ten záchod“ Sama pečující na otázku, zda se od začátku pečování něco změnilo, hovoří o zlepšení: „Tak jako jo, myslím si, že se to lepší, k lepšímu se to změnilo všechno no, že von si třeba začne něco oblíkat, ... no a jako aj se de sám najíst, to mu dáte na stůl a on si sám nalije, (...) prostě bych řekla, že to tak spěje k lepšímu, všechno, aj mi už tak nenadáva, když se mu řekne: tady máte prášek, tak si ho vezme a sní, jo, tak, prostě bych řekla, že fakt to spěje k lepšímu, no. Když by to takhle zůstalo, jak to je, tak by to bylo dobrý.“

Obsahem péče paní Akátové je příprava potravy, dohled kvůli riziku pádu, pomoc s obutím bot, s některým oblečením. Před odchodem do zaměstnání donese opečovávanému oběd, dopoledne je u opečovávaného osobní asistentka, potom její manžel a syn opečovávaného ohřeje oběd a nají se s ním – pracuje v místě bydliště, takže se chodí naobědvat domů. Paní Akátová po příjezdu z práce hned OP navštíví, potom mu připraví večeři, donese mu ji, celkově ho po příjezdu z práce kontroluje asi pětkrát, z toho poslední návštěva je pomoc s ukládáním se ke spánku. Potom mu ještě připravuje snídani a svačinu. OP má problémy s chozením na WC (když stojí, pomočí se), proto ho paní Akátová učí sednout si. Také topí v kamnech u opečovávaného na výměnku.

**Sedmasedmdesátiletá paní Břízová pečuje desátým rokem o svého manžela ve společné domácnosti. Manžel je po několika mozkových mrtvicích. Využívá služeb rehabilitace a ošetrovatelské služby. Jinak, jak uvádí, pečuje paní Břízová sama. Zmiňuje ale podporu syna a také sousedů.**

Když paní Břízová začínala pečovat, byla už deset let v důchodu. Po návratu manžela z nemocnice po jedné z mozkových mrtvic už nezvládala pečovat sama, hledala tedy v inzerátech službu, která by jí s pečováním pomohla. Začátek role pečujícího vnímá, když se jí při lékařka z komise příspěvku na péči zeptala: „no paní (Břízová), kdo o něho bude pečovat, no myslím si, že vy asi, ne? Říkám: kdo jiné, no. Tak jsem do toho padla.“ Pro paní Břízovou na rozdíl od paní Akátové začátky pečování „nebyly špatný“, oba měli totiž lepší

zdravotní stav, dnes už paní Břízová nemůže, nemá sílu: „*no když to je takový...zodpovědnost, tady to, nevím, říkám, že už to nezvládám, že už to dlouho nevydržím.*“

Paní Břízová ráno pomáhá manželovi s přesunem na WC, potom připravuje snídaní, po které ho ukládá k odpočinku. Po něm mu opět pomáhá s přesunem ke stolu a podává oběd, jehož dovoz zajišťuje obec: „*nakrmila sem ho,*“ poté opět následuje pomoc s ukládáním k odpočinku. „*No a svačinu odpoledne. No a večer se dívá na televizi (...), no a potom večeřa a potom jsem ho uložila.*“ Také pomáhá s oblékáním, denně pere, suší prádlo a žehlí ho a to zejména ložní prádlo, protože opečovávaný neudrží moč. Také je nutný stálý dohled, o čemž svědčí i manželova přítomnost při rozhovoru.

**O svého manžela pečuje stejně dlouho jako paní Břízová také sedmdesát dvouletá paní Cedrová. Manžel má Parkinsonovu chorobu. Paní Cedrová využívá služeb rehabilitace a pečovatelské služby, která jí dováží obědy. Při pečování ji podporují její dvě dcery a dvě kamarádky a soused.**

Před začátkem pečování byli manželé „v důchodu“ a trávili společné chvíle na zahradě, jezdili na návštěvu k dcerám, na zámky. Paní Cedrová také pečovala o své rodiče: „*že sem se vo ně taky starala, no až do smrti, maminka taky nechodila a všechno. No já to mám na pokračování, všechno (smích).*“

Manžel má chorobu 25 let. Ze začátku pouze zakopával, „*takových deset roků*“ zpět „*padal a já nevím co všechno a já jsem to zvládala, to jsme nikoho nehledali*“ Manželův stav je horší asi pět let, „*ale co jako je hodně, tak to je od 2008? (...) jako co už je skutečně potřeba, jako co byl v tý nemocnici.*“ S opečovávaným to tehdy bylo vážné, paní Cedrová měla strach, že zemře, hodně zhubl, a tělo bylo vysíleno křečemi. V té době změnili lékařku, nová ihned poslala opečovávaného do nemocnice, kde mu změnili medikaci kvůli křečím: „*ona říkala, že by ho to úplně zabilo, že sme teda přišli na poslední tu, protože on skutečně tak hrozně zhubl, a ona říkala, že je to tak hrozná námaha pro to tělo, že ty křeče takový, co on má.*“ Týden v nemocnici strávila R3 se svým manželem: „*protože on, jak je na mě zvyklej, já sem si to zaplatila a oni nás nechali na pokoji spolu.*“ Po návratu začal přibývat na váze a situace se zlepšila.

Manžel paní Cedrové potřebuje ráno pomoc se vstáváním z postele, kvůli jeho stavu to však paní Cedrová nezvládá sama a proto jí pomáhá kamarádka, která přichází každý den. Potom ho odvezou ho na WC, kde ho paní Cedrová umyje, potom ho kamarádka doprovodí do kuchyně, kde mu paní Cedrová podává snídaní, pak ho společně uloží k odpočinku. Potom



mu připravuje a podává oběd, který přiváží pečovatelská služba. Po obědě opečovávaný odpočívá v kuchyni, kde ho paní Cedrová uloží na pohovku u stolu. Po asi hodinovém odpočinku mu podává svačinu: „*A to on má rád sladký, tak se posadíme, musíte u něho bejt, dat mu napít, dat mu to do puse všechno.*“ Po ní manželovi pomáhá s přesunem k TV: „*a má rád v televizi ty soutěže, AZ kvíz, no tak ho du potom posadit tam.*“ Večer připravuje a podává večeři. O půl desáté následuje večerní hygiena a v deset hodin mu podává léky tlumící Parkinsonovu chorobu, proto mu pomáhá s ukládáním ke spánku až potom: „*já ho předtím nedávám spat, protože budit ho, to se on nedá někdy probudit třeba.*“ S ukládáním jí dříve pomáhala kamarádka, nyní díky vozíku to zvládá paní Cedrová sama. Pečuje 24 hodin denně, někdy vstává i v noci: „*To máte 24 hodin denně, hlídat ho v noci, kolikrát má z něčeho strach, tak ho držím za ruku.*“

Denně také převléká postel a pere. Na doporučení rehabilitační sestry rehabilituje mluvidla - snaží se s manželem povídat. Také vyměňuje pleny a provádí prevenci dekubitů. Také je nutný celodenní dohled na opečovávaného kvůli prevenci pádů, pokud už opečovávaný spadne, volá kamarádku, která jí ho pomůže zvednout.

**Také čtyřiasedmdesátiletá paní Dubová pečuje deset let o manžela s Alzheimerovou chorobou. Využívá ošetrovatelskou službu. Při pečování ji podporuje syn a vnučka – synova dcera.**

Když paní Dubová začala pečovat, byla v důchodu a nic o nemoci nevěděla. Nemoc přicházela postupně, na začátku její manžel „kroutil“ ústy a vyhýbal se lidem. Paní Dubová tomu ale nevěnovala pozornost. Až potom co si děti a později i obyvatelé obce začali všimnout změny a sdělovali jí to, chtěla s ním jít na vyšetření, manžel ale nechtěl. Vyšetření pomocí testu pak udělala kamarádka psychiatricka: „*A vona ho vzala před sebe, povykládala si s ním, a dala mu takový papír a tam bylo 30 bodů. 30 bodů, když zodpovíte, nebo nakreslíte, tak to ste normální, jo. Ale von už to nedokázal.*“ Takže jí sdělila diagnózu: „*nechcu tě strašit, ale on má tu nemoc, kterou si nedokážeš představit. A já povídám: a co je to za nemoc? A ona povídá: Von má toho Alzheimeru. Já povídám: to neříkej ani se špásem*“ Kamarádka mu pak nasadila léky tlumící průběh nemoci. Po několika dalších návštěvách je poslala na vyšetření do Třebíče, protože „*on nebyl ani v tom tunelu, nikde*“, přes primářku neurologie. Vyšetření diagnózu potvrdilo. Nějakou dobu pak jezdili k paní primářce, než se stav opečovávaného zhoršil pod 10 bodů a ona nechtěla kvůli pojišťovně podávat léky, pak se vrátili zpět ke kamarádce a léky podávali dále. Ale problémy s pojišťovnou byly i tam, kamarádka navrhovala, že se o náklady podělí, ale vždy to nějak zařídila, R4 platila až ke konci, než

kamarádka řekla, že to jsou „zbytečně vyhozený peníze,“ protože je nemoc už „hodně rozjetá“, nemoc pak postupovala rychle, manžel přestal mluvit, nechoval se racionálně, a tak o něho měla strach, aby se neztratil, „ale to on se nikdy neztratil.“ Když ho potkávali kolegové, nemluvil s nimi, pak přestal mluvit i s ní, paní Dubová si „moc dobře“ vzpomíná na jeho poslední větu: „*to bylo v zimě, já seděla u televize ... já jsem myslela, že spí, najednou, já jsem se vám tak ulekla, on promluvil a řekl: mamko, pod' už spat. Já jsem se vám tak ulekla, já jsem myslela, že někdo přišel, protože on už nemluvil, a to byla poslední věta, kterou on mě řekl.*“ R4 se ho snažila rozmluvit a zaměstnat, ale opečovávaný postupně přestal mluvit úplně. Potom začal padat, padal také z „gauče“, takže si paní Dubová nemohla zdřímnout, měla strach z pádu a musela být v pohotovosti. Později vozila opečovávaného ven na vozíku, vypadal spokojeně, ale pak brzdil vozík (dával nohy na zem) „*jak kdyby to dělal schválně, (...) ale von nevěděl, co dělá*“, to bylo to pro paní Dubovou hodně náročné, takže přestali jezdit. „*A od té doby leží, no. Tak to už teda máte celou kroniku (smích).*“

Paní Dubová ráno opečovávaného „ošetří,“ podává mu snídani, dává mu napít, potom opečovávaný spí. Kolem jedenácti hodin mu dá znovu napít: „*von musí pít kvůli tý, von má katedr, hodně, aby se nám to neucpávalo.*“ Podává mu oběd, znovu mu dá pít a potom opečovávaný znovu spí. Kolem páté mu podává kávu nebo kapučíno a svačinu, pustí mu TV, po šesté podává večeři a potom čeká na syna a společně opečovávaného uloží ke spánku. V průběhu celého dne obsluhuje také katetr a polohuje opečovávaného.

### **2.2.2. Popis obce „O“**

Obec „O“ je vzdálena od města Třebíč asi 27 minut cesty. Úřad obce s rozšířenou působností se nachází v Třebíči, pověřený úřad v obci „P“, která je vzdálena od „O“ 7 minut cesty. Obec „O“ i „P“ leží v oblasti vnitřní periferie, kterou definuji v první kapitole.

Obec „O“ má kolem tisíce sto obyvatel, obec „P“ necelých osmnáctset obyvatel.

Mikroregion kolem obce „P“, do něhož obec „O“ patří, se nachází se v oblasti atraktivní pro tuzemské i zahraniční turisty díky malebné přírodě a množství historických památek (Musil, 2000).<sup>27</sup>

Uvádím SWOT analýzu oblasti mikroregionu kolem obce „P“, jejímž autorem je Ing. Josef Musil, DrSc. (2000)<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Bohužel nemůžu uvést citaci, aby byla zachována anonymita obce.

<sup>28</sup> bohužel nemůžu uvést citaci, aby byla zachována anonymita obce.

<b>Analýza mikroregionu</b>	
<b>Silné stránky</b>	<b>Slabé stránky</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Příznivý populační vývoj</li> <li>• Atraktivní krajina pro bydlení s vysokým potenciálem pro chalupářství</li> <li>• Dobrý stav rozvodu elektrické energie</li> <li>• Vysoký počet obcí napojených na zásobování plynem</li> <li>• Všechny obce napojeny na místní nebo skupinové vodovody</li> <li>• Ve většině obcí kvalitní a aktualizovaná územně plánovací dokumentace</li> <li>• Přítomnost strategicky významné Jaderné elektrárny Dukovany vytváří stabilizující prvek v průmyslové struktuře mikroregionu</li> <li>• Dostatečná vybavenost službami pro obyvatelstvo, hřiště a tělocvičny</li> <li>• Příprava nových ploch pro podnikatelskou činnost</li> <li>• Rozvoj výrobních a opravárenských služeb a venkovské turistiky</li> <li>• Kulturně historické památky a zajímavosti rozmístěné po celém území mikroregionu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozdrobená sídelní struktura s vysokým podílem malých obcí</li> <li>• Podprůměrné charakteristiky úrovně vzdělání</li> <li>• Nepříznivá věková struktura obyvatelstva – hlavně vysoký podíl obyvatel v důchodovém věku</li> <li>• Nevyhovující technický stav místních komunikací a malé časové pokrytí území veřejnou dopravou, hlavně v malých obcích</li> <li>• Nízký podíl obcí napojených na čistírnu odpadních vod</li> <li>• Pomalé zavádění internetu do škol</li> <li>• Poměrně velká zaměstnanost v oblasti zemědělství, které je z pohledu trhu práce problémové</li> <li>• Dosud malé množství hlavně středních podniků, které by umožňovaly rychlejší rozvoj území</li> <li>• Nedostatek financí se promítá do nedostatečného hnojení půdy, což se odráží v nižších výnosech a tím i v nižší rentabilitě zemědělské výroby</li> <li>• Malotřídním školám hrozí v následujících populačně slabých letech zrušení</li> <li>• Nedostatek finančních prostředků na rekonstrukce a údržbu významných turistických atraktivit bude mít své důsledky v návštěvnosti a rozvoji podnikatelských činností v cestovním ruchu</li> <li>• Nedostatek zájmu mladých lidí o práci v zemědělství</li> <li>• Řada významných kulturně historických památek v zanedbaném stavu nebo nedostupná pro návštěvníky</li> </ul>
<b>Ohrožení</b>	<b>Příležitosti</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Další prohloubení depopulačních procesů jako výsledek vysoké emigrace venkovského obyvatelstva do měst a větších středisek, útlum obytné funkce řady venkovských obcí a ztráta jejich vitálních funkcí</li> <li>• Zhoršování věkové struktury venkovského obyvatelstva</li> <li>• Další zhoršování technického stavu silniční sítě, zvláště komunikací nižších řádů bude mít negativní vliv na dopravní obsluhu a na rozvoj podnikatelských aktivit</li> <li>• Nerentabilní budování technické infrastruktury v rozdrobené sídelní struktuře může dále snižovat atraktivitu malých obcí pro bydlení a podnikatelské činnosti</li> <li>• Obce bez kvalitní pitné vody, odkanalizování a plynového vytápění mají nižší standard bydlení, což s sebou přináší riziko zvýšené emigrace obyvatelstva</li> <li>• Pokračující nedostatečná tvorba nových pracovních příležitostí a nízký počet volných pracovních míst mohou vést k dalšímu úbytku obyvatel</li> <li>• Současná situace na trhu práce preferuje spíše uchazeče s nižším vzděláním. Uchazeči s vyšším vzděláním nalézají uplatnění, s výjimkou specializovaných a specifických profesí, mimo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpora aktivit vedoucích k udržení obyvatelstva, zvláště mladého, v území zvýšenou nabídkou atraktivních pracovních příležitostí, rozvojem výstavby</li> <li>• Možnost transformace obytné funkce vylidňujících se populačně malých obcí na funkci rekreační, na podporu chalupaření jako cestu k zachování domovního fondu</li> <li>• Věnovat více finančních prostředků na zpracování a aktualizaci územně plánovací dokumentace jako nástroje umožňujícího další rozvoj obcí</li> <li>• Zlepšení dostupnosti informací pro veřejnost zřizováním internetových stanic</li> <li>• Zavádění internetu do škol a jeho využití jako zdroje informací pro výuku</li> <li>• Maximální využití stávajících podpůrných programů v rámci podpory malého a středního podnikání, kde obec Třebíč s rozšířenou působností je zařazena mezi vládou podporované hospodářsky slabé regiony</li> <li>• Realizace vodních toků jako součásti ochrany před povodněmi</li> <li>• Nalezení souladu mezi požadavky pro ochranu životního prostředí a rozvojovými aktivitami</li> </ul>

### 2.3. Způsob zpracování dat

Rozhovory jsem se souhlasem respondentů nahrála, přepsala technikou komentované transkripce (Hendl, 2008, s. 208) a pak kódovala a poznámkovala (Hendl, 2008, s. 228-229, Kaufmann, 2010, s. 91). Kódy jsem pak dávala k sobě podle podobnosti, kdy mi vyvstaly určité kategorie, které jsem pak včlenila do struktury podle Cohen, o které hovořím výše. Když jsem mezi těmito kategoriemi hledala vztahy (Hendl, 2008, s. 232), všimla jsem si podobnosti struktury s konceptem kvality života White a kol., který graficky prezentuje propojení oblastí, jak je vidět na obrázku v 1. kapitole. Analyzovala jsem tedy strategie, kterou uvádí Yin (1994, podle Hendl, 2008, s. 234) jako obecnou strategii analýzy, kdy se opíráme o teoretická data. Ta podle něj od počátku usměrňují studii a vedou k položení specifických výzkumných otázek. Dále je podle něj v této strategii výhodné generování konkurujících vysvětlení a jejich vzájemná konfrontace prostřednictvím posuzovaných dat. Pro hledání těchto konkurujících vysvětlení jsem využila analytickou indukci, která „důrazněji a dynamičtěji směřuje k vytváření teorie s využitím malého počtu klíčových proměnných, které důkladně zpracuje za pomoci negativních případů“ (Kaufmann, 2010, s. 103). Na data jsem tedy nahlížela konceptem kvality života podle White a kol. a dále jsem ho upravovala podle dat, která původnímu modelu odporovala (Hendl, 2008, s. 234).

### 2.4. Průběh výzkumu

Po výběru tématu a výzkumné otázky, které jsou zmíněny výše, jsem stanovila výchozí otázku, podle doporučení Kaufmanna (2010, s. 42): „Nestačí tedy zvolit téma, byť by bylo jasné a podnětné. Velmi záhy je potřeba k němu přidat jednu nebo více hypotéz, výchozí otázku.“ Položila jsem si tedy otázku, zda pečování ovlivňuje to, že pečující bydlí v periférii.

Abych mohla zjistit odpověď na tuto výchozí otázku i na výzkumnou otázku: jaká je kvalita života rodinných příslušníků pečujících o seniora v obci „O“, vnitřní periférii v kraji Vysočina?, potřebovala jsem nejdříve znát obce v tomto kraji, které jsou vnitřními perifériemi. Ty jsem našla pomocí práce s mapami vnitřních periférií Musila a Müllera a mapou kraje s názvy obcí a vypracovala tak seznam obcí - vnitřních periférií. Zaměřila jsem se především na okresy Havlíčkův Brod, Pelhřimov a Třebíč, protože je Musil a Müller

označili jako okresy se stálým úbytkem obyvatelstva. Lze tedy předpokládat, že se jedná o periferie i v této době.

Potom jsem v souladu s pojetím seznamu otázek podle Kaufmanna navrhla otázky, které jsme potom ve spolupráci s vedoucí práce upravili a vznikl seznam (viz příloha) se strukturou zmíněnou výše.

Následovala část získávání respondentů. Pečující rodinné příslušníky jsem hledala pomocí sociálních a zdravotních služeb pro seniory. Představila jsem svou práci a prosila pracovníky, zda by se mohli zeptat pečujících rodinných příslušníků seniorů, kterým poskytují služby, zda by souhlasili s rozhovorem. Několik služeb mě odkázalo na další službu (spolu s poskytnutím tel. čísla), pracovnice jiné služby mi sdělila, že s rodinnými příslušníky nejsou v kontaktu, jiná, že neposkytují služby v obcích, které jsem potřebovala. O to jsem byla raději, když mi pracovnice osobní asistence sdělila, že jezdí do jedné z těchto obcí. Požádala jsem ji tedy, aby se té paní zeptala, zda by s rozhovorem souhlasila a zda mi může poskytnout její číslo, ta souhlasila a tak jsem získala respondentku paní Akátovou a našla obec „O“. Potom jsem ovšem potřebovala další respondenty z této obce a osobní asistence už zde nikomu služby neposkytovala. Z rozhovoru jsem věděla, že do obce jezdí ošetrovatelská služba, ta ale se mnou nechtěla spolupracovat. Jiná ošetrovatelská služba mi pak zprostředkovala kontakt s paní Cedrovou. To bylo v době, kdy jsem už spolupráci se službami vzdala a zkusila zavolat pečující paní, o které hovořila paní Akátová v rozhovoru. Když jsem se jí však zeptala, zda nezná někoho, kdo v obci pečuje, zeptala se, jak jsem zjistila její číslo, odpověděla jsem, že v telefonním seznamu a ona, řekla: „Tady nikdo takový asi není.“ Vyžádala jsem si tedy souhlas od paní Akátové, zda můžu zmínit, že ona mi o této pečující řekla. Teprve potom paní Břízová souhlasila s rozhovorem. V rozhovoru hovořila o dvou dalších pečujících a tentokrát jsem ji rovnou požádala o stejný souhlas jako paní Akátovou. Tak jsem získala k rozhovoru paní Dubovou.

Rozhovory jsem realizovala ve dvou etapách, a to na přelomu února a března (paní Akátová, Břízová a Cedrová) a v červnu (paní Dubová). Všechny respondentky jsem kontaktovala přes pevnou linku; když jsem domlouvala druhou etapu rozhovorů, zjistila jsem, že poslední potenciální pečující nemá pevnou linku. Rozhovor jsem nechtěla domlouvat na místě, jednak kvůli pečující a také jsem nechtěla realizovat dva rozhovory v jeden den, jak to bylo v případě paní Břízové a paní Cedrové, protože to může ovlivňovat sbírání dat. Později jsem jezdit nechtěla, potřebovala jsem totiž čas na analýzu rozhovorů a obec byla vzdálena asi sedmdesát pět minut cesty. Takže poslední respondentku jsem pro svůj rozhovor nezískala.

Při samotném rozhovoru jsem se držela Kaufmannových doporučení, které zmiňuji výše. Snažila jsem se o humor, který autor doporučuje jako jednu z taktik k podpoře sdílnosti (Kaufmann, 2010, s. 64). Zpočátku realizování rozhovorů jsem byla dost nervózní, „abych to udělala správně,“ s přibývajícím zkušenostmi se nervozita zmenšovala. A rozhovor s paní Dubovou jsem si „užila.“ I když dokonalosti samozřejmě dosaženo nebylo, což reflektuje Kaufmann: „ideálu vlastně nemůže být dosaženo“ (Kaufmann, 2010, s.63). Nebo na jiném místě (s. 83): „Který výzkumník má po ruce třisetčlenný tým lidí, kteří mu několik let pomáhají s výzkumem?“ Omezením výzkumu tedy může být při sběru dat počáteční nervozita, rozhovor s paní Břízovou a paní Cedrovou bezprostředně po sobě a nervozita z pozdního příchodu k paní Břízové kvůli problémům s nalezením paní Cedrové. Analýzu dat mohl ovlivnit nedostatek času, kdy jsem přecenila své síly a nedržela se doporučeného harmonogramu své vedoucí.

Rozhovory jsem se souhlasem respondentů nahrála, přepsala a pak kódovala. Kódy jsem pak dávala k sobě podle podobnosti, kdy mi vyvstaly určité kategorie, které jsem pak včlenila do struktury podle Cohen, o které píše výše. Tu jsem poté ještě upravila podle White a kol., jejichž koncept kvality života prezentuje propojení oblastí a je tak snazší si celek kvality života pečujících představit. I tuto strukturu jsem poté ještě upravila, aby odpovídala mým zjištěním, a v ní jsou tedy v následující kapitole prezentovány výsledky výzkumu.

### **3. Prezentace výsledků výzkumu**

V této kapitole odpovídám na výzkumnou otázku: jak vnímají rodinní příslušníci pečující o seniora v obci „O“, vnitřní periferii v kraji Vysočina, svou kvalitu života?

Výsledky prezentuji ve struktuře podle modelu White a kol., který jsem představila výše. Tento model představuje vztahy mezi jednotlivými oblastmi, jak je vidět na obrázku v předchozí kapitole a umožňuje tak lepší představu skutečnosti pečování.

#### **3.1. Náročnost péče**

Nyní představím oblast náročnosti péče, na kterou se podle pohledu konceptu White a kol. nahlíží z hlediska fyzického omezení opečovávaného a která dále ovlivňuje oblast prostředí, osobnost pečovatele a jeho kvalitu života.

### **3.1.1. Náročnost péče z hlediska fyzického omezení opečovávaného**

Náročnost péče paní Akátové ovlivňuje omezení pohyblivosti opečovávaného, kdy se kvůli operaci plotýnek v minulosti se tak dobře neohne, proto potřebuje pomoci s obouváním bot a oblékáním. Navíc při ohnutí se mu točí hlava, takže vzniká riziko pádu. Tak se stalo nedávno, kdy upadl a rozbil si koleno a poranil se na hlavě, proto podle paní Akátové potřebuje stálý dohled. Jeho fyzický stav byl omezen zejména na začátku pečování, po návratu z nemocnice, kdy byl hospitalizován kvůli pádu, po kterém se druhý den nemohl hýbat, (pravděpodobně se jednalo o mozkovou mrtvici): „*nechtěl vylízat z postele, nechtěl jezť, ani pít, nic, on měl katetr ze začátku, ...a plínku*“. Jeho stav se od té doby zlepšil, je více samostatný. V současné době udrží moč, „*a to já sem mu tu plínku dala pryč*“, ale když na WC stojí, často si pomoci oblečení, proto ho pečující učí „*na ten záchod si sedat, no tak, ale ...no. Tak říkám, jakžtakž se to daří*“. Snadné to tedy není. Paní Akátová tu ukazuje na svou zásluhu, která jí přitom komplikuje situaci, protože musí po pánovi uklízet a prát. Snaží se jej co nejvíce (navzdory větší náročnosti) posouvat k „normálnímu“ fungování, které může podpořit jeho sebeúctu.

Opečovávaný, o kterého pečuje paní Břizová, měl čtyřikrát mozkovou příhodu, která postihla půl těla, proto se obtížně pohybuje a chodí pouze s pomocí. Kvůli omezené pohyblivosti rukou je obtížné oblékání. Neudrží moč, proto používá pleny. Kvůli zdravotnímu stavu opečovávaného, který měl zlomenou nohu a nepokrčí ji, nemohou využít dopravu k lékaři synovým autem, musí si domluvit sanitku.

Manžel paní Cedrové nechodí sám, pouze s doprovodem nebo ho paní Cedrová vozí na vozíku. Občas ale najednou vstane a jde, potom ale ztrácí stabilitu a má tendenci padat, proto je nutný stálý dohled. Protože ráno bývá hodně ztuhlý, pomáhá paní Cedrové s péčí její kamarádka. Kvůli tuhnutí svalstva se mu také hůře nastupuje do auta, proto ho už nechce vozit autem k lékaři soused, ale musí přijet dcera, která má vyšší auto, do kterého se opečovávanému lépe nastupuje. V sanitce by opečovávaný nevydržel. Hůře komunikuje, ale podle slov paní Cedrové, „se to dá“. Paní Cedrová se také snaží, na doporučení sestry, rozhovorem rehabilitovat, procvičovat mluvidla. Opečovávaný hůře polyká a dává se, podávání stravy je proto náročnější. Také má problémy s udržením moči, proto používá pleny.

Manžel paní Dubové měl mozkovou příhodu a podle ní kvůli tomu špatně polyká, proto je pro ni obtížné podávání stravy. Obtížné je také oblékání, protože opečovávaný má „stažený ruce“, tedy nejspíše zkrácené svaly. Náročnost péče ovlivňuje také to, že

opečovávaný pouze leží a je nutné dávat pozor na proleženiny. S tím souvisí omezení stavu, kdy „když ho posadí, nevydrží sedět,“ proto ho musí ho někdo přidržovat a paní Dubová večerní ukládání nezvládne sama.

### **3.1.2. Hledisko příznaků nemoci a vedlejší účinky léků**

Z rozhovoru není patrné, zda kvůli nemoci nebo lékům mívá manžel paní Cedrové halucinace. Vadí mu změny: v domácím prostředí je spokojený, ale na návštěvě u dcer byl dezorientován. Někdy je ovšem dezorientován i v domácím prostředí a chce jít domů, kde to ale je, neví. Někdy také nepoznává svou ženu. Užívá léky na zklidnění, díky nim je nejspíše také „pořád takovej usměvavej“

Z celého rozhovoru vyplývá, jak je pro paní Dubovou náročné to, že manžel nemluví, zmiňuje to například hned na začátku první odpovědi, také si „moc dobře“ vzpomíná na poslední větu opečovávaného. Paní vnímá jako velmi náročné, že i když se snaží pečovat co nejlépe, vynahradiť jejich dřívější vzájemný dobrý vztah, nedostává žádnou zpětnou vazbu: „já mu to chci vynahradiť, víte? Jenomže on to nechápe,“ nereaguje na její péči: „on mně nemůže říct no, to je nejhorší teda, (...) jestli mu to jídlo chutná, jestli na to má chuť nebo nemá (...), to on mně to nemůže říct.“ V důsledku choroby je také jakoby nepřítomný, nereaguje. Když mu například pustí televizor, „no on to poslouchá a dívá se.. do neznáma, no. Nevím, jestli z toho něco ví.“ Obtížné je tedy, že neví, co její manžel vnímá.

## **3.2. Prostředí**

V této podkapitole představím sociální vztahy respondentů, do kterých zahrnuji vztah s opečovávaným, příbuzenské vztahy a ostatní vztahy. Dále prezentuji podporu ze strany rodiny, dostupnost služeb a finanční zdroje. Do této podkapitoly se také promítají vlivy obce „O.“

### **3.2.1. Sociální vztahy**

V této podkapitole popisují sociální síť pečovatele, tedy jak je bohatá síť vztahů, které pečovatele podporují. Věnují se zde vztahu s opečovávaným, příbuzenským a ostatním vztahům. Vztah s opečovávaným sice White a kol. zmiňuje ve svém modelu mimo oblastí, mezi kterými jsou vztahy, respondetky však vnímaly, jak tento vztah ovlivňuje jejich zvládání péče, proto ho připojují k ostatním vztahům.



### 3.2.1.1. Vztah s opečovávaným

Paní Akátová o opečovávaném mluví jako o *dědovi*, vztah s ním hodnotí jako dobrý. Teprve v průběhu rozhovoru se ukazuje, že vztah i pečování ztěžovalo náročné chování opečovávaného na začátku pečování; toto chování se ale zlepšilo.

Paní Břízová mluví o opečovávaném jako o *dědovi* a také o *pacientovi*. Tuto změnu v pohledu na jejího manžela prezentují více v podkapitole Narušení sociálních rolí. Vztah s ním není jednoduchý, kvůli jeho chování: „*On je ten nej a já su ta špatná.*“ R4 také hovoří o chování manžela R2 a jejich vztahu: „*On je zlé a on dost pil, když byl zdravé (...) a ona si furt stěžuje na něho, že jí nadává a škaredě že jí nadává,*“ Paní Břízová se ale ohrazuje proti manželovi, hlídá svá práva: „*no ale přece jenom ho musím taky trochu krotit, abych mohla já taky aspoň žít, když ne (smích) odpočívát na důchodě.*“

Paní Cedrová oslovuje opečovávaného „tati“ říká, že spolu vycházeli vždy dobře. Také zmiňuje, že za pár dní mají padesáté třetí výročí svatby. O manželovi také říká, že je opečovávaný, s určitým uspokojením a láskou v hlase. Manželé si navzájem poskytují emoční podporu, ona k němu někdy v noci vstává, když on má strach, on ji zase podporuje, když má ona depresi. Vzájemný vztah, podpora a chování opečovávaného jsou podle paní Břízové důvody, že zvládá péči. R3 mluví o tom, že je ráda, že se manželovo chování nemocí nezměnilo, na rozdíl od chování jejího bratra. Jejím přáním je dlouhý život s manželem. Z celého rozhovoru vyplývá, že spolu mají láskyplný vztah, že jde o „pečování z lásky“ ve smyslu, jak o tom píše Jeřábek (2008).

Podle slov paní Dubové spolu s manželem vycházeli vždy dobře, proto se mu snaží péči vynahradit vzájemný vztah a také jeho povahu. Paní totiž zná situaci paní Břízové a vymezuje se k ní: „*paní (Břízová) říkala, že (Bříza) jí strašně nadává, on je zlé (...), no ale, to náš taťka, já myslím, že by nenadával, ani kdyby mluvil, protože to byla povaha zlatá, to jako. A já mu to chci vynahradit, víte?*“

### 3.2.1.2. Příbuzenské vztahy

Paní Akátová o víkendech jezdí na návštěvu k rodičům a také se vidá se švagrovou, která zase jezdí na návštěvu za svým otcem. „*Doma to taky jakžtakž de*“, takže si nepřála žádnou změnu. Celá rodina (manželé a dvě dcery) je podle ní zapojená do pečování, sociální síť tvoří také ostatní příbuzní, na které se paní může obrátit, když něco potřebuje.

Paní Břízová má tři děti, dva bydlí dále od R2 (u Prahy a v Krkonoších), proto přijíždějí jednou za dva měsíce. Nejmladší bydlí ve společné domácnosti a pomáhá jí, i když jeho pomoc je ovlivněna zaměstnáním, nemůže mít volno, kdy by potřeboval. Jeho pomoc popisují v podkapitole Podpora ze strany rodiny.

Paní Cedrová má dvě dcery, které bydlí asi hodinu cesty od ní, to vidí jako náročné, protože se nemohou vidět tak často. Proto ale vymyslely, že se každé ráno prozvoní mobilním telefonem, jsou tak tedy symbolicky spojeni, ale hlavně dcery ví, že je vše v pořádku. Když paní Břízové v průběhu rozhovoru zazvonil telefon, vysvětlovala: „*my se takhle prozváníme, já ráno musím, musím (smích), prozvonit dcery a jak ne, ony okamžitě volají, co je (...) Odpoledne znovu a večer zas (smích). Ne, tak mají jistotu, že je to v pořádku a nemusíš platit (smích).*“ Jinak se dcery také střídají o víkendech a pomáhají jí s péčí, jak popisují níže. Jedinou nevýhodou, kterou paní Cedrová pro pečování v této oblasti vnímá, je vzdálenost od dcer, kterou také v rozhovoru několikrát zmiňuje.

Paní Dubová má dvě děti, které jí také pomáhají při péči, jak zmiňují níže. Dcera bydlí asi 20 minut cesty od své matky. Syn bydlí ve stejné obci jako matka nedaleko a také zde pracuje v zemědělském družstvu. Matka si jeho pomoci váží, ale zároveň ho nechce přetěžovat, několikrát zmiňuje, že ho nechce „otravovat“, že si chce co nejvíc udělat sama. Syna také popisuje jako velice citlivého člověka. Kvůli tomu a vztahu se synem a při vnímání toho, kolik on toho musí zvládat, se paní Dubová při řešení dilematu, zda pečovat o manželova svobodného bratra, nebo přenechat pečování nějaké instituci, přiklání k možnosti péče o manželova bratra v instituci, Manželův bratr má úplně jinou povahu než jeho bratr. Popisuje také několik příhod, ze kterých je patrné, že je obtížné snášet jeho chování, přesto ho R4 přijímá jako manželova bratra a je jí ho líto, nechce ho „dát do ústavu“ a také když odešel do nemocnice, mu spolu se synovou rodinou uklízela v domácnosti; syn se také v době jeho nepřítomnosti stará o jeho dům, zahradu a sad, přestože je to pro něho náročné.

Paní Dubová také popisuje, že jí dělají radost vnuci, její syn má tři děti, nejmladší je na prvním stupni ZŠ, prostřední na střední škole a nejstarší je v prvním ročníku na vysoké škole a z rozhovoru vyplývá, že právě s ní si z vnučků nejvíce paní rozumí, pomáhá jí totiž také při péči. Její dcera má syny, kterým je přes 20 let, jsou na vysoké škole, paní Dubová ale nezmiňuje, kolik jich je, ani jména, na rozdíl od dětí syna, z čehož usuzují, že jsou jí synovy děti bližší. Paní Dubová také hovoří o „druhé babičce“, matce synovy ženy, která také, když potřebovala odjet na pohřeb, byla spolu s nejstarší vnučkou u opečovávaného.

Pro paní Dubovou jsou její blízcí důležití, o čemž může svědčit nejen to, že je vděčná za jejich podporu, ale také že je obdarovává svými výrobky, jak popisují níže.

### **3.2.1.3. Ostatní vztahy**

Paní Akátová uvedla, že v obci bydlí se svým manželem 30 let, takže se zde dobře zná se sousedy, jedna mívala obchod, s další jezdí autobusem do práce, dále se vidá se spolupracovníky. V kontaktu s žádnými pečujícími není, i když v obci „O“ jednu pečující zná. Nezná ale tedy všechny.

Paní Břízová sice hovoří o tom, že nikam nechodí, když ale potřebuje pomoci s péčí, nalezne v okolí vždy někoho, kdo jí pomůže, jak popisují níže v podkapitole Sociální podpora. R2 zná další pečující, ale není s nimi v kontaktu, nevidá se s nimi.

Paní Cedrová hovoří o tom, že v obci vyrůstala, zná v ní tedy mnoho lidí: *„jo vyjdete třeba jenom před dům, jo, no a sousedka vyjde, jo, a znáte se“*. Konkrétně hovoří o dvou kamarádkách a sousedovi, kteří jí pomáhají při péči, jak zmiňují níže. V kontaktu přes telefon je také s paní, která začíná pečovat o svého manžela, který má také Parkinsonovu chorobu. Paní od ní čerpá zkušenosti. Paní Cedrová má ale širší sociální síť, hovoří o tom, že dříve prodávala v obchodě, takže zná v obci mnoho lidí. Když také přemýšlí o budoucnosti, říká, že do zařízení by šla, jen kdyby tam šel někdo známý, aby tam nebyla sama. Paní Cedrová je tedy pevně ukotvená ve vztazích s lidmi v obci, proto by se nechtěla stěhovat.

Paní Cedrová také hovoří o nabídce setkávání pečujících o osoby s Parkinsonovou chorobou, které ale vnímá jako náročné pro opečovávaného, že by tam nevydržel, říká, že kdyby měla auto a viděla by, že už to tam manželovi nevyhovuje a mohla by odjet, jezdila by tam.

Do sociální sítě paní Dubové patří také sousedka, se kterou si někdy večer povídají na lavičce před domem: *„někdy třeba si sednu na ulici, tady před vrata na tu lavičku, třeba na večír chvíli, jo? sousedka naproti mě vidí, tak si přijde přisednout, říká : Dáme si pětiminutovku? (smích) a ono je to delší potom (smích).“* Také hovoří o kamarádce, která ji vozí k doktorovi, když syn nemůže, o další kamarádce hovoří také v souvislosti s vyšetřením opečovávaného, jak jsem to popsala v podkapitole Profily respondentek. S jinými pečujícími není v kontaktu, je ale v kontaktu se synem paní Břízové, hovoří spolu například v obchodě, ale nenavštěvují se. S paní Břízovou v kontaktu není, protože ta „nikam nechodí“, když jsem ale volala, zda bych s ní mohla udělat rozhovor a odkázala jsem na paní Břízovou, že mi o ní řekla, šla se ještě raději zeptat, jestli to je pravda. Do sociální sítě paní Dubové patří také

sestra, se kterou si po ošetření „dědy“ dají kávu a povídají si a vyměňují recepty, protože obě rády pečou.

### **3.2.2. Podpora ze strany rodiny**

Paní Akátová při otázce, zda se ještě někdo podílí na péči, uvedla svého manžela a 2 dcery, manžel se podílí na podávání stravy, protože pracuje v místním zemědělském družstvu, může se přijít naobědvat domů, a tak ohřeje oběd i svému otci. Dcery se díky dovednosti práce s internetem podílely na výběru služby, aby rodina mohla o „dědu“ pečovat doma. Spíše emoční podporu, tedy návštěvy opečovaného, poskytuje jeho dcera, která přijíždí každou neděli nejspíše s manželem: *„jezdíjou jen tak na návštěvu, v neděli na chvílku, popovídat si, dovezou mu nějakou buchtu na jídlo.“* Při vyřizování různých záležitostí nebo při náhlé potřebě pomoci s pečováním se obrací na příbuzné: *„to bych řešila nějak po přízní, kdo by mohl.“*

Také paní Břízová pomáhají příslušníci rodiny v péči: když byla v nemocnici, byli doma s otcem dcera a syn. Nejmladší syn pomáhá paní Břízové s péčí, například doprovází opečovaného ven a vyřizuje různé záležitosti, například ho paní poslala k lékaři řešit problémovou situaci se zdravotní sestrou, také nakupuje.

Dcery paní Cedrová přijíždí pomáhat s péčí o víkendu, každý týden přijíždí jedna. Starší dcera přijíždí pouze na sobotu, protože má rodinu, ale na neděli jí navaří. Od ledna ale nejzdí, protože měla úraz. Mladší dcera je svobodná a má tak více času na pomoc s pečováním. Jednou za čtrnáct dní v sobotu i neděli tedy převezme veškerou péči a nenechá matku nic dělat. To paní Cedrová vnímá jako velkou úlevu, může si odpočinout, říká, že spí i hodinu v kuse, to nikdy nedělala. Zdůrazňuje, že jí právě mladší dcera poskytuje psychickou podporu, a že by bez její pomoci pečování nezvládala. Dcery také ve městě nakupují větší nákupy nebo vozí matku k lékařům, paní Cedrová například popisuje pomoc obou dcer, když potřebovala jet k lékaři do Brna. Jedna je dovezla tam, doprovodila matku k lékaři a potom byla v autě s opečováním, druhá dcera je dovezla zpět. Také když byla paní Cedrová na operaci s kolenem, střídaly se u opečovaného obě dcery i potom, co se vrátila a ještě neměla koleno zatěžovat, dokud neměly vybrané dovolené.

Solidarititu a pomoc vnímá paní Dubová hlavně u svých dětí. Dcera přijíždí každý víkend a společně koupou opečovaného. Syn přichází každý den večer a pomáhá matce při večerním ukládání. Také její nejstarší vnučka přichází pomoci s pečováním místo otce, pokud není na kolejkách (studuje). Podporu, aby si mohla zařídit různé věci, jí poskytuje syn nebo

kamarádka, kteří ji vozí autem k lékaři. Někdy paní Dubová jezdí k lékaři autobusem, to je ale potom déle pryč a to opečovávaného přijde při přestávce v práci zkontrolovat syn. Jako další podporu při vyřizování různých záležitostí, vnímá paní také matku synovy manželky, která byla u opečovávaného společně s vnučkou, když potřebovala jet na pohřeb.

### **3.2.3. Sociální podpora**

Paní Akátová nehovoří o jiné podpoře při péči kromě rodiny.

Pro paní Břizovou jsou sociální podporou sousedé, když potřebuje jít k lékaři a syn nemůže, domluví si s nimi dohled u opečovávaného, protože se neodváží ho nechat doma samotného. Hovoří ale o tom, že to náročné někoho shánět. Při podpoře při péči hovoří zejména o přessousedce. Také jí často pomáhal další soused, který je nezaměstnaný a proto je stále k dispozici, pečující ho volala zvláště při pádu opečovávaného. V obci funguje určitá soudržnost, když například opečovávaného postihla mozková mrtvice venku na lavičce, kolemjdoucí věděli, o koho jde a zaběhli pro ni. Také pečující se mezi sebou znají a znají i svou situaci, ale nesetkávají se nijak.

Jak jsem o tom už hovořila výše, paní Cedrové o víkendech pomáhají s péčí dcery. Přes týden jsou jí podporou kamarádka a někdy soused. Jedna kamarádka pomáhá s péčí, druhá nakupuje. O té, která pomáhá s péčí mluví jako o paní, teprve později řekne, že je to kamarádka. Paní Cedrová o ní také říká, že jí pomáhá z dobré vůle, za pomoc s péčí jí ale z příspěvku platí. Kamarádka přichází každý den v 7:30 a pomáhá s opečovávaným při vstávání a oblékání, společně ho odváží na vozíku na WC), kde ho paní Cedrová umývá a potom ho zase doprovází do kuchyně, po snídani pomáhá s uložením opečovávaného a odchází. Kamarádka také pomáhá zvedat opečovávaného, když spadne a je stále k dispozici, stále s sebou nosí mobilní telefon, takže může kdykoli přijít. Také se stará paní Cedrové o slepice, aby nemusela odcházet od opečovávaného, za což jí je pečující vděčná. Pomáhala jí také s večerním ukládáním, nyní ale paní Cedrová říká, že už to zvládá sama díky vozíku. Druhá kamarádka jí pomáhá s nákupy, opečovávaný má totiž rád určitý druh chleba v obchodě, kam nechodí první kamarádka nakupovat, ale chodí tam zase druhá, které paní Cedrová kompenzuje pomoc „dary z města“, tedy věcmi, co v obci „P“ nejsou možné koupit, protože kamarádka od ní peníze nechce. Soused dříve vozil opečovávaného na vyšetření, teď je ale obtížné „dostat“ opečovávaného do auta, takže ho vozí dcera, která má auto vyšší. Soused ale vozí na vyšetření paní Cedrovou, zatímco kamarádka dohlíží na opečovávaného.

Také paní Dubové poskytuje podporu kamarádka, která ji vozí autem k lékaři, když nemůže syn. Další je lékařkou a je tedy na hranici mezi profesionály a blízkými, protože má dvě role, zmiňují ji v obou podkapitolách. Tato kamarádka - lékařka opečovávaného vyšetřila a také se mu věnovala, více popisují profilu pečující.

### **3.2.4. Dostupnost služeb**

Paní Akátová využívá pomoc osobní asistence, kdy se u opečovávaného dopoledně střídají 2 asistentky. Službu našly na internetu její dcery, podle nabídky a ceny. Také v budoucnosti by chtěli využívat tuto službu, která za nimi dojíždí do domácího prostředí, spíše než institucionální péči, se kterou mají špatné zkušenosti. Při hospitalizaci kvůli pádu totiž opečovávaný strádal cizím prostředím a nedostatkem času personálu, což ovlivnilo jeho chování tam i po návratu domů. V domácím prostředí se postupně chování zlepšilo, svůj podíl na tom měla i individuálně přizpůsobená péče paní Akátové.

Co se týče dostupnosti, paní Akátová vidí pro život na vesnici jako potřebné auto kvůli špatným spojům autobusů, kdy potom například návštěva lékaře „zabere“ půl dne, i kvůli vzdálenosti od lékaře. V této části obce „O“, byl zrušen obchod, také zde není pošta. Paní Akátová konstatuje, že „pro mladý vesnice není“, že dcerám říká, aby bydleli ve městě. V oblasti by podle ní pomohlo lepší autobusové spojení a zlepšení možnosti nakupování.

Třikrát týdně navštěvuje manžela paní Břízové sestra a rehabilituje s ním, jak předepsal lékař. Třikrát týdně také sestra přichází pomoci s hygienou. Tyto služby už odebírají už tři roky, dříve přicházela jedna sestra, teď se střídají dvě. Paní Břízová je vděčná za pomoc sester, sama by péči nevládala kvůli svému zdravotnímu stavu a díky nim situaci zvládá. Vždy spokojená se službou profesionálů však nebyla a to kvůli její netransparentnosti<sup>29</sup> a chybějící informace o ní: „Jenomže on nám řekl, že to je tvrzení proti tvrzení, že jsme měli hnedka na ni zaútočit. Když jsem já se jí ptala. No ale on mě neřekl, že to má takhle bejt, a my jsme nevěděli, protože já jsem neměla žádnou praxi a nikoho jsem se nemohla zeptat.“ Možná by tedy pečující uvítala poradenství, když jí chyběly informace. Každopádně od té doby vystřídali službu a opečovávaný má u lékaře určitou protekci. Na otázku, jak se o službách dozvěděli, odpovídá, že je nikdo s žádnou službou neseznámil, ani lékař, službu našli v inzerátech v novinách. Paní Břízová využívá také dovoz obědů

---

<sup>29</sup> Lékař totiž neřekl, kolikrát má sestra přijít a sestra si psala, že službu poskytuje 3x týdně, ale nebyla to pravda. Paní tedy poslala tuto situaci vyřešit svého syna, lékař však problém nerozsoudil.

zajišťovaný obcí. Podporou jí je také vědomí, že kdyby se něco stalo, může zavolat sanitku, lékař v domácnosti opečovávaného totiž nenavštěvuje a léky zajišťuje ošetřovatelka.

Paní Břízová srovnává možnost lékařského ošetření s dřívější situací, kdy dříve byl lékař ve obci stále, nyní pouze několik málo hodin denně. Dále hovoří o možnostech zlepšení v oblasti, jedná se ale spíše o zlepšení situace v obci, než pomoc pečujícím, i když ti samozřejmě v této obci bydlí. Jedná se o zlepšení obchodní sítě, zejména potravin. Obec sice plánuje vybudovat supermarket za obcí, ten ale bude pro pečovatele seniory nedostupný, protože nevlastní auta. Paní Břízová také navrhuje zlepšit stav silnic a nerovnost chodníků.

Paní Cedrová s opečovávaným využívají ošetřovatelskou a pečovatelskou službu. Sestra chodí na doporučení lékaře s opečovávaným rehabilitova. Od sestry také ví o existenci dalších služeb. Pečovatelská služba dováží obědy, což je pro ni velká úleva. Opečovávaný byl hospitalizován v nemocnici kvůli výměně léků, jak popisují výše, paní Cedrová si zaplatila, aby mohla být ubytovaná s ním, z čehož byl personál v nemocnici překvapený. Paní také s opečovávaným navštívuje neurologa. Opečovávaný užívá léky na zklidnění a na křeče. Hovoří o vystřídání lékařů. Lékař, který předepisuje prášky na uklidnění opečovávanému, je doporučil také pečující proti depresi. Paní Cedrová také hovoří o tom, že jí lékař i sestra doporučují každodenní odpočinek alespoň 30 minut. R3 také navštěvuje lékaře v Brně kvůli nemocným kloubům. Ten je pro ni hůře dostupný, ale tuto překážku jí pomáhají vyřešit dcery viz kapitola Podpora rodiny.

Paní Dubová popisuje, že je 3x týdně navštěvuje zdravotní sestra, se kterou mají dobrou zkušenost na rozdíl od R2: *„ti si teda zakóslí, dycky tam přišla nějaká frajera a říkala, že se jí nemohla nic zeptat, že jí nadala nebo jí hned odsekla.“* Také zranila R3 tím, že narážela na to, že manžel pil. R4 je ale se sestrou spokojená: *„ona je jak sluníčko, víte, ona přijde... a ona ráda povídá a já jsem ráda že si s ní můžu popovídat (smích), prvně obsloužíme dědu a potom si uvaříme kafe a tak je to takový v pohodě no. (...) ona je strašně příjemná ženská a hodná taková,“* je spokojená i se sestrou, která zastupuje výše zmíněnou sestru při dovolené: *„ta mladá co sem chodí, tu taky mám ráda,“* se sestrama je také spojují záliby: *„a recepty probereme třeba víte, oni rádi pečou já taky(...) a takový je to fajn jsem spokojená (smích).“*

Žádné jiné služby nevyužívají. Dříve ještě sestra s opečovávaným rehabilitovala, to už ale nyní podle jejích slov nemá cenu. Už výše jsem popisovala obavy z toho, že by opečovávaný musel do nemocnice, protože R4 má špatnou zkušenost s následnou péčí: *„Jedinkrát ho tam dali z nemocnice, myslím tam byl tři neděle nebo měsíc, to teda nechcu ani,*

*ani mluvit o tem,*“ říká a z jejího hlasu je patrná rozhněvanost. R4 popisuje několik „zážitků“, ze kterých je patrný neindividuální přístup (opečováný se sám nenajedl, tak mu bylo jídlo odneseno) a neudělání si času personálu<sup>30</sup> a špatné hospodaření s financemi, kdy poslední den v měsíci nebyly pleny.

Při srovnání následné péče s její péčí vnímá jako „nejhorší,“ že se v instituci nevěnují těm, kteří si sami nemohou říci.<sup>31</sup>

U R4 můžeme vidět, že se u ní nejedná o odmítání profesionálních služeb, když s ošetřovatelkami je spokojená, ale s následnou péčí ne: *„to je všechno o lidech, záleží na tom, na koho kapnete.“*

V nemocnici také popisuje dlouhé čekání na výměnu katetru, kdy ale zjistila, že když tam nepřijedou dopoledne, ale odpoledne, je tam menší fronta. Do nemocnice jezdí sanitkou, R4 má dobrou zkušenost s mladším „sanitákem“, díky kterému nemusí na urologii tak dlouho čekat, zastaví jí také u lékárny. Přesto vnímá cestu do nemocnice jako náročnou kvůli opečovávanému: *„ted' vytáhnou ho ven (ze sanitky), on je takhle v tý posteli celé rok, (...), ted' ho dávají na vozék, (...) on je jak pára nad hrncem takové člověk,“* proto v zimě při velkých mrazech zavolala na výměnu katetru záchrannou službu, což záchranář obtížně chápal.

V obci „O“ podle slov paní Dubové lékař přijede, když ho zavolají., také „poslal“ komisi kvůli příspěvku na péči: *„já jsem se to nedozvěděla, od nikoho, on mě je sem poslal doktor.“* Lékař je spolu se sestrou tedy určitým informátorem, od kterého pečující očekávají informace, které ne vždy ale zprostředkovává: *„to vám nikdo neporadí, ale fakt, ani ten doktor, ani ta sestra.“* Takže pečující na začátku péče chyběli informace o péči, potom, když tyto dovednosti získala, se naopak sestra u ní inspirovala.

Profesionální pomoc přijímali R4 a opečovávaný také od kamarádky lékařky zejména v začátcích péče, jak popisují v podkapitole Profily respondentek.

---

<sup>30</sup> *Měl kapačku pichlů do ramene (...) to on jim asi vytrhával (...), ale nikdo se tam nešel (...) podívat a on vám měl pod hlavou polštář, ten byl durch mokrej, to teklo vedle a (jméno syna) šel za tou sestřičkou a říkal: prosím vás děda, tatínek má ten polštář mokrej ono to teče ven, nešli byste se na to podívat? Ona přišla jak fúria, vytrhla mu to a říkala: ted' mu to nedám, až vodédete. A nechala ho na tým mokrým, ale věřte mě to nebo ne, my jsme vám ten polštář točili ze všech stran a nebylo kouska místa suchýho.“*

<sup>31</sup> R4 srovnává situaci v následné péči s jejím pečováním: když on je doma a pokadí se, já okamžitě ho umejvám a převlíkám jo a tam, oni když si někdo řekne, tak oni musíjou jo, ale když on nemluví vůbec, ani prosím tě vůbec nevnímá, myslíte, že ho proohlížijou, celé den so ho nikdo nevšimne.“



### **3.2.5. Finanční zdroje**

Co se týče financí, oba manželé Akátovi pracují a peníze na osobní asistenci mají od opečovávaného: *„říkala jsem manželovi: musíš to dědovi nějak vysvětlit, že budem na ty ošetřovatelky potřebovat 10 000.“* Zda jde o peníze z příspěvku na péči, se nezmínila. Finance také rodina řešila při výběru vhodné služby, kde rozhodovala nabídka a cena služby: *„dívali sme se co nabízí a taky kolik to stojí, no vono to není levný.“*

Opečovávaný R2 pobírá příspěvek na péči, který R2 spravuje. Platí z něho pomoc při hygieně ošetřovatelce, také sousedce za pomoc při péči, má totiž rozpočítáno, kolik stojí hodina péče a podle toho platí pomáhajícím. Několikrát opakovala, že příspěvek je využit opravdu na péči. R2 má dokonce propočítáno, že výše příspěvku odpovídá nákladům na péči - elektřina, prášek na praní, voda, ovoce: *„No finančně. (Smích) Naši se mě smějou, finančně, když to propočítám(...) a je to tak, že ten stupeň co on bere, tak se to tak jako vyrovná.“*

Na začátku rozhovoru mluví paní Cedrová o tom, že finance nejsou pro ně překážkou, že dokonce při hospitalizaci opečovávaného si zaplatila ubytování v nemocnici, kupují také různé pomůcky k péči. Její manžel také dostává příspěvek na péči. Paní je vděčná za to, že ho mají. Mluví také o tom, že díky němu situaci finančně zvládají, pak ale také zmiňuje, že nejsou nároční, a ke konci rozhovoru zmiňuje, že musí žít skromně. Z příspěvku také platí kamarádce, která jim pomáhá s péčí.

Paní Dubová na otázku po finanční situaci říká: *„nemůžu si stěžovat.“* Oba manželé mají důchod a příspěvek na péči v nejvyšší m stupni: *„teďkom bereme dvanáct tisíc, takže jako to mám zaplacený, no.“* Manžel leží asi pět let, ale vyšší příspěvek začali pobírat později, předtím měli první stupeň. Potom lékař poslal na posouzení „nějakýho psychiatra z Jihlavy a on sem přišel a chtěl ho teda vidět a povídá (...): o tom se nebudeme vůbec bavit, to je takovej chudák (...), máte nejvyšší taxu.“ Co se ještě týče financí, ze začátku pečování bral opečovávaný léky na zpomalení nemoci, později je ale už neproplácela pojišťovna, a tak je paní Dubová platila ze svého, aby pomohla svému manželovi, jak také popisují v podkapitole Profily respondentek.

## **3.3. Osobnost pečovatele**

### **3.3.1. Zdraví**

V době pečování byla paní Akátová měsíc nemocná, měla kožní vyrážku, což může souviset se skutečností pečování. Na otázku po stavu se totiž hovoří nejen o vyrážce, ale

zmiňuje také souvislost s pečováním, protože kvůli nemoci byla doma a nepotřebovala tak ošetřovatelky.

Paní Břízová pociťuje úbytek sil, což je pro ni psychicky náročné. V minulosti (už v době pečování) byla hospitalizovaná, protože jí „bylo špatně.“ Na začátku pečování byl lepší stav paní i opečovávaného, to se bohužel změnilo k horšímu, paní Břízová nyní hůře chodí.

Zdravotní stav paní Cedrové je ovlivněn pečováním a také zpětně je pečování ovlivněno zdravotním stavem. Paní Cedrová má onemocnění kolenních kloubů kvůli fyzické námaze při péči, loni s nimi byla na operaci, ale protože nedodržela doporučení lékaře, aby zatěžovala koleno až po půl roce, (začala pečovat dříve, protože dcery už neměly dovolenou, jak popisují v podkapitole Profily respondentek, uškodila svému zdravotnímu stavu a nyní na ni znovu čeká operace kolen, kterou ale odkládá kvůli opečovávanému. Od operace chodí s berlemi a sama nezvládá doprovod opečovávaného ven přes schody. Dříve také při pobytu opečovávaného venku zvládla práci na zahradě, teď už to sama nezvládá. Také samotná péče trvá déle, protože má potíže s chůzí, s berlemi se pohybuje pomaleji. Proto má také na smluveném místě klíč pro kamarádku a ošetřovatelku, aby nemusela chodit odemykat branku a šetřila si tak kolena. Paní Cedrová dále jezdí na vyšetření kvůli arytmií srdce, trpí bolestmi zad a stěžuje si na omezenou pohyblivost paží, kvůli které je pečování náročnější.

Paní Dubová se o svém stavu vyjadřuje: „*už taky nejsem mladá, víte, já už taky mám své problémy.*“ Jedná se o problémy se zády s kyčlí. V důsledku toho má obtíže při chůzi venku a při stání.<sup>32</sup> Kvůli zdravotnímu stavu je náročné také pečování, ale R4 se tomu může přizpůsobit: „*Vodpoledne si musím odpočinout chvíli, po obědě, protože to už já nemůžu vydržet, než já ho nakrmím a když od rána jste na nohách a záda mě bolíjů a kyčel, tak musím tomu trochu ulevit.*“

Paní Dubová má také bolesti kolene, takže navštěvuje každé dva měsíce ortopedii, kde „mi do toho píchnou obštířik“ a užívá léky, ale také odkládá operaci kolene: „*ale já nikám nespěchám, protože to se potom budu půl roku válet někde na rehabilitaci (...), tak dokud je to k vydržení, no tak co.*“ „Vydržet“ to může i díky umístění svého bydliště, které je blízko obchodu. Navíc jako oporu využívá kolo, na které využívá i na vození nákupu. Hovoří také o

---

<sup>32</sup> Například kvůli tomu je ovlivněna její péče o zahrádku, kterou nesmí nechat zarůst, protože: „*jak to moc zaroste, je to pro mě obtížný kopat, já nemůžu, nevydržím dlouho stát s tou nohou a záda mě bolíjů.*“

tom, že v minulosti měla problémy s „nervama“, s páteří, celý život ji bolí krční a bederní páteř a že vlastně celý život rehabilitovala, ale teď to není možné.

Když jsem se na závěr rozhovoru ptala, co by si přála změnit, aby se jí lépe pečovalo, přála si zdraví, že ostatní už má: „*Ale abych byla zdravá, to bych teda chtěla, protože, aspoň teda v mezích normy, abych to mohla zvládnout. A oroduju za to aby se mě ten kyčel nějak moc nezhoršil, protože to někdy je tak strašná bolest, že to nemůžu vydržet (...). A to kdyby mě takhle mělo trvat, tak to nevím, co bych dělala, už kolikrát sem si myslela, že to vzdám. mě to tak strašně někdy bolí, že (hořce) ee.*“ Zdravotní stav tedy nejen ovlivňuje schopnost pečovat, ale i kvalitu života paní Dubové.

### **3.3.2. Narušení sociálních rolí**

Všechny respondentky hovořily o opečovávaných jako o „dědovi“, nebo o manželovi, či ho oslovovali „tati“, pouze paní Břízová navíc používala označení pacient, tento posun ve statusu, který mu přiznává v rámci komentáře situace může poukazovat na odosobnění péče, o kterém mluví Přidalová (2006a). „Pacient“ už je výsledkem faktu, že se o něj pečuje.

### **3.3.3. Zvládání role pečovatelky**

V této podkapitole nahlížím na zvládání role pečování, jak ho popisují respondentky při obtížích pečování a jeho pozitivních aspektech a také při popisu odpočinku a nahlížení do budoucnosti. Dále také pokud samotné respondentky o něčem hovořili, že jim to pomáhá péči zvládat.

**Paní Akátová** popisuje, že začátky pečování byly pro ni těžké, ale v současnosti péči zvládá. Náročné ze začátku bylo zejména chování opečovávaného, jak popisují v profilu respondentky. Jako obtížné vnímá například jeho nadávání, což se projevuje i v jejím přání, kdy na otázku: co by jí pomohlo, aby se jí lépe pečovalo, odpovídá, „no třeba aby děda tak nenadával“. Pečovatelka je také stále v určitém napětí kvůli odpovědnosti: „prostě se musí pořád na něho myslet, aby se mu něco nestalo,“ má tedy obavy z pádů OP, a proto nechce, aby sám odcházel z domu, z těchto důvodů hovoří o tom, že u opečovávaného je nutný stálý dozor: „no von sám bejt nemůže“. Proto také využívají služeb osobní asistence, zatímco jsou v práci. Tato služba jim tedy pomáhá tuto situaci zvládat.

Pozitivní při péči je zejména změna chování opečovávaného, která se povedla v domácím prostředí po návratu z nemocnice, kdy z ležícího pacienta, který odmítá jíst pít a nadává všem kolem, se stal „děda“, který zvládne spoustu věcí sám, stačí mu nachystat stravu,

pomoci s oblékáním a je nutné na něho dohlížet, aby nespadol, protože chodí. Pozitivem je tedy, že paní Akátová může vnímat určité výsledky své péče, „*k lepšímu se to změnilo všechno*“. Může tedy prožívat uspokojení z toho, že může pozorovat plody své péče, také to, že zvládá péči. Tento pozitivní aspekt pečování popisuje Tošnerová (2001), která toto uspokojení z vlastní práce popisuje jako radost ze zvládnutí náročné role a osvojení si množství dovedností, z vědomí, že se snaží pečovat co nejlépe. Tento aspekt se u ní také objevuje, když se například snaží zachovávat důstojnost opečovávaného: „*on měl katetr ze začátku, tak se mu to jenom vypouštělo, a plínku, a to já sem mu potom tu plínku sem dala pryč, je to ale 14 dní, protože sem říkala, když udrží moč a nepočurá se, ne, tak že mu dám trenky, tak sem mu dala trenky (...) a cejtí se zase že je prostě zase chlap, protože ta plína, to je takový už ponižující.*“ A tuto důstojnost zachovává i když je to pro ni náročnější.

Budoucnost péče si paní Akátová moc představit neumí, používá známou frázi „co bude, nikdo neví“. Přála by si, aby stav opečovávaného zůstal takový jaký je: „*když to bude takhle, tak to bude dobrý, a bude se, snažíme se pečovat o něho co nejlíp se dá říct a budem snad do budoucna taky, když budem moct*“. Pokud by nemohla pečovat ona, přemýšlí o variantě, kdy by pečoval její manžel, ten je ale fixován zaměstnáním, takže by nadále využívali služeb dojíždějících do domácnosti. Další variantu, že by pečovaly dcery zavrhuje, s tím, že jsou mladé. Variantu, kdy by pečovala dcera opečovávaného si paní Akátová neumí zprvu představit, protože ta bydlí v bytě, takže není jisté, jestli by si ho tam vzala, přemýšlí o tom, že by ho asi dali do domova pro seniory. po chvíli se ale k variantě dcery opečovávaného jako možné pečovatelky vrací, s tím, že by třeba nechala práce, když je v důchodu a vzala by si otce k sobě do bytu: „*Třeba by to pro něho udělala. Pro otca, že jo (Smích). Jako ... ráda ho má. Jako hodně ho má ráda, tak si myslím, že jako by ledasco pro něho udělala.*“

Paní Akátové se nevybavovalo nic, co by jí pomohlo, aby se jí lépe pečovalo: „*já fakt nevím, do práce, práci mám zatím, doma to taky jakžtakž de, nevím,*“ ale pak si přála lepší chování opečovávaného a zdraví: „*třeba aby byl děda hodnější (smích), ale jako dá se to s ním, tak je to dobrý, nevím, co bych si tak přála, spíš tak, abych byla zdravá.*“ Z tohoto přání můžeme usoudit, že důležitými hodnotami pro ni jsou zaměstnání, rodina a zdraví. Má také náročnou zkušenost s chováním opečovávaného, což je v souladu se studií J. Schneidera a kolektivu (1999 podle Tošnerové 2001), kteří uvádí, že poruchy chování jsou pro pečujícího vážnou zátěží. V průběhu rozhovoru po vyličení stavu opečovávaného na začátku pečování a jeho změně, která se podařila také opakovala přání, aby to tak zůstalo: „*Když by to (s důrazem:) takhle zůstalo, jak to je, tak by to bylo dobrý.*“ Ohledně oblasti si nic nepřála,

vnímala, že život zde není bez komplikací, ale přijímá ho tak, neměnila by: „a to se dá jako nějak udělat“. Podmínky v oblasti přispívající ke zvládnání

Paní Akátová vidí jako výhodu prostředí pečování oddělené bydlení od opečovávaného, který bydlí na výminku. Už před péčí takto bydleli. Další výhodou vesnice jako takové vidí, že je tu čerstvý vzduch a může zde relaxovat práci, což už se týká i pečování: „člověk se může nějak zabavit, na zahrádce, přijít na jiný myšlenky“. Další výhodou oblasti je také to, že opečovávaný má možnost jít na dvůr, na rozdíl od města, které by pro něho bylo nebezpečné.

Život v této oblasti není snadný, ale paní Akátová ho přijímá: „a to se dá jako nějak udělat.“ Nechtěla by se stěhovat, protože je na tuto oblast zvyklá, bydlí tu už 30 let a už vůbec by nechtěla bydlet ve městě. Pečovala by, i kdyby bydlela jinde, takže nejspíše možnosti bydliště nemají vliv na přítomnost péče. Proto si myslím, že by služby měly přijít za lidmi v těchto oblastech, měl by jich být dostatek a hlavně vyhovovat potřebám pečujících.

**Paní Břízová** hovoří o tom, že péči zatím zvládá, dlouho už ji však zvládat nebude a to kvůli svému zdravotnímu stavu,<sup>33</sup> kdy už nemá k pečování sílu.<sup>34</sup> Pečování je totiž náročné jak psychicky a fyzicky.<sup>35</sup> K psychické zátěži patří stálé napětí a strach o opečovávaného a pocit odpovědnosti za něj<sup>36</sup>. Zvládnání pečování ovlivňuje také vztah s manželem, jak popisují v podkapitolách Vztah s opečovávaným a Narušení soc. rolí. Paní Břízová také hovoří o tom, že manžel je fixovaný na „domácí lidi“, proto už od 2003, kdy začala pečovat, nikde nebyla a svůj volný čas tak tráví pouze doma u zpráv v TV: „20 minut, to se dívám na televizi na zprávy, jinak takhle nikam za kulturou (nemůžu).“ Ráda by tedy vyrazila někam za kulturou, ale kvůli péči nemůže. Paní Břízová sice říká, že nikam nechodí,<sup>37</sup> zná ale situaci ostatních pečujících<sup>38</sup> a také když potřebuje něco vyřídit, domluví dohled u opečovávaného u sousedů,

---

<sup>33</sup> „Někdy sestřičky přijdou a říkají mi: teda, někdy teda vás obdivujem a někdy si říkáme, jak dlouho to ještě vydržíte? Říkám už dlouho ne. No protože už sama na sobě to cejtím, že mě těch sil ubývá“

<sup>34</sup> Jako náročný vnímá už i pouze život seniora a přála by si zdraví a sílu, aby více zvládala péči.

<sup>35</sup> Paní Břízová hovoří o tom, že pečování je psychicky a fyzicky náročné: „pečovat o takového pacienta jako je manžel, je strašná zátěž psychická a nemluvě o fyzický. Za jednou mi těch sil ubývá a ta psychika to je teda hrozný“ Psychicky náročné je pro ni zejména vnímání úbytku vlastních sil. Říká, že nic jiného kromě péče už nezvládá a i samotná péče je náročná, takže ji nevydrží dlouho zvládat. Fyzicky je pro ni pečování náročné také kvůli omezené pohyblivosti manžela: „No když jsme dvě, když přijde ta sestřička, tak to jako de, no ale je to horší jak fyzická práca“.

<sup>36</sup> Paní Břízová vnímá péči jako velkou zodpovědnost, kterou už nemůže unést: „no když je to takový, zodpovědnost, tady to, nevím, říkám, že už to nezvládám, že už to dlouho nevydržím“.

<sup>37</sup> Náročné je také, že kvůli pečování má omezený kontakt s okolím o ostatních pečujících má tak sice přehled, ale v kontaktu s nimi není.

<sup>38</sup> Paní Břízová srovnává svoji situaci pečovatele se situací paní Akátová o které ví, že jsem u ní byla: „To není

jak popisují výše v soc. podpoře. Obec je tedy pro ni zdrojem podpory, proto se nechce stěhovat.<sup>39</sup> Vnímá ale, že by zde pečujícím při péči pomohla větší soudržnost obyvatel.<sup>40</sup> Přestože pociťuje pozitiva pečování – uspokojení z péče<sup>41</sup>, její zdravotní stav jí samotné neumožní déle pečovat. Proto uvažuje o přestěhování obou do domova pro seniory.<sup>42</sup>

Paní **Cedrová** při rozhovoru často mluví o tom, že péči nezvládá, že je to náročné. To dokládá také to, že trpí depresemi. Na druhou stranu, ale na ni nebere léky a říká, že dokud se to dá zvládnout, tak je nebude brát. Náročnost pečování zvyšuje skutečnost, že si pečovatelka uvědomuje, že péči musí zvládat, pokud nechce, aby se manžel přestěhoval do domova pro seniory. Dcery totiž podle ní mají malé byty. Náročnost pečování způsobuje vedle manželova zdravotního stavu také její, kdy nemůže pečovat tak, jak by chtěla, chodí totiž pomaleji kvůli berlím. Náročný je také stálý tlak, kdy má pečovatelka obavy, aby manžel nespádl.<sup>43</sup> Dalším aspektem je právě stálost tohoto tlaku, skutečnost 24 hodinové péče, kdy se pečovatelka dostatečně nevyspí v noci, ani neodpočine přes den, i když jí to lékař doporučuje. Paní Cedrová si však najde čas na odpočinek a relaxaci po uložení manžela. Ta je pro ni opravdu

---

jak pan (Akát), ten je jako víc pohyblivější, i když má víc roků.“ V průběhu rozhovoru se také přemýšlí, zda by péče nebyla jednodušší, kdyby opečovávaný měl katetr, a R2 by tak nemusela prát a poměruje tak svou situaci se situací paní Dubové, jejíž manžel má katetr, Paní Dubová má tak podle ní jednodušší práci, i když zase mají starost navíc, když jim katetr vypadne.

<sup>39</sup> Z rozhovoru také vyplynulo, že se v obci lidé dobře znají, když totiž paní Břízová popisovala situaci, kdy měl její manžel mozkovou příhodu venku, kolemjdoucí věděli, o koho jde a kde bydlí a zašli pro ni.. Z rozhovoru také vyplývá určitá láska k této oblasti, když R2 popisuje, že to dříve bývala klidná vesnice a obyvatelé drželi více při sobě, také proto, že to byla menší vesnice . Paní Břízová nemá ráda ruch města a říká, že by si tam nezvykla. Podle paní Břízové se starosta snažil zamezit vylidňování a postavil v obci sociální byty, do vesnice tak přicházejí noví obyvatelé. Přesto je tu velká migrace, kvůli nedostatku pracovních příležitostí. Nové obyvatele ale paní Břízová odmítá.

<sup>40</sup> Paní Břízová vnímá, že by nejvíce pomohlo nedůvěru v obci změnit na soudržnost : nejvíc pomohlo..nevím, no to by toho tady pomohlo hodně, no je to tady prostě bych řekla hodně jako ve městě, už se ty lidi tak neznají a taková nedůvěra.“

<sup>41</sup> Paní Břízová s hrdostí v hlase uvádí, že pečuje od roku 2003, tedy desátým rokem prožívá tedy určité uspokojení z péče, že tento nesnadný úkol zvládla po tak dlouhou dobu. Za zvládání péče ji obdivují také ošetřovatelky, které jí při péči pomáhají: „někdy sestřičky přijdou a říkají mi: teda, někdy teda vás obdivujuem“ Pozitivem je také, že se snaží o dobrou věc: „No tak dobrý je to pro toho pacienta(opečovávaného), že je doma, že není někde v tom, v tý elděence, nebo jak se to menuje dneska už.“

<sup>42</sup> Paní Břízová vnímá jednoznačně, že až nebude moci, bude muset manžel do instituce. Na otázku, jak by vypadala situace, kdyby nemohla pečovat odpovídá: „no musel by do nějakýho zařízení. Paní také hovoří o tom, že už to dlouho nebude zvládat pečovat, kvůli svému zdravotnímu stavu, v případě hospitalizace paní, by musel jít do instituce, protože syn s dcerou bydlí daleko a mladší syn je vázán prací. Péče je pro ni náročná, protože dokonce mluví o tom, že v instituci bude dříve než manžel.

<sup>43</sup> Pro paní Cedrovou je náročné právě napětí, kdy jednou nemůže opečovávaný vstát, z toho najednou jde tak rychle, až mu nestačí a má strach, že spadne. Nemůže také nikam odejít, když by to opečovávaný zjistil, hledal by ji a mohl by přitom spadnout. Přesto padá často. Paní Cedrová mu nemůže věřit slib, že zůstane sedět a tak když potřebovala na chvíli odejít, ho několikrát přivázala „hebounkou šálou“ ke křeslu, jak jí to schválil lékař jako prevenci pádu. Náročné je především neustálé napětí, které péči provází při celodenním dohledu. Paní Cedrová se totiž nemůže vzdát bez toho, aby neměla obavy, zda opečovávaný nespádl: „do popelnice třeba, zbytky vodnášite a už sem jak na trní, protože co von, jo. (...) tak to je takový, pořád bejt v pozoru, pořád ho hlídat.“ Nebo pokud chce jít ven, musí jít tak, aby o tom opečovávaný nevěděl. To je ale náročné a tak ostatní povinnosti spíše nezvládá. Opečovávaný potřebuje stálou péči, je závislý na své ženě.

důležitá.(citát). Důležitou oporou jsou pro ni dcery, zejména ta mladší, jak popisují v podpoře rodiny. Zvládat péči jí pomáhají také pozitivní aspekty při péči.

Také komunita je pro ni důležitá, zná v ní totiž mnoho lidí, kamarádky a soused jí pomáhají při péči, proto obtížně nese odloučení od ní kvůli péči. Více než paní Břízová si paní Cedrová uvědomuje, že pečování sama nezvládne, už nyní jí ráno pomáhá kamarádka a přes týden také ošetřovatelka a obědy vozí pečovatelská služba. S jejich pomocí tedy péči zvládá, i když by uvítala nějakou možnost odpočinku. Když jí však sestra nabízí možnost respitní péče, odmítá. Jednu roli hraje strach z toho, zda by o manžela dobře pečovali, druhou roli fakt zakořenění v obci, kdy v ní pociťují určitou volnost (sýkorová). Paní Cedrová také přemýšlí o budoucnosti, kdy až nebude péči zvládat, budou kvůli malému prostoru u dcer v bytě muset jít s manželem do domova pro seniory, tam má obavy z nového prostředí, cizích lidí a určité svázanosti řádem oproti volnosti doma. Pečování doma tedy paní Cedrová zatím zvládá s pomocí dcer, kamarádek, a terénních služeb doma.

Uvědomuje si nutnost zvládnutí péče, nechce totiž dát opečovávaného do instituce, ale dcery nemají místo v bytech, takže až nebude moci, budou muset do instituce oba, a zároveň je pro ni péče náročná. Náročnost pečování způsobuje depresi pečovatelky, ale zvládá ji bez medikace. Paní Cedrová je rozhodnuta péči zvládat v tom jí pomáhá zmíněná podpora dcer, nezměněné chování manžela a podpora od něho - více ve Vztahu s opečovávaným), ale také dovoz obědů a vědomí, že manžel její péči potřebuje: „řeknu vám, že mě přepadají takový deprese, šílený občas, že brečím a brečím a nemůžu se udržet a už si říkám, já to nevydržím, no a pak si říkám, potřebuje to, co naděláte no.“ pomáhá jí také psychická relaxace a určité uspokojení z péče.

Paní Cedrová relaxuje u TV po tom, co pomůže opečovávanému s ukládáním: *„pak je úleva. Všichni mě říkají, proč si nejdeš lehnout v těch deset hodin, když ho dáš spat, jo, pro mě to je tady odsud(ukazuje na hlavu) tak strašná úleva, že já se natahnu na gauč a dívám se chvíli na televizi a jako ze mě všechno sejde, jo. A tak kolem té půlnoci, pak se chodím sprchovat a kolem té půlnoci chodím spat, no. A tu hodinu a půl mám(...) a teď jako nemusím nic, takže to pro mě je jako by relaxace tu chvíli (smích).To v noci, no“* Vzpomíná ale také, jak dříve trávili s manželem volný čas na zahradě, manžel řídil auto a jezdili na návštěvy k dcerám, na výlety, navštěvovali zámky, to jí nyní schází.

Pozitivním aspektem péče u paní Cedrové je pozitivní vztah manželů, který popisují v podkapitole Vztah s opečovávaným. Také uspokojení z vlastní péče jde poznat z jejího hlasu,

když mluví o manželovi, že je „vopečovávanej“ a také z toho, že mluví o tom, že i okolí jí říká, že manžel vypadá dobře.

Paní Cedrová přemýšlí o blízké budoucnosti, odkládá totiž operaci kolene a sestra, která o tom ví jí představila a doporučuje respitní péči, donesla jí dokonce přihlášku, paní Cedrová ale stále váhá s operací i péčí zde, má obavy, že se tam opečováváný nebude mít dobře. Paní Cedrová také přemýšlí o pečovatelské službě, která je v místě, ale nevyhovuje jejich potřebám, je od 22 hodin dražší. Také ví o možnosti péče o opečováváného v domově pro seniory, ale institucionální péči pro něho nechce, nechce totiž opečováváného opouštět, protože jí je ho líto. Protože nechce péči v instituci, „musí“ péči zvládnout, má ale jistotu, že pokud by nezvládala, lékař by umožnil péči v domově pro seniory.

Při otázce po budoucnosti, co by se stalo, kdyby nezvládala péči, odpovídá, že by opečováváný musel do nemocnice, protože dcery mají malé byty. Zajímavá je také reakce na otázku, zda v okresním městě by bylo jiné pečování, odpovídá, že v Třebíči je domov pro seniory, jde tam sice paní z ulice, ale jí se tam nechce, je pro ni důležitá sociální síť, se známými by si tam zvykla lépe. V institucích jí ale nevyhovuje řád, je tam určitá svázanost, kdežto doma, pociťuje volnost, může jít na zahradu (i když kvůli opečovávánému tam moc nechodí). Mluví také o tom, že nikdy nestěhovala, takže má strach z nového prostředí, i když dříve bývala aktivní. Uvažuje také, že by šli společně s opečováváným do domova pro seniory, ale nelíbí se jí domov na malé vesnici, že je tam málo možností, nebylo by kam zajít

R3 vnímá jako výhodu oblasti to, že v ní má známé, jak popisují výše v Sociální síti, také opečováváný, i když nepochází přímo z této vesnice si zde zvykl. Proto má také obavy ze stěhování do domova pro seniory, protože by tam nikoho neznala a neví, jestli by si tam zvykla, což popisují více v Budoucnosti. Strach má také ze změny prostředí nikdy se totiž nestěhovala: „a možná by mě jako že ten prostor, že jsem jinde jako vadilo, já nevím, já nezkusila sem to nikdy nemůžu to říct jo.“. Zajímavá je také její reakce na otázku, zda v okresním městě by bylo jiné pečování, kdy odpovídá, že v Třebíči je domov pro seniory, jde tam sice paní z ulice, ale jí se tam nechce. Na jiném místě ale v rozhovoru říká, že kdyby šel do domova pro seniory někdo známý, bylo by to snadnější. Také zmiňuje určitý pocit volnosti zde v obci „P“ díky dvorku a zahradě: „, tady takhle vyjdete na dvorek a volnost. i na tu zahradu třeba takhle a přece jenom(...), máte tu volnost a manžel taky říká tady vyjdeš na dvůr a je to je to volnost, taková určitá“ Pocit volnosti přetrvává i když vlastnění zahrádky přináší povinnosti, které už sama paní Cedrová nezvládá: „je to pracný protože mě třeba už teď musí pomáhat z tou zahradou jo, ale ste, ste pořád jako, máte tu volnost“. Tento pocit



volnosti mě u paní zaskočil, protože jsem z rozhovoru vnímala spíše svázanost péčí, paní musela vyčíst z mé tváře, že tomuto rozporu nerozumím a obhajovala se: „já mám ráda volnost, tak jako víc. nevím třeba to říkám špatně, já nevím (...) sice jí nemám tady s ním, ale.. přece jenom je to takový jiný.“

Pro paní Cedrovou je důležitá komunita, protože hovoří o tom, že je pro ni těžké, že kvůli pečování se s nikým nevidá a že je vlastně odloučená od komunity. Jinde zmiňuje, že ji okolí obdivuje.

Také **paní Dubová** hovoří o náročnosti péče, má ale více času pro sebe, když opečovávaný spí. Riziko pádů už je minulostí, proto se může vzdálit a věnovat se zahrádce a květinám, které jsou jejím koníčkem, nebo jet na kole do přírody. Tyto její záliby jí zároveň podle jejích slov pomáhají zvládat situaci pečování. Náročné zde není neustálý stres, ale to, že pečující chybí zpětná vazba. Podporu jí poskytuje víra a také syn. Náročný je pocit, že je péče pouze na ní- po chvíli přemýšlení přijde na možnost, že by v budoucnosti mohla pečovat i manželka syna.

Paní Dubová se v čase, který má pro sebe když opečovávaný spí (po snídani a po obědě), věnuje květinám a zeleninové zahrádce a v zimě vyšívání a háčkování. Paní své blízké obdarovává svými háčkovanými nebo vyšívanými výrobky, jejichž výroba je jejím koníčkem, i když se zařekla, že nyní už to dělat nebude, protože to není moderní a nikdo to už nechce. Přesto dala v únoru nejstarší vnučce k narozeninám dečky vyšívané technikou Richelieu, které všichni obdivovali. Také mně při rozhovoru ukazovala své výrobky a byly skutečně krásné. Paní Dubová si uvědomuje si, co jí situaci pečující pomáhá zvládat, jednou z těchto činností je péče o květiny: „*a strašně ráda mám kvítka, těch mám plný dvůr, tak se věnuju květinám, protože ono mě to aspoň, prostě mě to pomohá, víte? V tý mý situaci neblahý, ale mám z toho radost, pořád sázím a zalívám*“. Paní také relaxuje při projížděce na kole: „*když si chcu vyčistit hlavu odpoledne nebo tak navečír, když mě nepotřebuje, tak sednu na kolo.*“ „*Jedu se podívat do přírody a když to objedu, tak je mi hnedka lepší.*“ Uspokojení ji přináší zeleninová zahrádka, s hrdostí říká: „já tam nemám jedinou travičku.“

Po obědě si chvíli odpočine, potřebuje to kvůli svému zdravotnímu stavu. Také večer si někdy popovídá se sousedkou nebo si po ošetření opečovávaného sednou se sestrou ke kávě a proberou“ recepty.

U paní Dubové se objevují téměř všechny pozitivní aspekty péče, které popisují výše v teoretické části podle Tošnerové (2001). Jedná se o předchozí vzájemnost a náklonnost,

touhu po další společnosti, uspokojení z vlastní práce, ochota pečovat o svého partnera a naplnění smyslu pro povinnost. Co se týče uspokojení z vlastní práce, paní Dubová hovořila o tom, že se snaží o co nejlepší péči: „*Snažím se, nutím se, abych ho teda obsloužila dobře, protože to já bych nedokázala, abych ho o něco ošidila, první jahodu, kterou jsem našla, sem mu dala ze zahrádky, maliny mu trhám, všecko, co prostě můžu nejlepší*“. Také jsem v rozhovoru s ní vnímala, že jí přináší určité uspokojení zvládnutí péče, zejména všeho, co se zvládla naučit: „*A takových věcí co jsem se musela naučit, ne že bych se chtěla chlubit, jo, ale na to musíte přijít sama, protože to vám fakt nikdo, kdo to nedělá, tak to neví, skutečně ne, na to musí přijít každý sám.*“

U paní Dubové můžeme také vnímat ochotu pečovat a snahu o naplnění smyslu pro povinnost, když jí syn říká, že to s péčí přehání, že to co ona dělá, by nedělal nikdo, odpovídá: „*ne já to nepřeháním, já dělám to, co cítím, že mám povinnost, jo oni si myslí, že to přeháním, ale to je potřeba. (...) Abych neměla výčitky.*“

Paní Dubová prožívá určitý pocit nezastupitelnosti v péči, protože děti pracují. Ve strachu, co bude, pokud nebude sama moci dále pečovat, jí je oporou víra: „*Ale no tak, necháme to na Pánu Bohu, já to říkám furt, třeba nám s tím pomůže.*“ Jako možná pečovatelka, pokud by ona nemohla, jí napadá manželka syna, ale nemluvili o tom spolu. Chce tedy pečovat, dokud bude moci, jenom s tím nejnnutnějším si nechá pomoci od syna, protože ho nechce „obtěžovat“, vnímá, že toho má syn hodně – zaměstnání, dům, zahradu, pole, dobytek, vnímá také jeho zhoršený zdravotní stav: „*je mu devětačtyřicet a on nařká na záda ještě víc jak já.*“ Takže chce pečovat, dokud bude moci, a až potom bude řešit co dál. R4 má ale také obavy ze zhoršení stavu opečovávaného manžela, že by pak musel do nemocnice, to ale nechce, protože má špatné zkušenosti s následnou péčí: „*ale kdyby přestal pít, tak já bych ho nemohla mít, protože co bych s ním dělala, ale to bych teda nechtěla, aby někam šel, protože to je takový strádání na tý následný péči, já vám řeknu, já bych nechtěla, aby tam byl*“. Více o zkušenostech s následnou péčí popisují v další podkapitole níže. Vyplývá z nich ale, že dokud to půjde, budou se chtít starat o „dědu“ doma.

R4 vnímá, že ve městě mohou mít pečující více možností, např. rehabilitace a zde se je obtížné se na ně dostat: „*v Třebíči ti lidi co sou fakt pohyblivý nebo ten doktor uzná, že stojí to za to rozcvičovat, tak mají to nablízko, tak je tam vozí, třeba, jo, no ale, tak to by bylo obtížný teda pro mě, protože, kdo by mě ho tam vozil, když jsou v práci*“. V obci „O“ ale přijede lékař na zavolání, také sestra jezdí pravidelně, a více pro paní Dubovou a jejího manžela není potřeba, jim konkrétně podle slov paní Dubové nezáleží, kde bydlí: „*já myslím,*

že pro nás teda je to úplně jedno“, protože opečovávaný pouze leží a není potřeba s ním nikam jezdit: „ale když on takhle leží úplně, tak já ho nikam nemusím, akorát ho teda vozím na výměnu toho katetru“ a to je pro oba náročná situace. Ale i kdyby bydleli ve městě, museli by čekat stejně dlouho na urologii, takhle je pro ně delší pouze cesta. Paní Dubová vnímá, že pro jiné pečující je to rozdíl, kde bydlí a z rozhovoru vyplývá, že se jedná zejména o dopravu k lékařům do města. Paní Dubová je ale v obci „O“ spokojená: „Mě to takhle docela vyhovuje“, Hovoří ale také o špatných zkušenostech obyvatel s „cizími lidmi“, mají strach z nich a také z toho pouštět je do bytu, také proto nebylo jednoduché se k respondentům dostat a paní Dubová se šla poradit s paní Břízovou, co „jsem zač“, jak popisují výše v podkapitole Sociální vztahy v Sociální síti. Strach obyvatel také živí špatné zprávy v TV.

#### **4. Potřeby pečujících ve vnitřních periferiích a možnosti jejich podpory**

V této kapitole se budu věnovat možnostem reakce sociální práce na potřeby pečujících. Po krátkém teoretickém ukotvení posoudím potřebu vzhledem k výsledkům mého výzkumu a následně se zamyslím nad možnostmi sociální práce při jejich naplnění. Tyto možnosti budu prezentovat ve formě návrhů. Mimo obecnou rovinu chci uvést i několik konkrétních návrhů na zlepšení, které mě v souvislosti s touto tematikou napadly.

Potřeba informací vyplývá jak z odborné literatury i z výzkumu. Přidalová (2006 a ) konstatuje nedostatek informací o průběhu nemoci, jejich důsledcích, o sociálních službách atd. Tato potřeba je vícekrát zmiňovaná také respondenty, např. R2 hovoří o tom, že k pečování přišla „jako slepý k houslím“. To vyjadřuje její počáteční neinformovanost o skutečnostech péče. Na jiném místě zmiňuje: „Neměli jsme žádnou praxi, neměli jsme se koho zeptat.“ Respondenti čekají informace hlavně od zdravotnického personálu, ten jim je ale neposkytuje (výjimkou je ošetřovatelka paní Cedrové). Možnosti naplnění této potřeby jsou například následující. Využití kontaktu se sociální pracovníci při vyřizování dávky příspěvku na péči – jak respondenti zmiňují, chybí zde informace k využívání sociálních služeb, přestože dávka je zaměřena na jejich čerpání. Kontakt se sociální pracovníci by se též dalo využít pro distribuci informací o pečování obecně, např. rozhovor, předání brožury, kurz, nácvik, atd., protože podle Holmerové by měl profesionál své znalosti a zkušenosti srozumitelnou formou předat pečujícímu. Informace o poskytovaných službách by podle mého názoru, i podle zmínek respondentů, mohl poskytovat také ošetřující lékař, využít by se dalo i letáků, vyvěšených v malých obchodech na vesnici, které jsou často centrem setkávání

místních lidí. Konkrétní provedení rozšíření informací by mohlo být obsahem komunitních plánů obcí, popř. krajů.

Potřeba odpočinku. Pocit naprosté podřízenosti péči o osobu opečovávaného a velký nedostatek osobní realizace mimo péči (Tošnerová, 2001) ukazuje na alarmující nedostatek potřeby odpočinku. Tento pocit sdílí také respondentky, které hovoří o nutnosti stálého dohledu a psychické napětí, které to pro ně představuje. Na tuto potřebu reagují odlehčovací služby. Respondentky z mého výzkumu tuto službu jako možnost buď vůbec nezmiňovaly, nebo kvůli fixaci na prostředí a pečujícího a obávám, že o opečovávaného nebude dobře postaráno. Nabízí se návrh zmírnění fixace na prostředí terénním rázem služby. Nemožnost opustit opečovávaného spolu s potřebou podpory by řešilo telefonické poradenství či telefonická krizová pomoc.

Ocenění. Holmerová uvádí, že profesionál by měl také zprostředkovat pečujícímu ocenění, a to slovně, postojem i jednáním. Když paní Dubová popisuje náročnost péče ovlivněnou příznaky nemoci opečovávaného, zmiňuje, že je pro ni náročné, že nereaguje na její péči: „já mu to chci vynahradiť, víte? Jenomže on to nechápe.“ A také „on mě to nemůže říct, to je nejhorší teda, (...) jestli mu to jídlo chutná, jestli na to má chuť nebo nemá.“ paní Dubové tedy chybí zpětná vazba ohledně péče. Potřebuje tedy zpětnou vazbu a ocenění. To potvrzuje také Tošnerová (2002). Toto ocenění by mohl zprostředkovat sociální pracovník v rámci kterékoli služby určené pro seniory.

Zátěž, která z pečování vyplývá, je u respondentek rozdělována mezi více pečujících, u R3 a R4 zejména rodinných příslušníků. Potřeba sociální podpory rodiny je tedy naplněna, obě respondentky ale nepřímo zmiňují nutnost podpory i těchto sekundárních pečujících. V případě syna R4 se jedná spíše o emoční podporu a poradenství či obdobu supervize. Syna R2 by se týkala úprava pracovní činnosti, aby mohl podporovat svou matku. V této oblasti by sociální pracovník mohl pouze apelovat na zaměstnavatele.

V obci „O“ byla také zmiňována podpora sousedů, R2 ale při návrhu změny uváděla, že už v obci není taková důvěra, jak to bylo dříve, proto vidím jako důležitou sociální práci s komunitou, kde by sociální pracovník podporoval důležitý zdroj podpory pečujících v periferiích, mohlo by se jednat o organizování takové sousedské výpomoci, které také například uvádí Charita Třebíč. Sociální pracovník by také mohl využít zdrojů místní farnosti, která podle slov paní Dubové nepůsobí jako mrtvá (nedávno měli biřmování, kterého se zúčastnily i obě vnučky). Tato možnost by měla být ještě více prověřena, přesto však navrhuji využít zdrojů farnosti:

„Je zde nespočet příležitostí pro sociální pracovníky, školené jak v teologii, tak v sociální práci, k tomu aby používali své řídicí schopnosti a znalosti starých lidí proto, aby se stali organizátory (koordinátory) v asistenci (pomoci) místní církvi (farnosti, sboru) při naplňování speciálních potřeb starých lidí“ (Pinson, S. M., Register, K., Roberts-Lewis, A. , 2010,s.200)

V souvislosti se znaky periferií, jako je nedostatek pracovních příležitostí, zejména v terc. sektoru, vyšší nezaměstnanost, méně podnikatelů, a horší dostupnost k vybavenosti, o které hovoří zejména R1, mě napadá využití znalostí podpory sociálního pracovníka v týmu sociální firmy. Ta spojuje právě zaměstnání s podporou obtížně zaměstnatelných osob, mezi které výzva 30 Operečního programu lidské zdroje a zaměstnanost počítá právě také osoby pečující o osobu blízkou. Pracovní dobu upravuje podle možností pečovatele a zároveň je jejím cílem reagovat na potřeby v místě svého působení. Tak může být zaměstnání oporou a terapií, jak o něm hovoří Přidalová, a zároveň se podílet na snižování některých znaků periferií, jako je horší dostupnost k vybavenosti, kdy mě napadá právě založení nebo spolupráce s firmou, která tuto vybavenost poskytuje. Mám na mysli například obchod, který by umožnil zapojení do komunity.

„Sociální ekonomika je souhrn autonomních soukromých aktivit, uskutečňovaných různými typy organizací, jejichž cílem je služba členům nebo místní komunitě především prostřednictvím podnikání. Sociální ekonomika je orientovaná na řešení otázek zaměstnanosti, sociální soudržnosti a místního rozvoje. Vzniká a rozvíjí se na konceptu trojího prospěchu - ekonomického, sociálního a environmentálního. Sociální ekonomika umožňuje občanům aktivně se zapojit do rozvoje regionu. Vytváření zisku/přebytku sociálního podniku je žádoucí, není však primárním cílem. Případný zisk je přednostně užíván k rozvoji aktivit organizace a pro potřeby místní komunity.“ (Würtherlová, podle Dohnalová, 2010). Významným partnerem rozvoje by mohla být Jaderná elektrárna Dukovany.

Tyto možnosti jsem viděla jako potřebné pro změnu. Uvědomuji si nutnost spolupráce mezi profesemi i mezi poskytovateli a obcemi, zejména při komunitním plánování, k tomu, aby bylo dosaženo co nejkomplexnějšího řešení problematiky.

## Závěr

Cílem práce bylo pomocí analýzy odborné literatury a kvalitativního výzkumu zjistit potřeby rodinných příslušníků pečujících o seniora a navrhnout možnosti sociální práce v oblasti jejich podpory. Tyto poznatky jsem uvedla do kontextu specifické oblasti tzv. vnitřních periferií.

Nejprve jsem se v první kapitole zaměřila na konceptuální východiska, kdy jsem na obecné rovině představila situaci rodinných příslušníků pečujících o seniora, jejich potřeby a možnosti podpory. Poznatky o podpoře rodinných příslušníků jsem uvedla v kontextu sociální práce a jejího vývoje od roku 1989. Tento kontext pečování jsem dále zasadila do specifického kontextu vnitřních periferií, a to nejen v konceptuálních východiscích, ale i ve výzkumu. V první kapitole jsem také představila koncepty kvality života, abych ve světle této kvality života pečujících mohla navrhnout možnosti intervence.

Dále jsem provedla případovou studii, kdy případem byli rodinní příslušníci pečující o seniora v obci „O“ a zaměřila se právě na jejich kvalitu života. Výzkumná otázka zněla: jak vnímají rodinní příslušníci pečující o seniora v obci „O“ svou kvalitu života? Na zodpovězení této otázky jsem využila chápací rozhovor podle Kaufmanna a otázky inspirované dotazníkem Cohen zjišťující kvalitu života pečujících o seniora. Zjištěná data jsem stukturovala podle modelu White a kol, který ukazuje propojenost oblastí, které mají na kvalitu života vliv. Nyní shrnu hlavní zjištění z výzkumu. Kvalita života pečujících ve vnitřní periferii odpovídá modelu kvality podle White a kol. s výjimkou položky vztah s opečovávaným, kterou autor nezařadil do rámce ovlivňujícího kvalitu života, respondentky naopak vnímaly, že tento vztah ovlivňuje nejen skutečnost pečování, ale i kvalitu jejich života. Dalším zjištěním bylo, že i když respondenti vnímají omezení periferií, jako je horší dostupnost služeb, nechtějí tuto oblast opouštět, zejména kvůli vazbám v komunitě, kterou znají a která je jim oporou. Na základě těchto zjištění jsem navrhované možnosti podpory zaměřila na právě na podporu těchto přirozených vazeb, podporu terénních služeb a podporu rozvoje vnitřních periferií.

Na základě představených potřeb a podpory v první kapitole a výsledků výzkumu jsem reagovala na tyto potřeby, které jsem na základě zmíněných zdrojů vnímala jako aktuální: potřeba informací, potřeba ocenění, potřeba odpočinku, potřeba podpory služeb a potřeba rozvoje periferií. Na tyto potřeby jsem navrhla možnosti podpory, které by je mohly pomoci naplnit.

Nyní shrnu navrhované možnosti podpory. Pro uspokojení potřeby informací o péči a podpoře navrhuji využití kontaktu se sociální pracovníci při vyřizování příspěvku na péči k poskytnutí informací o sociálních službách, k distribuci informací o péči obecně, např. rozhovor, předání brožury, kurz, nácvik, atd. Tyto informace by také mohl poskytnout ošetřující lékař, využít by se dalo i letáků vyvěšených v malých obchodech na vesnici, které jsou často centrem setkávání místních lidí. Potřebu odpočinku navrhuji uspokojit terénními odlehčovacími službami. Nemožnost opustit opečovávaného spolu s potřebou podpory by řešilo telefonické poradenství či telefonická krizová pomoc. Potřebu ocenění by mohl sociální pracovník naplňovat v kterékoliv službě určené pro opečovávaného seniora, a to slovně, postojem i jednáním. Potřebu podpory také sekundárních pečujících navrhuji uspokojit v rámci poradenství, apelováním na zaměstnavatele na úpravu pracovní činnosti, aby mohli podporovat hlavní pečující. V rámci potřeby podpory by sociální pracovník mohl pracovat s komunitou, ve které by podporoval důležitý zdroj podpory pečujících v periferiích, mohlo by se jednat o organizování takové sousedské výpomoci. V rámci potřeby rozvoje vnitřních periferií navrhuji využití znalostí podpory sociálního pracovníka v týmu sociální firmy.

## Seznam literatury a pramenů

- BÁRTOVÁ, P., (2007) Emocionální zátěž pečujících o starší rodinné příslušníky (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- BURELOVÁ, I. Duchovní potřeby seniorů (diplomová práce). Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/258439/lf\\_m/Burelova - Duchovni potreby senioru - diplomova prace.pdf](http://is.muni.cz/th/258439/lf_m/Burelova_-_Duchovni_potreby_senioru_-_diplomova_prace.pdf)
- DVOŘÁKOVÁ, I. (bakalářská práce) . Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/363978/fss\\_b/Dvorakova bakalarska prace.pdf](http://is.muni.cz/th/363978/fss_b/Dvorakova_bakalarska_prace.pdf)
- ELIÁŠOVÁ, (2009), Péče o seniora v domácím prostředí. (diplomová práce) Dostupné z: , 2009. [http://is.muni.cz/th/68154/fss\\_m/Pece\\_o\\_seniora\\_v\\_domacim\\_prostredi.pdf](http://is.muni.cz/th/68154/fss_m/Pece_o_seniora_v_domacim_prostredi.pdf)
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008
- HOLMEROVÁ, I., Problematika pečujících rodin a možnosti pomoci a podpory, Český geriatrický revue, 2003, č.2.
- JANDZÍKOVÁ, E., (2011), Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti (diplomová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. Syndrom vyhoření, Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.
- JEŘÁBEK, H., Rodinná péče o seniory jako práce z lásky?: nové argumenty. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 2
- JOHANSON, R., 2003. *Case Study Methodolgy*, Dostupné z: <http://www.infra.kth.se/bba/IAPS%20PDF/paper%20Rolf%20Johansson%20ver%202.pdf>
- MAŘIKOVÁ, H., PLASOVÁ, B., *The Czech pathway to home-based elder care model. Contribution to ESPAnet Conference 2010 in Budapest.*
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006
- MOŽNÝ, I. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002.
- MPSV. Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. *Rada seniorů České republiky, o.s.* 2008 [cit. 2012-08-2]. Dostupné z: [http://www.rscr.cz/prispevky/program08\\_12.pdf](http://www.rscr.cz/prispevky/program08_12.pdf).



MUSIL, J., MULLER, J., Vnitřní periferie v České republice jako mechanismus sociální exkluze, *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, Vol. 44, No. 2

KOUDELOVÁ Sociální služby zaměřené na podporu osob pečujících o seniory postižené Demencí. (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/135673/fss\\_m/Veronika\\_Koudelova\\_Diplomova\\_Prace.pdf](http://is.muni.cz/th/135673/fss_m/Veronika_Koudelova_Diplomova_Prace.pdf)

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002.

PINSON, S., M., a kol. (2010). Aging, Memory Loss, dementia, and Alzheimer's disease: The Role of Christian Social Workers and the Church. *Social Work & Christianity, Journal of the North American Association of Christians in Social Work*. Vol. 37, No.2, 188-203.

PŘIDALOVÁ, M., Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové), Dostupné z: <http://www.genderonline.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2006072201>

PŘIDALOVÁ, M., Péče o staré rodiče - nový úděl mladších seniorů?. *Sociální práce/Sociálna praca*, Brno, ASVSP. ISSN 1213 -6204, 2006, vol. 2006, no. 2, pp. 68 -81.

PŘIDALOVÁ, M., Mezi solidaritou a konfliktem: Zkušenost pečujících dcer a synů, *Sociální studia*. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 1–2/2007. S. 217–234. [on-line].

Dostupné 25.7.2012 z

<http://socstudia.fss.muni.cz/archiv.php?ukol=2&clanek=27&cislo=3&rok=>

SVOBODOVÁ, K., (2008) Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_260.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf)

STEWART, M. a kol., (2006) *Accessible Support for Family Caregivers of Seniors with Chronic Conditions From Isolation to Inclusion*. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, č. 25 (2).

VÁVROVÁ, S. (2009). Deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti. In: Vávrová, S. (Ed.), *Kontext transformace pobytových sociálních služeb* (s.8-26). Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati.

VIDOVIČOVÁ, L., Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém.

VÝZVA PRO PŘEDKLÁDÁNÍ GRANTOVÝCH PROJEKTŮ OP LZZ „SOCIÁLNÍ EKONOMIKA“

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění k 2.8.2012.

## **Příloha: Soubor otázek**

### **Tabulka:**

- 1) Věk pečující osoby
- 2) Podílí se na péči ještě někdo jiný? Ano/ ne/ občas, počet osob
- 3) Věk a zdravotní stav opečovávané osoby
- 4) Bydlí ve společné domácnosti? Ano/ ne
- 5) Jak dlouho již pečující osoba o X pečuje?
- 6) Bydleli ve společné domácnosti, než začala ta péče?
- 7) V jakém jsou případně příbuzenském vztahu?
- 8) Mají k dispozici telefon/ internet/ auto...?

### **Péče v současnosti a vlastní potřeby obecně:**

Pečovat určitě není úplně snadné. Jak s X vycházíte?

Ptát se hned na začátek obecně, jak se Vám pečuje, asi není úplně nejlepší. Mohu se Vás ale zeptat, jak vypadá Váš běžný týden?

A můžete mi, prosím, povědět, jak vypadal Váš včerejší den?

Jste na pečování sám/a, nebo Vám někdo nějak pomáhá? (A s čím?)

Můžete ho/ ji/ je zavolat, když je potřeba?

Vím, že hodně lidí, kteří o někoho pečují, má samo třeba nějaké zdravotní potíže nebo by se prostě z nějakého důvodu potřebovali víc soustředit i na svoje potřeby. Mohu se zeptat, jak jste na tom Vy?

Máte kromě péči o X nějaké další povinnosti?

Máte nějaký čas pro sebe, kdy nemusíte pečovat? (A co v tu dobu děláte? Stačí to?)

Odpočíváte někdy vůbec? A jak?

Když potřebujete někam zajet a něco vyřídit, jak to děláte?

### **Otázka případné solidarity, pomoci a služeb:**

Využíváte nějaké služby? (A pokud ne, myslíte, že by Vám něco takového mohlo pomoci?)

Jak se vůbec dozvídáte o existujících službách, dávkách apod.?

Jak se Vám ten život pečující/ho daří zvládat finančně? (Využíváte nějakých příspěvků? )

Máte, na koho se obrátit, když něco potřebujete?

S kým, kromě X, se vídáte?

Vídáte se s někým, kdo taky o někoho pečuje?

**K oblasti:**

Myslíte si, že místo, kde žijete, je pro pečování o někoho starého dobré?

Vidíte výhodu v tom, že žijete na vesnici?

A nevýhodu?

Myslíte, že by to v něčem bylo jiné, kdybyste žili a Vy pečoval/a např. v okresním městě? A v čem?

Na jaké problémy, myslíte, nejvíc narážejí lidé (i jiní než Vy), kdo o někoho pečují tady, v místě, kde bydlíte, v blízkém okolí, vesnicích?

Bylo by dobré tady něco zlepšit?

A co by to bylo?

Co by tady podle Vás nejvíc pomohlo?

**Cesta k péči, minulost a budoucnost:**

Jak jste se vůbec k pečování dostal/a?

A jak se to stalo, že došlo zrovna na Vás?

Co jste dělal/a, než jste začal/a pečovat o X?

Jaké byly začátky?

Změnilo se něco od té doby? A co? (u Vás/ u X/ z hlediska možnosti využívat nějakou službu?)

A jak to vidíte do budoucnosti? Pečování někdy trvá dlouho: dokážete si představit, jak to u Vás budete vypadat třeba za tři roky?

A co by bylo, kdybyste nemohl/a pečovat Vy? (Přemýšlíte o tom někdy?)

A zeptám se na závěr: Víte o něčem, co by Vám mohlo nyní pomoci, aby se Vám lépe pečovalo a obecně lépe žilo? (Kdybyste měl/a kouzelný prsten, co byste si přál/a?)