

# Vliv péče o osobu blízkou na život pečovatele

Bc. Natálie Ritterová

---

Diplomová práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Natálie Ritterová**  
Osobní číslo: **H20099**  
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Vliv péče o osobu blízkou na život pečovatele**

## Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti profese pečovatele, formální a neformální péče a domácí péče.  
Příprava metodiky empirické části.  
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.  
Zpracování a vyhodnocení dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

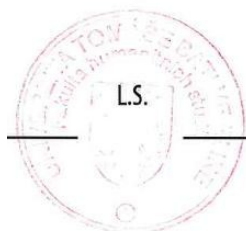
**Seznam doporučené literatury:**

ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5148-1.  
DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.  
HENDL, Jan, 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.  
KURUCOVÁ, Radka, 2016. Zátěž pečovatele. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.  
TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a LEVICKÁ, Jana, VOSEČKOVÁ, Alena, MYDLÍKOVÁ, Eva, 2015. Mezi láskou a povinností – péče očima pečovateli. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-570-7.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Lucie Blašíková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **12. ledna 2022**  
Termín odevzdání diplomové práce: **22. dubna 2022**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 12. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo - diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.3.2022

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště*

vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## ABSTRAKT

Tématem této diplomové práce je vliv péče o blízkou osobu na život pečovatele. V práci se zabýváme, jak péče ovlivňuje život pečovatele. Práce je tvořena teoretickou částí a navazuje na ní část praktická. V teoretické části, která je rozdělena na tři kapitoly se zabýváme, kdo je to pečovatel, jak péči dělíme, jaká legislativa se nám k danému tématu naskytuje. Také zde rozebíráme, jaké máme možnosti dávek, a jaké můžeme využívat profesionální služby při péči. V praktické části popisujeme výsledky kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří se starají o blízkou osobu zodpovědět naše výzkumné otázky

Klíčová slova: péče, pečovatel, blízká osoba, legislativa, příspěvek na péči

## ABSTRACT

The topic of this diploma thesis is the impact of caring for a loved one on the life of the caregiver. In this work we deal with how care affects the caregiver's life. The thesis consists of a theoretical part and is followed by a practical part. The theoretical part is divided into three chapters and deals with who the caregiver is, how we divide the care, and what legislation is available to us on the given topic. Moreover, we discuss the benefit options available to us and the professional care services that can be used. The practical part describes the results of a qualitative research, the aim of which was to answer our research questions on the basis of semi-structured interviews with respondents who take care of their loved ones.

Keywords: care, caregiver, close person, legislation, care allowance

Děkuji vedoucí mé práce Mgr. Lucii Blašíkové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícné jednání, trpělivost a velmi cenné rady při psaní diplomové práce. Také chci poděkovat Janě Běhuncíkové, respondentům a mé rodině za cenné rady, trpělivost a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Plodem ticha je modlitba, plodem modlitby je víra, plodem víry je láska, plodem lásky je služba, plodem služby je pokoj.“

Marie Terezie

# OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>8</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PEČOVATEL</b> .....	<b>12</b>
1.1 PEČOVATEL FORMÁLNÍ .....	14
1.2 PEČOVATEL NEFORMÁLNÍ .....	16
1.3 ČLENĚNÍ NEFORMÁLNÍ PÉČE .....	18
1.4 PÉČE RODINY .....	20
<b>2 DLOUHODOBÁ PÉČE</b> .....	<b>22</b>
2.1 PŘÍSPĚVKY NA PÉČI .....	23
2.2 SLUŽBY PRO OSOBY V NEPŘÍZNIVÝCH SITUACÍCH .....	28
<b>3 KVALITA ŽIVOTA PEČOVATELE</b> .....	<b>34</b>
3.1 OBJEKTIVNÍ A SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA .....	35
3.2 DOPADY NA PEČOVATELE .....	36
3.3 SYNDROM VYHOŘENÍ .....	40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>45</b>
4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	45
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
4.3 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU .....	46
4.4 METODA SBĚRU DAT .....	47
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	48
OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ .....	49
4.6 ÉTIKA VÝZKUMU.....	51
<b>5 ANALÝZA DAT</b> .....	<b>52</b>
5.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ .....	52
5.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ.....	58
5.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ.....	60
<b>6 INTERPRETACE DAT</b> .....	<b>63</b>
ZAKOTVENÁ TEORIE .....	63
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>69</b>
<b>7 CITOVANÁ LITERATURA</b> .....	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>77</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>78</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>79</b>
<b>PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR RESPONDENTA D</b> .....	<b>80</b>



## ÚVOD

V přirozenosti každého člověka by měla být péče o sebe a své nejbližší, protože zdraví je jednou z nejdůležitějších podmínek spokojeně prožitého života. Tato významná část existence člověka totiž ovlivňuje nejen jednotlivce, ale i jeho rodinu, přátele a celou společnost.

V současné době je trendem spíše stárnutí naší populace. Zároveň je v naší společnosti mnoho lidí s fyzickým, mentálním či jiným handicapem, kteří potřebují k zajištění vlastních potřeb stálou přítomnost další osoby. To vše sebou přináší informaci, že pomoc pečovateli bude čím dál častěji žádaná a potřebovaná a jejich sociální a zdravotní role bude nezastupitelná.

Na roli pečovatele či pečovatelky jsou však kladeny stále větší požadavky a jejich osobnost musí vykazovat komplexní rozsah vlastností, které jsou pro tuto profesi důležitá. Jistě je to osoba vysoce sociálně zralá, která je se svojí prací naprosto ztotožněná a je schopna ji zodpovědně vykonávat. Je ochotná nevycházet ze svých potřeb a zájmů, nýbrž z potřeb klienta nebo blízkého. Zvládá řešit náročné situace, je tolerantní, trpělivá, odolná vůči stresu. Obecně má pozitivní vztah k lidem, umí navázat kontakt a vést rozhovor a v neposlední řadě je ke klientům či nemohoucímu blízkému empatická.

Pečující osoby se ve své praxi mohou setkat s agresivním a nespolupracujícím klientem či blízkým nemohoucím. Dalším stresorem může být péče o nemocné nebo umírající dítě. V rámci společnosti má toto odvětví nedostatečnou prestiž, je nízko finančně ohodnocené a má malou sociální podporu. Toto vše je však pouze zlomek stresorů, které se mohou v práci pečovatele objevit.

Sama jsem se v roli pečovatelky ocitla jak ve své rodině, tak i při studiu na zdravotní škole a mohla tak na vlastní kůži pocítit, jak vyčerpávající povolání to je. Mnohdy doprovázíte pečovanou osobu v těžkých chvílích, vidíte je ve velmi intimních situacích a jste s nimi i v jejich smrti, na kterou má spousta lidí strach vůbec pomyslet, natož o ní mluvit či se s ní moci denně potkávat.

Proto jsem se rozhodla ve své diplomové práci zabývat tím, jak péče o blízkou osobu může ovlivňovat život pečovatele. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první z nich se budeme zabývat formální a neformální rolí pečovatele a způsoby, jak se v této oblasti vyhnout syndromu vyhoření. Dále se zaměříme na to, jak může vypadat

dlouhodobá péče a jakými způsoby si může člověk, o nějž se pečuje, zažádat o příspěvek. A také se zaměříme na kvalitu života pečovatele.

Praktická část diplomové práce se zaměřujeme na analýzu a interpretaci dat získaných z kvalitativního výzkumu. Výzkum navazuje na teoretickou část diplomové práce. Data byly získávány polo strukturovaným rozhovorem s pečovateli. Chtěli bychom poukázat, jak péče o blízkou osobu ovlivňuje život pečovatele a co všechno jejich péče obnáší.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PEČOVATEL

První kapitola je věnována detailnímu popisu úkolů pečovatele. Pečovatel je osoba, která pomáhá člověku, který není schopen se o sebe sám bez pomoci postarat. Může jít o dopomoc při běžných denních úkonech až po celkovou péči.

Jak uvádí Tošnerová, pečující osoba pomáhá člověku, který není schopen se sám o sebe postarat v důsledku onemocnění, úrazu nebo pokročilého věku, provádět činnosti, které by prováděl sám, kdyby měl potřebné síly, vůli nebo znalosti. (Tošnerová, 2010)

### **Hlavní úkoly pečovatelů jsou:**

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. (Arnoldová, 2016)

Mlýnková jako hlavní úkoly popisuje takto. Pomáhat jednotlivci, pomáhat rodině, skupinám, dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody. Podpořit jejich pozitivní zdraví, tj. aby se náš klient aktivně podílel na péči o vlastní zdraví a byl ochoten o sebe pečovat. Provádět prevenci onemocnění. Zajišťovat ordinace lékaře – např. podat klientovi připravené léky

nebo připomenout, aby klient léky užil, dodržovat rehabilitační režim. Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový stav jedince, předcházet dalším onemocněním a komplikacím. (Mlýnková, 2010)

Přímá práce s klientem zahrnuje následující oblasti, v nichž se může pečovatel uplatnit:

- Činnosti v domácím prostředí seniorů – jde především o saturaci základních a vyšších potřeb (potřeby nemocných viz dále), zajištění nákupů, doprovod k lékaři, na vyšetření, pobyt s klientem v domácím prostředí po různě dlouhou dobu podle jeho potřeb; v těchto případech je pečovatel zaměstnán např. u agentur domácí

péče, u humanitární organizace Charita apod. Péče o osoby s fyzickým, duševním, mentálním a jiným handicapem a nesoběstačné klienty různého věku – pečovateli zajišťuje např. hygienickou péči, příjem potravy, tekutin apod.

- Činnosti v institucionální péči – v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou apod. Péče o děti s mentálním a jiným postižením v domácí či institucionální péči – v dětských centrech, denních stacionářích apod. Péče o klienty závislé na omamných látkách, provádění terciární prevence. (Mlýnková, 2017)

Jak uvádí Interlinks, péči dělíme na formální a neformální. Zde si uvedeme, jaké základní rozdíly mezi těmito typy péčí jsou:

Z pohledu:	Politické odpovědnosti	Zúčastněných stran	Pracovně právních vztahů	Uživatele
<b>Formální péče</b>	Péče jako odpovědnost jednotlivce nebo rodiny	Služby poskytované různými typy organizací, považované za zdroj příjmů pro profesionální pečovatele	Péče jako činnost náležející na trh práce	Starší lidé a neformálně pečující v roli platícího klienta
<b>Neformální Péče</b>	Péče jako odpovědnost jednotlivce nebo rodiny	Služby poskytované dobrovolně rodinnými příslušníky nebo jinými soukromými osobami	Péče jako činnost bez nároku na regulaci pracovních podmínek	Starší lidé se považují za záležitost soukromé sféry

Tabulka 1 - Dělení formální a neformální péče (Interlinks, 2010)

### Sociální pedagogika a péče

Jak uvádí Potměšilová, pracovník v sociálních službách se věnuje práci, která má sociální i pedagogický charakter. Jako sociální aspekty uvádí zprostředkování kontaktu s okolním světem, protože u dlouhodobě nemocných osob hrozí tzv. sociální smrt. Do oblasti sociálních aspektů patří i emocionální podpora klienta a jeho rodiny. (Potměšilová, 2013)

Moderní přístup k opečovávaným v sociální pedagogice je animace a aktivizace. Představuje snahu o oživení nebo vytváření činného programu pro nemožící osoby.

Aktivizace může mít různé podoby, prioritou je však orientace na zvládání každodenních běžných činností (sebeobsluha, pozitivní prožívání, udržování vztahů s druhými lidmi). Stimulace nesmí být násilná, musí respektovat právo na nečinnost, samotu a odmítnutí. Je dobré pracovat s iniciativou od opečovávaných. (Slowík, 2016)

### 1.1 Pečovatel formální

Jako formální péči označujeme takovou péči, která je vykonávána pouze kvalifikovanými, vyškolenými a licencovanými pracovníky a institucemi. Mezi rodinou či člověkem, o kterého je pečováno, je s danou institucí smluvně sjednaná péče, kde jsou vymezeny úkony, které jsou po pečovateli požadovány. Činnost formálních pečovatelů je definována zákonem, kde je například uvedena délka pracovní doby, finanční ohodnocení, atd. (Kotrusová, 2013)

Podle Novákové (2008) práci formálního pečovatele vykonává osoba, která je pro tuto funkci vyškolená a spadá pod organizaci, která péči zajišťuje.

#### Poskytovatelé formální péče

Podle Kuzníkové, by hlavními poskytovateli formální péče měli být:

Ošetřující lékař, přesněji registrovaný praktický lékař nebo ošetřující lékař pacienta, který se nachází v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví, která zaštiťují, řídí a kontrolují výkon státní správy v oblasti týkající se dlouhodobé péče. Jsou těmi, kteří stanovují pravidla financování dlouhodobé péče, zabezpečují podmínky pro adekvátní vzdělávání pracovníků dlouhodobé péče, vytváří podmínky pro spolupráci jednotlivých orgánů veřejné správy týkající se dlouhodobé péče a v neposlední řadě vedou evidenci poskytovatelů dlouhodobé péče.

Úřad práce České republiky, který spolurozhoduje o přiznání sociálních dávek a příspěvků. Kraje a obce, které by měly vzájemně kooperovat a zároveň spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb, čímž by měly vytvářet vhodné podmínky pro poskytování kvalitní dlouhodobé péče a zároveň by měly zajistit dostupnost informací a služeb. (Kuzníková, 2017)

Jak uvádí Mlýnková, formální pečovatel své klienty i jejich rodiny dobře zná. Je s nimi v častém a opakovaném kontaktu. Je důležité, aby si klienti i formální pečující založili jejich vztah na důvěře, protože právě důvěra je velmi důležitá při správném dodržování

režimu a určitých postupů, které vedou ke zvýšení možné soběstačnosti klienta. Pečovatel a klient mají partnerský vztah, nic klientovi nepřikazuje, obě strany spolu spolupracují. Pečovatel by měl mít dobré komunikační schopnosti, aby byl schopen klientovi i rodině vysvětlit potřebné postupy, při ošetrovatelské a sociální péči. (Mlýnková, 2017)

### Legislativa

Zákon, který upravuje činnost formální péče je zákon 108/2006 Sb. Z tohoto zákona se na formálního pečovatele vztahuje hned několik částí, které zde uvedeme:

*108/2006 Sb. o sociálních službách v § 116 a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,*

*c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,*

*d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (MPSV, 2017)*

Do roku 1989 byl kladen v České republice důraz na ústavní institucionální péči o osoby se sníženou soběstačností v oblasti zdravotnické i v oblasti sociální. Až v devadesátých letech se začaly pomalu rozvíjet charitativní a neziskové organizace zaměřené na pomoc lidem v těžké životní situaci či nouzi. Došlo k decentralizaci zdravotnické a sociální péče, jelikož na jejím poskytování začaly participovat i jiné subjekty, než li ty zaštiťované státem. V zákoně č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, byly ukotveny a specifikovány podmínky realizace a poskytování sociálních služeb, jejichž

cílem je minimalizovat sociální a zdravotní rizika, rozvíjet a podporovat příjemce sociální péče. (Truhlářová & Levická, 2015)

Zákon dále upravuje, za jakých podmínek se smí tato péče vykonávat. Patří zde například trestní bezúhonnost, odborná a zdravotní způsobilost. (Nováková, 2008)

### Úkoly formálního pečovatele

Matoušek označuje jako náplň práce formálních sociálních pracovníků sociální depistáž, terénní sociální práci, diagnostiku, řešení sociálně právních a sociálně zdravotních problémů, poradenské a diagnostické služby, zastupování klientů při správních řízeních, práce s rodinou klienta, pomoc a zprostředkování kontaktů s jinými institucemi a odborníky. (Matoušek, 2005)

Jak uvádí Nováková, formální péče zahrnuje i poradenství, které pomáhá klientovi kontakt například s úřady, pomoc při uplatňování práv, aj. (Nováková, 2008)

Jak uvádí centrum sociálních služeb v Ostravě, pečovatel by měl klientovi zajistit zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu jakožto základní životní biologické potřeby uživatele. Pečovatel by měl zajistit dopomoc u osobní péče při: osobní hygieně (u každého uživatele je způsob odlišný, je tedy důležité brát ohled a přizpůsobit se), pomoci na toaletu, oblékání a úpravě zevnějšku, ošetřování (pečovatelky nejsou zdravotníci, a proto dělají pouze ty ošetrovatelské úkony, které by si uživatel udělal sám), stravování (úkon souvisí s přípravou stravy, úklid po jídle), běžném úklidu, péči o prádlo, údržbě domácnosti. Pomoc při zapojení se do sociálního prostředí o společenské prostředí – účastnění důležitých schůzek, vyřizování pochůzek a jednání. (Css, 2017)

## **1.2 Pečovatel neformální**

V žádné literatuře není jasná definice neformálního pečovatele. Jako neformální péči můžeme nazvat jako takovou péči, která je vykonávána na základě osobních vazeb – rodina, blízcí, přátelé nebo také sousedi. Tato péče se prolíná celým naším životem od narození až do smrti.

Tomášková (2015) definuje neformální pomoc jako dobu péče, která trvá alespoň 20 hodin týdně a překračuje běžnou rodinnou reciprocitu. Tomášková také tvrdí, že „je rozdíl v tom, zda osoba odkázaná na péči potřebuje nárazovou péči nebo zda je péči nutné poskytovat



celodenně a pomáhat i se základními úkony, jako je oblékání, mobilita, oprava, komunikace s úřady, podávání léků, příprava stravy apod.“ (Tomášková, 2015)

Pokud se někdo rozhodne pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, měl by udělat následující:

Poradit se s ošetřujícím či praktickým lékařem osoby, zda je reálné péči o blízkého zvládnout. O jaký typ péče se bude jednat, bude-li nutné se učit speciálně manipulovat s opečovávaným (píchání injekcí, rehabilitace, atd.).

Pohovořit o situaci s celou rodinou, nejprve s opečovávaným, je-li toho schopen, dále s rodinnými příslušníky, které je dobré do péče zapojit. Poradit se o možnostech péče v přirozeném prostředí, jak pro opečovávané, tak pro pečující. Rady se mohou týkat dávek, dostupných služeb nebo také úpravami bytu, využití kompenzačních pomůcek, atd.

Vyřídít přiznání nebo zvýšení sociálních dávek na Úřadu práce ČR. Pozor, je velmi důležité nahlásit úřadu práce i změny v péči tj. hospitalizace, změna zdravotního stavu, změna pobytu. Úřady práce rozhodují například ve věci: příspěvku na péči, dávek pro osoby se zdravotním postižením (na zvláštní pomůcku či úpravu bytu), příspěvku na mobilitu, vystavení průkazu osob se zdravotním postižením, dávek pro pečující osobu v případě nedostatečných příjmů. Pokud se rozhodnete skloubit péči o blízkého se zaměstnáním, máte ze zákona nárok na úpravu pracovní doby či její zkrácení. Zajistit si hrazení zdravotního pojištění státem. Úřad práce ČR vystaví na žádost pečujícího potvrzení o péči, které je nutné odevzdat své zdravotní pojišťovně. Nárok vzniká v situaci, kdy pečujete o osobu mladší 10 let, která je v I. stupni závislosti nebo osobu jakéhokoliv věku ve II. až IV. stupni závislosti. (Sociální služby, 2016) Zajistit si platbu sociálního pojištění státem. Zde je nutné nahlásit se na Úřadu práce jako hlavní pečující osoba a nechat si od úřadu vystavit doklad potvrzující péči. A také je nezbytné, pokud pečovatel není blízká osoba, prokázat, že spolu s opečovávaným žije ve společné domácnosti. (Novotná, 2020)

#### Poskytovaté neformální péče

Podle Kotrusové je neformální péče zajišťována především partnery nebo druhy, dospělými dětmi nebo jinými příbuznými, sousedy nebo přáteli, i když není nutné, aby mezi pečujícím a opečovávaným existovaly sociální kontakty před vznikem potřeby péče. Neformální pečovatelé nejsou primárně odborně vyškoleni k poskytování péče, i když někteří absolvovali speciální odborný výcvik. Za poskytování péče nepobírají mzdu (mohou však pobírat různé dávky) a z jejich péče jim vyplývají jenom minimální sociální práva. (Kotrusová, 2013)

Podle Haškovcové uvedly sociologické výzkumy, že 70-80% péče pokrývá rodinná nebo sousedská péče. Zájem o neformální péči velmi vzrostla. (Haškovcová, 2002)

### Legislativa

Jako osobu blízkou považujeme podle zákona č. 155/1995 Sb., § 24 manžela, manželku, příbuzné v řadě přímé, což je dítě vlastní i osvojené, za určitých podmínek také dítě převzaté do trvalé péče nahrazující péči rodičů, dále také sourozenci, zeť, snacha a manžel rodiče, a to kteréhokoli z manželů. O neformálním pečovateli pojednává také zákon č. 262/2006 Sb., § 241 (2) ve znění: Požádá-li zaměstnankyně nebo zaměstnanec pečující o dítě mladší než 15 let, těhotná zaměstnankyně nebo zaměstnanec, který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody. (MPSV, 2017)

### **1.3 Členění neformální péče**

Jak uvádí Jeřábek, rozlišujeme neformální péči podle její intenzity na tři stupně. Podpůrná péče zahrnuje základní pomoc člověku ve formě výpomoci v domácnosti, doprovodu k lékaři či komunikaci s úřady. U těchto úkonů není vyžadována každodenní pomoc. Další stupeň je péče neosobní, která je mnohem více časově náročná než péče podpůrná, protože je pravidelná a orientuje se na služby neosobního charakteru, které není schopný klient vykonat sám. Můžeme zde zařadit úklid domácnosti, vaření, nakupování potravin, nebo dodávku jídla. Časově nejvíce náročný je třetí stupeň – osobní péče. Tato péče je pro pečujícího velmi náročná jak psychicky tak fyzicky, jelikož představuje celodenní péči. Zde patří pomoc s osobní hygienou, oblékání, stravování, atd. (Jeřábek, 2013)

Klímová člení neformální péči podle intenzity 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: zdravotní, sociální, emocionální. (Klímová Chaloupková, 2013)

### Úkoly neformálního pečovatele

Neformální péči můžeme dělit na poskytování každodenních sebe obslužných aktivit a instrumentálních činností zaměřených na širší soběstačnost. Každodenní aktivity zahrnují osobní hygienu (např. čištění zubů, mytí, krmení, holení úprava vlasů), pomoc s oblékáním, přesuny z vozíku či na vozík, do postele, příprava jídla a krmení, pomoc s užíváním léků nebo toaletou. Do instrumentálních činností řadíme pomoc s manipulací s penězi, péči o domácnost, nakupování, zařizování potřebných věcí atd. Rozhodnutí o péči je ve většině případu dobrovolné, protože je motivováno hlavně vztahem mezi pečujícím a opečovávaným. Ale jsou i případy, kdy rozhodnutí zcela dobrovolné nebylo, například je-li donucen k péči vlivem okolí, rodiny, nebo není-li možné využít jinou formální péči. (Kotrasová, 2013)

### Podmínky pro domácí péči

Aby mohlo být pečováno o klienta v domácím prostředí, musí splňovat základní podmínky – rodina musí chtít, moci a umět poskytnout danou péči. Jako základní předpoklad pro vykonávání péče o blízkou osobu je zvládnutí péče jak po psychické tak po fyzické stránce. Nutná je časová flexibilita pečujícího, což má za následek často opuštění zaměstnání, či zkrácení úvazku. Také nesmíme opomenout přizpůsobení bytové jednotky, kterou opečovávaný obývá. Je důležité uzpůsobit domácnost tak, aby vyhovovala všem zdravotním znevýhodněním klienta. (Haškovcová, 2010)

Jak uvádí web sociální práce, je až 80% neformálních pečujících. Také uvádí, že až 2/3 rodin se chtějí starat o nemožícího člena rodiny, a nechtějí, aby se o tohoto člen staral někdo jiný, jako jsou organizace, pečovatelky, atd. Bohužel zároveň s tímto výzkumem se potvrdilo, že je i spousta problémů, které s sebou neformální péče přináší. Například nedostatečná znalost poskytované péče. Často také chybí dostatečné technické vybavení jako je bezbariérový byt, vhodný nábytek. Těžkosti jsou zjevné, ale rodinná neformální péče má nenahraditelné kvality. Zajišťuje opečovávanému kontinuitu prostředí, ve kterém se cítí dobře – jeho domov. Na rozdíl od formální, profesionální péče reaguje rodina na potřeby člověka okamžitě. Nepotřebuje k tomu totiž úřední souhlas ani žádné smlouvy.

Častokrát pečující rodina trpí tím, že je jejich blízký mnohdy diskriminován a nepochopen na zdravotně sociálním pomezí. Právě tito lidé bývají „vystrkování“ z hrazené zdravotní péče. (Lorman, 2020)

Jak uvádí Slowík, velmi obtížná může být manipulace s nepohyblivým člověkem. Pokud se pečující osoba nenaučí respektovat některé základní zásady a postupy, může způsobovat dokonce bolest jak klientovi (modřiny, otlaky, pohmožděniny), tak i sama sobě (bolesti zad, potíže s páteří apod.). (Slowík, 2016)

Při neformální péči máme také zvláštní skupinu, kterou tvoří lidé nezištně a obrovně – dobrovolníci. Dobrovolníci poskytují především neformální péči. Neformální a především rodinná péče je pro seniory oporou, jednou z nejdůležitějších sociálních jistot a hlavním zdrojem očekávané pomoci. (Jarošová, 2006)

#### 1.4 Péče rodiny

Nejbližší a nejvlivnější prostředí, které už od narození, později během vývoje a dospívání, podmiňuje formování osobnosti a chování každého člena, je rodina. Jako nejstarší základní společenská skupina je ovlivněna vztahy, funkcemi a činnostmi zajišťujícími potřeby svých členů a společnosti jako celku. (Kurucová, 2016)

Rodina je považována za nejdůležitější sociální skupinu, která jedinci nabízí uspokojování potřeb, poskytování zázemí ke společenské realizaci, je zdrojem nejen primárních zkušeností, ale i vzorem chování. Rodina plní biologické, ekonomické, sociální a psychologické funkce. Nedostatkem těchto funkcí dochází k negativnímu vývoji, poruchám chování nebo sociálně patologickým jevům. (Michalík, 2014)

Nutnost pečovat o nesoběstačného člena vyžaduje od pečující rodiny na kratší či delší dobu se přizpůsobit jeho potřebám. Z hlediska časové náročnosti může jít o občasnou či každodenní pomoc při zabezpečení chodu domácnosti, případně stravy a hygieny až po potřebu celodenního dohledu a péče. To samozřejmě klade velké nároky jak na pečujícího a jeho rodinu, tak i na případnou pomoc ze strany širší rodiny. (Veselá, 2002)

Jak se dočítáme v listu Podpory procesu, pečující osoby mají potřeby, které dělíme na emocionální, psychologické, sociální potřeby.

Psychická podpora zahrnuje citlivý přístup, povzbuzení. Podpora od okolí, podpora od rodiny a blízkých osob. Výměna zkušeností. Ocenění a respekt společnosti. Odpočinek. Seberealizace.

Potřeba bezpečí, materiálního zázemí obsahuje odpovídající bytové podmínky. Finanční (materiální) zajištění ve vztahu k poskytované péči. Potřeby spojené s praktickou pomocí při zajišťování péče. Pomoc s organizací péče o domácnost. Dostupnost komplexních informací. Dostupnost kompenzačních pomůcek. Dostupné a kvalitní sociální služby, široká nabídka a možnost výběru, návaznost služeb.

Široké spektrum potřeb spojené s problematikou zaměstnání. (Podporaprocessu, 2013)

Pozornost při domácí péči musíme věnovat i velké zátěži, které je pečovatel vystaven. Jako zátěž, které je pečovatel v domácí péči o blízkého vystaven je hlavně psychická a fyzická. Často se dostává do zátěže finanční, protože mnohdy je pečovatel nucen opustit zaměstnání, aby se mohl blízkému plně věnovat a poskytovat co nejlepší péči. Na pečovatele v domácnosti vývají od rodiny kladené velmi vysoké nároky, které vedou právě k psychickým problémům. Pečovatelé pocítují značné omezení v osobním životě. Mnohdy dochází k sociálnímu odloučení, zhoršení vztahu s dětmi, partnerem nebo přáteli. Právě u péče v rodinném prostředí je sociální odloučení velmi častým jevem, protože pečovatel je s blízkým propojen a často se na opečovávaného upíná. V důsledku působení těchto zátěží může u pečovatele dojít k syndromu vyhoření. (Sociální služby, 2016)

Přesto je ale péče o blízkého člověka nenahraditelná, jak pro rodinu samotnou, tak pro celou společnost. Průzkum ukazuje, že i přes všechna úskalí, která z neformální péče vyplývají, popisuje rodina neformální péči ani ne jako odpovědnost nebo povinnost, ale spíše jako práci z lásky. Naše zkušenost z osobního kontaktu s nimi to jen potvrzuje. I přesto jsou pečující mnohdy vysílení a potřebují povzbudit. (Lorman, 2020)

## 2 DLOUHODOBÁ PÉČE

Ve druhé kapitole se budeme věnovat vymezení pojmu dlouhodobé péče, příspěvku na péči, kde budeme popisovat, za jakých podmínek může opečovávaný příspěvek žádat a jaké částky jsou pro jakou skupinu závislosti vymezeny. V poslední řadě se budeme věnovat sociálním službám pro lidi v nepříznivé životní situaci.

Dlouhodobá péče je definována jako „spektrum služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, zpravidla fyzickou anebo kognitivní, kteří jsou v důsledku toho závislí po protražovanou dobu na pomoc v základních aktivitách denního života. U dlouhodobé péče neboli „long-term care“ se jedná o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Tato péče se vymezuje jako spektrum služeb určených lidem závislým na pomoci v některých ze základních sebe obslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najíst se samostatně, přesunout se z postele či křesla). Služby dlouhodobé péče potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav trvá delší dobu („over an extended period of time“). (Holmerová, 2015)

Dlouhodobou péčí vymezuje také organizace WHO, která dlouhodobou péčí definuje jako systém činností, které zajišťují lidem, jež nejsou plně schopni sami si zajistit péči o vlastní osobu, udržení maximální možné kvality života podle jejich individuálních preferencí, s co nejvyšším dosažitelným stupněm nezávislosti, autonomie, účasti na společenském životě, osobního uspokojení a lidské důstojnosti. Dlouhodobá péče je poskytována neformálně (prostřednictvím rodiny, přátel nebo sousedů) a nebo formálně (prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb). Formální podpůrný systém zahrnuje široké spektrum komunitních služeb i institucionální péči poskytovanou v ošetrovatelských domovech a v hospicích. K formální dlouhodobé péči jsou řazeny i léčebné postupy, které slouží k zastavení nebo zvrácení průběhu onemocnění nebo disability. (Válková, 2015)

Dlouhodobá péče odráží širokou škálu domácích, komunitních a pobytových služeb s cílem maximalizovat schopnosti člověka fungovat a užívat si kvalit života. Dlouhodobá péče má možnosti různých služeb, které opečovávaný má možnosti využívat. Při dlouhodobé péči obvykle vykonávají práci asistenti přímé péče, registrované sestry, licencované praktické a odborné sestry, licencované sociální pracovníce, fyzioterapeuti z

povolání, terapeuti z povolání, ředitelé lékařů a správci, ale také nejbližší rodina, přátelé a lidé, kteří se na péči podílejí. (Molinari, 2015)

### Legislativa

Podle zákona č. 310/2017 Sb. § 41a má nárok na dlouhodobé ošetřovné:

(1) Nárok na dlouhodobé ošetřovné má pojištěnec, který pečuje o osobu potřebující poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí, a nevykonává v zaměstnání, z něhož dlouhodobé ošetřovné náleží, nebo v jiném zaměstnání práci, jde-li o zaměstnance, ani osobně nevykonává samostatnou výdělečnou činnost, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou. (2) Ošetřovanou osobou se pro účely dlouhodobého ošetřovného rozumí fyzická osoba, u které

a) došlo k závažné poruše zdraví, která si vyžádala hospitalizaci, při níž byla poskytována léčebná péče alespoň 7 kalendářních dnů po sobě jdoucích, nejde-li o akutní lůžkovou péči standardní poskytovanou ošetřované osobě za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně<sup>85</sup>); za den hospitalizace se považuje též den přijetí ošetřované osoby do zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče a den propuštění z takového zařízení,

b) je předpoklad, že její zdravotní stav po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bude nezbytně vyžadovat poskytování dlouhodobé péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů.

(3) Podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je, že pojištěnec je

a) manželem (manželkou) ošetřované osoby nebo registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) ošetřované osoby,

b) příbuzným v linii přímé s ošetřovanou osobou nebo je její sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc,

c) manželem (manželkou), registrovaným partnerem (registrovanou partnerkou) nebo druhem (družkou) fyzické osoby uvedené v písmenu b), nebo

d) druhem (družkou) ošetřované osoby nebo jinou fyzickou osobou žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti. (MPSV, 2017)

## **2.1 Příspěvky na péči**

Příspěvek na péči je finanční částka stanovená zákonem, která se poskytuje především osobám z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, závislých na pomoci druhé osoby při běžných denních činnostech. Příspěvek je určen osobě s nepříznivým zdravotním stavem,

nikoli pečující osobě. Příspěvek je poskytován nesoběstačným osobám v rozsahu čtyř stupňů závislosti a slouží k pokrytí nákladů spojených s poskytovanou sociální službou. (Malíková, 2010)

Jak uvádí portál úřad práce, příspěvek na péči je určen lidem od jednoho roku věku, kteří kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují péči a pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, kterých je celkem deset. Těmi jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (nehodnotí se u dětí do 18 let).

Příspěvek na péči se poskytuje ve čtyřech stupních závislosti:

- I. Lehká závislost
- II. Středně těžká závislost
- III. Těžká závislost
- IV. Úplná závislost

Řízení o priznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemně podané žádosti na tiskopisu předepsaném ministerstvem. Žádost se podává na kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR v místě trvalého bydliště žadatele.

**Žádost musí obsahovat:**

Označení fyzické nebo právnické osoby, která bude osobě poskytovat pomoc (formulář Oznámení o poskytovateli pomoci).

Způsob výplaty příspěvku.

Doklad o příjmu oprávněné osoby a společně posuzovaných osob za předchozí kalendářní čtvrtletí, pokud žádá o zvýšení příspěvku (viz zvýšení příspěvku na péči).

Po podání žádosti provádí sociální pracovník Úřadu práce ČR sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života žadatele v přirozeném sociálním prostředí. Pokud je žadatel hospitalizován ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče pro tutéž nemoc po dobu déle než 60 dnů, provede sociální pracovník sociální šetření v daném



zdravotnickém zařízení lůžkové péče. O provedeném sociálním šetření vyhotoví sociální pracovník písemný záznam, který na požádání předloží žadateli. (ÚřadpráceČR)

Dle MPSV je příspěvek poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen zákon o sociálních službách) a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška č. 505/2006 Sb.). Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1 zákona o sociálních službách, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 téhož zákona, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 téhož zákona nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 téhož zákona, nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity
- a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). (MPSV, 2017) (Králová, a další, 2012)

### **Mobilita**

Za schopnost zvládat tuto základní ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat a měnit polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a

to i po nerovném povrchu, otevírat a zavírat dveře, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je. (Králová, a další, 2012)

### **Orientace**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se osobou, časem a místem, orientovat se v přirozeném sociálním prostředí, orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

### **Komunikace**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení, chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv, vytvářet rukou psanou krátkou zprávu, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

### **Stravování**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci nápoj a potraviny, nalít nápoj, rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim, konzumovat stravu v obvyklém denním režimu, přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

### **Oblékání a obouvání**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

### **Tělesná hygiena**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se. (MPSV, 2017) (Králová, a další, 2012)

### **Výkon fyziologické potřeby**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, zaujmout vhodnou polohu, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Přitom se hodnotí smyslové, mentální, duševní a tělesné schopnosti zvládat jednotlivé aktivity této ZŽP.

### **Péče o zdraví**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky, rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

### **Osobní aktivity**

Vyřizováním svých záležitostí se rozumí věcné zvládnutí vyřizování záležitostí, které souvisí se sociálním životem posuzované osoby ve vztahu k jejímu věku. Pro zvládnutí není stěžejní stav mobility, ale zda posuzovaná osoba svým záležitostem rozumí, umí je vyhodnotit a řešit je na příslušném místě. (Králová, a další, 2012)

### **Péče o domácnost**

Za schopnost zvládat tuto ZŽP se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí, obsluhovat topení, udržovat pořádek. (MPSV, 2017)

Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. (MPSV, 2017)

Stupeň závislosti	Počet základních životních potřeb	
	Mladší 18 let	Starší 18 let
<b>I. Stupeň</b>	3	3-4
<b>II. Stupeň</b>	4-5	5-6
<b>III. Stupeň</b>	6-7	7-8
<b>IV. Stupeň</b>	8-9	9-10

Tabulka 2 - Stupeň závislosti podle počtu základních životních potřeb (MPSV, 2017)

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), jde-li o stupeň III (těžká závislost), 9 900 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových

sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb. § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 13 900 Kč v ostatních případech. Jde-li o stupeň IV (úplná závislost), 13 200 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 19 200 Kč v ostatních případech. Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost), 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost), jde-li o stupeň III (těžká závislost), 8 800 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 12 800 Kč v ostatních případech. jde-li o stupeň IV (úplná závislost), 13 200 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, 19 200 Kč v ostatních případech. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka ÚP ČR. (Zákonyprolidi.cz, 2021)

Stupeň závislosti	Osoba mladší 18 let		Osoba starší 18 let	
	Počet životních potřeb	Výše příspěvku	Počet životních potřeb	Výše příspěvku
I. lehká	3	3.300,-	3-4	880,-
II. středně těžká	4-5	6.600,-	5-6	4.400,-
III. těžká	6-7	13.900,-	7-8	12.800,-
IV. úplná	8-10	19.200,-	9-10	19.200,-

Tabulka 3 - Výše příspěvku (Zákonyprolidi.cz, 2021)

## 2.2 Služby pro osoby v nepříznivých situacích

Je důležité pro všechny uživatele sociálních služeb, případně jejich zákonné zástupce znát základní povinnosti poskytovatelů služeb. Patří mezi ně zejména: Zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby. Informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to

způsobem pro něj srozumitelným. Umožňovat osobám, kterým se poskytují sociální služby naplňovat jejich občanská a lidská a zamezující střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby. (Králová, a další, 2012)

Jak uvádí Dvořáčková, rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Dvořáčková, a další, 2013)

Podle Valenty je nutné zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby. Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců. (Valenta, 2018)

Hlavním legislativním ustanovením sociálních služeb je zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Od 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování sociální pomoci a podpory osobám v nepříznivých životních situacích. Tento zákon vymezuje sociální služby, stanovuje profesní předpoklady pro výkon povolání sociální pracovník a pracovník v sociálních službách.“ Zákon č.108/2006 Sb., je stěžejní, podporuje ho však ještě několik zákonů:

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Vyhláška č. 505/206 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. (MPSV, 2017)

Zákon uvádí několik druhů sociálních služeb, zde uvedeme ty, které se vztahují na naše respondenty.

**Tísňová péče** je terénní distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny stálému riziku ohrožení zdraví nebo života, popřípadě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Služba se poskytuje za úhradu.

**Pečovatelská služba** je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb. Jde o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou v ČR lidem se zdravotním postižením, nebo seniorům. Obvykle poskytovanými službami jsou: koupel, nákup, pomoc při oblékání, pomoc při úkonech osobní hygieny, jednoduché ošetrovatelské úkony, donáška oběda, donáška topiva, práce spojené s udržováním domácnosti, doprovod, úklid, praní prádla, topení v kamnech. (Matoušek, 2011)

**Odlehčovací služba** má terénní, ambulantní nebo pobytovou formu, a je poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Popis služby nehovoří o tom, jak často ani v jakém časovém rozsahu má být služba poskytována. Odlehčovací služba má být v takovém rozsahu, aby pečující osoba znovu nabyla své síly. (MPSV, 2017)

Podle Matouška spočívá odlehčovací služba buď v tom, že postižený člověk dostane do domácí péče k dispozici ošetrovatele/pečovatele, nebo je postižený člověk převezen do pobytového zařízení a pečující osoby z rodiny mohou na nějakou dobu přestat pečovat a nabrat síly na další péči. Tato služba umožňuje snížit pečovatelskou zátěž rodiny. (Matoušek, 2011)

**Osobní asistence** se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu. (MPSV, 2017)

Pod pojmem "osobní asistence" se rozumí poskytování pomoci a služeb nemocným lidem, lidem s fyzickým, mentálním nebo psychickým handicapem a samozřejmě také starším

osobám, našim rodičům a prarodičům. Osobní asistenti a asistentky pomáhají všem těmto potřebným lidem překonávat každodenní problémy spojené s běžnými činnostmi, které zdravý, mladý člověk zvládá zcela automaticky a vůbec o nich nepřemýšlí. Nejen starší osoby, ale i mladší lidé se cítí osamoceni a bezmocní, pokud zůstanou se svou nemocí doma sami, bez pomoci, často uvázaní na lůžko, a tak se osobní asistent stává nejen pomocníkem, ale také společníkem, zpovědníkem, a často i jediným přítelem. Na rozdíl od pečovatelské služby, není služba omezena časem. (osobniasistence.cz, 2021)

**Podporované bydlení** by mělo být metodou první volby u pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou bydlet s rodinou a jejich stav jim umožňuje samostatný život. Jiné formy pobytových služeb mají tendenci podobat se malým léčebnám, takže vedlejším účinkem může být posilování pacientovy společenské izolace. V této službě je velmi důležitá dopomoc s chodem domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. (Matoušek, 2011)

**Denní stacionáře** poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

**Týdenní stacionáře** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy,

pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

**Domovy pro seniory** poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu.

Podle Dvořáčkové jsou typickým pobytovým zařízením pro seniory domovy pro seniory. Zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Dvořáčková, a další, 2013)

**Domovy se zvláštním režimem** se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu. (Dvořáčková, a další, 2013)

**Chráněné bydlení** je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování



kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu. (MPSV, 2017)

Lidé s postižením mohou využívat chráněné bydlení, zařízení mimo ústavní prostředí. Jde o pobytovou službu, podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se společenským prostředím. (Matoušek, 2011)

**Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních** poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu. (MPSV, 2017)

### 3 KVALITA ŽIVOTA PEČOVATELE

V této kapitole budeme popisovat, co znamená pojem kvalita života pečovatele. Přiblížíme si, jak vnímáme objektivně a subjektivně kvalitu života. A jaké dopady na pečovatele péče o blízkého má.

V běžném životě jsme zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Je uváděna počtem let a lze ji určit poměrně snadno. To se však nedá tvrdit o kvalitě života, protože kvalita života je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory. Pokud se podíváme na slovo „kvalita“ sémanticky, můžeme hovořit o „jakosti, hodnotě“. Také se uvádí, že v odborné veřejnosti panuje shoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti, a to fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. (Dvořáčková, a další, 2013)

Pracovní skupina WHO zabývající se kvalitou života vymezila podstatu kvality života jedince jako vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu. (WHOQOL, 1993).

Podle Hrozenské se v psychologickém přístupu kvalitou života rozumí koncepci toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti v životě. Tyto koncepty vycházejí z hlubší analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému i postojů člověka. Subjektivní pohoda (resp. nepohoda) odráží širokou škálu pozitivních (resp. negativních) citových reakcí člověka na uspokojování jeho potřeb a nároků v různých oblastech. (Hrozenská, 2008)

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem tak, jak je jedinec hodnotí ze svého pohledu. V subjektivním přístupu je kvalitou života míněno to, jak jedinec vnímá a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Výsledná spokojenost či nespokojenost bude jistě souviset i

s jeho objektivním zdravotním stavem, stejně jako s mezi osobními vztahy a smysluplností vedeného života. (Vymětal, 2003)

### 3.1 Objektivní a subjektivní vnímání kvality života

Payne uvádí, že kvalita života je důsledek interakce různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (i neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. (Payne, 2005)

Svobodová uvádí, že kvalita života je ovlivněna mnoha faktory např. kulturou, demografickým vývojem, zdravotním stavem, vyznáním, pracovním a rodinným životem, příjmem, věkem, bydlením, dopravou, životním prostředím atd. Proto ji nelze automaticky spojovat pouze s ekonomickými ukazateli (ziskem a obdobnými kritérii výkonnosti a úspěšnosti jednotlivce i společenského systému). (Svobodová, 2010)

Být-osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
Patřit někam - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní, sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
Realizovat se – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasová realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Tabulka 4 - Model kvality života <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>

### 3.2 Dopady na pečovatele

Dopady na pečovatele jsou ve většině případů spíše negativní. Většinou je středem pozornosti pacient (příjemce péče) a na potřeby pečovatele se zapomíná, přestože poskytování péče v domácím prostředí přináší problémy ve fyzické, psychické, sociální či finanční oblasti. Právě to byl jeden z důvodů podrobného zpracování problematiky pečovatele v kontextu péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí. (Kurucová, 2016). Pro pečovatele je tato situace již od začátku velmi náročná, protože pečující neví, co od situace v jaké je, má očekávat. Rodinní pečující jsou ve většině případů primárními pečovateli, nezřídka pečujícími jedinými. Nesou hlavní tíhu péče a to v některých případech téměř bez pomoci a opory ze svého sociálního okolí. To je nejvýraznějším faktorem, který v rámci neformální péče činí právě péči poskytovanou rodinným příslušníkem specifickou a zatíženou oproti jiným formám neformální péče značnými riziky. A právě proto, bývají dopady velmi negativní. (Hubíková, 2017) Pečovatelská zátěž je označována jako multidimenzionální odpověď organismu na působící stresory v procesu péče a jako termín pro komplexní vyjádření problémů v rovině psychické, fyzické, emocionální či sociální. Objektivní pečovatelská zátěž: je přímou péčí o nemocného, nutnost vypořádat se s emočními potřebami nemocného, vliv pečování na rodinné interakce, trávení volného času, vliv na práci, duševní i tělesné zdraví, sociální síť a finanční dopady aj. Subjektivní pečovatelská zátěž: je závislá na vlastním prožívání své role, na prožívání nemoci blízké osoby, je reakcí na stresory ovlivněné rodinnými vztahy, sociálním prostředím, kulturními i rodinnými zvyklostmi. Je to osobní reakce pečujícího v pokusu vyrovnat se s objektivní zátěží. (Kuzníková, 2017)

#### Psychické dopady

Jako psychickou zátěž chápeme souhrn všech vlivů, které doléhají na člověka z vnějšku a působí na jeho psychiku a organismus. Důsledkem neadekvátních pracovních požadavků, ať již nepřiměřeně náročných nebo nepřiměřeně jednoduchých, dochází ke vzniku krátkodobých problémů (stres, monotonie, zátěž a únava). (ZSBOZP, 2016) Do psychické zátěže se řadí stálá pozornost a sledování stavu pacienta, pružné reakce na požadavky a změnu u pacienta, nároky na paměť, odpovědnost za výsledky své práce, samostatné rozhodování a respektování určitých pravidel. (Kurucová, 2016)

Častými průvodními jevy neformální péče jsou únava, dlouhodobé vyčerpání a z toho plynoucí psychické obtíže. (Kurucová, 2016) Při dlouhodobé péči se mohou rovněž odhalit konflikty, které nebyly v minulosti vyřešené a mohou nabrat na takové intenzitě, že se u pečujících může objevit úzkost, pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti. (Tošnerová, 2010) Vágnerová (2002) uvádí fáze, kterými prochází pečovatel vystaven neustálé fyzické a psychické zátěži.

- 1. fáze: uvědomění si zátěže – pečovatel interpretuje určité prožívané situace jako stresové; aktuální stav pečovatele, jeho schopnosti a sociální podpora ovlivňuje způsob, jakým vnímá stresové situace
- 2. fáze: aktivace psychických obranných reakcí – pečovatel se např. může izolovat od situace, kterou vnímá jako příliš zatěžující
- 3. fáze: aktivace fyziologických reakcí – psychickými podněty jsou nastartovány fyziologické adaptační mechanismy
- 4. fáze: zvládání (coping) – pečovatel hledá strategie, které by mohly zmírňovat účinky stresu
- 5. fáze: první chorobné příznaky – pečovatel si začíná uvědomovat, že jde o vážnější a dlouhodobější problémy
- 6. fáze: diagnóza stresem podmíněné poruchy – pečovatel je postižen psychosomatickým onemocněním. (Vágnerová, 2002)

V kategorizaci prací se prací s psychickou zátěží rozumí:

- práce spojená s monotonií,
- práce ve vnuceném tempu,
- práce ve třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu,
- práce vykonávaná pouze v noční době

Prací spojenou s monotonií se rozumí práce, při níž je charakteristické opakování stejných pohybových nebo úkolových úkonů s omezenou možností zásahu zaměstnance do jejich průběhu. Monotonie se člení na pohybovou, kterou se rozumí taková činnost, při které se opakují jednoduché pohybové manuální úkony stejného typu, a úkolovou, kterou se rozumí taková činnost, při které se vyskytuje nízký počet a malá proměnlivost úkolů. Prací ve vnuceném pracovním tempu se rozumí práce, při níž si zaměstnanec nemůže volit její

tempo sám a musí se podřídit rytmu strojového mechanismu, úkolu nebo rytmu jiného zaměstnance. (zakonyprolidi, 2018)

**Stres** - Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožovaný, nebo také ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná. (Křivohlavý, 1994)

Vystavování se dlouhodobému stresu má velmi negativní dopady na člověka – v psychické oblasti může způsobit deprese nebo syndrom vyhoření, v rovině fyzické například kardiovaskulární onemocnění, infekce a pomalejší uzdravování operů nebo revmatické artritidy. (Ayers, 2015)

**Deprese** - Hlavním příznakem deprese je chorobný smutek, kromě toho ztráta energie a zájmů, poruchy sebehodnocení, nechť k činnosti, pesimistický výhled do budoucna, omezení komunikace s okolím, nesoustředěnost, pocity viny, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy (nechť k jídlu nebo přejídání), sexuální poruchy, bolesti v těle, někdy i sebevražedné myšlenky a pokusy o sebevraždu. (Matoušek, 2008)

Člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů. Cítí se opuštěný, smutný, vyčerpaný, unavený, neuspokojený, nešťastný atp. Zdá se mu, že mu lidé kolem nerozumějí. A tito lidé se zase na něho dívají jako na člověka ke všemu lhostejného, nespolečenského, unařkaného, nemluvného a netečného. Nenalézá u nich porozumění, a tím se dostává do ještě většího osamění. (Křivohlavý, 2013)

Fáze stresové odpovědi	Reakce na stres	Symptomy
<b>1. Poplachová</b>	Šok	Změna krevního tlaku, tachykardie, trávicí obtíže, bolesti hlavy, zad a svalů, vylučování hormonů adrenalinu a noradrenalinu
<b>2. Rezistence</b>	Stav vypětí organismu – pohotovosti	Funkční nebo organické nemoci jako důsledek poškození orgánů – zvýšený cholesterol, hypertenze, žaludeční vředy, CMP, IM, diabetes, astma, alergie
<b>3. Vyčerpání</b>	Únava, dekompenzace	Chronická únava, deprese,

		funkční nebo organické nemoci jako důsledek poškození orgánů
--	--	--

Tabulka 5 - Všeobecný adaptační syndrom (Šnýrová, 2006)

### Fyzické dopady

Jelikož většina pečujících jsou ženy, bývá fyzická náročnost velmi vysoká. Právě díky nedostatečné fyzické zdatnosti bývá pro pečující velký problém při manipulaci s opečovávaným. Fyzickou zátěž pečovatele způsobuje statické zatížení – výkony kolem pacienta vestoje, zatížení kosterního svalstva a svalového systému, kloubů – při zvedání a manipulaci s pacientem, porušení spánkového rytmu (nepřetržitá péče, nedostatek času na stravování i pitný režim a mnoho jiného. (Kurucová, 2016)

Považuje se za prokázané, že u velké části dlouhodobě pečujících se v průběhu času objeví a rozvíjí zdravotní potíže, jako jsou bolesti zad a další fyzické potíže. (Hubíková, 2017)

Již vyšší věk některých pečovatelů je důsledkem zdravotních problémů a péče o blízkou osobu problémy dále prohlubuje. Pečující má často pocit, že je v péči nenahraditelný a nemůže si dovolit zůstat doma kvůli nemoci, jít k lékaři nebo využít pobyt v lázních. (Kotrusová, 2013)

### Sociální dopady

S poskytováním péče je spojena spousta psychosociálních problémů. Běžná je sociální izolace, která je způsobena časově náročnými činnostmi spojenými s péčí, což pečujícímu brání v kontaktech s ostatními. (Hubíková, 2015) Při poskytování dlouhodobé osobní péče po celý den vyvolává sociální zátěž tím, že pečující je izolován od své rodiny, přátel a běžného společenského života. Jestliže pečující nemá dostatek osobního volna, času pro sebe a hospodařit se svým časem, tak může docházet k narušenému vztahu k nemocnému a zvýšené citlivosti. (Kurucová, 2016) Pečovatel pak pociťuje vztek, zlost a znechucení z trvalé odpovědnosti, pocit izolace a také ztrátu duševní rovnováhy. Pečující většinou musí omezit své volnočasové aktivity, volné víkendy nebo dovolenou. Mnozí to nazývají jako „ztráta pocitu kontroly nad vlastním životem. (Hubíková, 2015)

### **Finanční dopady**

Zaopatření pečovaného je v důsledku jeho zdravotního stavu, různých handicapů a speciálních potřeb často velmi nákladné a jeho vlastní příjmy či finanční rezervy, pokud nějaké má, na všechno nestačí. (Hubíková, 2015) Ve většině případů musí pečující snížit počet hodin věnovaných v zaměstnání nebo zaměstnání úplně opustit. S tím souvisí, že jsou nuceni přijmout časově méně náročnou práci, která je ale hůře placená.

Domácí péče v rodinách však znamená nezanedbatelnou výhodu i pro stát a jeho veřejné rozpočty. Stále platí, že domácí péče je pro stát daleko levnější než péče poskytovaná u registrovaných poskytovatelů. (Michalík, 2011)

### **Časová zátěž**

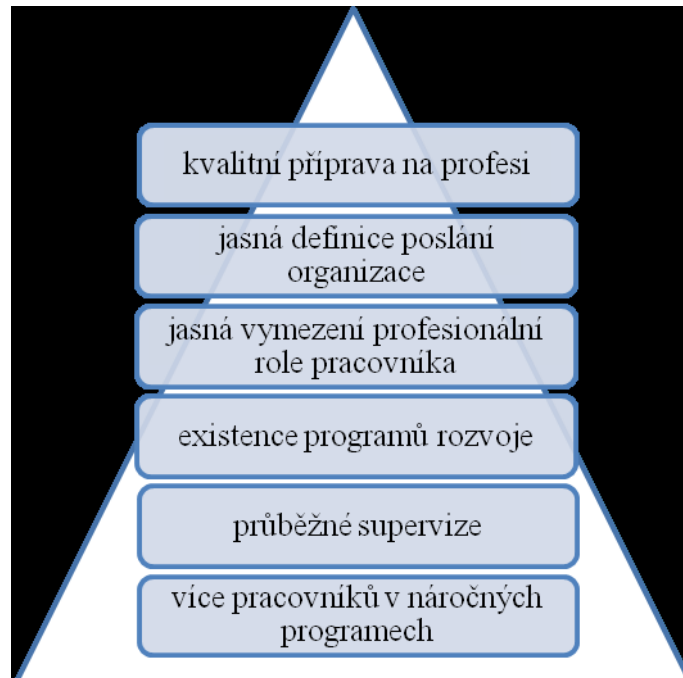
Časové vyčerpání rodinného pečovatele je téměř nepřetržité. Pečovatel musí obstarávat chod domácnosti, ale za největší časovou zátěž považuje přípravu pokrmů. Dalším časově náročným úkolem pro neformálního rodinného pečovatele bylo poskytování emocionální opory. Časově náročné je pro pečujícího také vytvářet podporu pro nemocného. Rodinný poskytovatel péče s blízkým snáší bolest, podporuje jej ve výživě a vytváří psychickou oporu. (Zapart, a další, 2007)

## **3.3 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je velmi často spojován právě u pečujících osob. Objevuje se také u profesí, které jsou v častém kontaktu s lidmi a pracují s nimi, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, atd. Syndrom vyhoření je vždy výsledkem dlouhotrvajících zátěžových podmínek, které působí na pečovatele. Právě práce a péče o klienty, kteří nespolupracují, jsou-li klienti s těžkými postiženími, umírající klienti, či agresivní klienti, kteří zneužívají sociální služby. Jak uvádí Dvořáčková, syndrom vyhoření má hned několik projevů. Například se projevuje ztrátou energie a radosti ze života, nechutí pracovat. Projevuje se vyčerpáním, únavou, pocitem, že selhali, osoby se syndromem vyhoření mají negativní postoj ke své práci a klientům.

Prevence syndromu vyhoření: (Dvořáčková, a další, 2013)





Tabulka 6 - Prevence syndromu vyhoření

Stock uvádí, že syndromem vyhoření (burnout syndrom) trpí stále více lidí. Syndrom vyhoření s sebou nese pocit nezvládnání zátěže, která je na pečovatele uvalena. Strach ze špatně odvedené práce, únava, snížená výkonnost. Syndrom vyhoření není totéž co stres. Stres je počínajícím spouštěčem syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě burnout syndromu zpravidla narušena. Podle Stocka, je velmi důležité zhodnocení stavu, pokud se cítíme ohrožení, nebo jsme vystaveni stresu, který nedokážeme zvládat, je vhodné začít s tímto stavem pracovat a snažit se předcházet stresové zátěži, která později vyvolává syndrom vyhoření. Hlavními příznaky syndromu vyhoření jsou vyčerpání, člověk se cítí emočně i fyzicky vysílený. S tím souvisí i odcizení nebo pokles výkonnosti.

Emoční	Fyzické
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sklíčenost</li> <li>• bezmoc</li> <li>• beznaděj</li> <li>• ztráta sebeovládání např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku</li> <li>• pocity strachu</li> <li>• pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedostatek energie, slabost, chronická únava</li> <li>• svalové napětí, bolesti zad</li> <li>• náchylnost k infekčním onemocněním</li> <li>• poruchy spánku</li> <li>• funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže</li> <li>• poruchy paměti a soustředění</li> <li>• náchylnost k nehodám</li> </ul>

Tabulka 7 - Stock znaky vyčerpání

Syndrom vyhoření se často vyvíjí, není způsoben ze dne na den, ale je to výsledek po určitou dobu trvajících fází. Postižený většinou těmito fázemi prochází postupně. Počáteční fáze je fáze idealistického nadšení. Jedinec na počátku pracuje s velkým nasazením a vkládá do své práce hodně energie. Bohužel právě toto vysoké pracovní nasazení bývá v rozporu s vysokými nároky kladenými na sebe i své okolí. Další fáze je stagnace. V této fázi se pečovatel již obeznámil s realitou a přehodnocuje své původní ideály. Práce už není tak vzrušující jako na počátku. V této fázi se většinou život pracovníka točí jen kolem práce. Třetí fází je frustrace. Zde pracovník zjišťuje, jak jsou jeho schopnosti omezené a začíná pochybovat o svém snažení. Zpochybňuje výsledky své práce a začíná mít problém s nedostatečným uznáním od svých nadřízených nebo klientů. Poslední fází je apatie, ta se projevuje jako obranná reakce proti frustraci. Pracovník zcela rezignuje, práce se stává trvalým zdrojem zklamání a pracovník vykonává pouze to, co je nezbytně nutné. Počáteční nadšení se zcela vytrácí. Pracovník se vyhýbá složitějším a náročnějším úkolům a přímému kontaktu s klienty. (Stock, 2013)

Předcházet a bránit se syndromu vyhoření je velmi důležité. Jako základním pravidlem je, že si vytvoříme odstup a zdravý nadhled. Určení si cílů, kterých chceme dosáhnout. Také posilovat a udržovat si zdroje energie, například udržovat si koníčky, časté sociální kontakty s lidmi, které máme rádi. A jedním z nejdůležitějších předcházení syndromu vyhoření je relaxace a cvičení. Je důležité, aby si pracovník byl schopný říci o odpočinek a dostatečně relaxoval. (Stock, 2013)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část je zaměřena na analýzu a interpretaci dat získaných z kvalitativního výzkumu. Výzkum navazuje na teoretickou část diplomové práce.

V praktické části se zaměřujeme na analýzu, jak péče o blízkou osobu ovlivňuje život pečovatele. Jak se tedy zásadně změnil jejich život s nástupem péče a co všechno péče obnášela. Stanovíme si výzkumný problém, výzkumné otázky a cíle výzkumu. Také vymežíme výzkumný soubor, druh výzkumu a metodu sběru dat. Praktická část obsahuje analýzu rozhovorů pomocí zakotvené teorie a interpretaci výsledků.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen 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. Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnávána k činnosti detektiva. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu, kde se něco děje. (Hendl, 2005)

### 4.1 Výzkumné cíle

**Hlavní výzkumný cíl** je analyzovat, jak péče o blízkou osobu ovlivňuje život pečovatele.

**Byly stanoveny také dílčí cíle:**

Zjistit, jestli péče o blízkou osobu měla vliv na vztahy pečovatele a zbytku rodiny.

Zjistit, jestli pečující při péči o blízkou osobu využívají profesionální služby

( zdravotnické/ sociální).

Zjistit, jestli pečující dokážou zvládnout péči o blízkou osobu a profesní život.

Popsat, jak jsou pečující informováni s žádáním dávek na péči.

## 4.2 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů, byly stanoveny také výzkumné otázky.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jak péče o blízkou osobu ovlivňuje život pečovatele?

**Dílčí výzkumné otázky:**

Jaký vliv na vztahy se zbytkem rodiny má péče o blízkou osobu?

Jaké profesionální služby využívá pečovatel při péči o blízkou osobu?

Jak pečující zvládají péči o blízkou osobu a profesní život?

Jaká je informovanost pečovatelů o možných dávkách na péči?

## 4.3 Popis výzkumného souboru a způsob jeho výběru

Výzkum byl vybrán na základě charakteristických znaků. Vzhledem k tomu, že v této diplomové práci nejvíce řešíme život pečovatele, základním znakem při výběru souboru bylo, aby jedinec byl pečovatelem a staral se v domácím prostředí o svého blízkého. Jelikož cílem celého výzkumu je, abychom zjistili, jak ovlivnila péče život pečovatele, bylo nutné volit aktivní pečovatele, kteří nám byli ochotni poskytnout informace o jejich pečování.

Pomocí těchto kritérií bylo vybráno 5 respondentů, kteří splňovali všechna kritéria výběru a byli ochotní nám rozhovor poskytnout. Rozhovory byly nahrávány a poté přepsány. Vše proběhlo za souhlasu dotazovaných.

	Pohlaví pečovatele	Zaměstnaný	Délka péče
<b>Respondent A</b>	Žena	Ano částečně	3roky
<b>Respondent B</b>	Žena	Ano	5let
<b>Respondent C</b>	Žena	Ne	5let
<b>Respondent D</b>	Žena	Ne	14let
<b>Respondent E</b>	Žena	Ne	5let

Tabulka 8 - respondenti rozhovorů

#### 4.4 Metoda sběru dat

Pro diplomovou práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Abychom naplnily výzkumné cíle a byli schopni zodpovědět výzkumné otázky, byla vybrána metoda sběru dat polostrukturovaný rozhovor.

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou dat v kvalitativním výzkumu. Můžeme ho definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny. Prostřednictvím otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. (Švaříček, a další, 2007)

Polostrukturovaný rozhovor se používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit. (Hendl, 2005)

Rozhovory byly prováděny s respondenty podle domluvy, většinou jsme byli u respondenta doma, kde to bylo pro ně příjemné a mohli mluvit otevřeně a bez ostychu. Přesný čas jsme upravovali podle respondenta, jak to vyhovovalo hlavně jemu. S nahráváním rozhovoru všichni dotazovaní souhlasili.

Podle výzkumných cílů jsme stanovily tyto otázky do rozhovoru:

1. Jaké rozhodnutí Vás vedlo k péči o blízkou osobu?
2. Jak probíhal Váš běžný den při péči o blízkou osobu? Prosím popište, co jste běžně při péči dělal/a.
3. Měli jste dostatek informací o poskytování péče blízké osobě? Kde jste čerpali informace?
4. Měli jste dostatečně vybavené prostředí pro péči? Bylo těžké sehnat vybavení a pomůcky pro péči?
5. Jak péče ovlivnila Váš rodinný život? Zasáhla péče do vašich osobních vztahů, pokud ano tak jak jste to vnímal/a?
6. Může péče o blízkou osobu v domácím prostředí být srovnatelná s profesionální péčí?
7. Měl/a při aktivní péči čas na koníčky a záliby?

8. Lze skloubit profesní život s péčí o osobu blízkou, jaké mohou nastat komplikace?
  - a. Poradil/informoval Vás někdo o dávkách, o které můžete žádat?

#### 4.5 Způsob zpracování dat

Jako metodu pro zpracování dat, které jsme získali z rozhovoru jsme zvolili zakotvenou teorii. Zakotvená teorie byla vyvinuta v šedesátých letech 20. století, od té doby však prošla mnoha modifikacemi a rozštěpila se do různých variant. Autory zakotvené teorie jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. (Švaříček, a další, 2007)

Zakotvená teorie proto představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie. Zakotvená teorie je induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. (Švaříček, a další, 2007)

Výsledkem výzkumu zakotvené teorie je spíše teoretické vyjádření zkoumané reality než sada čísel nebo skupina volně vztažených pojmů. Podle této metodiky jsou pojmy a vztahy mezi nimi nejen vytvářeny, ale také prozatím ověřovány. Cílem metody zakotvené teorie je samozřejmě vytvoření teorie, která věrně odpovídá zkoumané oblasti a vysvětluje ji. Badatelé pracující v jejím duchu také doufají, že jejich teorie různých disciplín budou nakonec kumulativně propojeny mezi sebou a že důsledky teorie budou prakticky využitelné. (Strauss, a další, 1999)

U zakotvené teorie se nejedná o určitou teorii, ale o strategii výzkumu a také způsob analýzy sebraných dat. Cílem výzkumu pracujícího se zakotvenou teorií je návrh teorie pro jevy v určité situaci, na které se výzkumník v průběhu práce zaměřuje. (Hendl, 2005)

Tabulka – Schéma výzkumného procesu u metody zakotvené teorie





(Říháček, a další, 2014)

Obrázek 1

### Otevřené kódování

Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Bez tohoto prvního a základního analytického kroku by nemohl proběhnout zbytek analýzy ani následná komunikace. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly, a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných. Během tohoto procesu jsou zvažovány a zkoumány naše vlastní i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům. (Strauss, a další, 1999)

Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje. (Hendl, 2005) (Švaříček, a další, 2007)

### Axiální kódování

Otevřené kódování údaje rozděluje a umožňuje určit některé kategorie, jejich vlastnosti a umístění na dimenzionálních škálách. Axiální kódování tyto údaje zase novým způsobem skládá dohromady vytvářením spojení mezi kategorií a jejími subkategoriemi. Nemluvíme zde o vzájemném uspořádání několika hlavních kategorií, s cílem vytvořit souhrnné

teoretické formulace, ale o vytvoření něčeho, co se časem stane jednou z několika hlavních kategorií. Jinými slovy, stále ještě se budeme zabývat rozvíjením kategorií, ovšem rozvíjením přesahujícím vlastnosti a dimenze. (Strauss, a další, 1999) (Švaříček, a další, 2007)

- Příčinné podmínky – tento termín odkazuje na události nebo případy, které vedou k výskytu nebo vzniku jevu,
- Jev - ústřední myšlenka, událost, dění, případ, na který se zaměřuje soubor zvládajících nebo ovládajících jednání nebo interakcí, nebo k němuž má tento soubor jednání nějaký vztah,
- Kontext - konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží a je zároveň určitým souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání nebo interakce určené ke zvládání, ovládání, vykonávání nebo reagování na určitý jev.
- Intervenující podmínky - široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce,
- Strategie jednání/Interakce - vykonávání nebo reagování na nějaký jev tak, jak se vyskytuje v určitém kontextu nebo v konkrétním souboru percipovaných podmínek,
- Následky - jednání nebo interakce reagující na jev. (Strauss, a další, 1999)

### Selektivní kódování

Z hlavních kategorií je následně třeba získat jednu ústřední. Selektivním kódováním hledáme hlavní postavu děje. (Hendl, 2005)

Jak uvádí Strauss, pomocí axiálního kódování se vytvoří základ pro kódování selektivní. Prvním krokem u selektivního kódování je podrobně vyložit kostru příběhu. Druhým krokem je uvedení pomocných kategorií do vztahu k centrální kategorii podle paradigmatu. Ve třetím kroku jsou kategorie vzájemně vztahovány na dimenzionální úrovni. Čtvrtým krokem jsou tyto vztahy ověřovány podle údajů. Pátým a posledním krokem je doplnění kategorií, které je třeba dále upřesnit anebo rozvinout. (Strauss, a další, 1999)

## 4.6 Etika výzkumu

Ve výzkumu jsme dodržovali všechny etické zásady, které byly nutné dodržet pro výzkum. Zachovali jsme anonymitu každého respondenta, neuváděli jsme žádné osobní údaje. Také byli seznámeni s pořízením nahrávky našeho rozhovoru, s obsahem diplomové práce a podstatou výzkumu.

## 5 ANALÝZA DAT

Při analýze dat jsme použili otevřené kódování, axiální kódování i selektivní kódování v rámci zakotvené teorie.

### 5.1 Otevřené kódování

Po rozhovorech, které jsme nahrávali, bylo nutné záznamy rozhovorů přepsat. U otevřeného kódování si všímáme témat a přiřazujeme jim kódy, můžeme kódovat jednotlivá slova, věty nebo odstavce. Kódy volíme tak, aby zahrnovaly konkrétní jevy v textu do obecnějších konceptů nebo kategorií.

Aby byla zachována anonymita a neuváděli jsme jména respondentů, byly jim přiřazeny tyto písmena A, B, C, D, E. Citace respondentů jsou psány kurzívou.

V tomto otevřeném kódování uvádíme vzniklé kategorie a také kódy, které jsou doplněny o přímé citace od respondentů.

Vzniklé kategorie:

1. Domácí péče
2. Zásah do života
3. Začátek péče
4. Režim
5. Pomoc s péčí
6. Čas na sebe
7. Zaměstnání a péče
8. Odlehčovací služby

#### **Kategorie č.1 – Domácí péče**

Kódy: dostatečná pozornost, čas, přínosnější, ve svém prostředí, lepší

V této kategorii respondenti srovnávali, jestli je domácí péče srovnatelná s péčí profesionální a je vlastně dostatečná pro opečovávaného. Každý pečovatel odpověděl tak, jak cítí jeho situaci. U všech, se ale odpověď podobala a odpovídali v podstatě stejně.

Například kód „dostatečná pozornost“ byla u respondenta A popsána následovně: *„Nemůže, protože v domácím prostředí se věnujete osobě mnohem více času než*

*v profesionální péči. V profesní péči je málo sester či pečovatelek na spoustu lidí, nemůžou jim nikdy dát dostatečnou pozornost, kterou tito lidé potřebují.“*

Kódem „lepší“ bylo respondentem E odpověděno následovně: *„V případě, že máte k dispozici dostatek pomůcek a prostředků, může být i lepší, protože dítěti dáváte mnohem více lásky než by se mu dostalo v nějakém zařízení. Ale také záleží, jak k tomu pečovatel přistupuje a jestli opravdu chce nepřetržitě pečovat. Někdy to ani nejde...“*

Kód „ve svém prostředí“ popisuje respondent D takto: *„Ano, já myslím, že může být srovnatelná s profesionální, i když péče je udělaná neprofesionálně, ale člověk je doma, ve svém prostředí, se svými blízkými. Ale také to záleží na zdravotním stavu toho člověka, vždy to doma nejde. Opravdu to někdy chce třeba nemocniční vybavení a profesionální ošetřování, které doma poskytnout nejde.“*

### **Kategorie č.2 – Zásah do života**

Kódy: částečný úvazek, ovlivnění blízkých vztahů, život vzhůru nohama, stmelení, ztráta soukromí, sblížení

Kategorie „Zásah do života“ obsahuje kódy, které vypovídají o ovlivnění rodinného života dotazovaných respondentů. Každý z respondentů vnímá tuto vzniklou situaci jinak. A již zde se setkáváme s odlišností výpovědí respondentů.

U všech dotazovaných jsme zaznamenali, že péče jim zásadně změnila život. A každý tuto skutečnost vnímá a prožívá jinak. Zásadní roli v této kategorii hraje rodina. U mnoho dotazovaných péče ovlivnila život velmi zásadně, a bylo nutné do péče zakomponovat celou rodinu, protože většina dotazovaných mají své rodiny a děti, které při péči byly nápomocné a velmi citlivě pečování prožívaly a vnímaly.

Kód „ztráta soukromí“ popisuje respondent D následovně: *„Péče ovlivnila rodinný život všem členům domácnosti. V první řadě, to byla ztráta soukromí a to doslova, museli jsme vymyslet, kde a jak ubytovat babičku, aby taky měla svoji místnost, své soukromí. To znamenalo, dát sourozence do jednoho malého pokoje, ale také přestěhovat další 2 pokoje, abychom se nějak vlezli. S novou situací se změnil i chod domácnosti. Středem všeho byla babička, vše se točilo kolem ní a jejího zdravotního stavu. (auto muselo být mě k dispozici, manžel s ním jezdil do práce, naše návštěvy-nebylo kam pozvat, chybělo soukromí).... Vztahy byly někdy vyhrocené, museli jsme se učit být trpěliví a tolerantní, i když to někdy nešlo a docházelo na slovní rozepře. Vztahy s ostatní rodinou se zlepšily, začali k nám dojíždět na návštěvu a to byla babička šťastná. Zvláštní bylo, že s manželem jsme měli větší*

*problém si zvyknout na babiččinu povahu, na její zasahování do našich věcí, vnuci v tom byli vyrovnanější, řekli si, že babička je stará a nemocná a bylo.“*

Respondent B kód „vzhůru nohama“ popisuje takto: *„Velmi ovlivnila. Život se nám všem otočil vzhůru nohama. Teta, která byla samostatný člověk, je najednou člověk plně odkázaný na pomoc druhého.“*

*Manžel, děti, maminka i ségra mi hodně pomohli a pomáhali. Někdy se stalo, že jsem nebyla doma i 10 dní doma. Často teta kašlala, ze začátku byla i hodně nemocná. Naučilo nás to trpělivosti!“*

Kód „sblížení“ popsala respondentka E následovně: *„Péče do osobních vztahů zasáhla jedině v dobrém slova smyslu, jelikož jsme se už od začátku víceméně celá rodina přizpůsobila situaci, která nastala a sblížila nás. Hodně záleželo i na tom jak se s tím člověk vypořádá a smíří.“*

### **Kategorie č.3 – Začátek péče**

Kódy: nutná pomoc, žádná jiná varianta, zdravotní stav, automatika, stalo se

V kategorii „Začátek péče“ se zabýváme tím, jak se pečovatelé k péči dostali, a proč začali o své blízké pečovat. U každého respondenta se odpovědi o začátku péče liší, avšak u všech je stejný závěr a to, že se pro léčbu rozhodli a pečovali o svého blízkého v rodině. Hodně často k péči docházelo nečekaně ze dne na den. V této kategorii respondenti mluvili i o diagnóze, která byla spojena s důvodem jejich péče a péči zásadně ovlivňovala.

Například respondentka E, popsala kód „žádná jiná varianta“ takto: *„Jelikož se jednalo o vlastní dítě, tak jsem ani nepřemýšlela nad jinou variantou. Diagnóza byla SMA I.typu Werdnig Hoffman.“*

U kódu „zdravotní stav“ respondentka D odpověděla následovně: *„Tchýně bydlela sama a její zdravotní stav vyžadoval pomoc a dohled druhé osoby. Do jisté míry tam byly rodinné problémy, ale to bych nezmiňovala. Diagnóza byla cukrovka (aplikace inzulínu), ischemická choroba srdeční - angína pectoris 4xinfarkt - 4bajpase, strojek, ischemická choroba dolních končetin taky bypass, defekty na noze, těžká artróza (opiátové náplasti).“*

Kód „zdravotní stav“, popsala respondentka C takto: *„Zdravotní stav maminky se akutně zhoršil a bylo nutné začít o ni aktivně pečovat. Maminka se léčila už delší dobu s vysokým tlakem. Asi týden si stěžovala na bolest hlavy, pak najednou nemohla zkoordinovat své pohyby. Jelikož měla příznaky mrtvice, zavolali jsme záchrannou službu, ta okamžitě přijela a odvezla maminku do nemocnice. V té době si byla schopná dojet do záchranky*

*sama, bez cizí pomoci. V nemocnici však „našli“ a to doslova v bezvědomí při ranní vizitě s pokročilým nálezem.“*

#### **Kategorie č.4 – Režim**

Kódy: dopomoc, podpora rozvoje, celodenní dohled, dohlížení a dopomáhání, od snídaně po večeři

V této kategorii respondenti velmi detailně popisují, jak probíhá nebo probíhala jejich každodenní péče o blízkého. Od všech jsme se dozvěděli, že tento každodenní rituál byl velmi namáhavý jak psychicky tak fyzicky, protože mnohdy se jim jejich blízcí měnili před očima a ne vždy bylo lehké tuto skutečnost přijmout a srovnat se s ní.

Kódem „ podpora rozvoje“ bylo označeno toto tvrzení od respondenta E: *„Veškerá péče osobní hygieny, stravování, předávání vědomostí a znalostí jako u zdravého dítěte, podpora rozvoje osobnosti a k tomu samozřejmě i pozornost během noci. To znamenalo i několikrát za noc vstávat a odsávat například hleny atd.“*

Kód „celodenní dohled“ respondenta D bylo řečeno následovně: *„Začnu asi od rána. Ráno - vynést wc, udělat snídani, dohlédnout na užití léku, pomoc s aplikací inzulínu, upozornit na dodržení svačinky, nebyla zvyklá na pravidelný režim jídla a dělalo to problém s cukrovkou. Upozornit na pití, málo pila...pak jsme si daly kafičko a šla jsem vařit. Oběd proběhl klasicky, zase kontrola léku, odpoledne něco venku, procházka atd. (svačinka) večer opět inzulín a dbát na jídlo do 30min po aplikaci, kontrola léku. Namazat nohy, nachystat něco na malou svačinku. V sobotu pomoc s koupáním, natočit vlasy.... Každý 3den výměna opiatové náplasti. Když se nohy zhoršily, každý druhý den převázat.“*

Kódem „od snídaně po večeři“ je prezentováno tvrzení respondenta B: *„První měsíce byly hrozně těžké. Teta si musela zvyknout na pleny, nemohla se vyprázdnit. Takže to bylo náročné. Ráno začínalo tak, že jsem omyla tělo, přebalila se, podala jsem snídani. Potom se podávaly léky, a cvičily jsme v rámci možností. Oběd si ze začátku zvládala jednou rukou jíst sama. Bohužel poslední dva roky jsem ji musela krmit. Odpoledne jsme si četly, luštily křížovky, modlily se. A večer jsem ji vysadila na záchod. Převlekla do pyžama, udělat vše potřebné na noc. Povečeřelo se, nakrmila jsem ji, když bylo potřeba, podala léky, pomodlily jsme se a dívaly se na televizi.*

*Během celého dne jsem ji dávala pít. Musela jsem pomalu, moc nechtěla. Ale co bylo na tomhle asi nejhorší, bylo vytáhnout zuby, umýt je a zase je zpět nasadit, to byl jako fakt mazec. V noci nespávala, měly jsme jeden pokoj. Po prvních třech měsících dostala epilepsii a než se našla vhodná medikace tak mívala někdy i dva záchvaty denně.“*

### **Kategorie č.5 – Pomoc s péčí**

Kódy: na jednoho člověka by to bylo moc, rodina se snažila, jakoby moje dítě, u všeho se točila rodina, nikdy mi nic nevyčetl

V kategorii „pomoc s péčí“ se setkáváme s velmi častým problémem, a to je, že na pečovatele je permanentně vyvíjen velmi velký tlak. Právě tím, že je nejbližší člověku, který je odkázaný na pomoc a péči, je pro pečovatele velmi problematické opustit opečovávaného a požádat někoho o pomoc při péči, která je velmi důležitá. Pomoc a dopomoc pro pečovatele by měla být samozřejmostí a každý z pečovatelů by měl mít možnost si o tuto pomoc říci.

Například kód „rodina se snažila“ popsala respondentka D následovně: *„Je to tvoje jakoby dítě a máš za něho zodpovědnost... Já jsem to měla dobré, když přišel manžel, tak jsem si každý den udělala alespoň na hodinu čas, šla cvičit, nebo na procházku a s manželem jsme se vystřídali.“*

Kódem „na jednoho člověka by to bylo moc“ vysvětlila své tvrzení respondentka C takto: *„Ano, jelikož chodím dopoledne do práce tak maminku jak jsem zmiňovala, připravím a čas s ní tráví její manžel a můj tatínek. Je velmi šikovný. A i díky němu je mi umožněno chodit do práce a nemusím se bát, co bude s maminkou. Jezdí sem i neteř, která s maminkou jde na procházku, nebo některá z mých sester, takže ano. Pomoc je. Na jednoho člověka by toho bylo strašně moc.“*

Kód „nikdy mi nic nevyčetl“ je přepsán u respondenta B následovně: *„Někdy se stalo, že jsem nebyla doma i 10 dní. Teta často kašlala, ze začátku byla i hodně nemocná. Naučilo nás to trpělivosti! A vztah? Zatím pořád se mnou manžel je. NIKDY MI NIC NEVYČETL. Naopak hodně mi pomáhal, když jsem byla unavená, tak spal u tety on.“*

### **Kategorie č.6 – Čas na sebe**

Kódy: nepřetržitá péče, když bylo vše v pořádku, péče zabírala všechn můj čas, strach nechat opečovávanou osobu samotnou, pokud mi je časově umožněno

V kategorii „čas na sebe“ jsme s respondenty probírali, jestli mají vůbec nějaký čas sami na sebe. Při pečování, jak jsme rozebírali už v předchozí kategorii, je kladen velký nárok na pečovatele. A bohužel i čas, který by měl mít pečovatel vyhraněný sám pro sebe, je velmi minimální až nulový. To se velmi často odráží na psychice pečovatelů, která právě v období péče bývá velmi často zkoušena.

Velmi také záleží na tom, jestli pečovatel má dostatečnou pomoc a je mu volný čas pro sebe umožněn.



Například kód „nepřetržitá péče“ zní v prepisu respondentky E takto: *„Spíše ne, když už byl volný čas, využívala jsem ho k odpočinku. Starali jsme se ještě o další 2 děti, což taky zabere čas. A naše péče byla skoro nepřetržitá.“*

Kód „když bylo vše v pořádku“ respondentka B uvádí: *„Někdy ano, ale spíš ne...“*

*Když bylo všechno v pořádku a měla jsem hlídání. Teta nebyla nikdy sama. Mám hodnou maminku, která s ní spávala a hlídala jí, když jsme chtěli někam vyrazit, a to asi poslední tři roky. A moje dovolená? Jendou ročně výšlap na svatý Hostýn. Jinak jsme nebyli na dovolené ani na víkend nikde celých 5 let.“*

U kódu „když mi bylo časově umožněno“ uvedla respondentka C toto: *„Já myslím, že určitě ano. Já mám třeba zahradu, sadím, hrabu, snažím se. Taky včely, chodím si zacvičit, pokud je mi umožněno časově. Mám čas na sebe. Ale v této době covidové, je to strašně složité a stejně jsme všichni doma. Ale kdyby covid nebyl, určitě bychom to po sociální stránce pocítili.“*

### **Kategorie č.7 – Zaměstnání a péče**

Kódy: když zaměstnavatel vyjde vstříc, záleží na obsahu péče, zkrácený úvazek, zvládnutí změn, nejde dělat ani jedno ani druhé naplno

V této kategorii se zabýváme, zda je možné zvládnout práci na plný úvazek a péči o blízkou osobu. Je nutné podotknout, že u většiny respondentů jsme slyšeli, že se jejich život velmi změnil díky péči a to především tím, že museli opustit zaměstnání a věnovat se naplno péči.

V této kategorii se objevil kód „nejde dělat ani jedno ani druhé naplno“, toto tvrzení respondentka B uvedla takto: *„Myslím, že to nejde. U mě to nešlo. Záleží určitě na postižení člověka. Ty komplikace jsou podle mě právě to, že neděláte ani jedno a ani druhé naplno. Znáám lidi, kteří si vyřídili opatrovné a zároveň chodí do práce a chudáci lidi, kteří jsou ležáci, leží a trpí sami doma. Jedna osoba mi dokonce řekla „no co by chtěla. Pečovatelka tam chodí, a když nechtěla jít do domova tak co“. TO JE ŠPATNĚ!*

*Každý z nás jednou může být na jejich místě a může zůstat ochrnutý. To bychom všichni měli mít na paměti.“*

Kód „zkrácený úvazek“ respondentka D uvedla následovně: *„Neumím si představit plný pracovní úvazek. Se zkráceným úvazkem se to nějak dá skloubit. Musí ti ale vyjít vstříc zaměstnavatel. Komplikace můžou být na obou stranách. Osoba, o kterou se pečuje, může mít nejrůznější zdravotní problémy a tím se vše komplikuje. Není ti umožněno odcházet z*

*práce, měnit ti směny jak ti to momentálně pasuje. Pro osobu, která pečuje je to velmi náročné být v práci a myslet si co je doma. Časem jsi utahaná a vyčerpaná.“*

Kódem „když zaměstnavatel vyjde vstříc“ je prezentováno toto tvrzení respondentkou C: *„Jako já jsem to zvládla. Nebylo to tedy hned na začátku. Ze začátku jsem byla opravdu jen s maminkou a byly jsme spolu pořád. Až se péče trošku zvonila, šlo to. Ale já teď dělám asistentku ve škole, a musím uznat, že škola mi vychází maximálně vstříc. Teď například mohu jet s maminkou do lázní, což jsem ani nečekala, že by mi mohlo být umožněno. Takže rozhodně záleží i na zaměstnavateli.“*

### **Kategorie č.8 – Odlehčovací služby**

Kódy: organizace Zdislava, zdravotní sestra z ARO, nevyužívání služeb, charita

V poslední kategorii jsme se věnovali odlehčovacím službám. Dotazovali jsme se respondentů, jestli tyto služby využívají a jak jim při péči pomáhali. Odlehčovací služby, by měly být nedílnou součástí péče. Odlehčovací služby by mohly předcházet řadě problémů, kterými pečovatelé často trpí. V této kategorii se velmi často opakoval kód „nevyužívání služeb“. Ať už z důvodu špatné informovanosti, či strachu přenechat péči na někom novém.

Kód „organizace Zdislava“ byl interpretován respondentkou C takto: *„Ano, jak jsem zmiňovala organizaci Zdislavu, rehabilitace. Masáže. Dojíždíme na rehabilitace. Což velmi pomáhá jak mamince tak mně... Například organizace Zdislava brala krev, píchala warfarin na samém začátku atd. Teď jsme byli v lázních. Ale myslím si, že informovanost je velmi špatná a už v nemocnici by nám někdo mohl poradit, kam se obrátit.“*

Kódem „zdravotní sestra z ARO“ uvedla tvrzení respondentka E následovně: *„Několikrát do týdne nám domů docházela zdravotní sestra z ARO. Radila nám, co a jak máme dělat. Ukazovala jak zacházet s jednotlivými pomůckami a co bychom měli například vypilovat atd.“*

Kódem „nevyužívání služeb“ bylo označeno tvrzení respondentkou D takto: *„Služby jsme nevyužívaly. Tchýně byla často v nemocnici (vždy nějaký zdravotní problém), a já si v tom čase odpočinula. (smích)“*

## **5.2 Axiální kódování**

Při axiálním kódování jsme použili paradigmatický model. Mezi jednotlivými kategoriemi nám vznikly vztahy, které jsme popsali a zapsali do tabulky.

Příčinné podmínky	Domácí péče, Začátek péče
Příčinné podmínky	Začátek péče,
Jev	Zásah do života,
Kontext	Režim, Domácí péče,
Intervenující podmínky	Zaměstnání a péče, Pomoc s péčí,
Strategie jednání a interakce	Odlehčovací služby,
Následky	Čas na sebe.

Tabulka 9 - paradigmatický model

Jak uvádí Strauss, použití tohoto modelu umožní o údajích systematicky přemýšlet a vzájemně je mezi sebou vztahovat složitými způsoby. Jako jev označujeme hlavní myšlenku, případ, na který je zaměřen soubor interakcí a jednání nebo k němu má soubor nějaký vztah. (Strauss, a další, 1999)

V našem případě jsme jako jev zvolili kategorii Zásah do života.

Jako příčinné podmínky označujeme termín, který odkazuje na události nebo případy, které vedou k výskytu nebo vzniku jevu. Jako příčinou podmínku jsme uvedli kategorii Začátek péče, ve které rozebíráme, proč péče vznikla a co k ní vedlo. Právě Začátek péče popisuje v našich rozhovorech, jak se pečující stali pečovateli. Byl to začátek celého procesu, který u všech pečujících začal stejně, a to po náhlé změně zdravotního stavu blízkého, který potřeboval dopomoc při běžných denních úkonech.

Kontext je konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží. Kontext je zároveň určitým souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání nebo interakce určené ke zvládnání, ovládnání, vykonávání nebo reagování na určitý jev. V našem případě jsme jako kontext označili kategorii s názvem Režim a Domácí péče, které jsou jasnou reakcí na hlavní myšlenku. Jelikož lidé musí při domácí péči dodržovat i určitý režim, který si

s opečovávaným osvojili. Jak uvádíme v teoretické části, pečovatel vykonává různé denní aktivity, kterými se snaží zlepšit kvalitu života opečovávaného. Právě domácí péče je v teoretické části popsána jako péče, která je vykonávána u většiny opečovávaných rodinnými příslušníky, kterým rozhodnutí pečovat změní zásadně život.

Intervenující podmínky nám buď usnadňují, nebo naopak znesnadňují použití strategií jednání nebo interakce v určitém kontextu. Intervenující podmínky jsou široké a obecné podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce. Tyto podmínky zahrnují čas, prostor, kulturu, ekonomický status, stav techniky, zaměstnání, historii a individuální biografii. Jako intervenující podmínky jsme označili kategorii Zaměstnání a péče, ve které je popisováno, jak pečovatelé zvládají propojení péče a zaměstnání a zdali je to vůbec možné propojit. S ní velmi úzce souvisí další kategorie a to Pomoc s péčí. Ve které se dozvídáme, jestli jsou na péči sami nebo se mohou spolehnout na někoho dalšího. To úzce souvisí s předchozí kategorií, protože pokud je pečovatelům umožněna pomoc při péči například od rodiny, je zde možnost, že mohou zvládat jak péči, tak zaměstnání.

Jednání nebo interakce má určité vlastnosti. Za prvé je procesuální, jeho přirozenou vlastností je vývoj. Proto může být zkoumáno ve smyslu následnosti, pohybu nebo změny v čase. Jednání nebo interakce, o kterém mluvíme, je záměrné, zacílené, činěné z nějakého důvodu - a je reakcí na jev nebo pokusem o jeho zvládnutí. S tímto popisem se nám jako nejvhodnější jevila kategorie Odlehčovací služby. Právě odlehčovací služby nám pomáhají zvládat to, jak péče pečovateli zasáhla do života.

Následky se mohou projevit na lidech, místech nebo věcech. Následky mohou být události nebo situace. Jako následek jsme uvedli kategorii Čas na sebe. Právě tato kategorie popisuje jaké následky péče má a jak zásadně ovlivňuje čas pečovatelů na sebe sama (Strauss, a další, 1999)

### 5.3 Selektivní kódování

Základem pro selektivní kódování je axiální kódování, kterým jsme získali obraz o vztazích mezi různými kategoriemi. V průběhu selektivního kódování je výzkumník veden snahou vyhledat hlavní témata a kategorie, které budou ústředním bodem vznikající teorie. To znamená, že budou integrovat ostatní témata a kategorie. Vytvořená síť konceptů a propojení mezi nimi má své těžiště v těchto hlavních kategoriích. (Hendl, 2005)

Jako hlavní centrální myšlenku jsme zvolili kategorii s názvem Domácí péče. Právě domácí péče začíná nelehkým rozhodnutím pro pečovatele na samém začátku. Kde se musí

vypořádat, zda bude zvládat péči a může to zvládnout. Tato centrální kategorie je vzájemně propojená s ostatními kategoriemi. Které na ni navazují.

Další vzniklá kategorie Začátek péče je v souvislosti s centrální myšlenkou. Právě začátek péče začíná tím rozhodnutím, které musí pečovatel uskutečnit.

Kategorie, která je velmi úzce spojená s domácí péčí je kategorie s názvem Zásah do života. Péče může zasahovat do života různými způsoby a proto v tomto výzkumu je tato kategorie velmi důležitá.

Jako velmi úzce spjaté kategorie s centrální kategorií máme kategorii s názvem Režim. Právě režim, je hlavní náplní všedních dní a jeho dodržováním si může pečovatel dovolit najít čas na sebe či oddych.

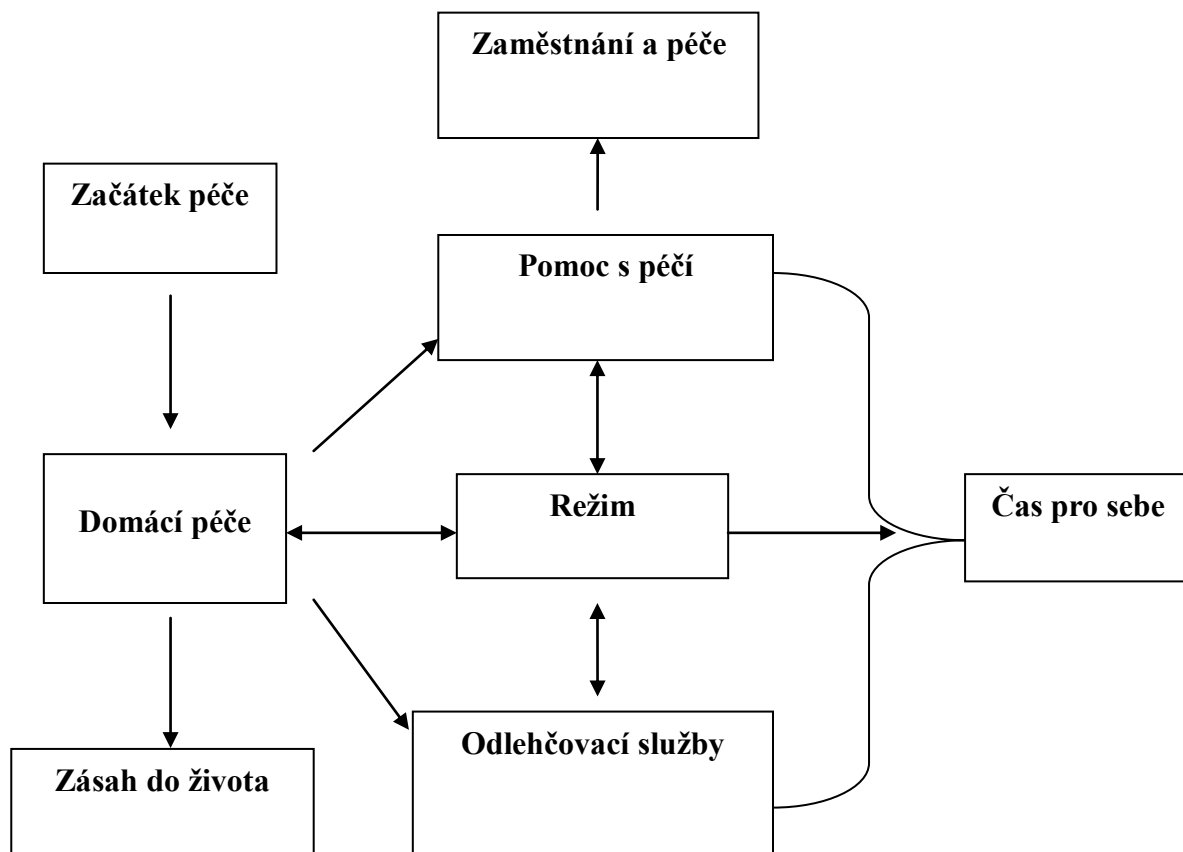
Kategorie související s režimem je pomoc s péčí. Právě pomoc při domácí péči je velmi zásadní. Pečovatel potřebuje mít možnost jistoty a spolehnout se na někoho, kdo se v případě pečovateli neschopnosti o nemocného blízkého postará.

Kategorii Zaměstnání a péče je propojena s kategorií Pomoc s péčí. Právě díky pomoci při péči si může pečovatel dovolit nastoupit do práce nebo minimálně zvládat částečný úvazek.

A ihned po této kategorii je s pomocí při péči spojena kategorie odlehčovací služby. Tyto dvě kategorie jsou navzájem propojené. Jestliže pečovatel nemá možnost využít pomoci rodinných příslušníků, kteří jsou u většiny pečovatelů první volbou, může pečovatel využívat služeb odlehčovacích. Tyto služby jsou pro pečovatele velmi klíčové, protože jim mohou pomoci v mnoha směrech.

A jako poslední kategorii, která souvisí s kategorií pomoc s péčí, a kategorií odlehčovací služby máme uvedenou čas pro sebe. Právě díky těmto dvěma zmíněným kategoriím si může pečovatel udělat čas na sebe a své potřeby či koníčky. Právě díky pomoci okolí je možnost aspoň částečně soukromého života pro pečovatele.

Vztahy vzniklých kategorií jsme vyobrazili v následujícím modelu.



Obrázek 2 - Výsledný model selektivního kódování

## 6 INTERPRETACE DAT

### Zakotvená teorie

Z údajů, které jsme získali z rozhovorů a následného otevřeného, axiálního a selektivního kódování jsme dospěli k následující teorii. Tato teorie se zabývá péčí o blízkou osobu v domácím prostředí, a jak tato skutečnost ovlivňuje život pečovatele.

Teorie se vztahuje na pečovatele, kteří se starají o své blízké, a zabývá se, jak jim péče o blízkého ovlivnila život. Hlavním jevem celé teorie je „pečovatelé, kteří pečují o své blízké, jsou jejich péčí velmi zásadně ovlivněni a nedostatečně informováni“.

U všech respondentů je patrné, že jejich péče je několikaletá a mají s péčí a ovlivnění jejich života bohaté zkušenosti. K dosažení zakotvené teorie bylo potřebné z rozhovorů najít společné znaky. I přes různé odlišnosti, které se často objevovaly při rozhovorech, jsme k zakotvené teorii dospěli.

Domácí péče je velmi náročná. Pečovatelé jsou mnohdy s blízkým nepřetržitě, což může vést k naprosto nedostatečnému času pro sebe nebo jejich rodiny. Při péči o blízkou osobu je pečovatel velmi přetěžován, jak psychicky tak i fyzicky. Právě proto, je důležité umět předcházet celkovému vyčerpání například využíváním různých odlehčovacích služeb, či požádání o pomoc některého člena rodiny. Jak uvedli všichni respondenti, péče o blízkou osobu velmi zásadním způsobem ovlivňuje život pečovatele. U většiny je toto ovlivnění negativní, neboť jsou nuceni zásadně změnit či omezit dosavadní způsob života, ať už odchodem ze zaměstnání nebo zcela novým režimem, který musí kvůli péči nastavit.

Podle studie Kotrusové a spol. vyplynulo z výpovědí dotázaných, že dlouhodobé poskytování péče (zejména intenzivní) je velmi fyzicky i psychicky náročné. Individuální strategie vyrovnávání se s touto situací jsou různé. Někteří dotázaní nacházejí v poskytování péče naplnění smyslu života a pečují rádi. Absence psychické a fyzické regenerace se často promítne do zhoršení zdravotního stavu pečující osoby. (Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR, 2013)

Také podle studie na University of York, se dozvídáme, že neformální péče je velmi náročná, právě, že k ní dochází neočekávaně. Může přinést jak pozitivní reakci, zejména pro opečovávaného, ale také pro pečovatele, který vidí v jeho práci naplnění, tak stres pro poskytovatele péče. (Di Novi, a další, 2013)

Právě zásadní změna byla v ovlivnění rodinných vztahů nebo nedostatku času pro samotné pečovatele. U všech dotazovaných se opakovala stejná odpověď, že při péči jim velmi pomáhají členové rodiny, díky kterým mají možnost alespoň na chvíli čas na odpočinek nebo své koníčky. Důležitá je jejich podpora a snaha být jim na blízku a napomáhat při samotné péči. Je nutné dodat, že u většiny dotazovaných bylo nutné ukončit pracovní poměr, nebo minimálně zkrátit pracovní úvazek.

Abychom tuto teorii potvrdili, můžeme zmínit diplomovou práci Mgr. Švimberské, která právě ve svém výzkumu zjišťovala, co pomáhá pečovatelům v domácím prostředí. Ve svém výzkumu uvedla toto: „*První skutečnost je, že je pro rodinné pečovatele naprosto stěžejní podpora jejich blízkých, ať už jde o rodinu či přátele. Všichni komunikační partneři ze skupiny rodinných příslušníků vypověděli, že se jim dostalo podpory od rodiny nebo přátel a jsou za ni vděční. Taktéž pomoc s péčí velmi ovlivňuje, jak moc komunikační partner podléhal tíže zátěže. Tři komunikační partneři uvedli, že využívali pečovatelskou službu, která jim významně ulehčila práci. Dvěma dalším pomáhali partneři nebo širší rodina a jedné komunikační partnerce přátelé. Ve dvou případech probíhala tzv. „střídavá péče“, kdy se komunikační partneři střídali v pečování s druhým členem rodiny a díky tomu hodnotí zátěž jako velmi ulehčenou.*“ (Švimberská, 2021)

### **Odpovědi na výzkumné otázky**

Po provedené analýze dat z rozhovorů se dostáváme k odpovědím na všechny výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka zní: **Jak péče o blízkou osobu ovlivňuje život pečovatele?** Ze získaných dat z našich kódování nám vyplývá, že život pečujících je zásadně ovlivněn. U všech dotazovaných jsme se setkali s odpovědí, že při péči se setkali všichni se ztrátou soukromí. Což jejich život ovlivnilo spíše negativně. Právě ztráta soukromí úzce souvisí s dalším jevem, který byl často uváděn a to minimálním časem pro sebe. Je tedy zřejmé z odpovědí respondentů, že pečovatelé při péči o blízkého velmi často zapomínají na čas sami pro sebe, své koníčky, nebo jim vůbec tento „komfort“ nazvaný volný čas není umožněn. Všichni dotazovaní odpověděli, že jejich volný čas je velmi minimální, někteří například vůbec neměli dovolenou a pečovali tedy nepřetržitě. Je velmi nutné podotknout, že u všech dotazovaných pečovatelů hraje velmi zásadní roli právě zdravotní stav opečovávaného. Je velmi podstatné, pokud je péče nepřetržitá, a opečovávaný potřebuje pouze dopomoc, nebo péči nepřetržitou. Právě u nepřetržité péče si pečovatel bez pomoci druhé osoby nebo odlehčovací služby není schopen odpočinout. Zároveň však každý z pečovatelů našel na péči spoustu pozitiv, jako například, že se sice



jejich životy velmi změnil, ale soudržnost rodiny byla péčí posílena. A u mnohých respondentů bylo uvedeno, že právě rodina se jim v této nelehké situaci snažila být nápomocna a být jim oporou.

Jak uvedla kolegyně Mgr. Fajkusová, z jejího výzkumu vyplývá následovně. Největším problémem neformálních pečovatelů je nedostatek času pro sebe. Pečovatelé díky péči nemají čas na rodinu, přátele nebo jejich koníčky. Také shodně respondenti uvedli, že se museli přizpůsobit novému životnímu režimu, nemají příležitost na dovolenou podle jejich představ. (Fajkusová, 2020)

Jak také uvádí Zapart, časové vytížení pečovatele je téměř nepřetržitě. Časově náročné je i právě poskytování péče nemocnému. Jako rodinný pečující snáší bolest s nemocným, podporuje ho jak psychicky tak fyzicky a nezbývá mu čas na sebe samého. (Zapart, a další, 2007)

Jak jsme se mohli dočíst ve výzkumu fondu dalšího vzdělání, jejich výzkum potvrdil existenci systematicky neřešeného problému, jímž jsou dopady péče na samotného pečovatele – jde zejména o nedostatek času na osobní i společenský život a ztrátu soukromí. Valná většina pečovatelů pociťuje psychické vyčerpání, zhoršení finanční situace či zdravotní problémy. (Fond, 2018)

Po zodpovězení hlavní otázky můžeme přejít na odpovědi dílčích odpovědí výzkumných otázek. První výzkumná otázka zní: **Jaký vliv na vztahy se zbytkem rodiny má péče o blízkou osobu?** Již při otevřeném kódování jsme zjistili z výpovědi respondentů, že se jejich odpovědi shodují. Že rodina při jejich péči má velký význam. Jak jsme již uváděli v předchozí odpovědi, péče má velký vliv na čas, který má pečující sám na sebe. To jde ruku v ruce s následující odpovědí a to je, že čas na rodinu se velmi omezuje. To je zásadní poznatek. Z odpovědí respondentů jsme se mohli dozvědět, že právě v této nelehké životní situaci jim rodina je velmi nápomocná, tolerantní a snaží se jim vycházet vstříc. Právě to má za následek, že rodinné vazby jsou posíleny a stmelují se. Jak uvedli všichni respondenti, při sebemenším problému byla právě rodina ihned připravena pomoci a mnohdy jim s péčí pomáhala. Je zřejmé, že díky nedostatku volného času, či neuskutečněným dovoleným jsou členové rodiny vystaveni velkému tlaku, který se může podepsat na fungování každé rodiny, a ne každý tento tlak může zvládnout. Je nutné podotknout, že při rozhodnutí pečovat se přizpůsobuje potřebám nemocného celá rodina nejen pečovatel. Jak uváděli respondenti v rozhovorech, mnohdy byla péče nepřetržitá a nebýt rodinných příslušníků, kteří byli ochotni pomáhat a být nápomocní při péči nebyli by

schopni péči vykonávat na takové úrovni, jako ji vykonávají. Rodina je tedy pro pečovatele jak psychickou tak fyzickou oporou.

Můžeme zmínit, že toto tvrzení ve své práci obhajovala kolegyně Mgr. Žižlavská, která popisuje, že je velmi důležité, aby se na péči podíleli i jiní členové rodiny. Právě pomoc zbytku rodiny poskytuje pečovateli úlevu jak psychickou, tak fyzickou. Pečovatel také díky rodině dostává sociální oporu. (Žižlavská, 2017)

Jak jsme uvedli v teoretické části, péče o nesoběstačného člena rodiny vyžaduje od pečující rodiny na kratší nebo na dobu delší přizpůsobení se jeho potřebám. Z hlediska časové náročnosti může jít o občasnou či každodenní pomoc při zabezpečení chodu domácnosti. To vše jsou samozřejmě velmi vysoké nároky na pečujícího i jeho rodinu. (Veselá, 2002)

Další dílčí otázka zní: **Jaké profesionální služby využívá pečovatel při péči o blízkou osobu?** U této dílčí otázky se při otevřeném kódování odpovědi respondentů velmi rozcházel. Část služby využívala a část byla odkázána při péči pouze sama na sebe. U těch respondentů, kteří využívali služby, byly nejvíce zmiňovány služby jako organizace Zdislava, rehabilitační sestry, pečovatelky, nebo odborné sestry. Nutné je také zmínit, že ti pečovatelé, kteří tyto služby využívali, měli nepřetržitou domácí péči a stav opečovávaného byl zcela odkázán na pomoc pečovatele. Tyto služby jim aspoň minimálně pomáhali v péči, umožnili alespoň na chvíli mít čas pro sebe, či se jim snažili ukázat, jak péči co nejlépe v domácím prostředí zajistit. Jak jsme se mohli dočíst v rozhovorech, právě u těch pečovatelů, kteří služby využívali, měli jejich blízcí nějaké fyzické poškození, jako například bércové vředy, proleženiny, atd. Jak uvedli respondenti při rozhovoru, je zcela jasné, že pomoc profesionálních služeb jim častokrát velmi ulehčila práci a dost často jim pomohla najít nejvhodnější způsob péče.

Podle výzkumu Kortusové, Dobiášové, Hošťálkové K neefektivitě využívání služeb, které by mohly výrazným způsobem snížit zátěž pečujících osob, přispívá i malá informovanost o současných možnostech zdravotnického a sociálního systému. Většina respondentů získávala potřebné informace z okruhu známých osob. (Kotrusová, a další, 2013)

Jak uvádí Matoušek, profesionální neboli odlehčovací služba spočívá v tom, že postižený člověk dostane do domácí péče k dispozici ošetřovatele nebo pečovatele. Tato služba umožňuje snížit pečovatelskou zátěž rodiny. (Matoušek, 2011)

Kolegyně Bc. Hloušková uvádí ve svém výzkumu, že z šetření, které prováděla, že odlehčovací služby přináší podstatnou úlevu od každodenních starostí pečovatelů, které souvisejí s náročnou životní situací. Můžeme tedy říci, že si pečovatel uvědomuje, že péče

není pouze na nich, ale mají možnost se na někoho odkázat. Po využití odlehčovací služby se u pečovateli objevuje pocit nové síly a energie. (Hloušková, 2015)

Další dílčí otázka zní: **Jak pečující zvládají péči o blízkou osobu a profesní život?**

U této otázky jsme měli při otevřeném kódování až na jednoho respondenta velmi stejnorodé odpovědi. Většina respondentů uvedla, že podle nich je profesní život s péčí neslučitelný. Většina zastávala názor, že nejde dělat obojí najednou a kvalitně. Protože pokud člověk pečuje, musí tomu věnovat maximum. Je nutné zmínit, že se všichni shodli, že velmi závisí na zdravotním stavu opečovávaného. Pokud člověk vyžaduje nepřetržitou péči, je jasné, že zaměstnání nepřipadá v úvahu. Jako uvedli respondenti, práce je možná, když má pečovatel dostatečnou podporu rodiny, která mu umožní se s ním střídat v péči. Bohužel u většiny dotazovaných tato možnost nebyla a byli nuceni zaměstnání opustit. Právě ztráta zaměstnání bývá velkým skokem pro pečovatele, který se musí ze dne na den rozhodnout a musí opustit zaměstnání, aby se mohli naplno věnovat péči. Je jasné, že opuštění zaměstnání souvisí také s finanční stránkou pečovatele. To má za důsledek, že jsou pečovatelé vystavováni velkému stresu, a právě zde začíná problém se sociálním kontaktem. U respondentů se taky objevovala odpověď, která se odkazovala na flexibilitu zaměstnání, a nebo toho, jak jim vedení vyjde s péčí vstříc.

Jak píšeme v teoretické části, pečovatel se díky problematice se zaměstnáním dostává do stresové situace, která může zásadně ovlivnit zdraví pečovatele. U většiny pečujících je nutné snížit hodiny věnovaných zaměstnání nebo zaměstnání zcela opustit. (Michalík, 2011)

Také Sociální služby uvádí, že se pečovatel velmi často dostává do finanční zátěže. A právě z důvodu, aby mohl pečovatel svému blízkému dopřát tu nejlepší péči, bývá často nucen opustit zaměstnání. (Psychologie: Hlavní úkol pečujících o blízkou osobu: Nenechat se zničit, 2016)

Poslední dílčí otázka zní: **Jaká je informovanost pečovateli o možných dávkách na péči?** U poslední dílčí otázky se respondenti v našem šetření shodli. Všichni odpověděli, že informovanost o dávkách pro nemohoucího blízkého je naprosto nedostatečná. Všichni odpověděli, že informace si museli hledat sami nebo jim byly předány od známých, kteří řešili stejnou životní situaci. Jak všichni uvedli, zajišťování informací je častokrát velmi zdoluhavé a v jejich situaci, která se mění ze dne na den, velmi komplikované. Bohužel, pokud se pečovatel nachází v soustavné domácí péči a nemá dostatek informací, jsou častokrát žádosti o dávky velmi opožděny. Jak uvedli respondenti v rozhovorech, o informacích o dávkách se dozvídali buď z internetu po vlastní iniciativě, od praktického

lékaře, který je upozornil na možnosti dávek, které mohou žádat nebo od přátel či známých.

Studie Kotrusové pojednává o tom, že je špatná informovanost o možné nabídce sociálních i zdravotních služeb. Pečovatelé musí vynaložit velkou dávku času, energie i síly, aby získali všechny potřebné informace. Domníváme se, že by bylo vhodné sjednotit poskytování potřebných informací na jednom místě. (Kotrusová, a další, 2013)

Jak uvádí Fond dalšího vzdělání, kritickým momentem při vyhledávání podpory či pomoci je pro pečovatele nedostatek informací. Nejedná se jen o možnosti nabídky služeb a jejich dostupnosti, ale o komplexní poradenství, které by pečovatelům umožnilo se v současném systému lépe orientovat a dosáhnout tak na podporu, která jim ze zákona náleží. Co se informovanosti týká, jsou na tom nejlépe pečovatelé o handicapované dítě, kteří často potřebné informace o dostupných službách získávají výměnou zkušeností s dalšími rodiči handicapovaných dětí. Naopak nejméně informací o typech podpory mají mladší pečovatelé starající se o rodiče/prarodiče. (Fond, a další, 2015)

Jak zmiňujeme v teoretické části, nárok na dlouhodobé ošetrovné má pojištěnec, který pečuje o osobu potřebující poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí, a nevykonává v zaměstnání, z něhož dlouhodobé ošetrovné náleží, nebo v jiném zaměstnání práci, jde-li o zaměstnance, ani osobně nevykonává samostatnou výdělečnou činnost, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou atd.... (MPSV, 2017)

Informace o dávkách můžeme získat také z úřadu práce. Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči je určen lidem od jednoho roku věku, kteří kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují péči a pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, kterých je celkem deset. Těmi jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (nehodnotí se u dětí do 18 let). (Zákonyprolidi.cz, 2021)

Je však otázkou, jestli mají pečovatelé dostatek času, aby si tyto skutečnosti sami zjišťovali. Vzhledem k náročnosti situace, které jsou pečovatelé vystavováni, je pochopitelné, že času a energie na tyto činnosti jsou minimální.

## ZÁVĚR

Jako hlavní cíl naší diplomové práce bylo zjistit, jak péče ovlivnila život pečovatele. Při kvalitativním výzkumném šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů jsme zodpověděli tuto hlavní výzkumnou otázku. Dále jsme zodpovídali také na otázky dílčí, které jsme zodpovídali pomocí zakotvené teorie.

Z výpovědí respondentů jsme zjistili, že péčí se jejich život změní velmi zásadním stylem, hlavně z hlediska soukromí, které se péčí minimalizuje. Všichni naši respondenti se pro péči rozhodli sami, ale jak většina uvedla, nikdo na začátku nepřemýšlí o komplikacích a těžkostech, které jsou s péčí spojeny. I když péče není tolik odborná jako péče profesionální, podle všech odpovědí jsme dospěli k závěru, že péče v domácím a rodinném prostředí je mnohem efektivnější než péče profesionální. Musíme ale podotknout, že toto tvrzení můžeme aplikovat pouze u těch opečovávaných, jejichž zdravotní stav tuto péči umožňuje.

Právě díky tomu, že jde o blízkého člověka, se pečovatelé snaží nemocnému pomáhat jak psychicky, tak fyzicky. Prožívají s ním jeho bolest a utrpení. Právě zde vidíme zásadní rozdíly mezi péčí v domácím prostředí a péčí profesionální. Bohužel můžeme říct, že péče o blízkou osobu je pro jednoho pečovatele velmi vyčerpávající a frustrující.

U všech respondentů jsme řešili stejný problém, a to, že mají minimální čas sami na sebe a na jejich rodiny. Což velmi poznamenává jejich sociální stránku. U všech jsme zjistili, že mnohdy po celou dobu péče neměli čas na dovolenou se svou rodinou. Právě rodina byla nejvíce zmiňovaná v rozhovorech, protože hlavně rodina dodávala pečujícím energii, podporu a pomoc při samotné péči. Je velmi nutné podotknout, že péče o blízkého člověka je velmi náročná a vyčerpávající. Péči vykonává jedna osoba, která musí zastávat několik funkcí za den. Proto právě rodina je klíčovým faktorem při péči o blízkého člověka. Všichni respondenti se shodli, že rodina jim vždycky vychází vstříc a vždy se jim snaží být oporou a být jim nápomocná. I když čas na rodinu je díky péči omezen.

Čemu jsme v práci věnovali pozornost byla také informovanost pečovatelů o možnostech dávek. Právě tyto odpovědi se všechny shodovaly v jediném, a to je, že informovanost je nedostatečná a pro mnohé pečovatele zjišťování těchto informací byla zdlouhavá a náročná. Tyto informace si většinou předávají pečovatelé mezi sebou nebo informace

zjišťují na internetu. Někteří respondenti uvedli, že jim o možnostech dávek poradil obvodní lékař, kterého navštěvují právě jejich opečovávaní blízcí.

Je tudíž otázkou, jestli by nebylo vhodným řešením, aby sociální pracovníci zastávali tuto funkci v nemocnicích a právě na doporučení lékařů, kteří indikují nesoběstačné pacienty, by mohli okamžitě rodiny informovat o možnostech dávek a příspěvků na péči.

## 7 CITOVANÁ LITERATURA

- Arnoldová, Anna. 2016.** *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha : Grada, 2016. 978-80-247-5148-1..
- Ayers, Susan. 2015.** *Psychologie v medicíně.* Praha : Grada, 2015. 978-80-247-5230-3.
- Di Novi, Cinzia, Jacobs, Rowena a Migheli, Matteo. 2013.** The quality of life of female informal caregivers: from Scandinavia to the Mediterranean Sea. místo neznámé : The University of York, 2013.
- Dvořáčková, Dagmar a Hrozenská, Martina. 2013.** *Sociální péče o seniory.* Praha : Grada, 2013. 978-80-247-4139-0.
- Fajkusová, Lucie. 2020.** Potřeby a situace neformálních pečujících, kteří se starají o uživatele pečovatelské služby Charity Olomouc. *Diplomová práce.* místo neznámé : Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta, 2020.
- Haškovcová, Helena. 2010.** *Fenomén stáří. Vyd. 2.podstatně přeprac. a doplň.* Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 978-80-87109-9.
- Haškovcová, Helena. 2002.** *Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd.* Brno : IPVZ, 2002. 80-7013-363-5.
- Hendl, Jan. 2005.** *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.* Praha : Portál, 2005. 978-80-7367-485-4.
- Hloušková, Veronika. 2015.** Odlehčovací služby jako způsob pomoci i pečujícím rodinám v Domově Simeon, SKP-CENTRUM o.p.s. *Bakalářská práce.* Hradec Králové : autor neznámý, 2015.
- Holmerová, Iva. 2015.** *Dlouhodobá péče.* Praha : Grada, 2015. 978-80-247-5439-0.
- Hrozenská, Martina. 2008.** *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská.* . Martin : Osveta, 2008. 978-80-8063-282-3.
- Hubíková, Olga. 2017.** Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. *Sociální práce.* 2017, 17.
- Jarošová, Darja. 2006.** *Péče o seniory.* Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 80-7368-110-2.
- Jeřábek, Hynek. 2013.** *Mezigenerační solidarita v péči o seniory.* Praha : Sociologické nakladatelství, 2013. 978-80-7419-117-6.
- Kotrusová, Miriam, Dobiášová, Karolína a Hošťálková, Jitka. 2013.** Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Forum sociální politiky.* Praha : autor neznámý, 2013. 2013 267 501.

- Kortusová, Miriam, Dobiášová, Karolína, Hošťálková, Jitka. 2013.** *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR.* Forum sociální politiky, stránky 10-20. 1802-5854.
- Králová, Jarmila a Rážová, Eva. 2012.** *Sociální služby a příspěvek na péči.* Olomouc : Anag, 2012. 978-80-7263-748-5..
- Králová, Jarmila. a Rážová, Eva. 2012.** *Sociální služby a příspěvek na péči .* Olomouc : ANAG, spol. s r.o., 2012. 978-80-7263-748-5. s. 16..
- Křivohlavý, Jaro. 2013.** *Jak zvládat depresi.* Praha : Grada, 2013. 978-80-247-4774-3.
- Křivohlavý, Jaro. 1994.** *Jak zvládat stres. .* Praha : Grada, 1994. 80-7169-121-6. .
- Kunhartová, Monika, Potměšil, Miloň a Potměšilová, Petra. 2017.** *Náročné otcovství.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2017. 9788024636009.
- Kurucová, Radka. 2016.** *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné.* Praha : Grada, 2016. 9788024757070.
- Kurucová, Radka. 2016.** *Zátěž pečovatele.* Praha : Grada, 2016. 978-80-247-5707-0.
- Kuzníková, Iva. 2017.** *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče.* Ostrava : Ostravská univerzita, 2017. 978-80-7464-968-4.
- Lorman, Jan. 2020.** 2020, Sociální práce. *Povinnost, nebo práce z lásky? Neformální péče v ČR.*
- Malíková, Eva. 2010.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha : Grada, 2010. 978-80-247-3148-3 ..
- Matoušek, Oldřich. 2008.** *Slovník sociální práce.* Praha : Portál, 2008. 978-80-736-7368-0 .
- Matoušek, Oldřich. 2005.** *Sociální práce v praxi.* Praha : Portál, 2005. 978-80-7367-818-0.
- Matoušek, Oldřich. 2011.** *Sociální služby.* Praha : Portál, 2011. 978-80-262-0041-3.
- Michalík, Jan. 2011.** *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 978-80-244-2957-1.
- Michalík, Jan. 2014.** *Osoby pečující o člena rodiny s (těžkým) zdravotním postižením a onemocněním a faktory utvářející kvalitu života.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2014.
- Milan, Valenta, Jan, Michalík a Martin, Lečbych. 2018.** *Mentální postižení.* Praha : Grada, 2018. 978-80-247-3043-1..
- Mlýnková, Jana. 2010.** *Pečovatelsví 1. díl.* Praha : Grada, 2010. 978-80-247-3184-1.
- Mlýnková, Jana. 2017.** *Pečovatelsví 2. díl.* Praha : Grada, 2017. 978-80-271-0132-0..



- Molinari, Carol. 2015.** *Long term care.* 2015. 10.4337/9781783470167.00023.
- Nováková, Radana. 2008.** *Pečovatelsví I: učební text pro studenty oboru Sociální péče – pečovatelská činnost.* Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-085-0..
- Payne, Malcom. 2005.** *Modern Social Work Theory.* Chicago : Lyceum Books , 2005. 0-925065-83-8.
- Potměšilová, Petra. 2013.** *Sociální pedagogika v teorii a praxi .* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 978-80-244-3831-3..
- Sociální služby. 2016.** *Psychologie: Hlavní úkol pečujících o blízkou osobu: Nenechat se zničit.* Sociální služby. 1803-7348.
- Slowík, Josef. 2016.** *Speciální pedagogika.* Praha : Grada, 2016. 978-80-271-0095-8.
- Stock, Christian. 2013.** *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* Praha : Grada, 2013. 978-80-247-3553-5.
- Strauss, Anselm a Corbinova, Juliet. 1999.** *Základy kvalitativního výzkumu postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Brno : Albert Boskovic, 1999. 80-85834-60..
- Šnýrová, Ivana. 2006.** *Manažerka a stres.* Praha : Grada, 2006. 80-247-1272-5.
- Švaříček, Roman a Šed'ová, Klára. 2007.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha : Portal, 2007. 978-80-7367-313-0.
- Švimberská, Tereza. 2021.** *Zvládání zátěže při péči o umírající nemocné - komparace sester a rodinných příslušníků. Bakalářská práce.* místo neznámé : Univerzita Pardubice fakulta zdravotnických studií, 2021.
- Tomášková, Vladimíra. 2015.** *Jak se žije neformálním pečovatelům v České republice?* 2015, Forum sociální politiky, str. 20. 1802-5854.
- Tošnerová, Tamara. 2010.** *Vzděláváním k profesionalitě v sociálních službách.* Praha : Česká asociace pečovatelské služby, 2010. 978-80-254-5249-3.
- Truhlářová, Zuzana a Levická, Jana, Vosečková, Alena, Mydlíková, Eva. 2015.** *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateliů.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2015. 978-80-7435-570-7..
- Vágnerová, Marie. 2002.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha : Portál, 2002. 80-7178-678-0.
- Válková, Monika. 2015.** *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství.* Praha : IPVZ, 2015. 978-80-87023-44-0.
- Vymětal, Jiří. 2003.** *Úvod do psychoterapie. 2.vyd.* Praha : Grada, 2003. 80-247-0253-3..
- Zapart, Siggie, Kenny, Patricia a Hall, Jane, et al. 2007.** *Home-based palliative care in Sydney.* Sydney : Oxford: Blackwell Scientific Publication, 2007.

**Žižlavská, Jana. 2017.** Sociální vztahy pečující osoby v dlouhodobé rodinné péči. *Magisterská práce*. místo neznámé : Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, 2017.

### Internetové zdroje

**Css, Ostrava. 2017.** Centrum sociálních služeb Ostrava. [Online] 2017. [http://www.css-ostrava.cz/wp-content/uploads/2017/07/Pravidla-poskytov%C3%A1n%C3%AD-PS\\_od-2013-1.pdf](http://www.css-ostrava.cz/wp-content/uploads/2017/07/Pravidla-poskytov%C3%A1n%C3%AD-PS_od-2013-1.pdf).

**Fond a vzdělávání, dalšího. 2015.** Neformální pečovatelé: Nenahraditelní, ale nedocenení. *Revue pro sociální politiku a výzkum* . 06, 2015.

**Fond, dalšího vzdělání. 2018.** Dotazníkové šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“: Vlastní zpracování dat. *Fond dalšího vzdělání*. [Online] 2018. <http://nesstar.soc.cas.cz/webview/index.jsp?v=2&submode=abstract&study=http%3A%2F%2F147.2>.

**Hubíková, Olga. 2015.** Podpora pečujících jako předpoklad úspěšného setrvání seniorů v přirozeném prostředí. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. [Online] 2015.

**Interlinks. 2010.** Informal care in the longterm care system. . *Interlinks*. [Online] 2010. [file:///C:/Users/PC/AppData/Local/Temp/WP5\\_Overview\\_FINAL\\_05\\_2010.pdf](file:///C:/Users/PC/AppData/Local/Temp/WP5_Overview_FINAL_05_2010.pdf).

**Klímová Chaloupková, Jana. 2013.** Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Akademie věd České republiky*. [Online] 2013. [http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e\\_DaV\\_2013-2\\_107-123-1.pdf](http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf).

**Kotrusová, Miriam, Dobiášová, Karolína, Hošťálková, Jitka. 2013.** *Forum sociální politiky*. [Online] 2013. [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP\\_2013-06.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf).

**MPSV. 2017.** [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz). [Online] 2017. [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1\\_10\\_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262).

**Novotná, Ivana. 2020.** ROZCESTNÍK sociálních služeb aneb na co má NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ nárok. *Alfabet*. [Online] 21. 4 2020. <https://www.alfabet.cz/legislativa/rozcestnik-socialnich-sluzeb-aneb-na-co-ma-neformalni-pecujici-narok/>. 2336-7555.

**osobniasistence.cz. 2021.** Osobní asistence. [Online] 2021. <https://www.osobniasistence.cz/>.

Ostrava, Css. 2017. Centrum sociálních služeb Ostrava. [Online] 2017. [http://www.css-ostrava.cz/wp-content/uploads/2017/07/Pravidla-poskytov%C3%A1n%C3%AD-PS\\_od-2013-1.pdf](http://www.css-ostrava.cz/wp-content/uploads/2017/07/Pravidla-poskytov%C3%A1n%C3%AD-PS_od-2013-1.pdf).

**Pečovatelská služba.** *Wikipedia* [online]. Česká republika: Wikimedia, 2021 [cit. 2022]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1\\_slu%C5%BEba](https://cs.wikipedia.org/wiki/Pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1_slu%C5%BEba)

**Podporaprosesu. 2013.** Karta neformální péče. *podporaprosesu.cz*. [Online] 2013. <http://www.podporaprosesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Karta-neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf>.

**Příspěvek na péči.** *Wikipedia* [online]. Česká republika: Wikimedia, 2021 [cit. 2022]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvek\\_na\\_p%C3%A9%C4%8Di](https://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvek_na_p%C3%A9%C4%8Di)

**Říhářek, Tomáš a Roman, Hytych. 2014.** Metoda zakotvené teorie. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. *Metoda zakotvené teorie*. [Online] 2014. [https://www.researchgate.net/profile/Tomas-Rihacek-2/publication/258994659\\_Metoda\\_zakotvene\\_teorie/links/004635298f71e53e47000000/Metoda-zakotvene-teorie.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tomas-Rihacek-2/publication/258994659_Metoda_zakotvene_teorie/links/004635298f71e53e47000000/Metoda-zakotvene-teorie.pdf).

**Svobodová, Lenka. 2010.** Svět práce a kvalita života. [Online] 2010. <https://adoc.pub/svt-prace-a-kvalita-ivota.html>.

**ÚřadpráceČR.** Úřad práce ČR. *Příspěvek na péči*. [Online] <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci1>.

**Veselá, Jitka. 2002.** Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rdíčům. [Online] 2002. <http://praha.vupsv.cz/fulltext/detsen.pdf>.

**WHOQOL, Group. 1993.** *Study protocol for the Health Organisation project to develop a Quality of Life assessment instrument*. místo neznámé : Quality of Life Research, 1993.

**zakonyprolidi. 2018.** Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. . [Online] AION, 2018. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>.

**Zákonyprolidi.cz. 2021.** [zakonyprolidi.cz](https://www.zakonyprolidi.cz). *Zákony pro lidi*. [Online] 2021. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

**ZSBOZP. 2016.** Psychické faktory. *Psychická zátěž - identifikace a hodnocení rizik*. [Online] Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v. v. i., 2016. <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/rizikove-faktory/psychologicke-faktory/409-psychicka-zatez>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

Bc Bakalář

Č. Číslo

ČŘ Česká republika

Mgr Magistr

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

Např. Například

WHO Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 .....	49
Obrázek 2 - Výsledný model selektivního kódování .....	62

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Dělení formální a neformální péče (Interlinks, 2010) .....	13
Tabulka 2 Stupeň závislosti podle počtu základních životních potřeb (MPSV, 2017).....	27
Tabulka 3 - Výše příspěvku (Zákonyprolidi.cz, 2021).....	28
Tabulka 4 - Model kvality života <a href="http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm">http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm</a> .....	36
Tabulka 5 - Všeobecný adaptační syndrom (Šnýrová, 2006).....	39
Tabulka 6 - Prevence syndromu vyhoření .....	41
Tabulka 7 - Stock znaky vyčerpání .....	42
Tabulka 8 - respondenti rozhovorů .....	46
Tabulka 9 - paradigmatický model.....	59

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor respondenta D

## **PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR RESPONDENTA D**

### **1. Jaké rozhodnutí Vás vedlo k péči o blízkou osobu?**

Tchyně bydlela sama a její zdravotní stav vyžadoval pomoc a dohled druhé osoby. Do jisté míry tam byly rodinné problémy, ale to bych nezmiňovala.

### **2. Jak dlouho péče probíhala?**

Asi 3 roky.

### **3. Pokud byla důvodem diagnóza blízké osoby, můžete specifikovat, o jakou diagnózu šlo?**

Diagnóza byla cukrovka (aplikace inzulínu), ischemická choroba srdeční-angína pectoris 4xinfarkt -4bajpase, strojek, ischemická choroba dolních končetin taky bypass, defekty na noze, těžká artróza (opiátové náplasti)... a nevím, co jsem ještě zapomněla

### **4. Jak probíhal Váš běžný den při péči o blízkou osobu? Prosím popište, co jste běžně při péči dělal/a.**

Začnu asi od rána. Ráno vynést wc, udělat snídani, dohlédnout na užití léku, pomoc s aplikací inzulínu, upozornit na dodržení svačinky, nebyla zvyklá na pravidelný režim jídla a dělalo to problém s cukrovkou. Upozornit na pití, málo pila, pak jsme si daly kafičko a šla jsem vařit. Oběd proběhl klasicky, zase kontrola léku, odpoledne něco venku, procházka atd. (svačinka) večer opět inzulín a dbát na jídlo do 30min po aplikaci, kontrola léku. Namazat nohy, nachystat něco na malou svačinku. V sobotu pomoc s koupáním, natočit vlasy apod. Každý 3.den výměna opiátové náplasti. Když se nohy zhoršily, každý druhý den převázat.

### **5. Měli jste dostatek informací o poskytování péče blízké osobě? Kde jste čerpali informace?**

Informace jsem měla, nebo jsem se radila se známými, kteří taky pečují o blízkou osobu nebo s lidmi co pracují v lékařském oboru (terénní sestry, pečovatelky co mají dlouholetou praxi).

### **6. Měli jste dostatečně vybavené prostředí pro péči? Bylo těžké sehnat vybavení a pomůcky pro péči?**

V dané situaci jsme měli dostatečně vybavené prostředí, později to byl problém, nevyhovující koupelna, schody. Jelikož jsem pracovala v sociálních službách vybavení,



vozik atd. nebyl problém si vypůjčit. Obrazový materiál, mastě, krytí a vše k tomu potřebné, to bylo horší, vše jsme si kupovali sami. Je to drahé. Ještě k těm pomůckám, kdybych nedělala v Naději (domov pro seniory), nevěděla bych kde se obrátit, všechno je na dlouho, než se vyřídí. Když jsem chtěla, aby mamce chodila sestra ošetřovat a převazovat nohu, tak vůbec nebyla šance, obvodník nechtěl a odborný doktor mě poslal za obvodním lékařem. Ten řekl, že na to jsem doma, abych se starala.

**7. Jak péče ovlivnila Váš rodinný život? Zasáhla péče do vašich osobních vztahů, pokud ano tak jak jste to vnímal/a?**

Péče ovlivnila rodinný život všem členům domácnosti. V první řadě, to byla ztráta soukromí a to doslova, museli jsme vymyslet, kde a jak ubytovat babičku, aby taky měla svoji místnost, své soukromí. To znamenalo, dát sourozence do jednoho malého pokoje, ale také přestěhovat další 2 pokoje, abychom se nějak vlezli. S novou situací se změnil i chod domácnosti. Středem všeho byla babička, vše se točilo kolem ní a jejího zdravotního stavu (auto muselo být mě k dispozici, manžel s ním jezdil do práce, naše návštěvy nebylo kam pozvat, chybělo soukromí)... Vztahy byly někdy vyhrocené, museli jsme se učit být trpěliví a tolerantní, i když to někdy nešlo a docházelo na slovní rozepře. Vztahy s ostatní rodinou se zlepšily, začali k nám dojíždět na návštěvu a to byla babička šťastná. Zvláštní bylo, že s manželem jsme měli větší problém si zvyknout na babiččinu povahu, na její zasahování do našich věcí, vnuci v tom byli vyrovnanější, řekli si, že babička je stará a nemocná a bylo.

**8. Může péče o blízkou osobu v domácím prostředí být srovnatelná s profesionální péčí?**

Ano, já myslím, že může být srovnatelná s profesionální, i když péče je udělaná neprofesionálně, ale člověk je doma, ve svém prostředí, se svými blízkými. Ale také to záleží na zdravotním stavu toho člověka, vždy to doma nejde. Opravdu to někdy chce třeba nemocniční vybavení a profesionální ošetřování, které doma poskytnout nejde.

**9. Měl/a při aktivní péči čas na koníčky a záliby?**

No čas na koníčky. to záleží jestli ti někdo pomůže s péčí. Protože se bojíš odejít z domu a nechat osobu, o kterou pečuješ samotnou. Je to tvoje jakoby dítě a máš za něho zodpovědnost..Já jsem to měla dobré, když přišel manžel,tak jsem si každý den udělala alespoň na hodinu čas, šla cvičit, nebo na procházku a s manželem jsme se vystřídalí.

**10. Takže Vám pomáhal i manžel?**

Ano, určitě se snažil mi pomáhat, co to šlo.

**11. Jaké bylo Vaše zaměstnání před počátkem péče?**

Pečovatelka v domě pro seniory.

**12. Lze skloubit profesní život s péčí o osobu blízkou, jaké můžou nastat komplikace?**

Neumím si představit plný pracovní úvazek. Se zkráceným úvazkem se to nějak dá skloubit. Musí ti ale vyjít vstříc zaměstnavatel. Komplikace můžou být na obou stranách. Osoba, o kterou se pečuje může mít nejrůznější zdravotní problémy a tím se vše komplikuje, není ti umožněno odcházet z práce, měnit ti směny jak ti to momentálně pasuje. Pro osobu, která pečuje, je to velmi náročné být v práci a myslet, co je doma. Časem jsi utahaná a vyčerpaná.

**a. Poradil/informoval Vás někdo o dávkách, o které můžete žádat?**

O dávkách jsem ze začátku věděla jen něco málo od bratra, který se staral o strýce. Ale spíš jen to, že to hodně záleží na doktorovi, co napíše. Později jsem si dělala pečovatelský kurz a tam nám to vše říkali. A tam jsem získala hodně informací.

**13. Co bylo na péči nejtěžší?**

Nejtěžší je, že pořád řešíš nemoci, léky a zase nemoci. Často musíš navštěvovat lékaře, kteří jsou neochotní, berou vše automaticky a ty jsi amatér, aby ses pořád vyptávala. Chybí dobrá komunikace a taky ztrácíš svobodu, vše se řídí podle ošetřované osoby, vypneš, jen když tě někdo zastoupí.

**14. Využíval/a jste při péči nějakou odlehčovací službu? (stacionáře, charitní služby, atd.)**

**Pokud ano jaké a jak jejich služby probíhaly?**

Služby jsme nevyužívaly. Tchýně byla často v nemocnici (vždy nějaký zdravotní problém), a já si v tom čase odpočinula. (smích)

**15. Co byste doporučil/a dalším pečovatelům?**

Trpělivost, trpělivost, trpělivost, modlit se, odevzdat to Pánu, protože není v našich silách vše zvládnout. Za mě, vždycky to Pán nějak vyřešil. Potom doporučuji si každý den udělat aspoň chvíli čas a jít z domu, odreagovat se. Udělat si nějakou radost, něco si koupit, protože to psychicky pomůže a zase tě to nakopne. A úplně nejlepší by bylo, kdyby celá rodina spolupracovala (myslím tím všechny děti ošetřované osoby), kdyby se taky trochu v rámci možností zapojili.

**16. Je podle Vás něco, co je v péči pro pečovatele nedostatečné a mělo by se do budoucna zlepšit? Pokud ano, co to je?**

Málo informací na jednom místě, musíš volat doktorům, na úřady, na pomůcky. Známy ti řekne, na co máš nárok a ty zjišťuješ a žádáš doktora, aby ti to dal. To by se mělo zlepšit, doktor nebo někdo už při propuštění třeba z nemocnice do péče by ti to měl sám navrhnout, doporučit. Terénní sestra by měla úplně automaticky chodit do domácností, kdyby jen měla přijít a poradit ti, s čím si nevíš rady. Taky by mohlo být jednodušší a rychlejší získávání pomůcek.