



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o
klienty**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Aneta Vosáhlová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o klienty jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2019

.....

Bc. Vosáhlová Aneta

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové Ph.D. za její profesionální přístup, cenné rady a za veškerý čas, který mi při vedení této diplomové práce poskytla. Zároveň bych ráda poděkovala všem informantům, za jejich čas, který mi věnovali.

Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o klienty

Abstrakt

Tato diplomová práce Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o klienty se zabývá osobami, které poskytují dlouhodobou a neformální péči seniorům v domácím prostředí.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se zaměřuji na dlouhodobou péči, stáří, neformálními pečujícími, její četností a členěním, přínosy a riziky, jejich ekonomickým statutem. Také jsem se zaměřila na příspěvek na péči a jeho využívání v kontextu dlouhodobé péče. Zmínila jsem také služby, které mohou být nápomocny neformálním pečovatelům v oblasti sociální i zdravotní.

V praktické části je vymezen cíl práce a to identifikovat nesnáze, které neformálně pečující osoby nejvíce zatěžují. V této části byly stanoveny výzkumné otázky: „Které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?“ a „Jaké dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči?“. Dále následuje použitá metoda a technika polostrukturovaného rozhovoru a následnou analýzou.

Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejvýraznější nesnáze patří nedostatek financí na domácí péči, omezený nebo nevhodný prostor pro poskytování dlouhodobé péče, omezení volného času, vysoká psychická i fyzická náročnost a zdravotní problémy pečujících osob. Mezi důvody, které vedou k ukončení dlouhodobé péče, patří vysoká náročnost, zdravotní problémy pečujících a obavy z budoucnosti. Dále vyplynulo, že neformální pečující jsou často nuceni volit mezi svojí kariérou a zajištěním neformální péče, což považují za dilema, které prožívají v průběhu poskytování neformální péče.

Klíčová slova

Dlouhodobá péče, neformální péče, osoby poskytující neformální péči, příspěvek na péči, stáří

Long-term care and non-formal persons caring the clients

Abstract

My diploma thesis „Long term care and non-formal caretakers caring for clients“ deals with persons who provide long-term and non-formal care for seniors in the home environment.

This diploma thesis is divided into two parts, one for theory and one for the research. The theoretical part deals with the long-term care and with a number, type, economic status of non-formal caretakers. There is also a brief passage about the care benefit in the context of long-term care. One chapter deals with services that might be useful for the non-formal caretakers.

The aim of the research part is to identify the most severe difficulties that the non-formal caretakers face. There are two main questions in the research part, „ What barriers let to the termination of the care of the non-formal caretakers?“ and „What are the dilemmas of the non-formal caretakers when deciding the transfer to a social institution?“ There is also a description of the method and techniques of a structured interview and its analysis.

The research showed that the most severe difficulties are the lack of finances for the home-care, limited or unsuitable spaces for the long-term care, restrictions of the free time, health problems of the care-takers and high physical and psychological demands. The main reasons responsible for the ending of the care are high demands, health problems of the caretakers, and fears of the future. Another dilemma that has been proven is the necessity of choosing between career and providing of non-formal care.

Keywords:

Long term care, non-formal care, non-formal caretakers, care benefit, old age

Obsah

1	Současný stav.....	10
1.1	Dlouhodobá péče.....	10
1.2	Vývoj dlouhodobé péče pro seniory.....	11
1.3	Počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče.....	12
1.4	Stáří a stárnutí.....	13
1.4.1	Potřeby seniorů.....	14
1.5	Neformální pečující.....	15
1.6	Členění neformální péče.....	17
1.7	Četnost neformální péče.....	18
1.8	Rizika a přínosy neformální péče.....	18
1.8.1	Přínosy.....	18
1.8.2	Rizika.....	19
1.9	Ekonomický status dlouhodobě pečujících.....	20
1.10	Podpora neformálních pečovatelů.....	21
1.11	finanční podpora / volno na péči.....	23
1.12	Příspěvek na péči.....	25
1.13	Volno na péči a podpora pečujících v zahraničí.....	28
1.13.1	Rakousko.....	29
1.13.2	Irsko.....	29
1.13.3	Německo.....	30
1.14	Sdílená dlouhodobá péče.....	30
1.14.1	Sociální služby, které mohou být nápomocné neformálním pečovatelům...31	
1.14.2	Zdravotní služby, které mohou být nápomocné neformálním pečovatelům.32	
1.15	Role sociální pracovníka.....	33
2	Cíl práce a výzkumné otázky.....	36
2.1	Cíl práce.....	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
2.3	Dílčí výzkumné otázky.....	36
3	Metodika.....	38
3.1	Metody a techniky sběru dat.....	38
3.2	Charakter výzkumného souboru.....	39
3.3	Vlastní realizace výzkumu.....	39

3.4 Analýza a interpretace dat.....	40
3.5 Etické zabezpečení výzkumu	40
4 Výsledky	42
4.1 Okruh VO0.....	43
4.2 Okruh VO1	46
4.3 Okruh VO2.....	51
5 Diskuze	55
6 Závěr.....	63
7 Seznam literatury.....	65
8 Seznam tabulek	73
9 Seznam zkratk	74

Úvod

Téma mé diplomové práce (Dlouhodobá péče a neformální osoby pečující o klienty) jsem si vybrala z více důvodů. Prvním z nich je, že pracuji jako sociální pracovnice pro sociální službu domov pro seniory. Cílovou skupinu tvoří klienti, starší šedesáti let, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby a potřebují dlouhodobou péči. Ve většině případů se o ně nejprve starají neformální pečovatelé a mnohdy jsou přesvědčeni, že tomu tak bude i nadále. V okamžiku, kdy zjišťují, jak náročná je péče o osoby, které vyžadují dlouhodobou péči, se obracejí na nás, na pobytovou sociální službu, konkrétně domov pro seniory. Ráda bych v této diplomové práci zjistila, jaké nejčastější důvody vedou neformální pečovatele poskytující dlouhodobou péči k tomu, že změni své přesvědčení postarat se, nejčastěji o své rodiče doma, k tomu, že po společném rozhodnutí podají žádost o poskytování pobytové sociální služby. Bohužel se mnohá literatura zabývá cílovou skupinou zmíněné sociální služby, nikoliv neformálními pečovateli. Myslím si, že neformální pečovatelé potřebují taktéž podporu a přizpůsobení podmínek, aby byli schopni být neformálními pečovateli i nadále, bez nutnosti opustit své zaměstnání, bez rapidního snížení životního standardu, nebo ztráty osobního života a svých zájmů.

Dalším důvodem je, že dlouhodobá péče poskytovaná neformálními pečovateli je nyní velmi diskutovaným tématem, způsobeno také stárnutím populace a nedostatkovou kapacitou v pobytových sociálních službách. Myslím si, že si tato tematika zaslouží větší pozornost a podporu ze strany veřejnosti.

Také se myslím, že neformální péče o seniory v jejich domácím prostředí je to, co si většina seniorů přeje a jak si představují poslední etapu svého života strávit ve svém přirozeném prostředí, nikoliv v některém zařízení pobytových sociálních služeb.

V teoretické části své práce vás seznámím s dlouhodobou péčí, neformálními pečovateli, kteří tuto péči poskytují dlouhodobě, co dlouhodobá péče obnáší a jaké faktory ulehčují či stěžují neformálním pečovatelům jejich osobní a pracovní život, což ovlivňuje i finanční zabezpečení celé rodiny. Dále se zaměřím na možnosti kombinace neformální péče a péče poskytovanou sociálními službami.

V praktické části této diplomové práce se budu snažit zjistit, hlavní důvody, které vedou neformální pečovatele k rozhodnutí ukončit dlouhodobou neformální péči v domácím

prostředí podáním žádosti o poskytování pobytové sociální služby. Dále budu zjišťovat, zda neformální pečovatelé využívají některých ambulantních nebo terénních sociálních služeb a sdílejí tak péči s profesionálními pečovateli k odlehčení jejich břemene a zátěže při poskytování dlouhodobé péče a zároveň, zda využívají nějakou formu podpory. V rámci kvalitativního výzkumu této diplomové práci použiji metodu dotazování a techniku polostrukturovaných rozhovorů s neformálními pečovateli, kteří společně s osobou o kterou pečují, podali žádost o poskytování sociální služby. Základní výzkumnou otázkou je, které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami? Druhou základní výzkumnou otázkou je jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči.

1 Současný stav

1.1 Dlouhodobá péče

MPSV (2010) popisuje dlouhodobou péči jako komplex služeb pro lidi se sníženou soběstačností, rozděluje sebeobslužné aktivity na základní a na instrumentální. V základních, nebo-li bazálních, je obsaženo schopnost obléknout se, najíst se, být schopen základní hygieny, mobility a kontinence, mezi instrumentální řadí aktivity jako třeba obstarání běžného nákupu, domácí práce či hospodaření s financemi. Tyto aktivity umožňují žít nezávisle na své komunitě (MPSV 2010).

Podle OECD je dlouhodobá péče rozsah služeb, který je poskytován osobě se zhoršenou kognitivní nebo fyzickou schopností, tato péče je poskytována po delší časové období a tato osoba je závislá na pomoci jiné osoby s úkony každodenního života (Colombo et al., 2011). Macková (2018) popisuje dlouhodobou péči jako pomoc a péči k zajištění důstojného života, pomoc při každodenních aktivitách poskytovanou lidem, kteří ji potřebují.

Čevela et al. (2012) zařazují dlouhodobou péči jako součást geriatric, která poskytuje zdravotně sociální podporu pro osoby s ohroženou či ztracenou soběstačností z důvodu chronického funkčního onemocnění, nebo zdravotního postižení.

MPSV (2010) dále upozorňuje na rozdíl mezi dlouhodobou péčí a zdravotní péčí, u kterých je odlišný cíl. U dlouhodobé péče je cílem kompenzovat nesoběstačnost člověka, zatímco u zdravotní péče je cílem zlepšení stavu za pomoci rehabilitace či léčby. Holmerová et al. (2014) doplňuje, že zdravotnická péče je zpravidla přítomna u poskytování dlouhodobé péče a to nejčastěji v podobě pomoci s ošetřováním ran, podávání medikamentů, managementu bolesti a tak dále.

MPSV (2014) dále doplňuje, že mezi osoby, které potřebují dlouhodobou péči, patří senioři, a pak zejména ti, u kterých nedošlo po onemocnění k návratu do plného zdraví a došlo u nich ke vzniku disability. Jedná se často o osoby po cévních mozkových příhodách, další skupinu tvoří osoby s následky po úrazech či zraněních, například poranění centrální nervové soustavy, či amputace končetiny. Neopomenutelnou skupinou osob vyžadující dlouhodobou péči jsou osoby s chronickým duševním onemocněním. Vlivem medicíny se všechny skupiny osob, které potřebují dlouhodobou péči, dožívají

vyššího věku a tím narůstá počet osob, které potřebují dlouhodobou péči, např. u osob s demencí naroste počet do poloviny 21. století na dvojnásobek.

Kalvach et al. (2014) uvádí, že nejvíce dlouhodobé péče se odehrává formou neformální a to v rodinách., která je nejbezpečnějším prostředím pro osobu, která dlouhodobou péči potřebuje. Hrozenská a Dvořáčková (2013) doplňují, že díky narůstajícímu počtu osob ve vyšším věku rapidně stoupá poptávka po dlouhodobé péči a dlouhodobá péče se stává tématem s narůstající důležitostí. Nejstarší skupina populace roste nejrychleji, v některých zemích Evropské unie až o 3 až 4 % ročně (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Dlouhodobá péče může být poskytována více způsoby, může být poskytována rodinou či přáteli – neformální péče, nebo formálně, tedy zdravotnickými a sociálními službami. Třetí možností je sdílená péče, kdy osoba s omezenou soběstačností žije v domácím prostředí a pečuje o ni rodina společně s formální institucí. Sdílená péče se v praxi vyskytuje velmi často (Macková, 2018). Horecký a Průcha (2019) zmiňují, že neformální péče bez využití terénních sociálních služeb je nejnákladnější a nejrizikovější formou poskytování péče pro pečující osobu.

1.2 Vývoj dlouhodobé péče pro seniory

Dříve se všechny podstatné momenty v životě odehrávaly doma, od narození, prožívání nemocí, svatby, ale i stárnutí a umírání. Následně začaly vznikat instituce, kde lidé tyto události prožívali společně, jako nemocnice, starobince ale také blázince. V dnešní době je v České republice trendem deinstitucionalizace, kdy se snažíme vrátit k dřívějšímu životu, aby lidé mohli stárnout i umírat doma, nebo alespoň tak dlouho, jak jen to bude možné. Důležité je, jaké jsou představy seniora o tom, jak bude trávit své stáří (Janiš, 2016). Matoušek et al. (2013) doplňuje, že deinstitucionalizace je procesem, ve kterém dochází k oslabení ústavních forem péče a naopak posilování služeb poskytovaných v přirozeném prostředí klienta, dále k upevňování rolí v rodině a neformálních pečovateli.

Dle Saka a Kolesárové (2012) se téměř tři čtvrtiny seniorů domnívají, že dnešní společnost není připravena na stárnutí populace.

1.3 Počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče

Tvrzení Saka a Kolesárové (2012), že tři čtvrtiny seniorů se domnívá, že společnost není připravena na stárnutí populace, potvrzuje WHO (2019) podle které, počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče v České republice odpovídá 40,81 lůžek na 1000 osob starších 65 let. Nejlépe z evropských zemí je na tom Belgie, která má 70,01 lůžek v zařízeních dlouhodobé péče na 1000 osob starších 65 let, naopak nejhůře je na tom Řecko, které má na 1000 osob starších 65 let pouze 1,13 lůžek.

Tabulka č. 1 – počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče

Belgie	70,01	Maďarsko	47,33
Švédsko	69,39	Dánsko	45,88
Švýcarsko	67,21	Estonsko	43,73
Island	63,38	Španělsko	43,13
Nizozemsko	63,22	Rakousko	43,04
Finsko	60,22	Česká republika	40,81
Malta	59,06	Litva	35,10
Francie	56,51	Lotyšsko	20,05
Lucembursko	55,83	Polsko	17,98
Slovensko	55,00	Itálie	17,76
Německo	54,09	Chorvatsko	11,47
Slovinsko	53,57	Rumunsko	7,88
Norsko	52,96	Bulharsko	2,24
Irsko	49,66	Řecko	1,13
Velká Británie	49,30		

Zdroj: WHO, 2019, [online]

1.4 Stáří a stárnutí

„Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí, spodní věková hranice je vymezena tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně (Sak a Kolesárová, 2012, s. 14)“.

Mlýnková (2011) charakterizuje stáří jako součást života, která představuje jeho vyvrcholení. Autorka (2011) dále doplňuje, že rychlost stárnutí probíhá u každého jedince individuálně, u někoho rychleji a u někoho pomaleji, je to dáno genetickou výbavou, prostředím, stresem, kterému je jedinec vystaven, životnímu stylu, zaměstnání a dalším faktorům.

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 30) definují stárnutí jako *„specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy, jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem“.*

Světová zdravotnická organizace rozděluje stáří do tří období:

- rané stáří
 - od 60 do 74 let
- vlastní stáří
 - od 75 do 89 let
- dlouhověkost
 - nad 90 let (Mlýnková, 2011).

Čevela et al. (2012) rozděluje stáří a stárnutí do tří podob:

- úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří
 - stav, kdy se jedinec adaptuje na stáří, jeho ekonomická situace odpovídá aktuálnímu prostředí a sociální situaci, jedinec je spokojený, má možnost seberealizace, důležitá je nabídka aktivit, potřeba pomoci jiné osoby, nebo služby je minimální
- obvyklé stárnutí a stáří
 - nerovnováha v některých oblastech (zdravotní stav, nároky prostředí, ekonomické možnosti jedince, atd.), důsledkem je nespokojenost, nedostatečná seberealizace
- patologické stárnutí

- zdravotní stav jedince, spokojenost, seberealizace je na výrazně horší úrovni, než u většiny vrstevníků
- důvodem mohou být náročnost či vstřícnost prostředí, zátěžové životní situace jako např. ovdovění, finanční zdroje, nebo onemocnění např. Alzheimerova choroba.

Malíková (2010) popisuje, že ve stáří probíhá řada změn, které rozděluje do tří úrovní:

- tělesné změny
 - změny ve vzhledu
 - úbytek svalové hmoty
 - degenerativní změny smyslů
 - kardiopulmonální změny a další
- psychické změny
 - nedůvěřivost
 - emoční labilita
 - zhoršení paměti
 - obtížnější osvojování nového a změn
 - změny vnímání
- sociální změny
 - odchod do penze
 - stěhování
 - ztráty blízkých
 - finanční obtíže
 - osamělost

1.4.1 Potřeby seniorů

Šamánková et al. (2011, s. 12) definuje potřebu jako „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ Autoři (2011) dále doplňují, pro zachování kvality života člověka, jsou potřeby velmi užitečné a důležité.

Dvořáčková (2012) uvádí, že potřeby u seniorů souvisí s poklesem soběstačnosti a funkčních schopností, ze kterých ústí nemožnost uspokojit svoje potřeby v každodenních oblastech.

Potřeby jsou obecně u všech lidí individuální a jsou závislé na čase a prostředí a podle toho se mohou měnit, proto při stárnutí, kdy se u člověka mění jeho zdravotní stav, partnerský život, dá se předpokládat, že s tímto spojené potřeby se budou taktéž v průběhu stárnutí měnit (Čevela et al., 2014).

Rozdělení potřeb seniorů:

- potřeba stimulace a otevřenosti novým zkušenostem
- potřeba sociálního kontaktu
- potřeba citové jistoty a bezpečí
- potřeba seberealizace
- potřeba otevřené budoucnosti a naděje (Vágnerová, 2007)

1.5 Neformální pečující

Hubíková (2012) uvádí, že v České republice není status neformálních pečujících dostatečně vymezený a s tím i jejich práva. Neformální pečovatelé jsou příbuzní a známí, kteří v nepříznivé situaci pečují o člověka, který se v ní ocitl (MPSV, 2014). Truhlářová et al. (2015) v neformální péči zdůrazňuje, že jejím poskytovatelem je laický pečovatel, dále autoři (2015) dodávají, že to nemusí být podmínkou, protože se do pozice neformálního pečovatele se může dostat například zdravotní sestra nebo profesionální pečující. Neformálními pečovateli jsou nejčastěji partneři, v případě dlouhodobé péče o seniory jsou to nejčastěji jejich děti, často jsou to pečující dcery. V tomto druhém případě, kdy mluvíme o neformální péči o seniory, to jsou jejich děti již v předdůchodovém věku a sami mají nějaké zdravotní potíže (Čípková, 2017). Hrozenská a Dvořáčková (2013) potvrzují, že neformálními pečovateli jsou častěji dcery (ženy), které jsou více emocionálně zapojené nežli synové. S tímto také souhlasí Dudová a Vohlídalová (2018) kdy ve většině případů neformální péče jsou pečujícími ženy a doplňují, že muži taktéž pečují, ale intenzita péče není srovnatelná, s pečujícími ženami.

Tabaková et al (2011) uvádí, že většinou péči o člena rodiny na sebe přebírá jeden člen rodiny, tzv. primární pečovatel, v mnoha případech poskytuje člen rodiny péči na úkor

svého vlastního zdraví. S tímto souhlasí (Hubíková, 2017) a doplňuje, že v některých případech jsou rodinný pečující jako primární pečovatelé na péči sami a nesou tíhu poskytování péče sami bez podpory svého okolí. Dobiášová a Kotrusová (2017) je zahrnují do tzv. neviditelné skupiny, protože jejich potřeby splývají s potřebami osob, o které pečují.

Vývoj politiky dlouhodobé péče o seniory poskytovanou neformálními pečovateli
(Dobiášová, Kotrusová, 2017, s. 30-31)

Tabulka č. 2 – změny v oblasti dlouhodobé neformální péče

Rok změny	Právní předpis	Konkrétní změna politiky v oblasti neformální péče
před rokem 2007	Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálním zabezpečení	příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu podle zákona o sociálním zabezpečení
	Zákon č. 155/ 1995 Sb., o důchodovém pojištění Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti	tzv. náhradní doba pojištění (doba po kterou osoba pečuje o osobu závislou se započítává)
	Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění	péče o blízké jako náhradní doba z hlediska zdravotního pojištění
	Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce	právo na zkrácenou prac. dobu, nebo jinou úpravu, pokud v tom nebrání provozní důvody
2007	Zákon č 108/2006 Sb., o sociálních službách	příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu nahrazen příspěvkem na péči zavedení odlehčovací služby
2009	Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	zvýšení o 1000 Kč příspěvku na péči pro osoby ve IV. stupni (tzn. na 12000 Kč)

2011	Zákon č. 364/2001 Sb., kterým se mění některé zákony s úspornými opatřeními v působnosti MPSV	příspěvek na péči v I. Stupni závislosti u osob starších 18 let se snižuje
2016	Zákon č. 189/2016 Sb., kterým se mění Zákon č. 108/2006., o sociálních službách	zvýšení příspěvku na péči o 10 % ve všech stupních závislosti
2017	Zákon č. 310/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění	zavedení dlouhodobého ošetrového financované z nemocenského pojištění

Zdroj: Dobiášová, Kotrusová, 2017, s. 30 -31

1.6 Členění neformální péče

Klímová Chaloupková (2013) rozděluje neformální péči podle intenzity a podle povahy.

- Podle intenzity ji člení na:
 - podpůrnou (nepravidelná pomoc se zajišťováním s některou běžnou denní aktivitou, například doprovod k lékaři, či na úřady, nebo drobná výpomoc v domácnosti)
 - neosobní (pomoc s instrumentálními aktivitami, jako například pomoc s obstaráním běžného nákupu)
 - osobní (většinou potřebná každý den, zahrnující pomoc se základními denními aktivitami, například s hygienou, stravováním atd..., považována za nejnáročnější)
- Podle povahy na:
 - zdravotní
 - sociální
 - emocionální (Klímová, Chaloupková, 2013)

Kotrusová et al., (2013) rozděluje neformální péči do dvou kategorií:

- ADL (Activities of Daily Living)
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Do kategorie ADL spadají činnosti spojené se stravováním, pomoc s oblékáním, pomoc s hygienou, přesun z lůžka na toaletu či pomoc s užíváním léků. Kategorie IADL zahrnuje

instrumentální činnosti jako například pomoc s obstaráním nákupu, hospodaření s financemi či pomoc s péčí o domácnost.

1.7 Četnost neformální péče

MPSV (2017) odhaduje počet neformálních pečovatелů v České republice na 250 000 osob, některé prameny uvádí až 300 000 neformálních pečovatелů.

Neformální péče poskytovaná rodinou je nejčastějším typem dlouhodobé péče. Až 80 % dlouhodobé péče je poskytováno rodinným příslušníkem v zemích s vyspělou a rozvinutou zdravotní i sociální péčí (Dobiášová et al., 2015). 18 % neformální péče je poskytována sousedy nebo přáteli (Čevela, Čeledová, 2013). Klímová Chaloupková (2013) shrnuje, že 70 % až 90 % dlouhodobé péče je poskytováno neformálními pečovateli a následně se bude počet neformální péče ještě zvyšovat kvůli stárnutí populace. Což potvrzuje Hoffmann a Rodrigues (2010), kteří uvádějí, že 80 % dlouhodobé péče v Evropských zemích poskytují neformálním způsobem. Autorka (2013) dále doplňuje, že čtyři pětiny z neformálních pečovatелů jsou členové rodiny a dvě třetiny z nich jsou zastoupeny ženami. Průša (2016) odůvodňuje vysokou četnost neformální péče, tím že kapacita pobytových služeb je nedostatečná, terénní sociální služby se vyvíjí velmi pomalu a sociálních pracovníků je nedostatek, což vysvětluje jejich nízkým odměňováním.

Četnost neformální péče podle kategorií v České republice popisuje Čevela a Čeledová (2013), kdy neformální péči IADL poskytuje každá třetí osoba a neformální péči ADL poskytuje 12 % osob starších 50 let.

1.8 Rizika a přínosy neformální péče

1.8.1 Přínosy

Přínosem pro obě strany, je většinou blízký vztah, který mezi sebou mají (Hubíková, 2017). Koldinská (2016) popisuje, že mnoho pečujících pocítuje z neformální péče, že například svým rodičům něco vrací, vrací jim péči, která jim byla věnována v dějství a mají z neformální péče pocit dobře odvedené práce.

Zůstat v domácím prostředí i zemřít ve svém přirozeném prostředí je přáním většiny osob závislých na péči (Koldinská 2016). S tím souhlasí Lusková (2019), která zmiňuje, že normální péče pro starého člověka je ta, co probíhá v rodině, přirovnává to jako k péči o děti, o které se také staráme v domácím prostředí a stará se o ně především rodina.

Dle Hubíkové (2017) se senior díky roli domácího prostředí a blízkých pečujících osob lépe vyrovnává s obtížemi, je odolnější vůči nákazám a nemocem.

Neopomenutelný přínos neformální péče je společenský i ekonomický přínos, kdy neformální péče přispívá ke zlepšení rodinné soudržnosti a mezigenerační solidaritě (MPSV 2016).

1.8.2 Rizika

Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) je časté, že pečující ve středním věku se často dostávají do tzv. sendvičové generace, kdy pečují jednak o své rodiče, někdy i prarodiče, ale zároveň i o své mladé děti.

Dle Dobiášové a Kotrusové (2017) jsou neformální pečovatelé i osoby, které potřebují dlouhodobou péči jednou z cílových skupin, které jsou ohroženy chudobou a sociálním vyloučením. Čevela a Čeledová (2013) popisují, že při poskytování neformální péče často dojde ke snížení pracovního úvazku, někdy až k úplnému ukončení. Zvyšuje se riziko chudoby způsobené nižší mzdou a často přerušeni pracovní kariéry.

Role pečujícího, může způsobit emoční napětí a úzkost, které pečujícího mohou dále vyčerpávat jak po citové stránce tak i po tělesné, následně může dojít k onemocnění a neschopnosti poskytování další péče (Jedlinská et al., 2009). Podle Klímové Chaloupkové (2013) má role pečujícího největší dopad na psychické zdraví pečovatele. Čevela a Čeledová (2013) spojují dopady na psychickém zdraví pečovatele se sociální izolací a následnou nedostatečnou sociální podporou. Getz (2012) dodává, že pečující mají často pocit izolace, konkrétně uvádí, že tímto pocitem trpí až tři čtvrtiny pečujících, kteří s tímto pocitem bojují.

Dobiášová (2015) doplňuje, že výše zmíněné dopady mohou být způsobeny tím, že pečující často upřednostňují potřeby příjemce, než-li své potřeby. Například často odkládají návštěvu lékaře z důvodu nezajištěné péče pro osobu, jež péči poskytují.

Autorka (2015) dále doplňuje, že dalším rizikem jsou časté konflikty v rodině, ale i mezi pečovatelem a osobou potřebující péči. Což potvrzuje Jedlinská et al., (2009), kdy 84 % respondentů uvedlo, že docházelo k častým sporům mezi příjemce péče a pečovatelem, a taktéž potvrdili, že celkově došlo ke zhoršení v mezilidských vztazích v průběhu poskytování neformální péče.

Pešek (2019) uvádí, že neformální pečovatelé, jsou jednou ze skupin, které mají často potíže s nadužíváním alkoholu, nebo jsou na něm závislí.

Dle Hájkové a Funka (2012) často dochází k syndromu vyhoření či vypálení. Popisují několik fází, které k syndromu vyhoření častou vedou. Nejprve je pečující v přehnaném nadšení a pracovním nasazení, kdy člověk pečuje o druhého bez rozmyšlení a rozvážení svých sil do budoucnosti. Poté přijde fáze stagnace, kdy pečující začíná litovat zájmů, kterým se již nemůže věnovat a stejně tak snížení kontaktu se společností. Následnou reakcí na fázi stagnace je apatie, kdy pečující již pociťuje bezvýchodnost situace a pečuje „jen proto, že musí“ další fází, pokud nedojde ke zhroucení je intervence, tedy zlom nebo nějaká změna, například změna v zaměstnání, většinou jsou to změny vytvořené ve zbrklosti, které pečující dělá bez objektivního promyšlení.

Jako vhodnější péči uvádí autoři (2012) péči cyklickou, kdy se v péči střídá více lidí, což není často možné. Pokud není možná cyklická péče, doporučují, aby se alespoň na péči někdo podílel, například pomohl s obstaráváním nákupů.

1.9 Ekonomický status dlouhodobě pečujících

Dle Geissler (2016) na základě výzkum s 858 respondenty jež poskytují domácí péči minimálně 20 hodin týdně, popisuje, že je z nich 27 % v produktivním věku a věnují se pouze péči, 5 % je nezaměstnaných, 6 % podniká, 14 % pracuje na dohodu nebo na částečný úvazek a 19 % osob je zaměstnaných na plný úvazek. Necelá třetina pečujících je ve starobním důchodu. Celková míra ekonomické aktivity pečujících osob v produktivním věku je 51,3 %, míra ekonomické aktivity obecné populace v produktivním věku je 73,5 %. Z porovnání ekonomické aktivity těchto dvou skupin je zřejmé, že pečující jsou výrazně méně ekonomicky aktivní.

Klímová Chaloupková (2013) potvrzuje, že péče o člena rodiny bývá velmi často spojována s omezením pracovního úvazku a tím i finanční zátěží celé rodiny. Průša

(2013) uvádí, že péče v domácím prostředí, která je poskytována pouze členem rodiny či blízkou osobou vychází na 31 500 Kč měsíčně, v domovech pro seniory náklady na péči činí 22 000 Kč měsíčně a při péči sdílené, tedy když pečuje rodina či osoba blízká společně se sociální službou činí měsíčně cca 18 000 Kč. Zde je očividné, že předchozí příjem z ekonomické aktivity je značně vyšší a není kompenzován.

Hledáním práce na trhu jsou více ohrožené ženy a osoby pečující o osobu se zdravotním postižením, naopak pečující o seniory a muži lépe kombinují pracovní povinnosti a péči. Ovšem se obecně se dá říci, že pečující osoby jsou na trhu práce ohroženou skupinou (Geissler, 2016).

Autorka (2016) dále doplňuje, že v České republice jsou zvyklostí práce na plný úvazek a nabídka prací na zkrácený úvazek je nízká. Formánková et al. (2011) doplňuje, že ve zkrácených úvazcích vidí překážku jak zaměstnavatelé, tak i zaměstnanci. Pro zaměstnavatele je zkrácený úvazek administrativně a ekonomicky nevýhodný a pro zaměstnance se díky nízkým příjmům z nich nevyplatí pracovat na zkrácený úvazek.

1.10 Podpora neformálních pečovatelů

Dobiášová et al. (2015) shrnují na základě výzkumu, že neformální pečovatelé a dlouhodobá péče v domácím prostředí má malou podporu ze strany státu. Přičemž Čevela a Čeledová (2013) konstatují, že podpora neformálních pečovatelů je výhodná pro všechny strany, tedy jak pro stát, tak pro neformální pečovatele ale i pro příjemce neformální péče.

Dle Kalvacha et al. (2014) je důležité, aby součástí ucelené podpory byly právě pečující rodiny a aby se z nich stali respektovaní partneři pečujících profesí a služeb. Podpora pečujících je velmi důležitá, protože pečující mohou být často na pokraji svých sil a mají pocit nedostatečné podpory od okolí, což může následně vést k chybám nebo zkratovému jednání z přetížení neformálního pečovatele. Hájková a Funk (2012) doplňují, že i v laické péči často dochází k syndromu vyhoření, který se projevuje celkovým vyčerpáním.

Autor (2014) dále doplňuje, že dobré sousedské vztahy mají velký vliv na prodloužení života v komunitě a tím případně oddálit péči v pobytovém zařízení, protože dobré sousedské vztahy navozují vyšší pocit bezpečí pro vznik náhlé nouze a potřebu pomoci.

Možnosti podpory:

- poradenství
možnost pro neformální pečovatele získat komplexní informace na jednom místě
– např. finanční podpora, podpůrná intervence, možnost vybavení bezbariérového bytu, kompenzační pomůcky apod.
- partnerská vstřícnost odborníků a poskytovatelů služeb
za účelem propojení laické péče a profesionální péče
- společenské ocenění pro pečující
- dostupnost respitních služeb
např. denní stacionář, pro případ pracovních povinností pečovatelů, nebo dovolené, nemoci atd.
- možnost neformálního řešení problémů
pomoc neformálním pečovatelům odborníkem z praxe
- změna legislativy – podpora ošetřování člena rodiny
např. započítání doby pečování do důchodového zabezpečení, krátkodobé pracovní neschopnosti atd.
- péče o zdraví pečovatele
krizové intervence, péče o tělesné i duševní zdraví, intervence syndromu vyhoření (Kalvach, et al., 2014)

Hájková a Funk (2012) shrnují základní pravidla, která pomohou pečujícím lépe vycházet s osobou, které poskytují péči ale zároveň i sám se sebou:

- důležitější než výsledek je v jaké náladě je činnost vykonávána, jak pro pečujícího tak i pečovaného
- nevztahovat si chování nemocného přímo na sebe, není mířeno na pečující, je to následek onemocnění
- nenapínejme, neopravujme, pokud ano, velmi šetrně
- víc chvalme, motivujeme
- neobětovat se do úplného vysílení
- péče od vyčerpaného pečujícího není plnohodnotná, nemocný cítí, že pečovatele zatěžuje

- uspořádat místnost (například dostupné lůžko ze tří nebo ze čtyř stran)
- nepřepečovávat – to co nemocný zvládne, udělá si sám, nebo alespoň se na péči podílet či spolupracovat
- pečující by se měl věnovat i jiným aktivitám, které mu přinášejí radost a potěšení a zároveň oprostění se od role pečujícího (procházky, sport, atd..)
- zapojovat do rozhodování nemocného
- mít dopředu přehled o službách, nebo agenturách, jako je domácí péče, či stacionář, které by případně s péčí mohl pomoci, nebo ji převzít
- vědět o možnosti poradenství, mít možnost využít zapůjčení kompenzačních pomůcek

Další možností podpory, jsou svépomocné skupiny, jejichž hlavním rysem je podle Kuzníkové et. al (2011) vzájemná podpora pečujících, předávání zkušeností mezi pečujícími, kteří se setkávají se stejným či obdobným problémem. Svépomocné skupiny mohou být zaměřeny na skupiny pečujících, pozůstalé, na rodinné příslušníky osob s poškozením mozku aj. Janečková et al. (2017) popisují, že svépomocné skupiny se objevují stále častěji a nabízejí neformálním pečujícím sdílení, nová přátelství, či pochopení a posilu v dalším pečování.

1.11 finanční podpora / volno na péči

Pečující osoby mohou využít ošetřovné, které se vyplácí maximálně po dobu 9 dnů. Výše ošetřovného je 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den (Pruša, 2016). ČSSZ (2017) doplňuje, že podmínkou pro ošetřovné je, aby zaměstnanec žil s ošetřovanou osobou v domácnosti.

Novela zákona č. 310/2017 Sb. zákona o nemocenském pojištění, která byla schválena v září loňského roku zavedla dlouhodobé ošetřovatelské volno, čímž se snaží o zlepšení podmínek pro neformální pečovatele, kteří díky dlouhodobému ošetřovatelskému volnu nebudou nuceni opustit zaměstnání a neztratí příjem ze zaměstnání (Dobiášová a Kotrusová 2017). ČSSZ (2018) popisuje, že na dlouhodobé ošetřovné vzniká nárok pojištěnci, který je alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících bezprostředně předcházejících dni vzniku potřeby pojištěn, který pečuje o osobu (musí písemně souhlasit), která potřebuje dlouhodobou péči v domácím prostředí. Autor (2018)

dále sděluje, že pojištěnec musí být manželem/manželkou, registrovaným partnerem/registrovanou partnerkou, příbuzný v přímé linii, sourozenec, teta/strýc, neteř/synovec, manžel/manželka příbuzného v přímé linii, nebo druhem/družkou, nebo jinou fyzickou osobou žijící s ošetřovanou osobou ve stejné domácnosti.

MPSV (2017) doplňuje, že nárok na dlouhodobé ošetřovné vznikne po hospitalizaci, která trvala alespoň sedm dní a ošetřující lékař určí, že zdravotní stav osoby vyžaduje dlouhodobou péči, která bude trvat nejméně třicet dní, nárok na dlouhodobé ošetřování je až devadesát dnů. Autor (2017) dále doplňuje, že je možné v průběhu pečování se vystřídat bez omezení. Janečková et. al. (2017) doplňují, že lze lépe sladit péči o osobu blízkou, či rodinného příslušníka ve chvíli, kdy vznikla potřeba péče nebo ve stadiu těžké nemoci a zaměstnání pečujícího.

Doba péče o osobu, která je závislá na péči druhé osoby, je v oblasti důchodového pojištění tzv. náhradní dobou pojištění, i když po tuto dobu není placeno pojistné. Pokud se jedná o dítě do 10 let ve všech stupních závislosti, pokud o osobu starší musí jít o stupeň závislosti II., III., nebo IV. Pokud doba péče spadá do rozhodného období pro zjišťování příjmu pro výpočet důchodu, je tato doba považována za vyloučenou, aby nedošlo k rozmělnění skutečně dosažených příjmů (Průša, 2016). Autor (2016) dále doplňuje, že tato doba se dokazuje rozhodnutím okresní správy sociální zabezpečení.

Další možností finanční podpory pro pečující osoby může představovat příspěvek na mobilitu. Beck et al. (2012) uvádí, že nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší jednoho roku, která nevyužívá pobytovou sociální službu (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením, zdravotnické zařízení ústavní péče), opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje, nebo je dopravována a není schopna samostatně zvládat základní životní potřebu, a to v oblasti mobility nebo v oblasti orientace. MPSV (2018) doplňuje, že od roku 2014 je další podmínkou nároku průkazu ZTP nebo ZTP/P. Autor (2018) dále doplňuje, že je vyplácen ve výši 550 Kč měsíčně, a to za kalendářní měsíc zpětně.

Další možností, kterou mohou neformální pečovatelé společně s osobou potřebující dlouhodobou péči využít, je příspěvek na zvláštní pomůcku. MPSV (2018) uvádí, že nárok na pomůcku mají pouze osoby, jež mají těžkou vadu pohybového nebo nosného ústrojí, nebo těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení, a to v charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo se předpokládá, že bude trvat

déle než jeden rok. Autor (2018) dále doplňuje podmínku, že zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo styk s okolím.

1.12 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči, dříve příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, který upravoval zákon o sociálním zabezpečení. V roce 2007 jej nahradil příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách, kdy se příspěvek na péči vyplácí přímo osobě, která péči potřebuje, čímž se opomínají potřeby neformálních pečujících jako cílové skupiny (Geissler, et al., 2015).

Příspěvek na péči je vyplácen osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Autorky dále doplňují, že vyplácením tohoto příspěvku se stát podílí zajištění pomoci při zvládnání základních životních potřeb. Čeledová et al. (2017) doplňuje, že nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku a jeho výše se odvíjí dle stupně závislosti a podle věku (rozdílné částky u osob mladších 18 let a starších 18 let). Autoři (2017) dále doplňují, že o přiznání příspěvku na péči rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce, která jej i vyplácí.

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let dle MPSV (2016)

- I. stupeň ve výši 3 300 Kč / kalendářní měsíc
- II. stupeň ve výši 6 600 Kč / kalendářní měsíc
- III. stupeň ve výši 9 900 Kč / kalendářní měsíc
- IV. stupeň ve výši 13 200 Kč / kalendářní měsíc

Výše příspěvku na péči pro osoby nad 18 let dle MPSV (2016)

- I. stupeň ve výši 880 Kč / kalendářní měsíc
- II. stupeň ve výši 4 400 Kč / kalendářní měsíc
- III. stupeň ve výši 8 800 Kč / kalendářní měsíc
- IV. stupeň ve výši 13 200 Kč / kalendářní měsíc

Tiskové oddělení MPSV (2019) dále doplňuje, že došlo ke schválení novely zákona o sociálních službách, ve které se zvyšuje příspěvek na péči ve III. a IV. stupni, pro osoby o které je pečováno v domácím prostředí, tedy nevyužívají pobytovou sociální službu.

Autor (2019) uvádí, že ke zvýšení dojde ve dvou vlnách a to:

- od 1. 4. 2019 zvýšení ve IV. stupni závislosti
 - z 13 200 Kč na 19 200 Kč
- od 1. 7. 2019 zvýšení ve III. stupni závislosti
 - z 9 900 Kč na 13 200 Kč (do 18 let věku)
 - z 8 800 Kč na 12 800 Kč (starší 18 let věku)

MPSV (2018) zmiňuje, že cílem tohoto zvýšení příspěvku na péči je odlehčení finanční situace těm co se rozhodli být neformálními pečovateli.

Králová a Rážová (2012) uvádějí, že stupeň příspěvku na péči se odvozuje podle schopností osob zvládat deset základních potřeb, jedná se o základní činnosti:

- mobilita
- orientace
- komunikace
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost

Autorky (2012) dále doplňují, že u osob starších osmnácti let je podmínkou pro přiznání prvního stupně příspěvku na péči, aby osoba nezvládala tři z výše zmíněných základních životních potřeb, pro přiznání druhého stupně příspěvku na péči se jedná o čtyři nebo pět základních životních potřeb, pro přiznání třetího stupně příspěvku na péči se jedná o šest nebo sedm základních životních potřeb a pro nejvyšší stupeň příspěvku na péči není osoba schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb.

Koldinská (2016) zdůrazňuje dva případy, kdy může být příjemcem příspěvku na péči pečující osoba a nikoliv osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby a to v případě, že tato osoba zemře dříve, než mu je příspěvek na péči poskytnut, nebo v případě, kdy krajská pobočka úřadu práce stanoví zvláštního příjemce příspěvku na péči, protože osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby není schopna za příspěvek na péči obstarat pomoc, tato povinnost připadá zvláštnímu příjemci příspěvku na péči.

Průša (2016) doplňuje, že tento příspěvek, by měl teoreticky kompenzovat pečujícímu finanční ztrátu způsobenou zkrácením pracovního úvazku nebo její úplné opuštění, kromě tohoto výdaje je však využívána na bydlení, dopravu či úhradu léků. Z těchto případů je zřejmé, že nebylo správné řešení zavedení příspěvku na péči vypláceného přímo občanovi, protože je s ním nakládáno jako s každým jiným příjmem osoby či celé rodiny. Autor (2016) dále uvádí, že 70 % osob, které jsou příjemci příspěvku na péči, nevyužívají žádnou registrovanou sociální službu. V prosinci 2017 pobíralo v České republice příspěvek na péči 354 700 klientů, z toho 255 847 klientů nevyužívá žádnou registrovanou sociální službu (Horecký, Průša, 2019). Autoři (2019) dále očekávají, že vzhledem ke vzrůstu osob v seniorském věku v České republice, vzroste výplata příspěvku na péči příjemcům z 355 tisíc na 632 – 734 tisíc do roku 2050.

Tabulka č. 3 – pobíraný příspěvek na péči v ČR prosinec 2017

Stupeň závislosti	Forma péče			Žádný poskytovatel soc. služeb	celkem
	pobytová	ambulantní	terénní		
I.	9 679	5 090	5 770	86 746	107 285
II.	17 237	4 662	5 064	88 503	115 466
III.	21 741	2 608	3 002	55 944	83 295
IV.	21 146	1 250	1 586	24 654	48 636
Celkem	69 803	13 610	15 422	255 847	354 682

Zdroj: Průša a Horecký, 2019, s. 13

Pečující osoby jsou osvobozené od daně z příjmu, který obdrží za poskytnutou péči, tedy z příspěvku na péči oprávněnou osobou (Koldinská, 2016).

Dle Koldinské (2016) osoba, která prokáže, že sama pečuje o osobu ve II., III. nebo IV. stupni závislosti, může být vyslána na pracovní cestu mimo obvod obce svého bydliště či pracoviště pouze se svým souhlasem. Přeložen smí být pouze na základě vlastní žádosti. Zaměstnavatel je povinný vyhovět žádosti pečujícímu zaměstnanci o osobu ve II., III. nebo IV. stupni závislosti o zkrácení pracovní doby, nebo o její vhodné úpravu, pokud tomu nebrání vážné provozní důvody. Zaměstnavatelé nesmí pečující osoby zaměstnávat přesčas. Autorka (2016) dále doplňuje, že pokud zaměstnavatelé nedodrží výše uvedené podmínky, hrozí jim za tento přestupek pokuta ve výši 300 000 Kč až 500 000 Kč.

1.13 Volno na péči a podpora pečujících v zahraničí

Podle Koldinské (2016) tři čtvrtiny zemí OECD umožňují čerpat volno kratší než měsíc pro pečování o osobu blízkou, Belgie naopak poskytuje až po dobu 12 měsíců. Skandinávské země mají vysokou dávku nahrazující ušlý příjem, ve Švédsku 80 % a v Norsku to může být i 100 %. Obce severovýchodních zemí odměňují neformální pečující mzdou, která je stejná jako mzda pečovatelského personálu v obci.

1.13.1 Rakousko

V Rakousku je zaměstnanci poskytnuto volno na péči v rozmezí od jednoho do tří měsíců. Délka tohoto volno se odvíjí od stupně závislosti osoby, o kterou je potřeba pečovat. Rakouský systém má sedm stupňů závislosti, které jsou definovány hodinovou potřebou péče. Aby pečující osobě bylo volno na péči poskytnuto, musí být osoba minimálně ve třetím stupni závislosti, pokud se jedná o osobu s demencí, stačí již stupeň první. Podmínkou volna na péči jsou tři měsíce nepřetržitého pracovního poměru před podáním žádosti, a aby byla průměrná týdenní pracovní doba alespoň deset hodin týdně. Toto volno smí čerpat manžel/ka, jejich děti, registrovaný partner/ka, jejich děti, přítel, přítelkyně, rodiče, prarodiče, sourozenci, děti, vnoučata, adoptivní rodiče, pěstouni, adoptované děti, děti v pěstounské péči, tchán / tchýně a synovec /neter. Sdílení společné domácnosti není podmínkou pro čerpání volna. Čerpání volna může být na osobu závislou pouze jednou, v případě zvýšení stupně závislosti lze znovu čerpat volno po domluvě se zaměstnancem (Geissler, 2016).

1.13.2 Irsko

V Irsku je pečovatelské volno již od roku 2001. Volno je možné čerpat v zákonem stanovené délce 13 až 104 týdnů. Podmínkou této délky je odpracování minimálně 12 měsíců u tohoto zaměstnavatele. Pokud pečující pečuje o dvě osoby závislé na pomoci, lze zažádat o navýšení volna, maximálně však na dvojnásobek, tedy 208 týdnů. Během tohoto volna může pečující osoba pracovat maximálně 15 hodin týdně a výdělek nesmí přesáhnout hranici stanovenou Ministerstvem pro sociální ochranu (11/2016 – 332,5 €). Zaměstnanec je povinen žádat o volno na péči minimálně 6 týdnů před jeho plánovaným nástupem. Toto volno je neplacené, avšak vzniká nárok na dávku pro pečující a je hrazena ze sociálního pojištění. Dávka je jednotná (2016 205 €, v případě o péči o dvě osoby 307,5 € týdně) a její podmínkou je odpracování minimálně 8 týdnů z posledních 26. Ti, kteří nemají nárok na výše zmíněnou dávku, mohou zažádat o dávku sociální pomoci o příspěvek o pečující, která je určena neformálním pečujícím s nízkým příjmem. Výše je totožná s předchozí dávkou (Geissler, 2016). Koldinská (2016) potvrzuje, že Irsko patří mezi země, které poskytují poměrně dlouhé pracovní volno. Doplňuje ještě Belgie, Francii a Španělsko.

1.13.3 Německo

Německo patří mezi jednu ze zemí, kde v posledních letech probíhá vývoj zvýšené podpory pečujících osob (Geissler, 2016). Glendinning a Moran (2009) uvádí, že Německo strukturu poskytování dlouhodobé péče měnilo jako jedna z prvních zemí a to od roku 1994. Geissler (2016) doplňuje, že volno pro péči je možné čerpat v délce až 10 dní, jako tzv. dočasná nepřítomnost, která slouží k akutnímu zajištění péče osobě blízké, kterou lze čerpat na jednu blízkou závislou osobu. O dočasnou nepřítomnost nemusí zaměstnanec zaměstnavatele dopředu upozornit, ale je povinen péči doložit od lékaře. Zaměstnanec je v tuto dobu chráněn před výpovědí a nemá nárok na odměnu. Ovšem je možné čerpat příspěvek z pojištění na péči, které je povinné a to ve výši 90 % čisté mzdy (dávka může činit maximálně 96,25 € /den). Další možností je volno na péči po dobu až 6 měsíců, nárok na volno je podmíněn minimálně I. stupněm závislosti osoby blízké. Volno na péči je možné využít pouze 1x, avšak na jednu osobu závislou ji může čerpat více osob za sebou. Žádost musí podána nejméně 10 dní před plánovaným nástupem. Třetí možností je Rodinné volno na péči, které umožňuje snížit počet pracovních hodin minimálně na 15 týdně, umožňuje tak sladění péče o osobu blízkou a pracovní aktivity. Osoba závislá musí být minimálně v I. stupni závislosti, může o ní však pečovat více osob a tak se v rodině vystřídat (Geissler, 2016).

1.14 Sdílená dlouhodobá péče

Sdílená péče je poskytována rodinnými příslušníky ale i zároveň profesionálními pečovateli za účelem seniora co nejdéle udržet v jeho přirozeném domácím prostředí (Válková a Holmerová, 2011).

Klvačová (2017) uvádí, že pro sdílenou péči je nutné, aby si pečující nejprve uvědomil, že je neformální péče v domácím prostředí velmi náročná a že na ní sám nestačí a potřebuje ji s někým dalším sdílet a podělit se o ni. Autorka (2017) také doplňuje, že je možné sdílet péči se sociální službou, protože není vždycky možné, aby se další člen rodiny na péči podílel z různých důvodů, často je další člen rodiny tím, kdo rodinu zajišťuje po finanční stránce.

Hejlová (2018) uvádí, že podle Českého statistického úřadu, by se měl počet seniorů starších 65 let v České republice zvýšit na 2,5 milionu v roce 2030 a o dalších dvacet let

později dokonce na 3,2 milionu počtu seniorů starších 65 let z nynějšího počtu 2,1 milionu. S tímto nárůstem, je ale také spojena potřeba navýšit kapacitu sociálních a zdravotních služeb, které budou moci seniorům zajistit potřebnou péči. Kaczor a Kaczor (2018) taktéž upozorňují na riziko spojené se stárnutím obyvatelstva, kdy bude potřeba udržet úroveň a dostupnost sociálních služeb, důchodového systému a zdravotních služeb.

Vávrová a Vaculíková (2017) popisují, že největší podíl české populace upřednostňuje pomoc a péči od rodiny, popřípadě pak kombinaci péče od rodiny společně s terénní nebo ambulantní službou.

1.14.1 Sociální služby, které mohou být nápomocné neformálním pečovatelům

Od vzniku sociálních služeb byly vždy koncipované většinou na potřeby osob, které jsou odkázané na pomoc jiné fyzické osoby, nikoliv na formální pečující nebo na rodinu jako celek. Péče o osoby závislé na pomoci druhých, v rodinném kruhu nebyla vnímána jako možnost zdroje poskytující péči (Kalvach, 2014). Autor (2014) dále doplňuje, že v dlouhodobé péči o seniory se jedná o jeden z nejvýznamnějších zdrojů a rodina se stává rovnocenným partnerem pečujícího týmu.

- **Raná péče**

Sociální služba zaměřená na klienta i jeho rodinu je podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb). Raná péče, která je poskytována ambulantní nebo terénní formou a zaměřuje se na rodiče a dítě do 7 let u kterého je ohrožen jeho vývoj na základě zdravotního postižení, nebo nepříznivého zdravotního stavu.

- **Respitní péče**

v platném znění jako odlehčovací péče s cílem umožnit pečujícím osobám odpočinek může být poskytována ambulantní, terénní i pobytovou formou. Je určena pro osoby se sníženou soběstačností, o které je pečováno v přirozeném prostředí (Průša 2016). Odlehčovací služby jsou poskytovány pouze na přechodnou a určitou dobu (Králová a Rážová, 2012). Janečková et al. (2017) doplňuje, že tato služba přináší pečujícím rodinám odpočinek pro načerpání nových sil.

- Tísňová péče
poskytování tísňové péče je určeno pro osoby, kterým hrozí riziko ohrožení zdraví či života, prostřednictvím hlasové a elektronické komunikace (Čevela et al., 2012).
- Pečovatelská služba
Je terénní sociální službou, jejíž cílovou skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností, nejčastěji je však poskytována seniorům, kteří využívají dovoz nebo donášku stravy, běžný úklid, nákupy a pochůzky, doprovod k lékaři a na úřady a pomoc při hygieně (Hejlová, 2018). Autorka (2018) dále doplňuje, že současným trendem po celém světě je podporovat člověka, aby mohl co nejdéle zůstat v domácím prostředí, proto je pečovatelská služba velmi významnou sociální službou, proto je třeba jí společně s neformálními pečovateli ze strany státu podporovat. Horecký a Průša (2019) uvádí, že pečovatelská služba je nejčastěji registrovanou sociální službou (717) v České republice.
- Osobní asistence
Sociální služba, jež je poskytována v domácím prostředí seniora bez časového omezení při činnostech, které osoba již sama nezvládá, cílové skupině, kterou tvoří osoby, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku, chronického postižení nebo zdravotního postižení (Čevela, et al., 2012).
- Centra denních služeb
Služba, jež je poskytována ambulantní formou, osobám se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc od jiné fyzické osoby (Čevela, et al., 2012)
- Denní stacionář
Tato služba je poskytována ambulantní formou, je určena pro osoby, které mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení či věku a zároveň potřebují pomoc v osobní péči a soběstačnosti (Králová, Rážová, 2012). Autorky (2012) dále doplňují, že uživatelé této sociální služby se každý den vrací do domácího prostředí.

1.14.2 Zdravotní služby, které mohou být nápomocné neformálním pečovatelům

Podle zákona 372/2011, Sb. Zákona o zdravotních službách (2011) je možné v domácím prostředí pacientům poskytovat jen takové zdravotnické služby, které nejsou podmíněné

technickým nebo věcným vybavením, jedná se o návštěvní službu a domácí péči. Arnoldová (2012) doplňuje, že v domácím prostředí pacienta může, být také poskytována uměla plicní ventilace a dialýza.

- **Návštěvní služba**

Jedná se o zdravotnickou službu poskytovanou v domácím prostředí, popřípadě i v prostředí nahrazující domácí prostředí jako jsou zařízení sociálních služeb v případech, kdy se pacient není schopen pro svůj zdravotní stav dostavit k lékaři (Arnoldová, 2012). Autorka (2012) dále doplňuje, že návštěvní službu mohou poskytovat všichni poskytovatelé ambulantních zdravotních služeb.

- **Domácí péče**

Podle zákona 372/2011, Sb. Zákona o zdravotních službách (2011) domácí péče zahrnuje paliativní, rehabilitační nebo ošetrovatelskou péči. Holmerová (2015) uvádí, že indikovat domácí péči mohou pouze praktičtí lékaři a ošetřující lékaři po propuštění z hospitalizace, a to na dva následující týdny po propuštění.

Uhlíř (2014) říká, že existuje i domácí hospicová péče, která kombinuje zdravotní i sociální služby, domácí hospicová služba je zaměřená na rodinu i klienta (seniora, závislého na pomoci druhé osoby). Autor (2014) dále doplňuje, že cílem je zachování důstojnosti klienta a poskytnutí podpory jeho rodině, často rodinám také poskytují poradenství ohledně příspěvku na péči, vdovského důchodu, či možnosti péče o blízkého dlouhodobě nemocného v terminálním stádiu nemoci.

1.15 Role sociální pracovníka

Gulová (2011) popisuje, že vykonávání činností sociální pracovníka je velmi rozsáhlá, zahrnuje sociálně-správní činnosti, sociálně-správní poradenství, sociální diagnostiku, sociální intervenci, sociální prevenci a ochranu, sociální koncepci, supervize, sociální management, výzkum v sociální práci a vědeckou činnost – rozvoj teorie a metodologie. Autorka (2011) dále uvádí nutnost, aby byl sociální pracovník důvěryhodný, empatický a byl schopen druhému naslouchat, či by měl být schopen přijmout klienta bez předsudků.

Hejlová (2018) uvádí, že jednou ze základních činností sociálního pracovníka, je depistážní činnost. Válková a Holmerová (2011) taktéž uvádí, že zdravotní a sociální

služby by měly být koordinovány sociálním pracovníkem za spolupráce s komunitní sestrou.

Dle Janečkové et al. (2017) se připravuje inovace, kdy koordinátoři budou v terénu vyhledávat ohrožené seniory žijící v domácím prostředí a zprostředkovávat jim a pečujícím rodinám pomoc a podporu při zvládnání péče.

Kubalčíková (2013) doplňuje, že by mělo docházet ke spolupráci také ze strany obcí, kdy rodinní pečovatelé a blízcí představují pro obce klientelu, kterou je třeba podporovat. Vávrová a Vaculíková (2017) zmiňují, že sociální pracovník příslušné obce nebo města by měl doprovázet rodinu, kde probíhá neformální péče, měl by zajistit základní ale i odborné poradenství, měl by být schopen zprostředkovat návazné sociální služby, jako jsou odlehčovací služby, terénní či ambulantní služby. Autorky (2017) dále doplňují, že by sociální pracovník měl zavádět podpůrná opatření, jako jsou například svépomocné skupiny, nabízet supervize a také nabízet další vzdělávání. Což potvrzuje i London (2015), která popisuje, že jednou z metod pomoci pečujícím je vedení podpůrných skupin a zprostředkování zdrojů, kterou mohou pečující využít.

Matoušek et al. (2013) shrnuje obecné předpoklady pro pracovníka, který vykonává pomáhající profesi, popisuje, že by měl pracovník být:

- zdatný a inteligentní
u pracovníků v pomáhajících profesích se předpokládá inteligence, která zahrnuje i inteligenci emoční a sociální, společně se zájmem obohacovat své vědomosti
- přitažlivý
jedná se o citový příklon k pracovníkovi, přitažlivost pro klienta může být způsobena fyzickým vzhledem, stylem oblékání, jeho odborností či jak přímo s klientem jedná
- důvěryhodný
pro důvěryhodnost pracovníka v pomáhajících profesích by měl pracovník splňovat následující složky, měl by být diskrétní, spolehlivý, být schopen porozumět druhému a být ochotný druhému věnovat čas
- ovládat komunikační dovednosti

komunikační dovednosti jsou základním prostředkem k poskytování pomoci, k navázání vztahu a tím k zahájení řešení situace, v této oblasti by pracovník měl ovládat naslouchání, měl by být empatický a být schopen zanalyzovat klientovy prožitky (Matoušek, et al., 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je identifikovat nesnáze, které neformální osoby dlouhodobě pečující o klienty nejvíce zatěžují.

2.2 Výzkumné otázky

- VO1
Které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?
- VO2
Jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči?

2.3 Dílčí výzkumné otázky

Pro zodpovězení výzkumných otázek uvedených v kapitole 2.2 byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které jsem rozdělila do tří oblastí. První oblast tvoří obecné výzkumné otázky (VO0) a následně dílčí otázky výše zmíněných výzkumných otázek (VO1, VO2). Hendl (2016) uvádí, že je vhodné stanovení dílčích otázek, aby kvalitativní výzkum proběhl v souladu s cíli a nevzdaloval se od nich.

VO0

- Proč jste se rozhodl/a pečovat o svého blízkého v domácím prostředí?
- O koho pečujete a v jaké míře?
- Jak dlouho již pečujete?

- Jaké konkrétní úkony zajišťujete?
- Sdílíte dlouhodobou péči s další osobou, či s nějakou sociální službou?

VO1

- Jaké pociťujete nesnáze při poskytování dlouhodobé péče?
- Které oblasti pečování vnímáte jako problematické?
- Pociťujete nějaké bariéry, které Vám brání poskytovat dlouhodobou péči v domácím prostředí?
- Z jakých důvodů jste se rozhodli domácí péči ukončit a zažádat o poskytování pobytové sociální služby?

VO2

- Prožíváte nějaká dilemata při společném rozhodování o další péči?
- Jste nuceni při poskytování dlouhodobé péče volit mezi rodinou či kariérou a zajištěním potřebné péče?
- Museli jste omezit či úplně ukončit některé volnočasové aktivity z důvodu dlouhodobé péče?
- Pokud byste se nerozhodli při další péči pro pobytovou sociální službu, byli byste nuceni k nějaké radikální změně (např. opustit zaměstnání)?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro tuto část diplomové práce jsem využila kvalitativní výzkumné strategie, metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru s neformálními pečujícími osobami, které dlouhodobě pečují o osobu, jež si podala žádost o poskytování pobytové sociální služby (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem) v Jihočeském kraji. Rozhovory jsem dále analyzovala.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu“ (Švaříček, Šedřová a kol, 2007, s. 17). Autoři (2017, s. 17) dále doplňují, že *„záměrem výzkumníka provádějící kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* Creswell (2003, s. 12) definuje kvalitativní výzkum jako *„proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního, nebo lidského problému, výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Olecká a Ivanová (2010) popisují, že u tohoto typu výzkumu je realita sledována a zkoumána velmi podrobně a do hloubky a to u malého počtu jedinců, přičemž se používá nejčastěji při porozumění lidem v sociálních situacích. Walker (2012) dále doplňuje, že u kvalitativního výzkumu často sbíráme to, co jedinci řeknou a jejich sdělení používáme jako klíče ke studovanému.

Technika polostrukturovaného rozhovoru se dle Reichla (2009) vyznačuje již předem připravenými otázkami. Důležité však je, aby výzkumník probral otázky všechny, může je však trochu jinak formulovat, či změnit jejich pořadí. Výhodou dle Miovského (2006) je, že výzkumník může podle potřeby pokládat doplňovací otázky, tak aby mohl lépe pochopit daný problém.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru jsem rozdělila do tří okruhů, první z okruhů (nazvaný VO0) obsahuje obecné otázky, získám z nich informace, jako například proč se informanti rozhodli pro dlouhodobou domácí péči, dále o koho pečují, po jakou dobu, anebo zda dlouhodobou domácí péči sdílí s další blízkou osobou nebo sociální službou.

První okruh (VO0) mi slouží k lepšímu pochopení situace o poskytování dlouhodobé domácí péče v dané rodině. Druhý okruh otázek, nazvaný VO1, vztahující se k první výzkumné otázce - Které nesnáze či bariery vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami? V tomto okruhu, jsem si stanovila pět dílčích otázek. Poslední, třetí okruh VO2 se zabývá poslední výzkumnou otázkou a to – Jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči? I v posledním okruhu jsem si stanovila dílčí výzkumné otázky, konkrétně tři dílčí otázky.

Všechny jednotlivé dílčí otázky jsem se snažila stanovit tak, aby byly pro informanty co nejvíce srozumitelné. Polostrukturovaný rozhovor se skládal ze třinácti dílčích otázek, většinou jsem pokládala všechny, pouze když informant již v dřívější dílčí otázce zodpověděl, již jsem další dílčí otázku nepokládala.

Všechny informanty jsem získala pomocí techniky snow-ball. Babbie (2010) uvádí, že tato technika je vhodná pro informanty, které je těžké lokalizovat. Prvního informanta jsem znala osobně a věděla, že splňuje všechny podmínky. Provedla jsem s ním první rozhovor a on mi následně doporučil další informanty, kteří splňují kritéria a podmínky. Babbie (2010) uvádí, že tato technika je vhodná pro informanty, které je těžké lokalizovat.

3.2 Charakter výzkumného souboru

Počet rozhovorů byl stanoven do vysycení vzorku. Výzkumný soubor tedy tvoří pět informantů, kteří pečují o seniora v domácím prostředí, který si podal žádost o poskytování institucionální sociální služby. Všichni informanti jsou v přímé rodinné vazbě se seniorem, o kterého pečují. Dvě z informantů jsou vnučky, tři jejich vlastní děti. Všichni informanti jsou z jižních Čech a senior, o kterého pečují, má podanou žádost do domova pro seniory, nebo do domova se zvláštním režimem v jihočeském kraji.

3.3 Vlastní realizace výzkumu

Polostrukturované rozhovory jsem s informanty prováděla o v období mezi 1. 7. 2019 až 12. 7. 2019. Ty rozhovory probíhaly vždy s jedním členem rodiny, který pečuje o seniora sám, nebo nejvíce z rodiny, bez přítomnosti dalších osob. Všechny informanty jsem ujistila, že žádné citlivé ani osobní údaje, které mi v průběhu poskytnou, nebudou nikde publikovány a ani nijak zneužity.

Všechny informanty, jsem požádala, zda je možné, abych si rozhovory nahrávala na diktafon, po sdělení, že nahrávky rozhovorů nebudu nikde publikovat, všichni informanti

s nahráním rozhovorů souhlasili. Informanty jsem informovala, že rozhovory si přepíší do elektronické formy a budou následně sloužit pouze k vyhodnocení výsledků výzkumu.

Připravený polostrukturovaný rozhovor jsem měla vždy u sebe připravený, rozhovor se odvíjel podle toho, jak moc byl informant sdílný, někdy se stalo, že mi při jedné otázce zodpověděl i otázku další.

Po provedení rozhovorů jsem vždy informantům poděkovala za jejich čas, který mi ochotně věnovali a za jejich vstřícnost a následně jsem si rozhovory doslovně přepsala do elektronické podoby, abych je mohla dále vyhodnocovat.

3.4 Analýza a interpretace dat

Všechny rozhovory poskytnuté od informantů jsem přepsala v doslovné podobě do elektronické formy. Jednotlivé sdělené informace jsem si roztřídila podle jednotlivých okruhů a následně každou sadu dílčích otázek zpracovávala jednotlivě. Odpovědi jednotlivých otázek jsem třídila a zapisovala do předem připravených archů a výsledky následně tabulek pro lepší přehlednost a orientaci v nich. Tabulky s výsledky jsem vložila do následující čtvrté kapitoly – Výsledky. Výsledky jsem opět roztřídila podle okruhů. Pro lepší pochopení situace, často cituji přímo informanty.

3.5 Etické zabezpečení výzkumu

Z počátku provádění každého rozhovoru jsem informanty seznámila s výzkumem, s cílem této diplomové práce a také jakým způsobem budou jejich informace vyhodnocovány. Ujistila jsem informanty, že se nikde neobjeví žádné osobní údaje, ani citlivé, které by je mohly nějakým způsobem poškodit. Všechny informanty jsem požádala o souhlas s nahráváním rozhovoru, kdy jsem je opět ujistila, že nahrávky rozhovorů nebudou nikde publikovány a že budou sloužit k přepisu a následnému vyhodnocování výsledků výzkumu.

Švaříček, Šedřová a kol. (2007) upozorňují, že je potřeba zvážit, jaké důsledky by mohlo mít zveřejnění názorů a závěrů pro jeho účastníky, proto je potřeba zajistit, že nebudou uveřejněna žádná data, které by mohla vést k identifikaci informátora.

Z důvodu, který uvádějí autoři v předchozím odstavci, nejsou nikde uvedena jména informátorů, jsou v celém výzkumu označeni informant 1 až 5, nejsou uvedeny žádné další informace o informátorech – např. kde pracují a tak dále.

Z výše uvedených důvodů jsem se snažila držet při nahrávání rozhovorů základních etických zásad, tak aby informanti nebyli žádným způsobem poškozeni. Se všemi jsem se snažila jednat s respektem a úctou, tak aby informanti měli důvěru a neměli obavy, že informace, které mi poskytnou, budou nijak zneužity.

4 Výsledky

Na začátek čtvrté kapitoly krátce shrnu informace o každém z informantů.

Informantka č. 1 pečuje o svoji babičku, na otázku proč se rozhodla o ni pečovat v domácím prostředí, uvedla, „*protože jsem si neuměla představit, že dám svoji babičku do domova důchodců, nikdy tam nechtěla a vždycky se o mě starala, mám pocit, že jí to musím vrátit*“. Babička informantky trpí Alzheimerovou chorobou a pro informantku je velmi těžké, když jí vlastní babička nepoznává. V péči jí pomáhá pečovatelská služba dvakrát denně na dvě hodiny, kterou může uhradit z přiznaného příspěvku na péči ve IV. stupni. U babičky je potřeba zajistit veškeré základní potřeby, babička je mobilní, ale z důvodu onemocnění je potřeba pomáhat s veškerou péčí, pečovatelská služba pomáhá respondentce s hygienou, kterou ani s pomocí vnučky nezvládá, ostatní potřeby jako stravování, oblékání, medikaci, úklid, atd. zajišťuje informantka sama.

Informantka č. 2 pečuje o svoji matku u sebe doma z důvodu úrazu, který se její matce stal, následně byla hospitalizována na oddělení následné péče, kde ji informantka nechtěla nechat a proto si ji vzala k sobě domů. Také uvedla, že „*ted' nastal čas, jí veškerou péči vrátit zpátky*“. S péčí jí pomáhá její bratr a pečovatelská služba, která jí pomáhá s hygienou a se zajištěním stravy (dovoz obědů). Informantka také dodává, že bez podpory jejího manžela a svých dětí, by péči jen těžko zvládala. Dcera pro svoji matku, která je imobilní, zajišťuje téměř všechno, počínaje přípravou stravy, vysazení v lůžku, dohled nad medikací, pomoc s oblékáním, hygienou a podobně.

Informantka č. 3 dlouhodobě pečuje o svoji matku, informantka uvádí taktéž, že by si nedovedla představit, že by její matka byla někde jinde než doma a zmiňuje, že to cítí jako svoji povinnost se o ni postarat. Matka je imobilní, potřebuje 24 hodinovou péči, informantka sděluje „*je to péče jako o batole, tak by řekla, že dělám všechno, co jde od rána do rána*“. S péčí jí pomáhá manžel, nebo dcera, ostatní sourozenci s ní dlouhodobou péči nesdílejí, žádnou sociální službu nevyužívá.

Informant č. 4 pečuje o svoji matku, za pomoci svojí manželky, uvádí, že to bylo jejich společné rozhodnutí, jako lepší varianta, než aby jeho matka byla v domově důchodců. O matku se starají po prodělané mozkové příhodě, po které potřebuje celodenní péči. Informant zajišťuje přemísťování matky na vozík, do vany a jiné fyzicky náročné úkony péče, zastupuje ji v právních věcech na základě plné moci, kterou mu udělila. Společně

s manželkou zajišťují podávání stravy, hygienu, pomoc s oblékáním a další. Informant sděluje, že má možnost pracovat z domova, což je velká výhoda, o péči se dělí s jeho manželkou a se sociální službou – pečovatelskou službou, která dochází 3x v týdnu 3x denně.

Informantka č. 5 dlouhodobě pečuje o svého dědu za pomoci své matky a pomoci své babičky, manželky dědy. Informantka uvádí, že její děda „*vždy považoval domovy důchodců za chudobince, kam by se nechtěl dostat, pokud to půjde, rádi bychom respektovali jeho přání.*“ Informantka uvádí, že péče o dědu spočívá v celodenní péči, kdy se musí připravovat a podávat strava, pomoc s vyprazdňováním, pomoc s hygienou a další. Péči vnučka nesdílí s žádnou sociální službou, pečuje za pomoci své matky a babičky.

4.1 Okruh V00

Tabulka č. 4 - základní popis informantů

	pohlaví	věk	zaměstnání
Informant č. 1	žena	41	ne
Informant č. 2	žena	52	ano
Informant č. 3	žena	49	ne
Informant č. 4	muž	58	ano
Informant č. 5	žena	38	ano

Zdroj: vlastní výzkum

Ve výše uvedené tabulce (Tabulka č. 3 - základní popis informantů) jsou uvedeny základní informace informantů, se kterými byl prováděn kvalitativní výzkum za pomoci metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Celkem byl proveden polostrukturovaný rozhovor s pěti informanty, s tím že se jedná o čtyři ženy a jednoho muže ve věkovém rozmezí od 38 let do 58 let, tedy všichni z informantů jsou v produktivním věku.

Dva informanti nejsou zaměstnání z důvodu pečování o seniora v domácím prostředí, tři pracují na plný úvazek, dva ze zaměstnaných informantů mají možnost práce z domova, což je pro ně a rodinu velkou výhodou v kombinování neformální péče v domácím prostředí, například Informant č. 4 mi sdělil: „*mám práci, která mi dovoluje pracovat převážně z domova, takže s pomocí pečovatelek a manželky to zvládneme*“. Informantka č. 2 mi sdělila, „*musím říct, že mám veliké štěstí, že mám tolerantního zaměstnavatele, a když potřebuju, můžu výjimečně pracovat z domova.*“

Tabulka č. 5 - popis seniorů, o které je pečováno

	O koho pečujete	Jak dlouho	Stupeň PNP	Sdílette péči s někým
Informant č. 1	babička	18 měsíců	IV.	pečov. služba
Informant č. 2	matka	12 měsíců	III.	pečov. služba, bratr
Informant č. 3	matka	22 měsíců	III.	manžel, dcera
Informant č. 4	matka	13 měsíců	IV.	pečov. služba, manželka
Informant č. 5	děda	26 měsíců	III.	matka, babička

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 4 – popis seniorů, o které je pečováno, jsem shrnula základní údaje, o koho informanti pečují, vždy se jedná o přímého rodinného příslušníka, tři informanti pečují o svoji matku, dva o prarodiče (1 informant o babičku, 1 informant o dědu).

Všichni z informantů pečují rok a déle, nejdéle pečuje informant č. 5 a to přes dva roky.

Příspěvek na péči mají přiznaný všichni senioři, o které informanti pečují, tři mají příspěvek na péči přiznaný ve třetím stupni ve výši 12 800 Kč, dva ve čtvrtém stupni ve výši 19 200 Kč. Informantka č. 1 uvedla, že i přes přiznaný čtvrtý stupeň příspěvku na péči ve výši 19 200 Kč, „*má ten největší příspěvek no, to nestačí na tu pečovatelku*“, která dochází dvakrát denně, vždy na dvě hodiny.

Všichni z informantů péči sdílí s někým dalším, tři z nich využívají sociální služby – pečovatelské služby, čtyři za pomoci rodiny, tedy dva informanti kombinují péči se sociální službou i rodinou.

Tabulka č. 6 – důvody neformální péče, konkrétní činnosti, které pečující zajišťují

	proč pečujete v domácím prostředí	konkrétní činnosti
Informant č. 1	pocit povinnosti	stravování, hygiena, péče o zdraví, doprovod, aktivity přes den
Informant č. 2	pocit povinnosti	komplexní celodenní ošetrovatelská péče
Informant č. 3	pocit povinnosti	komplexní celodenní ošetrovatelská péče
Informant č. 4	lepší varianta, než pobytová sociální služba	doprovod, právní zastupování, pomoc s přesunem, stravování, oblékání, hygiena
Informant č. 5	respektování přání seniora - zůstat doma	komplexní celodenní ošetrovatelská péče

Zdroj: vlastní výzkum

Ve výše uvedené tabulce (Tabulka č. 5 – důvody neformální péče, konkrétní činnosti, které pečující zajišťují) jsou uvedeny důvody, pro které se informanti společně se seniorem rozhodli pro neformální péči a vyjmenované činnosti, které seniorům poskytují, nebo ve kterých jim pomáhají.

Je zajímavé, že na první výzkumnou otázku, proč se informanti rozhodli o svého blízkého pečovat v domácím prostředí, první tři informantky, zmínily ve své odpovědi pocit odpovědnosti, nebo že to svému rodiči nebo prarodiči musí vrátit. Informantka č. 1 uvedla, „*vždycky se o mě starala, mám pocit, že jí to musím vrátit*“, Informantka č. 2 sdělila, „*vždy jsme spolu měly moc hezký vztah, byla tady pro mě vždycky, když jsem jí potřebovala, teď nastal čas, jí veškerou její péči vrátit*“, obdobně mi odpověděla na otázku i Informantka č. 3, která uvedla, „*starala se o mě, když jsem byla malá, myslím, že je to moje povinnost, sourozenci se o maminku doma starat nechtějí*“.

Ve třetím sloupci výše uvedené tabulky můžeme vidět konkrétní činnosti, které jsou seniorům nejčastěji neformální osobou nejčastěji poskytovány, nebo je jim s nimi pomáháno. Tři informantky uvedly, že poskytují komplexní celodenní ošetrovatelskou

péči (oblast hygieny, stravování, oblékání, péče o domácnost, péče o zdraví, doprovod/zastupování, komunikace, orientace, osobní aktivity). Jedna informantka uvedla, že zajišťuje cca 5 činností a Informant č. 4 uvedl těchto aktivit osm. Vzhledem sdělení těchto skutečností informanty a přiznaným příspěvkům na péči, je jasné že, péče je velmi časově i psychicky náročná. Informantka č. 3 například uvedla: „*no, ona už se sama ani nenají, je to péče jako o batole, tak bych řekla, že dělám všechno, co jde od rána do rána*“, Informantka č. 1 sdělila: „*dělám všechno, sama jen chodí, ale musím jí pomoci s koupáním, dát jí najíst, léky, zabavit ji během dne, oblíknout ji nebo dovézt k doktorovi, pečovatelka mi jezdí pomoci s koupáním a úklidem, protože na to už nemám sílu*“.

4.2 Okruh VO1

Okruh VO1 se zabývá vyhodnocením výzkumné otázky – které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?

Tabulka č. 7 – nesnáze při poskytování dlouhodobé péče

	nedostatek financí	omezený/nevhodný prostor	omezení volného času	jiné
Informant č. 1	X	X	X	psychická zátěž
Informant č. 2	X	X	X	
Informant č. 3	X	X		přesun
Informant č. 4		X	X	
Informant č. 5	X	X	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že mezi nejvýraznější nesnáze při poskytování dlouhodobé péče neformální osobou seniorům je nedostatek poskytnutých financí na domácí péči, omezený či nevyhovující prostor pro poskytování péče, nebo omezený prostor, který narušuje soukromí seniora, nebo pečující osoby a také omezení volného času. Tyto nesnáze byly zmíněny velmi často, omezené nebo nevhodné prostory zmínil každý z informátorů, nedostatek financí a omezení volného času pak zmínilo čtyři z celkových pěti informátorů. Mezi další nesnáze, které však byly zmíněny pouze jednou, uvedli informátoři psychickou zátěž a nesnáze s přesouváním seniora, který je imobilní.

Informantka č. 1 mi ohledně nesnázi zmínila taktéž nedostatek financí: „*pomoc od státu není moc dobrá, sice se zvedl příspěvek, ale k tomu i ceny všech služeb, tak je to zvýšení zase na nic*“, Informantka č. 3 uvedla: „*museli jsme se uskromnit, protože jsem kvůli péči o mamku opustila zaměstnání, ale teď to snad bude lepší, jak se nám zvednul ten příspěvek.*“

Omezený nebo nevhodný prostor pro poskytování dlouhodobé péče neformální osobami uvedl každý z informátorů jako nesnázi, kterou pociťují. Informantka č. 1 mi sdělila „*taky není vhodné, abychom obě s babičkou žily v jednopokojovém bytě, jednak nemám prostor na vybavení, ale taky si nemůžu nikoho pozvat domů*“, Informantka č. 5 uvedla: „*problémy máme hlavně s vybavením bytu, postel není polohovatelná, je moc nízká a tak je velký problém dostat dědu na gramofon, největším problémem je koupání vzhledem k tomu, že je v bytě pouze vysoká vana, do které není děda schopen se dostat*“.

Omezení volného času je další nesnázi, kterou osoby neformálně pečující o seniora pociťují jako nesnázi. Informant č. 4 sdělil, že „*se všechno musí dopředu plánovat a naprostou ztrátu soukromí a volného času*“ dále doplnil, „*nemáme čas pro sebe, když chceme něco vyřídit nebo už si opravdu potřebujeme odpočinout, musíme se domloutvat s manželčinou sestrou a ta samozřejmě také pořád nemůže.*“

Tabulka č. 8 – problematické oblasti v pečování

	celková hygiena	jiné
Informant č. 1	X	hygiena dutiny ústní
Informant č. 2	X	
Informant č. 3	X	hygiena dutiny ústní
Informant č. 4	X	výměna inkontinentních pomůcek
Informant č. 5	X	výkon fyziologické potřeby

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že všichni z informantů spatřují jako nejvíce problematickou oblast v pečování o seniora, provádění celkové hygieny. Důvodem je

transport do koupelny, nebo že senior celkovou hygienu odmítá, popřípadě pro Informanta č. 4 je velmi nepříjemné provádět celkovou hygienu u vlastní matky, uvádí: „zvládnou ji dát do vany a taky ji z ní vyndat, ale nedokážu mámu umejt, to mi prostě nejde“.

Další, nejčastěji zmiňovanou problematickou oblastí v rámci hygieny, je u informantů provádění hygieny dutiny ústní, dále výměna inkontinentních pomůcek a také samotný výkon fyziologické potřeby.

V otázce, zda pociťují pečující osoby o seniora nějakou bariéru, které by jim bránila poskytovat dlouhodobou péči v domácím prostředí, se Informantka č. 1 a Informantka č. 2, shodly, že velkou bariérou je transport, ať už jen ven, na procházku, nebo k lékaři. Pro pečující osoby je v rámci transportu největší bariérou samotná přeprava autem. Ostatní informátoři pak spatřují bariéru v komunikaci s různými institucemi nebo úřady.

Tabulka č. 9 – rozhodující důvody pro ukončení domácí péče

	↑ náročnost (psych. i fyz.)	vlastní zdrav. problémy	↓ času na péči	obavy z budoucnosti	↓ financí
Informant č. 1	X	X			X
Informant č. 2	X	X		X	
Informant č. 3	X	X		X	
Informant č. 4	X			X	
Informant č. 5	X	X	X		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 8 – rozhodující důvody pro ukončení domácí péče jsou uvedeny důvody, pro které se pečující osoby rozhodli společně se seniorem, že do budoucna ukončí domácí péči a podají si žádost do pobytové sociální služby.

Všech pět informantů se shodlo na tom, že jeden z rozhodujících důvodů pro ukončení neformální péče je vysoká celková náročnost. Informantka č. 3 například uvedla: „*péči už nezvládám, pro svoji jistotu jsme podali žádost do důchod'áku*“, Informant č. 4 sdělil: „*máma vyžaduje čím dál víc odborné péče, na kterou už nestačíme.*“

Každý z informantů uvádí nějaký další důvod, který se stal rozhodujícím pro podání žádosti o poskytování pobytové sociální služby. Často tento další důvod podmiňuje první zmíněný – vysoká náročnost. Jako další důvody uváděli informanti vlastní zdravotní problémy, nedostatek financí pro další poskytování domácí péče, obavy z budoucnosti, nebo nedostatek času pro poskytování dostatečné domácí péče v kvalitě, jakou si představují za ideální pro seniora.

Celkem čtyřikrát informanti uvedli, že důvodem pro ukončení jsou vlastní zdravotní problémy, nebo potíže, ale také obava z nich v budoucnosti, kdy by pak nebyli schopni nadále pečovat v domácím prostředí. Informantka č. 1 uvedla: „*sama mám plno zdravotních problémů*“, Informantka č. 2 sdělila: *bojím se i o své zdraví, které se s přibývajícím věkem zhoršuje*. Informantka č. 3 uvádí: *můžou přijít nějaké moje zdravotní komplikace a pak už bych péči nezvládala vůbec.*“

Tříkrát se pak objevuje i strach nebo konkrétní obavy z budoucnosti, které častou souvisejí i s předchozím důvodem – zhoršením zdravotního stavu pečujících osob. Informantka č. 3 uvádí: „*nikdy nevíte, co se budoucnu může stát*“, Informant č. 4 sděluje: „*také se nám má brzy narodit první vnouče, manželka bude potom nějaký čas bydlet u dcery, aby ji alespoň v začátcích pomohla, a já to sám nezvládnou.*“

Nedostatek času pro poskytování neformální péče a nedostatek financí pak byl zmíněn pouze jednou. Informantka č. 5 uvádí: „*již nezvládáme péči o dědu z časových důvodů, protože já chodím do práce a mám malé děti*“. Nedostatek financí zmiňuje Informantka č. 1, která uvedla následující: „*nemám peníze na to, abych ji mohla mít doma a platit pečovatelku na delší dobu, odešla jsem z práce, tak vyjdeme jen tak tak.*“

Tabulka č. 10 – omezení (ukončení) aktivit způsobené pečováním

	setkání přátelé	koníčky	setkání s rodinou
Informant č. 1	X	X	
Informant č. 2	X	X	
Informant č. 3	X	X	X
Informant č. 4	X	X	
Informant č. 5		X	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 9 – omezení (ukončení) aktivit způsobené pečováním o seniora znázorňuje, jakých volnočasových aktivit se neformálně pečující osoby museli úplně vzdát, nebo je ve značné míře museli omezit. Volnočasové aktivity, které mi informanti sdělovali, jsem roztříдила a zařadila do tří kategorií, které je zaštitují. Jedná se především o setkání s přáteli, zájmy nebo koníčky a setkávání s rodinou.

Omezení nebo ukončení koníčků nebo zájmu neformálních pečovateli uvedl každý informant. Jedná se o sportovní či rekreační aktivity, zájezdy či výlety nebo hraní společenských her. Informantka č. 1 uvedla: „na koníčky nemám sílu, večer jsem tak unavená, že jen koukám na televizi.“ Informantka č. 2 sdělila: „musela jsem si vybrat mezi jógou a chozením s trekingovejma holema se sousedkou, chodím tedy jen na jógu kvůli záduům.“

Setkání s přáteli je také výrazně ovlivněno neformální péčí o seniora v domácím prostředí, čtyři z pěti informantů uvedli, že jej museli také výrazně omezit, nebo úplně ukončit. Informantka č. 1 sdělila: „kamarádky za mnou už nechodí, protože já na ně stejně nemám čas, vždycky je u babičky co dělat.“ Informantka č. 2 odpověděla: „měly jsme s holkama z vejšky pravidelné srazy, byla jsem dobrá parta už na škole, tak to jdu jen když to jde, pravidelně to není možné.“

Informantka č. 3 uvedla, že kvůli neformální domácí péči musí omezit všechno, včetně rodiny „vlastně všechno šlo tak nějak stranou, koníčky, přátelé, rodina, všechno.“ Žádný další informant omezení setkání s rodinou nevedl, naopak Informant č. 4

odpověděl: „*návštěvy rodiny musí být jediné u nás, protože nemůžeme od mámy odjet, kdyby se s ní něco dělo.*“

4.3 Okruh VO2

Okruh VO2 se zabývá za pomoci dílčích otázek základní výzkumnou otázkou – jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionálním zařízení?

Tabulka č. 11 – dilema při rozhodování o další péči

	Prožíváte při rozhodování o další péči nějaké dilema?	Dilema v minulosti?	Jaké?
Informant č. 1	Ne	Ano	práce x péče
Informant č. 2	Ano	Ne	práce x péče
Informant č. 3	Ne	Ano	práce x péče
Informant č. 4	Ne	Ne	-
Informant č. 5	Ne	Ne	-

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 10 je znázorněno, zda informanti poskytující neformální péči prožívají v dalším rozhodování o péči v budoucnu nějaká dilema. Někteří mi sdělili, že dilema prožívali dříve, ale už se museli nějakým způsobem rozhodnout, proto jsem do výše uvedené tabulky zařadila i dilema v minulosti.

Dva z informantů uvedli, že dilema neprožívají v oblasti rozhodování a budoucí péči neprožívají žádné dilema. Oba dva mají již jasno, jak péče bude probíhat. Informant č. 4 uvedl, „*na všem se dokážeme s manželkou dohodnout, pokud je to vážnější rozhodnutí, tak ho ještě konzultujeme s její sestrou.*“ Informant č. 4 již v dřívějších sděleních uvedl, že nemají problém s finančním zajištěním a že mají oba možnost práce z domova, on kdykoliv a jeho manželka příležitostnou. Dokud by to bylo možné, péče by probíhala v domácím prostředí, je pro ně i variantou, že by jeho žena mohla opustit zaměstnání, avšak přes vysokou náročnost mají podanou žádost do pobytové sociální služby. Informantka č. 5 je druhou, která neuvédla, že by prožívala nějaké dilema při rozhodování o budoucí péči o dědu. Vzhledem k tomu, že si nemůže dovolit opustit zaměstnání,

protože splácení dům a má malé děti, neprožívá žádné dilema jak péči jinak zajistit než pobytovou sociální službou, sama uvedla: „vím, že práci opustit nemůžu, takže žádné dilema neprožívám.“

Tři informanti uvedli, že dilema prožívají nyní nebo jež prožívali v minulosti. Ti co jež prožívali v minulosti (informantka č. 1 a informantka č. 3) již v nynější době dilema neprožívají, protože jež byli nuceni vyřešit. Obě informantky opustily zaměstnání, aby mohly v domácím prostředí seniorovi poskytovat neformální péči. Informantka č. 1 uvedla: „velké dilema jsem měla, než sem opustila práci, vybrat si mezi prací a babičkou bylo těžké, ale rozhodla jsem se.“ Informantka č. 3, která také prožívala dilema v minulosti, sdělila: „dřív byla těžká volba práce nebo máma, mezi péčí o mámu a koničky nebo přáteli jsem dlouho neváhala.“

Informantka č. 2 jako jediná uvedla, že prožívá dilema v době provádění polosrukturovaných rozhovorů, uvedla: „Jasně, že se pořád bojím, co bude dál, chci se o maminku postarat co nejdéle, ale nevím, co dalšího přijde, kdyby se její stav zhoršil, musela bych opustit práci, ale máme hypotéku, nevím, co bych dělala.“

Tabulka č. 12 – volba mezi péčí x rodinou / kariérou

	Volba mezi rodinou a péčí	Volba mezi kariérou a péčí
Informant č. 1	bez rodiny	odchod ze zaměstnání
Informant č. 2	péče	zaměstnaná (možnost občasně práce z domova)
Informant č. 3	-	odchod ze zaměstnání
Informant č. 4	-	zaměstnaná (práce z domova)
Informant č. 5	péče	zaměstnaná

Zdroj: vlastní výzkum

Ve výše uvedené tabulce je zaznamenáno, zda neformálně pečující osoby volí mezi zajištěním domácí péče a svojí rodinou ve druhém sloupci, ve třetím sloupci je zaznamenáno, zda museli učinit volbu mezi zajištěním domácí péče a svojí kariérou.

Volbu mezi péčí a rodinou udělali dvě informantky, které upřednostňují péči o seniora před trávením času se svoji rodinou. Informantka č. 2 uvedla: „*ano, samozřejmě, na prvním místě je vždycky zajistit péči o maminku.*“ Informantka č. 5 uvádí: „*rádi bychom jeli na nějaký čas s rodinou na dovolenou nebo na výlet, ale v současné době to není možné.*“ Jedna informantka uvedla, že tuto volbu dělat nemusí, protože svoji rodinu nemá. Zbylí dva informanti zatím dokáží zkombinovat péči o seniora a trávení času s rodinou dohromady.

Ve třetím sloupci je uvedeno, zda se informanti museli rozhodnout mezi svojí prací a budování kariéry nebo poskytováním dlouhodobé péče seniorovi v domácím prostředí. Dva informanti na úkor pečování o seniora museli opustit zaměstnání. Informantka č. 1 uvedla, že již takovou volbu nyní dělat nemusí, protože jí učinila v minulosti: „*ne, nemám se mezi čím rozhodovat, nemám ani rodinu ani práci.*“ Informantka č. 3 uvedla: „*tak já jsem odešla z práce, kterou jsem měla moc ráda, tohle ale bylo přednější, bylo to těžké rozhodnutí, bude mi padesát a kde pak shánět práci.*“ Dva informanti mají možnost občasné nebo úplné práce z domova, tak nejsou nuceni tuhle volbu činit. Informant č. 4 uvedl: „*já naštěstí tuhle volbu dělat nemusím, pracuju jako ajiák, takže mi vlastně stačí notebook a stůl a manželka má tolerantního zaměstnavatele, takže když je nějaký problém, tak pracuje z domova i ona.*“ Informantka č. 2 uvedla: „*musím říct, že mám tolerantního zaměstnavatele, a když potřebuju, můžu výjimečně pracovat z domova.*“

Tabulka č. 13 – možné změny pokud by se informanti nerozhodli pro institucionální péči

	Jsou možné další změny, které podpoří domácí péči?	Jaké?
Informant č. 1	ne	-
Informant č. 2	ne	-
Informant č. 3	ne	-
Informant č. 4	ano	výpověď manželky
Informant č. 5	ne	-

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 12 se zabývá poslední dílčí otázkou polostrukturovaného rozhovoru, zda by pečující osoby byli nuceni k nějaké radikální změně, pokud by se nerozhodli pro pobytovou sociální

službu. Čtyři z informantů sdělili, že již není další žádná možná změna, pro kterou by se mohli rozhodnout tak, aby i nadále mohli pokračovat v neformální domácí péči o seniora. Pouze jeden informant odpověděl, že je ještě možnost aby jeho manželka dala výpověď v zaměstnání a mohla nadále pečovat o jeho matku v domácím prostředí. I přes tuto skutečnost mají podanou žádost o poskytování pobytové sociální služby, Informant č. 4 uvedl: *„pravděpodobně by zaměstnání musela opustit manželka, pokud bychom se dopracovali k tomu, že si u sebe necháme mámu napořád, její pořád se zhoršující zdravotní stav by totiž vyžadoval dvacetičtyřhodinou péči a to by i s její prací nešlo zařídit.“* Dále doplnil: *„to by bylo pouze v případě, že by ji do důchod'áku nevzali, je to náročný už teď, natož kdyby to žena musela dělat pořád, bez možnosti „odpočinku“ od péče v práci, jestli chápete jak to myslím.“*

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že všichni informanti se přes prvotní přesvědčení, že se o seniora z rodiny postarají doma, že o něj budou neformálně pečovat, dostali k tomu, že bez využití pobytové sociální služby to není vždy možné a to z více možných důvodů.

5 Diskuze

V této diplomové práci jsem se zaměřila na osoby, které poskytují neformální péči seniorům v domácím prostředí.

Nejdříve jsem se zaměřila na dlouhodobou péči obecně, jejím vývojem v čase a i jejím porovnání v evropských zemích. Dále jsem krátce charakterizovala stáří a změnami, které jej provází, poté jsem se již zabývala neformálními pečujícími, členěním neformální péče, její četností ale také s přínosy a riziky, které se s ní nedílně pojí. Také jsem se zaměřila na ekonomický status osob, které poskytují neformální péči, jejich možnou podporu, ať už v podobě finanční nebo možnosti volna na poskytování dlouhodobé péče. Následně jsem se také zaměřila na příspěvek na péči a jeho využívání v kontextu dlouhodobé péče. Zmínila jsem také služby, které mohou být nápomocné neformálním pečovatelům v oblasti sociální i zdravotní.

V praktické části této diplomové práce jsem nejprve uvedla cíl práce – identifikovat nesnáze, které neformální osoby dlouhodobě pečující o klienty nejvíce zatěžují. Za pomoci dvou výzkumných otázek:

- Které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?
- Jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta institucionální péčí?

K těmto dvěma výzkumným otázkám jsem stanovila dílčí výzkumné otázky, které byly rozděleny do tří oblastí (VO0, VO1, VO2). Rozhovory jsem následně dle dílčích otázek kódovala a poté kategorizovala. Jednotlivé kategorie jsou uvedeny v kapitole Výsledky.

V první oblasti (VO0) jsem se zabývala obecnými skutečnostmi o informantech.

Informanti v tomto kvalitativním výzkumu jsou čtyři ženy a jeden muž. Jediný muž se ve svém sdělení velmi často odkazoval na svoji manželku, která měla vysoký podíl na poskytování neformální péče. Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) jsou právě neformálními pečovateli nejčastěji ženy, často dcery v případě péče o seniora. S tímto souhlasí také Dudová a Vohlídalová (2018) a doplňují, že muži také pečují, ale ženy jsou do péče zapojeny více. Toto tvrzení také koresponduje s tímto výzkumem, kdy informant

– muž velmi často odkazuje na svoji manželku, která mu v péči o jeho matku velmi pomáhá. Ostatní informanti – ženy jen velmi zřídka zmíní muže v rodině, který by jim výrazně pomáhal v poskytování neformální péče v domácím prostředí o seniora. S tímto také na základě svého výzkumu souhlasí Šimoník (2015) a doplňuje, že ženy pečují více a také delší dobu než muži.

Všichni jsou věku od 38 do 58 let, tedy v produktivním věku, dvě informantky nejsou zaměstnány a jedna stojí před volbou, zda zaměstnání opustit nebo najít jinou alternativu pro poskytnutí adekvátní péče pro seniora. S tímto souhlasí Geissler (2016), který ve svém výzkumu uvádí, že v porovnání skupiny pečujících osob a obecné populace jsou neformálně pečující osoby méně ekonomicky aktivní než osoby v produktivním věku, které o nikoho dlouhodobě nepečují.

Všichni informanti jsou přímým rodinným příslušníkem seniora, o kterého pečují. Stejně jako uvádí (Dobiášová et al., 2015), že rodinní příslušníci jsou nejčastějším poskytovatelem neformální péče v domácím prostředí.

- **Výzkumná otázka: Které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?**

Kvalitativním výzkumem bylo zjištěno, že mezi nejvýraznější nesnáze patří následující kategorie:

- nedostatek financí na domácí péči
- omezený nebo nevhodný prostor pro poskytování dlouhodobé péče
- omezení volného času
- vysoká psychická i fyzická náročnost
- zdravotní problémy pečujících osob

Mezi důvody, které vedou k rozhodnutí ukončení dlouhodobé péče poskytované neformálními pečovateli, dle výsledků patří především vysoká náročnost, zdravotní problémy pečujících a obavy z budoucnosti.

Zajímavé je, že čtyři informanti uvedli, že nedostatek financí je výraznou nesnázi při poskytování dlouhodobé péče, ale jako důvod pro její ukončení je uvedl pouze jeden informant. S tímto souhlasí i výsledek výzkumu „Umírání a péče o nevyléčitelné II“, ze

kterého vyplynulo, že pečující se spíše obávají nějaké vlastní selhání, nežli selhání po finanční stránce (Geissler et al., 2015).

Níže rozeberu každou kategorii samostatně.

Konkrétně nedostatek financí jako nesnázs pocítují čtyři informanti. Dle Průši (2013) vychází domácí péče poskytována pouze členem rodiny na 31 500 Kč za kalendářní měsíc a sdílená domácí péče, tedy péče rodinou a sociální službou zároveň, vychází na 18 000 Kč za kalendářní měsíc. Všichni senioři, o které neformální osoby pečují, mají přiznaný příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti, tedy ve výši 12 800 Kč, nebo v případě čtvrtého stupně příspěvku na péči ve výši 19 200 Kč. Vzhledem k tomu, že například Informantka č. 3 a Informantka č. 5 nesdílí dlouhodobou péči s žádnou sociální službou a v obou případech je přiznaný příspěvek ve třetím stupni závislosti (12 800 Kč) a domácí péče vychází dle Průši (2013) na 31 500 Kč shodují se informace z mého výzkumu, s tím že finanční zajištění neformální péče je nedostatečné. Zároveň je nutno podotknout, že autor publikoval tyto informace v roce 2013 a příspěvek na péči pro osoby nevyužívající žádnou pobytovou službu ve třetím stupni závislosti je ve výši 12 800 Kč až od července letošního roku, jak uvádí (MPSV, 2019). Je tedy zřejmé, že v minulých letech byl finanční nedostatek znatelnější než nyní. Klvačová (2017) ve své analýze zkušeností a potřeb neformálně pečujících uvádí, že se často rodiny ocitají v situacích, kdy přiznaný příspěvek na péči neodpovídá poskytované péči, což následně může souviset i s nedostatkem financí pro poskytnutí péče.

S nedostatkem financí úzce souvisí omezení pracovního úvazku nebo úplné ukončení pracovního poměru. Informantka č. 1 a Informantka č. 3 uvedly, že kvůli poskytování dlouhodobé domácí péče seniorovi opustily zaměstnání a obě uvádí jako jednu z největších nesnází v poskytování neformální péče nedostatek financí. Informantka č. 1 tento důvod dokonce uvádí jako rozhodující důvod pro ukončení dlouhodobé neformální péče. S tímto souhlasí Čevela Čeledová (2013), kteří popisují, že při poskytování neformální péče velmi často dochází k snížení pracovního úvazku, nebo až k jeho ukončení a následně hrozí riziko chudoby způsobené nižší mzdou nebo přerušením kariéry.

Omezený nebo nevhodný prostor uvedlo všech pět informantů. Tuto nesnázi nebo často uváděnou informanty i jako bariéru v poskytování dlouhodobé domácí péče, jsem nenašla v žádné odborné literatuře. Informanti tuto nesnázi uváděli v souvislosti prostorového

uspořádání bytu, malých koupelen, ve kterých často mají vanu a s tím spojený problém s prováděním celkové hygieny, nebo úzká futra do koupelny, nebo na toaletu, kdy je problém například s invalidním vozíkem či rolátorem do koupelny, nebo na toaletu zajet.

Dalším prostorovým problémem, který informanti uvádí, je, když mají informanti malý byt a seniora musí mít v jediném pokoji, který v bytě mají a nebo Informantka č. 3 uvedla, že mají seniora v obývacím pokoji a jí a její rodinu to limituje v jejich běžném trávení volného času. Tato bariéra spojená s prostorem, kde neformální péče probíhá, tedy v domácím prostředí, se pojí s další nesnázemi.

Omezení volného času uvedli čtyři informanti. S tím souhlasí Dobiášová (2015), která uvádí, že pečující často upřednostňují potřeby seniorů před vlastními potřebami. Jako hlavní důvod pro ukončení neformální péče to však uvedla pouze Informantka č. 5. Jako odůvodnění uvedla, že má malé děti a musí pečovat o ně. Toto uvádí i Hrozenská a Dvořáčková (2013) dle kterých, se pečující často dostanou do tzv. sendvičové generace, kdy pečují o rodiče či prarodiče a o své děti zároveň, což je pro pečující velmi náročné. Dle Klvačové (2017) je u pečujících běžnou situací, kdy musejí pečovat nejen o seniora, ale i o dalšího člena rodiny, což potom činí péči značněji náročnější.

Vysoká psychická i fyzická náročnost byla uvedena všemi informanty jako hlavní důvod, pro který se společně rozhodli neformální péči v domácím prostředí ukončit. S tím souhlasí Jedlinská et al. (2009), dle které role pečujícího vyčerpává po citové i tělesné stránce, může způsobovat úzkost a emoční vypětí, což může následně vést k nemocem či zdravotním komplikacím pečujícího a následné ukončení neformální péče. Klímová (2017) potvrzuje, že neformální péče je náročná po psychické stránce a má tak často vliv na psychické zdraví pečujícího. S tímto souhlasí také Klvačová (2017), která ve své analýze zkušeností a potřeb neformálně pečujících udává psychické a fyzické vyčerpání jako průvodní jev, který se vyskytuje při poskytování neformální péče, který postupně vede až k úplnému vyčerpání pečujícího.

Vlastní zdravotní důvody byly taktéž uvedeny jako hlavní důvod pro ukončení neformální péče, tento důvod může být podmíněn vysokou psychickou i fyzickou náročností, kterou popisují v předchozím odstavci. Čtyři informanti uvedli, že hlavním důvodem pro ukončení neformální péče jsou právě vlastní zdravotní problémy, nebo komplikace. S tímto souhlasí Čípková (2017), která uvádí, že neformálními pečovateli jsou často osoby v předdůchodovém věku a sami mají nějaké zdravotní problémy. Klímová a

Chaloupková (2013) doplňují, že role pečujícího má právě největší dopad na jeho zdraví. Často se při poskytování neformální péče objevuje výrazná únava, vyčerpání a následné zdravotní obtíže (Klvačová, 2017).

Tabaková et al. (2011) dopňuje, že v rodině je většinou hlavní pečující, tzv. primární pečující, který mnohdy pečuje na úkor svého vlastního zdraví.

Jako poslední důvod, který vede k ukončení neformální péče v domácím prostředí, byly uvedeny obavy z budoucnosti, pod kterými se podle mého názoru skrývají obavy z výše zmíněných důvodů. Obavy že se zhorší vlastní zdraví pečovatelů, obavy, že to dále do budoucna nebudou zvládat po finanční stránce a podobně... Podle mého názoru, tento důvod zaštiťuje všechny výše uvedené důvody, které již nyní pečující pocítují, ale mají strach, že se budou dále prohlubovat a kumulovat s dalšími důvody pro ukončení neformální péče.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že jednotlivé nesnáze se propojují a jsou závislé jedna na druhé. Nedostatek financí se může prolínat do trávení volného času informantů, kdy pečující osoby nemusí mít dostatek financí pro svoje koníčky, nebo zájmy, také může dojít až k ohrožení pečujícího a jeho rodiny chudobou. Stejným způsobem může zájmy a koníčky pečujících ohrozit omezení volného času a podobně..

Finanční situace je podmíněna tím, zda je pečující osoba zaměstnána na plný úvazek, zkrácený, nebo z důvodu poskytování dlouhodobé péče zaměstnána není. S tím souhlasí Čevela a Čeledová (2013), kteří uvádějí, že dlouhodobá neformální péče často vede ke snížení pracovního úvazku nebo až jeho úplnému ukončení, což je bezpodmínečně spojeno s rizikem chudoby způsobenou nižší mzdou.

Omezený nebo nevhodný prostor může také narušovat trávení volného času či setkávání s rodinou nebo přáteli.

Z tohoto plyne, že všechny nesnáze jsou na sobě závislé, mohou se mezi sebou prolínat a navzájem se ovlivňují.

Zajímavé je, že odborná literatura často zmiňuje jako nesnázi při poskytování dlouhodobé neformální péče konflikty v rodině, nebo konflikty mezi pečujícím a seniorem (Dobiášová, 2015). Žádný z informantů tuto nesnázi nezmínil, ani v případě konfliktů v rámci rodiny, ani konflikty přímo se seniorem, o kterého pečují.

Hubíková (2012) uvedla, že bariéry, které neformální pečující v průběhu poskytování péče pocítují, jsou veřejností vnímány spíše jako jejich vlastní osobní problémy, nikoliv jako bariéry v zavedeném systému dlouhodobé péče. Může to být odůvodňováno tím, že sociální služby jsou zaměřené na potřeby osob závislých na jiné osobě, nikoliv na rodině, která pečuje a není tak podpořena rodina jako celek (Janečková et al., 2017).

- **Výzkumná otázka: Jaké dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči?**

Z tohoto výzkumu je zřejmé, že hlavní dilematem, které pečující osoby v produktivním věku často prožívají je rozhodnutí mezi budováním kariéry a poskytováním neformální péče dlouhodobě. S tímto souhlasí Dobiášová et al. (2013) a doplňují, že často před tímto dilematem stojí celá rodina pečujícího.

Tři z pěti informantů uvedlo, že před tímto těžkým dilematem stálo v minulosti, nebo toto dilema řeší aktuálně. Jeden informant uvedl, že pokud by se stav jeho matky zhoršil, pravděpodobně by opustila zaměstnání jeho žena, která by pak také stála před volbou kariéra vs. neformální péče. S tímto souhlasí Dudová (2013), která zmiňuje, že ženy jako pečující jsou ochotnější opustit zaměstnání na úkor poskytování péče v rodině. Klímová a Chaloupková (2013) potvrzuje, neformální péče o člena rodiny je velmi často spjata s omezením pracovního úvazku, což mnohdy následně ovlivňuje celou rodinu pečujícího. Hubíková (2017) uvádí, že se mnohdy stává, že pečující mnohdy v počátku netuší, jak bude péče náročná a jak dlouho bude trvat a proto ani v počátku neví, že s poskytováním dlouhodobé neformální péče je často spojená ztráta zaměstnání a na tuto změnu nebyl dopředu připraven. Kotrusová et al. (2013) taktéž ve svém výzkumu identifikovala nesnáz při sladění práce a péče a hodnotí to jako deficit veřejné politiky. Autorky (2013) dále zmiňují, že ztráta zaměstnání se nepojí pouze s finanční ztrátou, ale také je zdrojem sebeuspokojení pomáhá při začlenění. Tyto další faktory ztěžují volbu při řešení toho častého dilematu.

Geissler (2016) uvádí, že právě pečující ženy jsou víc ohroženy na trhu práce, což zmínila i Informantka č. 3, která uvedla, že jí nemohou dále držet pracovní místo, které na úkor poskytování neformální péče o svoji matku opustila. Také zmínila obavu, že neví, jakou práci po ukončení neformální péče sežene. Tyto obavy odůvodnila předdůchodovým věkem.

Myslím si, že velkým problémem, který se úzce pojí s dilematem kariéra vs. neformální péče, je velmi malá nabídka prací na snížený úvazek (všichni informanti pracují na plný úvazek, nebo práce úplně opustili). Toto potvrzuje Geissler (2016), který zmiňuje, že je to problém České republiky, kde je možnost práce na snížený úvazek velmi malá. Formánková et al. (2011) to odůvodňuje tím, že pro zaměstnavatele je to administrativně nevýhodné a pro zaměstnance nevýhodné ekonomicky, díky nízkému příjmu. Průša (2016) uvádí, že snížený příjem, díky sníženému pracovnímu úvazku může být pečující osobě kompenzován příspěvkem na péči. I přes to, žádný z informantů nepracuje na snížený pracovní úvazek.

Dvě informantky také uvedly, že jsou z důvodu časové náročnosti, nuceny volit mezi trávením času se svojí rodinou a péčí o seniora. Jedna informantka rodinu nemá a další dva informanti zatím zvládají kombinovat neformální péči a trávení času s rodinou. Otázkou zůstává, zda by toto dilema nenastalo při zhoršení zdravotního stavu seniora a tím se zvýšila náročnost péče.

Čtyři informanti zmínili, že mají „pocit povinnosti“ se o rodiče nebo prarodiče postarat, nebo že jim péči „dluží“, protože oni o ně také pečovali. Často to zmiňovali jako jeden z hlavních důvodů, z jakého se primárně rozhodli pro neformální péči v domácím prostředí, avšak s postupem času a náročnosti péče všichni informanti společně se seniory si podali žádost o poskytování pobytové sociální služby z důvodů, které jsem uvedla u první výzkumné otázky. S tímto souhlasí například Kotrusová et al. (2013) a zároveň doplňují, že společnost spoléhá na to, že neformální rodinná péče o seniora je založena na lásce. Jeřábek (2009) pak uvádí, že tento důvod pro poskytování neformální péče je chápán jako morální povinnost. Stejně jako Janečková et al. (2017), která jako důvod na základě analýz uvádí emocionální vazbu a pocit morální zodpovědnosti, které vycházejí ze vzájemných vztahů. Autorky (2017) doplňují, že je považované ve společnosti za správné, přirozené a normální oproti tomu člověku závislého na jiné osobě „odložit“ do ústavní péče.

Obecně lze říci, že poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí neformálními osobami sebou přináší hodně životních změn, když pečující nejprve stojí před dilematem, jestli změnu učinit a pečovat nadále, nebo zvolit pobytovou sociální službu. Klvačová (2017) ve své analýze potřeb a zkušeností neformálně pečujících uvádí, že se životní dráha pečujících radikálně změní a jsou nuceni překonávat rozhodnutí, některá

takřka ze dne na den. Autorka (2017) dále doplňuje, se musí rozhodnout a často opustit zaměstnání, opustit nebo výrazně omezit své zájmy a často díky poskytování neformální péče ztrácejí sociální kontakty.

6 Závěr

Tato diplomová práce seznamuje čtenáře s tematikou dlouhodobé péče a neformálními osobami tuto péči poskytující. Cílem diplomové práce bylo identifikovat nesnáze, které neformální osoby dlouhodobě pečující o klienty nejvíce zatěžují. Proto bylo důležité nejprve se seznámit s obecnými fakty spojenými s dlouhodobou péčí, stářím a neformální osoby, které péči poskytují.

Teoretická část diplomové práce se zabývá vymezením této tematiky na základě odborné literatury. Nejprve definuji dlouhodobou péči, vývoj dlouhodobé péče o seniory, jejím porovnáním mezi zeměmi Evropy. Dále jsem se zabývala stářím a s ním spojenými změnami, které jej doprovází. Poté jsem se zabývala neformálními pečujícími, členěním neformální péče, její četností, ale také s riziky a přínosy, která se s ní pojí. Dále jsem nastínila ekonomický status pečujících, možnou podporou neformálních pečujících, finanční podpora, nebo nárok na volna pro péči. Také jsem zmínila podporu jiných států v této oblasti. Dále jsem se zabývala sdílenou dlouhodobou péčí a zpracovala sociální i zdravotní služby, kterých mohou neformální pečující využít. Nakonec jsem zmínila důležitou roli sociálního pracovníka.

V následující praktické části, za využití polostrukturovaného rozhovoru s pěti informanty (čtyři ženy a jeden muž), jsem získala potřebné informace, pro provedení kvalitativního výzkumu.

Na začátku kvalitativního výzkumu byly stanoveny dvě základní výzkumné otázky, a to: „Které nesnáze či bariéry vedou k ukončení dlouhodobé péče neformálními osobami?“ a „Jaká dilemata prožívá pečující při společném rozhodování o následné péči o klienta v institucionální péči?“ Dále jsem rozpracovala dílčí otázky k těmto základním otázkám, které tvořily osu polostrukturovaného rozhovoru. Bylo zjištěno, že mezi nejvýraznější nesnáze patří nedostatek financí pro poskytování neformální domácí péče, omezený nebo nevhodný prostor, omezení volného času, vysoká a psychická náročnost a vlastní zdravotní problémy pečujících. Mezi důvody, které vedou k ukončení poskytování neformální péče v domácím prostředí, patří vysoká náročnost po psychické i fyzické stránce, vlastní zdravotní problémy pečujících a obavy z budoucnosti. Na druhou výzkumnou otázku můžeme na základě provedeného kvalitativního výzkumu odpovědět,

že dilema, které neformální pečující prožívají je volba mezi svojí kariérou a poskytnutí neformální péče.

Přínos této diplomové práce „Dlouhodobá péče a osoby neformálně pečující o klienty“ spatřuji ve shrnutí komplexních informací v této tématice a nahlédnutí na tuto tematiku ze strany pečujících, nikoli ze strany „opečovávaných“.

Myslím si, že by se mělo usilovat o to, aby pro formální pečující byla zajištěna vyšší podpora ze strany společnosti, protože již nyní jsou neformální pečující hlavní a nejpočetnější složkou v oblasti dlouhodobé péče a dá se předpokládat, že pokud se pobytové sociální služby budou i nadále vyvíjet stejným tempem, tak vzhledem ke stárnutí populace budou neformální pečovatelé pravděpodobně ještě početnější a výraznější složkou neformální péče.

7 Seznam literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. BABBIE, E., 2010. *The basics of social research*. Wandsworth Publishing. 576 s. ISBN 978-0495812241.
3. BECK, P., et al., 2012. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Anag. 448 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
4. COLOMBO, F., et al., 2011. The Impact of Caring on Family Carers. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. [cit. 2018-10-21]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf>
5. CRESWELL, J., 2003. *Qualitative inquiry and research desing: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage. ISBN 0-7619-0143-4.
6. ČELEDOVÁ, L., et al., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci. Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Karolinum: Praha. 511 s. ISBN 978-80-246-3828-7.
7. ČEVELA, R., et al. 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
8. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2013. Dlouhodobá péče v zemích OECD –II část: pracovníci dlouhodobé péče. *Revision & Assesment Medicine / Revizní a posudkové lékařství* [online]. 16 (2), 62-67 [cit. 2018-10-17]. ISSN 12143170. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodobpece>
9. ČEVELA, R., et al., (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
10. ČÍPKOVÁ, I., 2017. *Překážky a bariéry rozvoje neformální péče v oblasti sociální práce*. [online] Blansko: Městský úřad Blansko [cit. 7. 10. 2018]. Dostupné z: www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=3&clanek=1009

11. ČSSZ., 2017. Ošetřovné. [online] Praha: Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2019-3-3]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>
12. ČSSZ., 2018. *Dlouhodobé ošetřovné - od 1. 6. 2018* [online] Praha: Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2019-3-3]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobé-osetrovne.htm>
13. DOBIÁŠOVÁ, K., et al., 2015. Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících. *General Practitioner/Praktický lékař* [online]. 95 (4), 161-166 [cit. 2018-10-17]. ISSN 00326739. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=109375088&scope=site>
14. DOBIÁŠOVÁ, K., KOTRUSOVÁ, M., 2017. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce*. 5, 22-41. ISSN 1213-6204.
15. DUDOVÁ, R., 2013. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny. *Časopis pro integraci*. 14 (1), 22 - 23. ISSN 1210-9479.
16. DUDOVÁ, R., VOHLÍDALOVÁ, M., 2018. Muži a ženy pečující o seniory v rodině. *Sociologický časopis* [online]. (54) 2, 219-251 [cit. 2018-10-21]. DOI:10.13060/00380288.2018.54.2.400. Dostupné z: <https://search.proquest.com/openview/7755e8df5be71f4b5d8b05328c0d19eb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=836353>
17. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita životů seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 122 s. SNB 978-80-247-4138-3.
18. FORMÁNKOVÁ, L., et al. 2011. *Bariéry a možnosti využití flexibilních forem práce v ČR z komparativní perspektivy*. Praha: MPSV [online]. [cit. 2018-10-21]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/13789/flexi_prace.pdf
19. GEISLER, H., 2016. *Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a zahraničí*. Diakonice CČE. 40 s. ISBN 978-80-87953-26-6.

20. GEISLER, H., et al., 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování formální péče v ČR*. Praha. Závěrečná práce z fokusních skupin. Fond dalšího vzdělávání.
21. GETZ, L., 2012. Listening to Family Caregivers – What Matters Most? *Social Work Today*. [online]. 12 (2), 28-29. [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/031912p28.shtml>
22. GLENDINING, C., MORAN, N., 2009. *Reformin Long-term Care: Recent Lessons from Other Countries*. [online] York: The Publications Office. 57 s. [cit. 2019-5-28]. ISBN 978-1-903959-14-5. Dostupné z: https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_25054-1_0.pdf
23. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce pro nepedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
24. HÁJKOVÁ, D., FUNK, K., 2012. *Provázení aneb opřete se i o mě*. Písek: ICDV. 128 s. ISBN 978-80-260-2985-4.
25. HEJLOVÁ, R., 2018. Pečovatelská služba jako jedna z variant pomoci seniorovi v domácím prostředí. *Sociální práce*. (5) 16, 9 – 12. ISSN 2336 – 2332.
26. HENDL, V., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
27. HOFFMANN, F., RODRIGUES, R., 2010. *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* [online]. [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.627.6793&rep=rep1&type=pdf>
28. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5924-1.
29. HORECKÝ, J., PRŮŠA, L., 2019. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050. *Sociální služby*. 21 (5), 16-19. ISSN1803-7348.
30. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

31. HUBÍKOVÁ, O., 2012. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče. *Sociální práce*. 12 (4), 113-126. ISSN 1213-6204.
32. HUBÍKOVÁ, O., 2017. Otázka ustanovení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. *Sociální práce*. 6, 5-21. ISSN 1213-6204.
33. JANEČKOVÁ, H. et al., 2017. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. *Sociální práce*. 6, 42-59. ISSN 1213-6204.
34. JANIŠ, K., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-5535-9.
35. JEDLINSKÁ, M., et al., 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese* [online]. 2 (1), 27-38 [cit. 2018-10-17]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2009/01/03.pdf>
36. JEŘÁBEK, H., 2009. Rodinná péče o seniory jako práce z lásky: nové argumenty. *Sociologický časopis*. 45 (2), 243 – 264. ISSN 0038-0288.
37. KACZOR, P., KACZOR, M., 2018. Stárnutí obyvatelstva versus ekonomická aktivita seniorů. *Sociální práce*. 18 (2), 7 – 21. ISSN 1213 – 6204.
38. KALVACH, Z., et al., 2014. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. *Diakonie ČCE*. 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2.
39. KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J., 2013. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum – SDA Info* [online]. 7 (2), 107-123 [cit. 2018-10-17]. DOI: 10.13060/23362391.2013.127.2.39. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/Legacy/Views/static/html/Error.htm?aspxerrorpath=/eds/pdfviewer/pdfviewer>
40. KLVAČOVÁ, P. 2017. *Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice*. [online]. [cit. 2019-7-19]. Dostupné z:

file:///C:/Users/josvo/Downloads/2017_cpkp_analyza_potreb_neformalne_pecujicich.pdf

41. KOLDINSKÁ, K., 2016. *Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující – příklady dobré praxe ze zahraničí*. Diakonie ČCE. 24 s. ISBN 978-80-87953-28-0.
42. KOTRUSOVÁ, M., et al., 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. 6, 10-20. ISSN 1802-5854.
43. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. Aktualizované vydání. Praha: Anag. 463 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
44. KUBALČÍKOVÁ, K., 2013. Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností. Aktivní hráč, nebo přihlížející? *Sociální práce*. 4 (16), 54 – 65. ISSN 1213 – 6204.
45. KUZNÍKOVÁ, I., et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
46. LONDON, S., 2015. Caregiving 2.0: Reaching Out for Digital Resources. *Social Work Today*. [online]. 15 (1), 24-25. [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/011915p24.shtml>
47. LUSKOVÁ, D., 2019. Normalita a péče o starého člověka. *Listy sociální práce*. 7 (17), 9-12. ISSN 2336-2332.
48. MACKOVÁ, M., 2018. Dlouhodobá zdravotně-sociální péče o seniory v kontextu využití institutu dříve vysloveného přání. *Listy sociální práce*. 15, 15-16. ISSN 2336-2332.
49. MALÍKOVÁ, E., 2010. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
50. MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Portál: Praha. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
51. MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

52. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 8024713624.
53. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
54. MPSV, 2018. *Příspěvek na mobilitu*. [online]. [cit. 2018-10-19]. Dostupný z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>
55. MPSV, 2018. *Příspěvek na zvláštní pomůcku*. [online]. [cit. 2018-10-19]. Dostupný z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>
56. MPSV., 2010. *Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý?* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2018-10-7]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/9860>
57. MPSV., 2014. *Neformální péče. Popelka v české sociální politice?* [online] Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2018-10-7]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/19670>
58. MPSV., 2016. *Příspěvek na péči*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2019-3-3]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
59. MPSV., 2017. *Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025)*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>
60. MPSV., 2017. *Pečujme o své blízké - dlouhodobé ošetřovné*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2019-3-3]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28608>
61. MPSV., 2018. *Poslanci schválili skokové navýšení příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2019-3-3]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci schvalili skokove navyseni prispevku na peci ve III. a IV. stupni zavislosti.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/34710/TZ-Poslanci%20schvalili%20skokove%20navyseni%20prispevku%20na%20peci%20ve%20III.%20a%20IV.%20stupni%20zavislosti.pdf)

62. MPSV., 2019. *Navýšení příspěvku na péči ve III. a IV. závislosti vstupuje v účinnost*. [online] Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2019-5-28]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/35281/TZ -
_Navyseni_prispevku_na_peci_ve_III_a_IV_stupni_zavislosti_vstupuje_v_uciinnost.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/35281/TZ_-_Navyseni_prispevku_na_peci_ve_III_a_IV_stupni_zavislosti_vstupuje_v_uciinnost.pdf)
63. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5.
64. PEŠEK, R. 2019. Závislost na alkoholu a kognitivně behaviorální terapie. *Sociální služby* (21) 2, 26 -29. ISSN 1803 – 7348.
65. PRŮŠA, L., 2013. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV. 63 s. ISBN 978-80-7416-120-9.
66. PRŮŠA, L., 2016. *Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb*. Diakonie ČCE. 28 s. ISBN 978-80-87953-30-3.
67. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
68. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
69. ŠAMÁNKOVÁ, M, et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
70. ŠIMONÍK, P., 2015. *Podpora neformální pečovateli. Závěrečná zpráva z výzkumu. Výstupy projektu Podpora neformálních pečovateli*. [online]. [cit. 2018-10-19]. Praha: Fond dalšího vzdělávání MPSV. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatelů>
71. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 242 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
72. TABAKOVÁ, M., et al, 2011. Caregiver role strain – content validation of nursing diagnosis in Slovakia and the czech republic. *Profese* [online]. 4 (2), 27-32 [cit.

2018-10-17]. ISSN1803-4330. Dostupné z:
https://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/78-tabakova.pdf

73. TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al., 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
74. UHLÍŘ, M., 2014. Domácí hospicová péče a krizová intervence. *Sociální listy*. 2 (2), 5-6. ISSN 2336-2332.
75. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
76. VÁLKOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., 2011. Zákon o dlouhodobé péči přinese změnu poskytování sociální a zdravotnických služeb. *Sociální práce*. 11 (3), 38 – 39. ISSN 1213 – 6204.
77. VÁVROVÁ, S., VACULÍKOVÁ, J., 2017. Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku. *Sociální práce*. 17 (6), 80 – 94. ISSN 1213 – 6204.
78. WALKER, I., 2012. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 9780-247-3920-5.
79. WHO, 2019. *Beds in nursing and residential care facilities*. [online]. [cit. 2019-7-19]. Dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_23-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-per-100-000/
80. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2016. [online]. [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
81. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách, 2011. [online]. [cit. 2019-3-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče

Tabulka č. 2 - změny v oblasti dlouhodobé neformální péče

Tabulka č. 3 - pobíraný příspěvek na péči v ČR prosinec 2017

Tabulka č. 4 - základní popis informantů

Tabulka č. 5 - popis seniorů, o které je pečováno

Tabulka č. 6 - důvody neformální péče, konkrétní činnosti, které pečující zajišťují

Tabulka č. 7 - nesnáze při poskytování dlouhodobé péče

Tabulka č. 8 - problematické oblasti v pečování

Tabulka č. 9 - rozhodující důvody pro ukončení domácí péče

Tabulka č. 10 - omezení (ukončení) aktivit způsobené pečováním

Tabulka č. 11 - dilema při rozhodování o další péči

Tabulka č. 12 - volba mezi péčí x rodinou / kariérou

Tabulka č. 13 - možné změny pokud by se informanti nerozhodli pro institucionální péči

9 Seznam zkratk

OECD – Organizace pro hospodářskou organizaci a rozvoj

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

WHO – World Health Organization