

Kvalita života seniorů pečujících o partnera s přiznaným příspěvkem na péči

Ivana Minaříková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Minaříková**
Osobní číslo: **H160085**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života seniorů pečujících o partnera s přiznaným příspěvkem na péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti kvality života, systému podpory pečujících a domácí péče o seniory.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

JERÁBEK, Hynek. Mezigenerační solidarita v péči o seniory. Praha: SLON, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAUOVÁ. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. ledna 2019

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2019

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně
25.4.2019

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 nevydělěčně 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 nahlázení 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, opisy 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, užije-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). *Odpírá-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 přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života seniorů pečujících o partnera s přiznaným příspěvkem na péči v přirozeném sociálním prostředí. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje pojem kvalita života, seznamuje s možnostmi jejího měření a zaměřuje se přímo na kvalitu života seniorů. Další část popisuje stárnutí, stáří a s tím související potřeby. Ve třetí části je pozornost věnována příspěvku na péči, vymezuje stupně závislosti, řízení ve věci získání příspěvku na péči a následně jeho výše. Poslední kapitola přibližuje především péči v domácím prostředí vykonávanou neformálními pečujícími, kteří pečují o svého partnera a rizika s tím související. Praktická část, pomocí kvalitativního zkoumání, zjišťuje, jak je subjektivně vnímaná kvalita života pečujících osob, jakým způsobem péče o partnera ovlivňuje jejich život, a jaké faktory by mohly přispět k jejich větší spokojenosti.

Klíčová slova: kvalita života, senior, stárnutí, stáří, příspěvek na péči, neformální péče, sociální izolace, domácí prostředí

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the quality of life of seniors caring for a partner with a recognized contribution to care in a natural social environment. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter defines the concept of quality of life, introduces the possibilities of its measurement and focuses directly on the quality of life of seniors. The next section describes aging and old age and related needs. In the third part, attention is paid to the care allowance, it defines the degree of dependence, the procedure in the matter of obtaining and subsequently its amount. The last chapter deals mainly with care in the home environment performed by informal carers who take care of their, partner and the risks associated with it. The practical part, using qualitative research, finds out what is the subjective perception of the quality of life of carers, how the care of a partner affects their life and what factors could contribute to their greater satisfaction.

Keywords: quality of life, senior, aging, old age, care allowance, informal care, social isolation, home environment

Velké poděkování Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D., která mě trpělivě vedla při vypracování této bakalářské práce a která mi vždy ochotně věnovala svůj čas a cenné rady. Za to jí upřímně děkuji.

Chtěla bych poděkovat také všem respondentům, kteří byli ochotni se zúčastnit mého výzkumu a srdečné díky patří také mým nejbližším, kteří mě po dobu studia podporovali.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 KVALITA ŽIVOTA.....	13
1.1 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA	13
1.2 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	15
1.3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	17
2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	18
2.1 PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	19
2.2 POTŘEBY VE STÁŘÍ	20
3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	23
3.1 STUPNĚ ZÁVISLOSTI NA POMOCI JINÉ OSOBY	23
3.2 ŘÍZENÍ VE VĚCI PŘÍSPĚVKU NA PÉČI.....	25
3.3 VÝŠE PŘÍSPĚVKU	26
4 PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ.....	28
4.1 NEFORMÁLNÍ PÉČE	28
4.2 SOBĚSTAČNOST A AUTONOMIE SENIORŮ	29
4.3 PÉČE O PARTNERA	30
4.4 SOCIÁLNÍ IZOLACE PEČUJÍCÍCH SENIORŮ	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 VÝZKUM.....	34
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL VÝZKUMU	34
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
5.3 METODA SBĚRU DAT	35
5.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	35
5.5 REALIZACE VÝZKUMU	36
5.6 OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	37
6 ANALÝZA A INTRPRETACE DAT.....	38
6.1 ANALÝZA A INTERPRETACE OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ.....	38
6.1.1 Reakce na obtížnou životní situaci.....	38
6.1.2 Klacky pod nohy	40
6.1.3 Dopady a ztráty	41
6.1.4 Význam vztahů.....	45
6.1.5 Nejistá budoucnost.....	46
6.1.6 Reakce okolí.....	47
6.1.7 Služba jako pomoc	48
6.1.8 Střípky radosti	49

6.2	ANALÝZA A INTERPRETACE AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ	51
6.3	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	52
7	SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI	53
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM OBRÁZKŮ	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Demografické stárnutí obyvatel se stává v posledních letech fenoménem. Ve všech evropských zemích, a tím pádem i v České republice, stoupá počet obyvatel v seniorském věku a dochází k celkovému stárnutí populace. Jsou dvě příčiny této situace. První z nich je zapříčiněna nízkou porodností, velmi malým počtem dětí a mladých lidí. Druhou příčinou je klesající úmrtnost a dožívání se čím dál vyššího věku. Dá se tedy předpokládat, že se zvyšujícím počtem seniorů bude narůstat počet osob závislých na péči jiných.

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života seniorů pečujících o partnera s přiznaným příspěvkem na péči. Jedním z důvodů směřujícím k výběru této problematiky je setkání se s tímto případem v rámci mé blízké rodiny. Už samo stárí přináší seniorům mnoho problémů, se kterými se musí vyrovnat. A právě tito lidé, kteří žijí většinou po mnoho let v manželství, se dostanou do situace, kdy se musí postarat o svého nesoběstačného partnera. I když ostatní členové s péčí pomáhají, největší zátěž zůstává vždy na primárním pečovateli. A právě na tyto osoby, pečující o svého partnera v domácím přirozeném prostředí, se chceme v této práci zaměřit.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola v teoretické části nám vymezuje pojem kvality života, popisuje možnosti jejího měření a zabývá se kvalitou života seniorů. Další kapitola nás seznamuje s problematikou stárnutí a stárí. Dále poukazujeme na to, jak je důležité se na stárí připravit, a také jaké potřeby přicházejí s vyšším věkem. Dále se věnujeme příspěvku na péči, komu je příspěvek ze zákona určen, jaké stupně závislosti rozlišujeme, také rozebíráme, jakým způsobem probíhá celé řízení při podání jeho žádosti a v poslední řadě výši příspěvku na péči, která se odvíjí od stupně závislosti člověka na pomoci jiné osoby. Poslední kapitola teoretické části je věnována péči v domácím prostředí. Přiblížíme si, co je to neformální péče, dále se budeme zabývat soběstačností seniorů a její důležitostí v péči o svého partnera. V závěru jsou zmíněny dopady na pečující v podobě sociální izolace.

V úvodu praktické části nejprve objasňujeme téma, problém a cíle výzkumu. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak je subjektivně vnímaná kvalita života pečujících o svého partnera. Zjistíme, jakým způsobem se péče o partnera promítá do kvality života pečujících a které oblasti jejich kvalitu života nejvíce ovlivňují. Dále zjistíme, které faktory pozitivně nebo negativně ovlivňují kvalitu života. A v poslední řadě zjistíme, které faktory by mohly přispět k větší spokojenosti pečujících. Výzkum budeme provádět prostřednictvím kvalita-

tivního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se seniory, kteří pečují o svého partnera s přiznaným příspěvkem na péči. Analýzu výzkumných dat budeme provádět postupem zakotvené teorie za pomoci třístupňového, otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Dříve než budeme zkoumat a hodnotit „kvalitu života“ je důležité si definovat tyto základní pojmy. Slovo „kvalita“ jen odvozeno z latinského „qualitas“, jeho zkrácenný tvar „qualis“ má význam „jaký?“, to nám naznačuje, že jde o pojem, který vyjadřuje souhrn podstatných vlastností a zvláštností, jímž se daný jev odlišuje (Křivohlavý, 2002, s. 162).

Život můžeme chápat jako souhrn jevů, které jsou charakteristické pro veškerý živý organismus. V našem případě máme na mysli lidský život a jejich vnímání života.

Podle Duffkové, Urbana, Dubského (2008) se v literatuře velmi často setkáváme se snahou obejít vymezení kvality života s tím, že každý ví co je „život“ a „kvalita“. Musíme však podotknout, že každý si pod tímto pojmem představuje něco jiného. Kvalita života je teda to, za co ji člověk zcela individuálně považuje. Pak můžeme teprve mnohé poznat o jeho životním stylu, potažmo životě. Předmětem pozitivního vymezení konceptu kvality života je kvalitní existence, parametry lidského života, způsob života a životní podmínky.

1.1 Vymezení kvality života

Studium kvality života zažívá v posledních letech velký rozmach. I když najdeme v literatuře mnoho definic „kvality života“, neexistuje však ani jedna správná všeobecně platná a uznávaná. Především pro její velkou různorodost a rozsah zkoumání.

Přesný termín se poprvé objevil ve 20. letech minulého století v Americe, a to hlavně ve spojitosti s úvahami o vývoji ekonomiky a posláním státu v oblasti hmotné podpory, především u nižších vrstev obyvatelstva. Jednalo se zejména o vliv státních dotací na kvalitu života této společenské vrstvy lidí (Payne a kol., 2005, s. 205).

Postupem času se tento termín rozšiřuje do dalších zemí, politických programů a uvedených vědních disciplín. Začínají se odlišovat podmínky života, jako je příjem, spotřeba domácností od vlastního životního pocitu lidí (Payne a kol., 2005, s. 205).

O kvalitě života se diskutuje v různých oborech a souvislostech. Především jsou to psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. Zkoumání kvality života se potom samozřejmě liší podle vědních disciplín v rámci jejich potřeb.

Slovník sociální práce definuje kvalitu života jako: „*komplexní kritérium*“ používané k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociál-

ní postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost (Matoušek, 2008, s. 92).

Většina odborníků se dle Haškovcové (2010, s. 254) shoduje v názoru, že: „ *Kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie.* “

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1996 vymezuje kvalitu života: „ *jak lidé vnímají své místo v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žijí a ve vztazích ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům* (Řehulková, Řehulka, 2008, s. 16-17 [online]).“ Z této definice také vychází Bačová (In Hrozenská a kol. 2008), která poukazuje na důležitost, jak lidé umí vnímat a popsat, co pro ně znamená kvalitní život, zda jsou spokojeni se svým životem a cítí se v něm šťastní.

Podle Corrigan a Buicana (In Hrozenská a kol., 2008, s. 47) lze na kvalitu života nahlížet ze dvou hledisek:

- objektivní rovina – představuje spojení životních podmínek, fyzického zdraví, společenského přijetí a naplnění sociálních a kulturních potřeb,
- subjektivní rovina – vyjadřuje pocity, emocionální prožívání spokojenosti samotného jedince.

Kvalita života je také vnímána jinak z pohledu sociologie a jiné aspekty tohoto fenoménu řeší psychologie. Psychologové se ve větší míře zaměřují na jedince a jejich subjektivní vnímání pohody (Payne a kol., 2005, s. 207). Vychází z individuální spokojenosti člověka se svým životem a jeho způsobu života, životního stylu, rodinné, zdravotní situace, a také určitých postojů a hodnot daného člověka (Hrozenská a kol., 2008, s. 51).

Možný (2002, s. 14-15) označuje tento stav pohody jako well-being. Jde o jakýsi pocit spokojenosti a nebojí se použít ani slovo pozitivní emoce jako je „*šťěstí*.“ Šolcová a Kebza (2004, s. 21, [online]) uvádí, že navzdory všem názorům má být subjektivní pohoda výsledkem souhry kognitivního a emocionálního komponentu. Kognitivní dimenze hodnotí životní spokojenost a morálku. Emoční rozměr se zaměřuje na prožívání ve smyslu pozitivních, či negativních emocí. Také Payne a kol. (2005, s. 209) chápe obdobně rozdělení dimenzí na kognitivní a emocionální, v souvislosti se zmiňovanou subjektivní pohodou.

V současné době můžeme sledovat nemalý nárůst zájmů o kvalitu života. Dá se konstatovat, že kvalita života má objektivní a subjektivní rozměr a na jejich základě pojednává o psychickém, fyzickém a sociálním stavu každého člověka.

1.2 Měření kvality života

Pro měření kvality života existuje mnoho metod, a proto je velmi těžké vybrat jen jednu metodu k měření tohoto jevu. Liší se podle účelu měření, ale také reflektují ekonomické a sociální proměny dnešní společnosti.

Dle Křivohlavého (2002, s. 165) se dělí kvalita života do tří skupin:

- I. Metoda měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- II. Metoda měření kvality života, kde hodnotí kvalitu sama daná osoba.
- III. Metoda smíšená, kdy dochází ke kombinaci metod I a II.

Jako příklad prvního přístupu autor zařazuje Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – APACHE II (Acute physiological and Chronic Health Evaluation System). Podstatou měření je vyčíslení kvantitativních odchylek daného stavu pacienta od stavu normálního. Poces a kol. (In Křivohlavý, 2002, s. 165) popisuje rozmezí APACHE II ve škále 0 - 71 bodů, přičemž čím vyšší číslo, tím nám údaj ukazuje větší pravděpodobnost úmrtí pacienta. Dalším přístupem měření kvality v této kategorii je Karnofského index od autorů Karnofský a Burchenala (In Křivohlavý, 2002, s. 166), ve kterém lékař vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu.

Existují další metody, které vychází z hodnocení kvality života druhou osobou, mezi nej-používanější patří systém W. O. Spitzera, při této klasifikaci však docházelo velmi často k rozdílům hodnocení kvality života samotným pacientem (Křivohlavý, 2002, s. 168).

Do druhé kategorie můžeme zařadit asi jednu z neznámějších metod týkající se zdraví – Health Related Quality of Life (HRQoL), která disponuje více nástroji na své měření (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 38).

Křivohlavý (2002, s. 170 – 172) uvádí další způsoby měření v této kategorii: Posuzovací škála stresu a neschopnosti DDRS, stupnice spokojenosti se životem SWLS a jedna z nejrozšířenějších metod, která je pro naše téma bakalářské práce podstatná - Systém individuálního hodnocení kvality SEIQoL, která se využívá i ke studii kvality života seniorů. Jedná se o individuální metodu, vychází z osobních představ dotazovaného, co daná osoba považuje za důležité. Závisí na jejím subjektivním chápání hodnot, co považuje v dané situaci, daném čase za závažné a důležité. Proto se mohou tyto podstatné aspekty v průběhu života měnit (Křivohlavý, 2001, s. 243).

Smíšené metody zjišťování kvality života tvoří metoda tzv. Krátkého způsobu hodnocení kvality života – MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life), která byla vypracovaná univerzitou v Manchesteru. V této metodě jde především o hodnocení celkové spokojenosti se životem, ale také spokojenosti přesně stanovené části života. Dále je to Stupnice spokojenosti LSS (Life Satisfaction Scale), která má podobný princip jak výše uvedená metoda vizuální stupnice celkového stavu pacienta (Křivohlavý, 2002, s. 166).

Jelikož se v naší práci zabýváme kvalitou života seniorů, uvedeme si poměrně známé dotazníky vytvořené WHO v devadesátých letech. Jde o základní dvě verze WHOQOL – 100 a její zkrácenou verzi WHOQOL – BREF. Jak už v názvu vidíme, první verze obsahuje 100 položek a zahrnuje 6 oblastí týkajících se kvality života – fyzické zdraví, prožívání, fyzickou nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní stránku. Jeho zkrácená verze má 26 položek a pracuje se 4 doménami - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Zde vnímáme především celkový zdravotní stav.

V současné době se nejvíce používá pro účely měření kvality života seniorů dotazník WHOQOL – OLD, jako výsledek mezinárodní spolupráce 22 výzkumných center. Nejdříve byly uskutečněny pilotní studie se starými lidmi a pečujícími, jejichž cílem bylo korigovat nedostatky základní verze. Konečná verze obsahuje 6 oblastí – tělesnou, psychickou, nezávislost, oblast sociálních vztahů, prostředí, spirituálních a morálních hodnot (Hudáková, Majerníková, 2013, s. 52 – 53).

Následně si blíže představíme čtyři základní oblasti lidského života, které jsou provázány s jednotlivými nástroji měření WHOQOL-BREF a WHOQOL-100, jak je uvádí Mühlpachr (2004, s. 61).

Jednotlivé oblasti jsou uváděny bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat,
- psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání,
- sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita,
- prostředí – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima).

1.3 Kvalita života seniorů

Problematicke kvality života se z různých aspektů v České republice věnuje Hnilica 2000; Křivohlavý 2001; Šolcová, Kebza, 2004; Dragomirecká, Bartoňová, 2006; Gurková, 2011; Dvořáčková, 2012, Hudáková, Majerníková, 2013 anebo Psychiatrické centrum Praha.

S prodlužující se délkou života nabývá na významu, které faktory pozitivně, anebo negativně ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří. Seniorská populace je většinou případů vnímána jako stejnorodá skupina, ovšem není tomu tak, představuje velmi různorodou skupinu lidí naší společnosti. Kalvach a Onderková (2006, s. 8) uvádí, jakým způsobem se mezi sebou navzájem liší. Mezi výrazné indikátory podle nich patří věk, zdravotní stav, funkční zdatnost, rodinná situace, sociální zázemí, ekonomické podmínky, vzdělání, životní zkušenosti a hodnotový systém. Dragomirecká (2007, s. 88) tak též v závěru své disertační práce konstatuje, že u seniorů byl prokázán velmi významný vztah kvality života k zdravotnímu stavu, jejich vyššímu věku, rodinné situaci, vzdělání i hmotnému zabezpečení.

Kvalita života seniorů je také ovlivňována dostupností, cenou a kvalitou bydlení, dále je nezbytná dostupnost dopravy, a to nejen hromadné, ale i speciální, určené seniorům. Nezbytnou součástí jejich kvality života je také otázka bezpečnosti a kultury prostředí. Za determinanty zdraví, které ovlivňují kvalitu života seniorů, je nutné zmínit individuální, komunitní a společenské faktory (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 103).

Dle Šímové (In Hudáková, Majerníková, 2013, s. 44) je kvalita života seniorů závislá na fyzickém zdraví, závislosti, psychickém fungování, míře adaptace, zvládnání emočního prožívání a také na přijímané nebo poskytované psychické opoře a v poslední řadě na spiritualitě.

Zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot každého člověka. V seniorském věku se však může zdraví a funkčnost organismu jevit jako determinant jejich kvality života. Podle Špatenkové (In Hudáková, Majerníková, 2013, s. 45) větší část starých lidí má zhoršené zdraví, trpí častými úrazy, v důsledku přítomnosti více chorob současně má zhoršenou soběstačnost, což představuje negativní dopad na kvalitu života. Naopak autorky Hrozenková, Balogová (In Hudáková, Majerníková, 2013, s. 45) ze svých výzkumů poukazují na to, že přítomnost onemocnění a omezení aktivit nemusí znamenat nižší úroveň kvality života seniorů.

2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Problematikou stáří se lidé zabývají už od počátku vývoje lidstva. Haškovcová (2010, s. 16-17) udává všemi známé tvrzení, že: „*každý člověk stárne.*“ Nikdo se nad stárnutím a stářím nezamýšlí dříve, než se ho začne dotýkat. Je mnoho možností, jak stárnutí oddálit a přelstít, ale nikdo mu nikdy neunikne. Je to jediná jistota a spravedlnost, kterou máme (Haškovcová, 2010, s. 16). Existuje mnoho definic stáří a stárnutí a sami autoři nejsou v jejich vymezení jednotní.

Dle sociologického slovníku je stáří: „*závěrečná etapa života*“, většinou po skončení ekonomické aktivity. Probíhají zde určité změny, v jejichž důsledku ubývají s různou rychlostí tělesné funkce. Stárnutí popisuje jako biologický proces pomalého opotřebování, ubývání sil, doprovázené únavou, nemocemi. Stárnutí je i přes veškeré snahy proces nevratný (Petrusek a kol., 1996, s. 1216-1218).

Múhlpachr (2004, s. 18), zabývající se touto problematikou označuje stáří: „*pozdní fázi ontogeneze*“, jedná se o poslední etapu života v důsledku involučních změn, které probíhají u každého různou rychlostí. Stárnutí definuje jako: „*zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmě ve 4. Decenniu.*“ Tento proces však probíhá se značnou interterdividuální variabilitou. Je mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat průběh a rychlost stárnutí. Velkou roli zde hraje genetika, životní podmínky, prostředí a v neposlední řadě zdraví a životní styl daného jedince (Múhlpachr, 2004, s. 22).

Dle Pichaud a Thareauové (1998, s. 25) je stárnutí: „*působení času na lidskou bytost.*“ Haškovcová hovoří o stáří a stárnutí jako o něčem „*přirozeném.*“ Je to proces zákonitý, fyziologický a žádný člověk se mu nevyhne. Na poslední období života, se musí každý sám dopředu připravit, aby tuto etapu prožil co nejlépe (Haškovcová, 2010, s. 89).

V současné době se nejčastěji užívá členění stáří:

- 65-74 mladý senior (aktivita, soběstačnost, seberealizace),
- 74-85 starý senior (problém nemoci, zdatnosti, pomoci),
- 85 a více velmi staří senioři (potřeba sledování soběstačnosti, zabezpečení).

Obecně uznávaná hranice stáří, dle Světové zdravotnické organizace, je 60 let. Dnes se ovšem většina autorů spíše přiklání, v souvislosti s odchodem člověka do důchodu, k hranici 65 let (Múhlpachr, 2004, s. 20-21).

2.1 Příprava na stáří

„ Na stáří je třeba se připravovat tak prozíravě, jako se zdatný kormidelník už dávno předem chystá postavit přicházející bouři.“

Hovorka, 1980

Každý si dřív nebo později začne uvědomovat, že jednou bude starý a je pravdou, že stále větší část svého života budeme prožívat ve stáří. Přípravu na stáří by proto žádný neměl podceňovat. V dnešní době bude čím dál víc platit tvrzení, že každý je sám odpovědný za své stáří. Stárneme všichni, ale každý z nás stárne „*individuálně*.“ Naše stárnutí je ovlivněno nejen genetickými předpoklady, ale i osobností, životním stylem, přítomností nemocí a velkou roli hraje i duševní a psychická pohoda. Proto se můžeme potkat se starším člověkem, který nám může připadat mladší, než je jeho skutečný věk a naopak.

Venglářová (2007, s. 14) zastává názor, že je důležitá aktivní příprava na stáří, neboť se předpokládá, že každý starý člověk bude dřív nebo později potřebovat pomoc a péči, a proto by se měl na tu dobu zodpovědně připravit.

Podle Pacovského (1990, s. 55-56) rozlišujeme přípravu na stáří z časového hlediska na dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou:

- *Dlouhodobá* je také někdy označována za „*celoživotní*.“ Začíná již od dětství. Má za úkol se zaměřovat se na ty stránky způsobu života jedince, které mohou mít později vliv na jeho život ve stáří. Je žádoucí snaha o dobré rodinné vztahy, správnou životosprávu, dostatek pohybu. Nelze opomenout ani vzdělání, výchovu a osobní zájmy. Svým jednáním, chováním rozhodujeme o tom, jaký bude náš život, až zestárneme.
- *Středně dlouhá* příprava na stáří by měla začít už někdy kolem 45 roku a zahrnuje rovinu biologickou, psychickou a sociální. Ve středním věku by měl každý člověk začít s cílenou přípravou na stáří. Přemýšlet nad svojí životosprávou, snažit se přijímat stáří jako nedílnou součást svého života. Důležitou součástí je osvojení si takových aktivit, které budou moci využívat i v pozdějších letech. Jednodušší adaptaci na novou roli nám také usnadní vytvoření si nebo upevnění přátelských vztahů.
- *Krátkodobá* začíná přibližně 3 – 5 let před odchodem do starobního důchodu. Dokud je člověk ještě finančně aktivní a při síle měl by si upravit bydlení, aby bylo bezpečné a nejlépe i bezbariérové. Zvýšeně dbát na své zdraví a rodinné a přátelské

vztahy. Každý člověk už by měl mít také jasno, jakým způsobem vyplní čas v penzi. Nejlépe ho vyplnit aktivně, koníčky, rodinou, vzděláváním.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky v souvislosti s touto problematikou vytvořilo dokument „Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 až 2012“ s názvem Kvalita života ve stáří. Jak nám už samotný název napovídá, jeho cílem je snaha o naplnění kvality života seniorů. Ve spojitosti se stárnutím naší populace bylo nutné se zaměřit na strategické oblasti a priority:

- aktivní stárnutí,
- prostředí a komunity vstřícné ke stáří,
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří,
- podpora rodiny a pečovatелů,
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

Život ve stáří ovlivňuje celá řada faktorů, mezi něž patří: zdraví, životní styl, sociální prostředí, hmotné zabezpečení, pracovní aktivita, zdravotní péče, sociální služby, bydlení, vzdělávání, etické principy uplatňované ve společnosti. Ministerstvo práce a sociálních věcí zahrnuje do svého dokumentu výše jmenované faktory spolu s cíli a opatřeními na jejich podporu, neboli na vytvoření podmínek k zajištění kvalitního a důstojného stárnutí a aktivní účasti seniorů na životě společnosti.

Stárnutí se stává fenoménem dnešní doby. Na období třetího věku je potřeba se dostatečně připravit, aby vstup do tohoto období nebyl nečekanou změnou, ale pokračování aktivního a kvalitního života.

2.2 Potřeby ve stáří

Všichni lidé mají stejné potřeby avšak vyjádření a uspokojení potřeb je velmi individuální záležitostí a u každého člověka se projevuje jinak. Množství a úroveň potřeb se také mění v průběhu života.

Senioři, i přestože mají mnohé rysy společné, se velmi liší, jak ve zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých nárocích a potřebách. Seniorská populace je velmi proměnlivá, a právě proto je nezbytný, hlavně ve stáří, individuální přístup. Každá nová generace seniorů si do stáří přináší zkušenosti, znalosti, specifické návyky a nároky a převážně potřeby (Mühlpachr, 2004, s. 37 – 38).

Potřeby seniorů jsou ovlivněny celou řadou faktorů, jak kvalitou sociálních kontaktů, dostupností zdravotní péče, tak dopravy, dále bezpečností, informovaností a nabízenými službami. Dá se předpokládat, že uvedené faktory a saturace potřeb velmi úzce souvisí s kvalitou jejich života (Příbyl, 2015, s. 49).

Uspokojování či neuspokojování lidských potřeb může zásadně ovlivnit také prožívání a chování jedince ve stáří. Co jsou to potřeby nám velmi výstižně definuje Pichaud a Thareauová (1998, s. 36): „*Potřeba je projevem bytostného přání. Potřeba je rovněž silou, která člověka směřuje a posouvá ho k jinému člověku.*“

Je mnoho autorů, kteří vymezili a snažili se rozčlenit lidské potřeby. Mezi nejznámější patří Americký psycholog Abraham Harold Maslow, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Základní lidské potřeby shrnul a rozčlenil do pěti kategorií, které postupně doplňoval a rozšiřoval na osmiúrovňový model. Názorně jej sestavil do tvaru pyramidy. Tento model potřeb je také nazýván „*Dům životních potřeb.*“

Lidské potřeby dle základního pěti stupňového uspořádání A. H. Maslowa:

- *fyziologické potřeby,*
- *potřeba bezpečí,*
- *sociální potřeby,*
- *potřeba autonomie,*
- *potřeba seberealizace, sebenaplnění.*

Výše zobrazené potřeby začínají na nejnižším stupni základních lidských potřeb, mezi které zákonitě patří fyziologické potřeby. Pichaud s Thareauová (1998, s. 37) mezi ně řadí jídlo, pití, dýchání, pohyb, spánek či odpočinek. A proto je naprosto přirozené, že k jejich uspokojení věnujeme největší množství času.

U seniorů můžeme pozorovat zvýšenou potřebu bezpečí. Vágnerová (2007, s. 413) připisuje tento nárůst úbytku kompetencí a obav z úrazů a nemocí. I Příbyl (2015, s. 50) vypočítal zvýšení potřeby bezpečí a citové jistoty. Potřeba bezpečí je tedy jednou z hlavních priorit ve stáří. Potřeba někam patřit vyjadřuje důležitost rodiny a známosti prostředí, ve kterém člověk žije, a to z hlediska ekonomického, fyzického i psychického.

Autoři Pichaud a Thareauová (1998, s. 39) přikládají rovněž velký význam sociálním potřebám. „*Člověk nemůže žít dlouho sám.*“ Každý člověk potřebuje sociální kontakt, neuzavírat se před světem, navazovat komunikaci, do sociálních potřeb dále zařazují potřebu

informovanosti, potřebu náležet k nějaké skupině, potřebu lásky a potřebu vyjadřovat se a být vyslechnut.

Předposlední potřebou je autonomie, které se ještě budeme blíže v této práci věnovat. Autonomie je zde chápána ve smyslu svobody a možnosti rozhodovat se sám za sebe.

Potřeba seberealizace a sebenaplnění hraje důležitou úlohu v každém věku. Ve stáří to platí dvojnásob. Pocit užitečnosti a nalezení vlastního smyslu života vede k naplnění každého starého člověka (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 39-40).

U starších lidí se poměrně často vyskytují obavy z budoucnosti. I senior se potřebuje na něco těšit v období, kdy mu ubývají síly. Je zapotřebí posílit víru v jeho vlastní schopnosti, aby pocítil jistotu a naději, že má vedle sebe někoho, kdo mu bude pomáhat nést tíhu současných či budoucích omezení a bude ho provázet úskalím stáří (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 71).

U laické veřejnosti jsou stále ještě seniorům přisuzovány nějaké zvláštní potřeby. V rámci prováděných výzkumů například Kuchařová, 2002; Sýkorová, 2007; Kotrusová a Dobiášová, 2012; Příbyl, 2015, vyplývá, že se u seniorů neobjevují žádné „speciální“ potřeby. Mění se pouze „*subjektivní význam, stanovení priorit a způsob uspokojování potřeb* (Příbyl, 2015, s. 50).“

3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Příspěvek na péči je poskytován dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který vešel v platnost 1. 1.2007. Příspěvek na péči je jednou z nejdůležitějších dávek, o kterou může senior žádat. Smyslem příspěvku je posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby si každý mohl zvolit pro něj ten nejúčelnější způsob pomoci.

Příspěvek na péči je určen osobám, které pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potřebují pomoc při zvládnání základních životních potřeb. Z poskytovaného příspěvku si nemocný nebo handicapovaný člověk platí pomoc, kterou mu může poskytovat a zajišťovat buď blízká osoba, asistent sociální péče, nebo poskytovatel sociálních služeb. Agendu příspěvku na péči spravuje Úřad práce České republiky, respektive příslušná krajská pobočka, dle místa trvalého bydliště žadatele (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Žádost o příspěvek lze podat poštou, elektronicky, anebo nejlépe přímo u konkrétního pracovníka příslušného úřadu. Žadatel musí v žádosti správně uvést všechny informace, kromě osobních údajů také údaje o tom, jakým způsobem má být příspěvek vyplácen, tak i kdo a jak bude potřebnou péči zajišťovat. Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží, a to ode dne podání žádosti. Náklady na výplatu příspěvku se hradí ze státního rozpočtu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019 [online]).

3.1 Stupně závislosti na pomoci jiné osoby

Posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování stupně závislosti vychází ze zákona č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jeho hodnocení stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb.

Dne 1.7.2016 byla ve Sbírce zákonů pod č. 218/2016 Sb. publikována vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Vyhláška nabývá účinnosti 1.9.2016.

Novelizovaná vyhláška, vedle dalšího, vymezuje ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby. Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, jež jsou pro jednotlivé základní životní potřeby definovány v rámci

přílohy č. 1. Novela dle Ministerstva práce a sociálních věcí upravuje znění přílohy tak, aby byla podrobnější a lépe vystihovala komplexnost schopností a dějů v rámci jednotlivých základních životních potřeb.

Za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby se považuje v (§ 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

- a) stupni I (*lehká závislost*), jestliže osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby; u osob do 18 let věku to jsou tři základní životní potřeby,
- b) stupni II (*středně těžká závislost*), jestliže osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb; u osob do 18 let věku to jsou čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) stupni III (*těžká závislost*), jestliže osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb; u osob do 18 let věku to je šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (*úplná závislost*), jestliže osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby; u osob do 18 let věku to je osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí, jak je daná osoba schopná zvládat uvedené životní potřeby:

- a) *mobilitu,*
- b) *orientaci,*
- c) *komunikaci,*
- d) *stravování,*
- e) *oblékání a obouvání,*
- f) *tělesnou hygienu,*
- g) *výkon fyziologické potřeby,*

h) péči o zdraví (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení),

i) osobní aktivity

j) péči o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku).

Pro uznání závislosti osoby ve vymezených základních potřebách musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností, a to z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu (§ 9 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

3.2 Řízení ve věci příspěvku na péči

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiškopisu předepsaném ministerstvem, v případě, že osoba není schopna jednat samostatně a nemá zástupce, je řízení o příspěvku zahájeno z úřední moci. Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce. Příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019 [online]).

Pověřený sociální pracovník provede pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Žadatel může být také vyzván, aby se podrobil novému lékařskému vyšetření. Následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné Okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti dané osoby vychází posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení ze zdravotní dokumentace doložené poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledků sociálního šetření a zjištění potřeb osoby (Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Na vyřízení žádosti o příspěvek na péči, respektive provedení sociálního šetření a vydání rozhodnutí má úřad 60 dnů. Úřad má možnost požádat nařízený orgán i o prodloužení této doby. Po dobu posuzování stupně závislosti se řízení přerušuje usnesením, po dobu posuzování lhůta pro vydání neběží. V řízení se pokračuje, jakmile úřad obdrží posouzení stupně závislosti.

Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolání

se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak následně rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (Zákon č. 500/2004, správní řád, ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

3.3 Výše příspěvku

„Populace stárne a personální i lůžkové kapacity pobytových sociálních služeb již pomalu nestačí pokrýt poptávku. Navýšením příspěvku podpoříme právě ty neformální pečovatele, kteří 24 hodin denně a 7 dní v týdnu pečují doma o nejsložitější a nejtěžší případy ve III. a IV. stupni závislosti. S ohledem na demografická data jsme přesvědčeni, že posilování neformální péče představuje správný trend.“ (ministřyně práce a sociálních věcí Jana Maláčová)

Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti člověka na pomoci jiné osoby, dle rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči. Výše příspěvku je uvedena v § 11 zákona č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, dle stupně závislosti.

V posledních dvou letech dochází k opětovnému navyšování této dávky. Od 1. dubna 2019 se zvyšuje příspěvek na péči pro osoby ve IV. stupni závislosti z dosavadních 13 200 Kč na 19 200 Kč. Toto zvýšení se týká osob, kterým nejsou poskytovány pobytové sociální služby. K dalšímu navýšení by mělo dojít od 1. července 2019, kdy se zvýší příspěvek na péči pro osoby ve III. stupni závislosti a to z dosavadních 9 900 Kč na 13 900 Kč u dětí, a z 8 800 Kč na 12 800 Kč u dospělých. Také toto zvýšení se týká osob, kterým nejsou poskytovány pobytové sociální služby.

Ke zvýšení příspěvku na péči dojde automaticky. To znamená, že není třeba, aby o něj příjemci žádali. Poprvé vyplatí Úřad práce ČR zvýšenou částku v průběhu dubna 2019. Klienti, kterých se tento krok týká, obdrží informaci prostřednictvím dopisu. Stejný postup bude platit i v případě zvýšení příspěvku na péči od července (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019[online]).

Pro osoby mladší 18 let věku činí výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

- 3 300 Kč, jedná-li se o I. stupeň (*lehká závislost*),
- 6 600 Kč, jedná-li se o II. stupeň (*středně těžká závislost*),
- 9 900 Kč, jedná-li se o III. stupeň (*těžká závislost*),

- 13 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (*úplná závislost*), pokud poskytuje pomoc osobě závislé poskytovatel pobytových služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, zdravotnická zařízení lůžkové péče nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu),
- 19 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (*úplná závislost*), pokud neposkytuje pomoc osobě žádné z výše uvedených zařízení a o osobu pečuje rodinný příslušník, anebo asistent sociální péče).

Pro osoby starší 18 let věku činí výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jedná-li se o I. stupeň (*lehká závislost*),
- 4 400 Kč, jedná-li se o II. stupeň (*středně těžká závislost*),
- 8 800 Kč, jedná-li se o III. stupeň (*těžká závislost*),
- 13 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (*úplná závislost*), pokud poskytuje pomoc osobě závislé poskytovatel pobytových služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, zdravotnická zařízení lůžkové péče nebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu),
- 19 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (*úplná závislost*), pokud neposkytuje pomoc osobě žádné z výše uvedených zařízení a o osobu pečuje rodinný příslušník, anebo asistent sociální péče).

V únoru 2019 vyplatil ÚP ČR téměř 360 500 těchto dávek v celkovém objemu 2 108 mil. Kč. Z toho 50 483 příspěvků pobírali lidé ve IV. stupni a 85 174 ve III. stupni závislosti. Jedná se o nejvýznamnější finanční pomoc se zajištěním podpory a péče (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2019 [online]).

4 PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ

„Pečovat o někoho znamená pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci v udržování jeho dobrého zdravotního stavu nebo usilovat o opětné dosažení jeho úplného zdraví (či s ním být v posledních chvílích jeho života) vykonáváním činností, kterých by se zhostil sám, kdyby k tomu měl sílu, vůli nebo kdyby měl potřebné znalosti“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 64).

V posledních dvaceti letech dochází v oblasti dlouhodobé péče k výrazné snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí. Na jedné straně je pochopitelné přání těchto osob zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, na druhé straně jde o celospolečenské vlivy způsobené demografickým stárnutím a zvyšující se náklady na zdravotní a sociální péči o osoby vyššího a vysokého věku (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 10).

Péče v domácím prostředí je pro pečovaného velkou výhodou. Je zde obklopen známými předměty a svými blízkými. Pokud mu to zdravotní stav dovolí, může svůj režim uzpůsobit svým návykům a zaběhnutým zvyklostem. Péče v domácím prostředí respektuje individualitu člověka. Je o něho pečováno přesně, dle jeho potřeb a vlastních přání. Domácí prostředí nám poskytuje pocit bezpečí a jistoty, tyto potřeby jsou mnohdy důležitější a než profesionální dohled poskytovaný v zařízeních sociálních služeb (Mlýnková, 2011, s. 62).

Je důležité, aby prostředí, ve kterém starší člověk žije, uspokojovalo jeho fyzické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Mohylová (In Hudáková, Majerníková, 2013, s. 47) uvádí, že starý člověk, který žije v domově pro seniory, častěji trpí negativními pocity a emocemi, než senior, který žije ve vlastní domácnosti.

Domácí prostředí je i přes všechna úskalí určitě nejlepší variantou. Má nesporně pozitivní vliv, převážně na psychickou stránku závislých seniorů. Také Haškovcová (2002, s. 42) říká: *„Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci.“*

4.1 Neformální péče

V centru našeho zájmu je péče, kterou nemocnému nebo postiženému poskytuje partner nebo partnerka v seniorském věku, a to v domácím přirozeném prostředí.

Neformální péčí se rozumí: „*péče poskytovaná rodinným příslušníkem nebo jinou osobou mimo rámec formalizovaných či zdravotnických zařízení, a to osobě se sníženou soběstačností, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby*“ (Kata neformální péče, 2010-2015, s. 1).

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2014 [online]) jsou neformální pečovatelé příbuzní a známí, kteří pečují o svého blízkého v nepříznivé životní situaci.

Také Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková (2013, s. 10) uvádí, že neformální péče je zajišťována nejčastěji partnery, dospělými dětmi, vnoučaty anebo jinými příbuznými sousedy či přáteli. Neformální pečovatelé nejsou nijak odborně školení k poskytování péče. Mnohdy provádí širokou škálu odborných úkonů srovnatelných s profesionálními pečovateli. Za poskytnutou péči nepobírají žádnou mzdu, mohou však pobírat peněžitou odměnu plynoucí z příspěvku na péči.

Přijmout roli pečujícího může v konečném důsledku do jisté míry ovlivnit následné zvládnání péče, vnímání a hodnocení dané situace a v konečném důsledku také kvalitu života pečujícího.

Laický pečovatel na sebe bere primární odpovědnost za každodenní péči o závislého člověka. A měl by mu dokázat poskytnout emoční, tělesnou, sociální a duchovní podporu (Kroutilová Nováková a kol. 2011, s. 50).

4.2 Soběstačnost a autonomie seniorů

Autonomie je dle Sýkorové (2007, s. 73) těžko definovatelný pojem. Dotýká se všech sfér lidské existence, a proto je nazýván „*složitým multidimenzionálním jevem*“, zasahuje jak do oblastí fyzické, mentální, spirituální, kulturní, sociální, ekonomické, tak i politické. Jinou definici autonomie uvádí Pichaud a Thareauová (1998, s. 44), podle nich je to schopnost vést život podle vlastních představ, být relativně samostatný, určovat si svoje cíle a svobodně se rozhodovat. Naopak Kalvach (2004, s. 196) definuje soběstačnost seniora jako „*schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí*“ a určuje soběstačnost dvěma faktory:

- *funkční zdatností organismu,*
- *náročností prostředí.*

Soběstačnost lze často snáz udržet nebo obnovit úpravou prostředí, než zvýšením funkční zdatnosti (Kalvach, 2004, s. 196).

Někteří autoři zase odlišují pojem autonomie a nezávislost, podle Sýkorové (2007, s. 76) však lze tyto pojmy chápat jako synonymum. Soběstačnost je schopnost jedince vykonávat každodenní činnosti. I fyzicky nesoběstačný člověk, který je závislý na pomoci druhých, může být autonomní.

Ve svém výzkumném šetření Příbyl (2015, s. 70) uvádí, že senioři vnímali autonomii především jako právo rozhodovat o svých záležitostech a o sobě samém. Aby toto právo mohli využívat, potřebují být fyzicky i ekonomicky soběstační. V opačném případě jsou nuceni se přizpůsobovat pečující osobě a svoje přání, potřeby a názory odsunují do pozadí. S tím souvisí dokládající výzkum Sýkorové (2007, s. 90), kdy zjištěným významem autonomie seniorů bylo zdraví, ve smyslu jsem „*zdraví*, jsem „*soběstačný*.“

Zdravotní stav tady do značné míry podmiňuje fyzickou soběstačnost seniorů, a to převážně ve schopnosti samostatně zvládat běžné úkoly základní samoobsluhy, obstarávání domácnosti, vyřizování na úřadech či setkávání s rodinou a přáteli (Sýkorová, 2007, s. 100).

S fyzickou soběstačností úzce souvisí potřeba „*nebýt na obtíž*.“ Již Cicero (Klevetová, dlabalová, 2008, s. 24) napsal, „...že nejbídnějším faktem ve stáří je to, že se cítí být na obtíž.“ Velmi důležitá je proto pro seniory v tomto smyslu mobilita, kdy si dojdou kam potřebují. Neméně důležitou stránkou je cítit, že tady jsem doma a vědět, co se děje, jaké problémy nebo radosti rodina, blízké okolí řeší a prožívá. Být nějakým způsobem užitečný, jak radou, tak pomocí (Příbyl, 2015, s. 73).

4.3 Péče o partnera

„*Rodinnou péči o starého člověka nejčastěji zajišťuje manželský partner, partnerka anebo děti a jejich partneři.*“ Nejčastěji dochází k situaci, kdy manželka pečuje o svého nemocného manžela (Jeřábek, 2013, s. 47).

Manželství seniorů většinou působí na jejich životní spokojenost a značným způsobem ovlivňuje ostatní sociální vazby. Starší manželé vystupují vůči sobě jako primární pečovatelé, přičemž jejich děti zpravidla zajišťují jen doplňkovou pomoc (Špatenková, 2004, s. 67-68).

Převažujícím aspektem partnerského vztahu je sdílení života a očekávání vzájemné podpory při zvládnání přicházejících životních zátěží (Vágnerová, 2007, s. 274). I dle Říčana 2004, s. 351) je zde větší potřeba mít v druhém oporu a pocit jistoty, kterou zvládne poskytnout pouze blízký člověk.

Každodenní péče může být pro partnery, kteří už jsou také v seniorském věku, fyzicky i psychicky náročná, zejména pokud spolu žijí sami. Ve většině případů jsou v roli pečujících převážně ženy a u těch může vést dlouhodobá péče až k syndromu vyhoření. Ženám chybí nejen odpočinek, ale hlavně kontakt s jinými lidmi, příjemné zážitky a pozitivní vidina budoucnosti (Vágnerová, 2007, s. 375).

Nemoc partnera anebo zhoršení jeho zdravotního stavu znamená pro všechny náročnou životní situaci. Starší člověk se bojí ztráty svého životního partnera a vlivem těchto okolností omezí i uspokojování vlastních potřeb (Vágnerová, 2007, s. 375). A jak dokazují i výzkumy Dohnalové, Hubíkové, 2013, o neformálních pečovateli, sami pečující se mohou s péčí natolik ztotožnit, že mají sklon nerozlišovat mezi svými potřebami a potřebami pečovaného (In Kubalčíková a kol. 2015, s. 60-61).

Jsou situace, kdy se pečující zcela ztotožní se svou rolí pečujícího. Péče o druhou osobu se stane jeho smyslem života a není schopen oddělovat svoje potřeby od potřeb pečovaného. Twigg a Atkin 1994 (In Kubalčíková a kol. 2015, s. 61) toto považují za jeden z dopadů péče, který nazývají: „*pohlčení péčí*“.

Berger a Thompson, 1998 (In Vágnerová, 2007, s. 375) uvádí, že díky partnerově nemoci se mění i jejich role a vzájemné vztahy. Lidé pečující o svého partnera se k němu, v mnoha případech, mohou značně citově připoutat. A pokud se péče stane smyslem života pečujícího, je dost pravděpodobné, že se po jeho smrti zhroutí.

4.4 Sociální izolace pečujících seniorů

Problematika sociální izolace se obecně týká z velké části seniorů. Je to způsobeno převážně změnami v jejich životě, kdy jsou mnohem více izolováni od společenského dění a jejich život začne probíhat převážně v soukromí vlastní rodiny. Izolací od okolního světa a ztrátou sociálních kontaktů může trpět i pečující osoba (Vágnerová, 2007, s. 350).

„S poskytováním péče je spojena spousta psychosociálních problémů. Běžná je sociální izolace, která je způsobena nesčetnými časově náročnými činnostmi spojenými s péčí, což

pečujícím brání v kontaktech s ostatními.“ (Dellasega, Haagen 2004 In Kubalčíková a kol., 2015, s. 55).

Také Tošnerová (2009, s. 172) uvádí, že k sociální izolaci dochází stupňující se zátěží pečovatele. Do primární zátěže se promítá čas a pravidelnost péče. V sekundární zátěži, jsou to bohužel daleko problematičtější měnící se role a vzájemné vztahy a mnohdy nedostatek znalostí a malá míra rodinné podpory.

Pečující člověk i jeho celá rodina mohou být do této izolace i nevědomky zatlačováni vlivem předsudků, strachu nebo odporu k opečovávanému, jehož chování se díky nemoci mění a okolí není vůči těmto projevům tolerantní a nedokáže akceptovat změny zdravotního stavu. U pečujících může docházet k pocitům studu a raději se straní všem sociálním kontaktům a tím pádem dochází k nedobrovolné izolaci těchto osob (Kubalčíková a kol. 2015, s. 55). Jeřábek v tomto případě (2013, s. 49, In Kubalčíková, 2015, s. 55) mluví o osamělosti pečovatelek, převážně o ženách pečujících o svého nemohoucího manžela či přestálé rodiče, které dlouhé týdny, měsíce nenavštíví ani rodina, přátelé či lidé z blízkého okolí, není jim dopřáno žádné pomoci a sociálního kontaktu. V souvislosti s touto situací se hovoří o *socio-emocionálních nákladech péče*.

Pocit osamění může být dán nejenom izolací od společnosti, ale také proměnou okolního světa, který se starému člověku může jevit jako úplně cizí. Společně pro něho narůstá důležitost a hodnota nejbližší rodiny (Vágnerová, 2007, s. 415).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Ve své bakalářské práci a její teoretické části se zaměřuji na problém kvality života seniorů pečujících o partnera s přiznaným příspěvkem na péči. Jedním z důvodů směřující k výběru této problematiky je zkušenost z mé velmi blízké rodiny. O problémech neformálních pečovateli, tedy lidech, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí, stále není dostatek informací. Různá šetření a výzkumy provedené v této oblasti se ale spíše zaměřují na péči od blízkých příbuzných, jako jsou dcery, snachy, synové. Velmi opomíjenou skupinu pečujících ale tvoří sami senioři, kteří pečují o svého partnera.

Partnerský život prochází mnoha fázemi od svatby, narození a výchovy dětí, budování kariéry až po odchod do penze. Zde samozřejmě život nekončí, ale začíná jeho další etapa. Museli spolu ustát hodně životních, ne vždy příjemných událostí, překážek a problémů. Těší se, že si budou konečně užívat volna, cestování, koníčků a vnoučat. Najednou přijde úraz, nemoc, anebo jen zhoršení pohybových schopností jednoho z partnerů. Od té chvíle se svět začne točit kolem jeho péče a všechno, co jim dělalo radost, na co se těšili, ustupuje do pozadí. Mnozí z pečujících se již také netěší z dobré fyzické kondice a zdravotního stavu. Čím déle péče trvá a čím je intenzivnější, tím víc jsou pečující partneři ohroženi riziky, která negativně ovlivňují kvalitu jejich života.

Jelikož se ve výzkumu zaměřujeme na kvalitu života, kterou každý vnímá svým jedinečným subjektivním pohledem, zvolili jsme kvalitativní způsob výzkumu. Taková forma výzkumu nám nejlépe pomůže popsat a pochopit životní situace pečujících partnerů.

5.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Kvalitu života každý člověk vnímá a posuzuje jiným způsobem. Proto bylo i mým záměrem zjistit, jakou váhu respondenti přisuzují lidským potřebám, které přispívají ke zkvalitnění jejich života. Zjistit, zda i přes svůj vyšší věk, ne vždy dobrý zdravotní stav a náročnost péče, posuzují a prožívají svůj život kvalitně. Zda se také nějakým způsobem změnil partnerský život a zda péče nějakým způsobem ovlivnila jejich vztah a soužití.

Hlavním cílem výzkumu je tedy zjistit, jaká je subjektivně vnímaná kvalita života pečujících o svého partnera?

Vedlejšími cíli je:

1. Zjistit, jakým způsobem se péče o partnera promítá do kvality života pečujících.

2. Zjistit, které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu života pečujících.
3. Zjistit, které faktory pozitivně ovlivňují kvalitu života pečujících.
4. Zjistit, které faktory negativně ovlivňují kvalitu života pečujících.
5. Zjistit faktory, které by přispěly k větší spokojenosti pečujících.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou jádrem každého výzkumu. Musí být v souladu se stanovenými cíly a ukazují nám, jakým směrem vést výzkum (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 69).

Hlavní výzkumnou otázkou, na kterou budeme hledat odpověď je: *Jaká je subjektivně vnímaná kvalita života pečujících o svého partnera?*

Abychom dokázali odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, musíme si položit další vedlejší výzkumné otázky.

VO1: Jakým způsobem se péče o partnera promítá do kvality života pečujících?

VO2: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu života pečujících?

VO3: Které faktory pozitivně ovlivňují kvalitu života pečujících?

VO4: Které faktory negativně ovlivňují kvalitu života pečujících?

VO5: Které faktory by mohly přispět k větší spokojenosti pečujících?

5.3 Metoda sběru dat

Vzhledem k podstatě zvoleného problému jsem zvolila kvalitativní šetření pomocí hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Tato forma rozhovoru mi přišla nejvhodnější z toho důvodu, že kombinuje výhody strukturovaného a nestrukturovaného, neboli narativního rozhovoru. Rozhovor má předem připravené schéma a jeho výhodou je zejména možnost upřesňovat a pokládat doplňující otázky. Tento druh výzkumu se mi zdál vhodný i z důvodu osobního setkání, kdy můžeme nahlédnout do života seniorů a dozvědět se více o jejich soužití, radostech a těžkostech každodenního života.

5.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán metodou prostého záměrného výběru z různých částí Zlínského kraje. Cíleně byli vyhledáváni jen ti respondenti, kteří byli v seniorském věku, pečo-

vali o svého partnera s přiznaným příspěvkem na péči a byli ochotni se zúčastnit prováděného výzkumu.

Jednalo se o pět manželských párů, čtyři z pečujících seniorů byly ženy a jedním z pečujících byl muž. Je nutné dodat, že osoby závislé na péči svého partnera pobíraly příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti, ačkoliv jsme neměli tato kritéria přesně daná. Jedna z pečujících v důsledku svého zdravotního stavu měla sama přiznaný příspěvek na péči I. stupně závislosti. Výzkumný vzorek je sestaven podle pořadí, ve kterém rozhovory probíhaly. Všechna jména respondentů jsou fiktivní.

Základní údaje o výzkumném vzorku:

Paní Božena, 73 let, pečuje o manžela, 79 let,

Paní Františka, 79 let, pečuje o manžela, 84 let,

Pan Ladislav, 83 let, pečuje o manželku, 79 let,

Paní Marie, 72 let, pečuje o manžela 74 let,

Paní Pavlína, 86 let, pečuje o manžela 86 let.

5.5 Realizace výzkumu

Realizace výzkumu probíhala v lednu a únoru roku 2019, kdy jsem postupně všechny účastníky nejdříve navštívila v jejich bydlišti. Součástí našeho seznámení a samotného rozhovoru bylo poskytnutí pečujícím osobám co nejvíce informací o výzkumu k mé bakalářské práci. Za velmi důležitou informaci jsem také považovala ujištění o jejich naprosté anonymitě. Poté jsme se domluvili na termínu a čase rozhovoru, který si pečující sami stanovili dle svého denního režimu. Jejich přání jsem naprosto respektovala, a proto se shodou okolností všechny rozhovory uskutečnily v dopoledních hodinách.

Všechny rozhovory probíhaly ve velmi klidné a pohodové atmosféře domácího prostředí. Ve dvou případech byl rozhovor realizován i za přítomnosti samotné osoby, které byla péče poskytována, což ale nemělo žádný negativní vliv na poklidný průběh našich rozhovorů.

V úvodu každého rozhovoru byli všichni účastníci opět požádáni o souhlas s použitím pořizovaných záznamů, ujištění o své anonymitě a byli upozorněni na možnost neodpovídat na otázky, které se jim mohou zdát nevhodné anebo nepříjemné. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Každý z rozhovorů byl velmi individuální, a proto trval různou do-

bu, přibližně od 30 do 40 minut. Nutno podotknout, že všichni respondenti měli velké obavy, zda budou umět správně odpovídat na dané otázky. Na druhou stranu bylo znát, jak je jim příjemné, že je někdo navštívil a zajímá se o jejich život.

5.6 Otázky polostrukturovaného rozhovoru

VO1: Jakým způsobem se péče o partnera promítá do kvality života pečujících?

- Jak hodnotíte kvalitu svého života? Jak hodnotíte svůj současný život?
- Jak jste se svým současným životem spokojen?
- Jakým způsobem ovlivňuje péče o partnera váš život?
- Jak se péče promítá do kvality vašeho života?
- Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho partnera?

VO2: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu života pečujících?

- Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?
- Napadá vás ještě nějaká další oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

VO3: Které faktory pozitivně ovlivňují kvalitu života pečujících?

- Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?
- Co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

VO4: Které faktory negativně ovlivňují kvalitu života pečujících?

- Které faktory negativně ovlivňují kvalitu vašeho života? Je někdo, kdo vám ztěžuje/komplikuje/ brání prožívat váš život naplno?
- Kdo vám brání prožívat kvalitnější život?
- Co vám brání prožívat kvalitnější život?

VO5: Které faktory by mohly přispět k větší spokojenosti pečujících?

- Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?
- Co by mohlo přispět k vaší spokojenosti?
- Co byste uvítal, abyste byl více spokojený?

Myslíte, že je něco na co jsem se Vás nezeptala a je to pro Vás důležité?

6 ANALÝZA A INTRPRETACE DAT

Analýzu výzkumných dat jsme prováděli pomocí principů a postupů zakotvené teorie, a to právě pro možnost na základě této strategie vytvořit teorii, která zkoumanou oblast vysvětluje (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14). Podle Miovského (2006, s. 226) je nejdříve vytvořena a dočasně ověřována systematickým shromažďováním údajů a následně analýzou o zkoumaném jevu. V okamžiku, kdy máme nasbírané dostatečné množství dat, přichází fáze kódování. Je základní analytickou technikou a jádrem zakotvené teorie. Rozlišujeme tři základní typy kódování: otevřené, axiální a selektivní (Strauss, Corbinová, 1999, s. 39-40).

6.1 Analýza a interpretace otevřeného kódování

Po přepisu rozhovorů jsme postupovali metodou otevřeného kódování. Následně byly kódy dle významu přiřazovány k sobě a vzniklo 8 kategorií. Je zde použito i pojmenování kódů, dle našich respondentů, které nazýváme „*in vivo kódy*“, taková chytlavá slova, která na první pohled zaujmou (Strauss, Corbinová, 1999, s. 48). Přímé věty respondentů jsou vyznačeny kurzívou, před uvozovkami je napsán kód, podle kterého je možné citaci v plném znění dohledat v prepisech rozhovorů. Parafráze respondentů jsou také označeny kódem, a to většinou na jejich konci.

6.1.1 Reakce na obtížnou životní situaci

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: „*život se úplně otočil, je to složité*“, vyrovnání se, přizpůsobení se, nervozita, dřívější zkušenost s péčí, nepřizpůsobení se nové situaci, „*problémy celý život*“, obětování se, urputnost v péči, snaha všechno zvládat, respekt k potřebám dcery a syna, „*svojeho manžela budu opatrovat, dokud mě to moje zdraví dovolí*.“

Reakce na tuto obtížnou životní situaci v počátcích péče jsou různé. Každý z respondentů se nachází v jiné životní situaci a každý z nich s tím bojuje po svém. Pro paní Boženu byla nemoc manžela velký šok a nesla to velmi těžce (B2): „...*Život se úplně otočil, je to složité...*“, ale dodává (B3): „...*Tak už jsem si trochu zvykla, nebo sa smířila...naučila sem sa přizpůsobit...takže funguju*, a říká: „...*ale že tak, jak žiju, žiju ráda, není pravda, to bych lhala*.“

Paní Františka situaci prožívala jinak, vzhledem k tomu, že u jejího manžela docházelo ke zhoršování zdravotního stavu postupně (F3): „...*Beru to tak, jak to život přináší...že tak to má být a tak to bude a budeme čekat...*“. A stejně to má i pan Ladislav (L3): „...*Žiju...v pohodě, beru to, snažím se to brát v pohodě...nezatěžovat si hlavu nějakýma problémama...člověk to nezmění...*“. I u paní Marie je to podobné (M3): „...*Měla jsem jinou představu, ale co člověku zbývá, než to přijat, tak jak to je, ale není to lehké...celý deň řídím podle něho...*“, ale přiznává, že je z toho někdy dost nervózní (M5). A paní Pavlína dodává (P2): „...*Už musíme být spokojeni s tím, jak to je...lepší už to nebude.*“

Paní Marie má už dřívější zkušenost s péčí (M2): „...*Už sem sa starala o dva ležáky...*“. Doopatrovala postupně svoje rodiče, proto říká: „...*Myslela sem si, že vím co to je, co to obnáší...*“. Marie popisuje, co dřív všechno při péči stíhala, a proto ji velmi zaskočilo, jak je těžké s přibývajícím věkem všechno zvládat.

Velmi těžce snáší péči paní Božena, která je nemocí a celou situací zaskočená, nedokáže reagovat na všechny okolnosti a přizpůsobit se novým podmínkám, které při péči nastávají, třeba při návštěvě doktora (B4): „...*Celý den tam třeba čekáte, ...nikoho nezajímá, že má hlad a žízeň...*“. Neuvědomuje si, že na základní potřeby manžela, by měla být připravena ona sama a neočekávat, že se postará personál v nemocnici.

Ladislavova manželka je nemocná už roky, postupně jí pan Ladislav podřizuje úplně všechno, péče se stává jeho hlavní náplní, jak říká (L6): „...*Měla problémy celý život...už sa o ňu starám moc roků...*“. I když sám měl nějaké zdravotní problémy a nebylo mu dobře, vůbec si nepřipouští, že by ho mohlo něco ohrozit, myšlenkou je pořád u toho, že se musí v první řadě postarat o manželku (L2, L10): „...*Já su zdravý, mosím byt zdravý...všecko beru tak, že mosím byt zdravý...mně stačí, že sa o ňu stihnu postarat...*“. S péčí by mu mohla pomoci dcera, která bydlí v patře, ale ten od ní pomoc odmítá (L8): „...*Já to po ní nechcu...sem býl zvyklý starat sa sám, a pořád sa snažím, co nejvíc...já si to chcu zvládat sám...po nikom nic nechcu...o manželku sa starám sám...si to chcu zvládat...*“ A dodává (L23): „...*Byl jsem k tomu určený a budu to dělat, dokud budu moct...*“. Paní Pavlína má dvě děti, ale obě už jsou také v seniorském věku, mají přes šedesát a sami mají svoje problémy, a proto se Pavlína snaží jejich potřeby respektovat (P9): „...*Nechci je moc otravovat...snažím se to tady s dědů zvládat sama...*“. A i když paní Božena shledává pro ni péči za velmi stresující a náročnou, neumí si představit, že by se o nemocného manžela nepostarala, a proto závěrem dodává (B18): „...*Svojého manžela budu opatrovat, dokud mě to moje zdraví dovolí.*“

6.1.2 Klacky pod nohy

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: nevyhovující domácí prostředí, nemoc dcery, bariéry v domácnosti dcery, špatné zkušenosti s personálem, převádění zodpovědnosti, nekompetentnost úřadů, hluk v domě.

Někteří z respondentů si stěžovali na situace, které jim komplikují nebo ztěžují život spojený s péčí o partnera. Paní Pavlína uvádí, jak je pro ni péče náročnější, protože nemá byt přizpůsobený současným potřebám. Moc by si přála otočné sedátko do koupelny (P7): „...*Moc by mě to usnadnilo...koupelka je malá...mám tam pračku...to sedátko se tam už nevejde, musí se to nejdřív nějak vymyslet, jak to předělat...*“. Také má Pavlína starosti o dceru, která onemocněla a v důsledku toho přišla o práci, Pavlína se tím trápí, i když se snaží to nedávat moc najevo (P9). Nemoc dcery a manžela jí zkomplikovaly i návštěvy dcery, kam dřív často s manželem jezdili (P6, P15): „...*Tam už moc nejezdíme...dcera je nemocná...má ten dům hrozně špatně řešený, samé schody...to je teď těžké, jak ho tam dostat...muselo by se to celé překopávat...to po ní nechceme, když je nemocná.*“

Nutností při péči o partnera jsou také časté návštěvy doktorů, nemocnic, anebo úřadů, paní Božena mluvila o špatné zkušenosti s personálem (B4, B7): „...*To je vám také hrozné, ten přístup, tam ...celý den tam sedíte a nikdo si vás nevšimá...*“. Boženin manžel má přístroj na kontrolu spánku, a přesto, že byl v nemocnici hospitalizován, se o něj pravidelně jezdila postarat (B 7): „...*Sestřičky mu to nechtěly dávat, že prý to neumíja.*“

Paní Božena i pan Ladislav si také stěžovali na nekompetentnost úřadů hlavně při vyřizování příspěvku na péči. Paní Božena popisuje, jak to bylo (B12): „...*Nejdřív prý tak 1. Stupeň nám řekla, když přišla na to šetření...to přišla taková mladá...prý je brigádnice...je to vůbec možné!*“ a dodává: „...*tak sem ju poslala pryč...nakonec nám dali trojku...to je, ale rozdíl...sem říkala, že to tam asi může dělat každý...*“. Rozčilený byl i pan Ladislav (L12): „...*Když ideš něco vyřizovat, zjistíš ke kolikati lidem musíš jít, přesvědčovat jich, jedni řeknú ano, jedni né...znovu obházet a vyřizovat, to je fakt hrozné, co tam sedí za lidi.*“

Paní Pavlína žije s manželem v panelovém domě, sousedka se jim odstěhovala a uvolněný byt si někdo opravuje (P8): „...*To věčné bouchání ve vedleším bytě...pořád hluk...jsme z toho...takoví nervózní...Už jsme zvyklí na svůj režim a klid a toto nás ruší.*“

6.1.3 Dopady a ztráty

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: fyzické vyčerpání, psychické vyčerpání, fyzická náročnost, zhoršení zdravotního stavu, bolest zad, úbytek fyzických sil, únava, narušenost spánku, „*co manžel onemocněl, je všechno naruby*“, „*úplně jsem se zhroutila*“, úbytek hmotnosti, ztráta chutě, zhoršení paměti, celodenní starost, neustále ve střehu, stálá pozornost „*nic nestíhám*“, výměna rolí, omezení osobních potřeb, nedostatek času, potřeba komunikace, samota, pořád sami – „*děcka máme pryč*.“

Co se týká dopadů a ztrát souvisejících s péčí, všichni respondenti uváděli vzhledem ke svému věku nějaké obtíže spojené s péčí. Jako nejčastější uvádí fyzickou náročnost, vyčerpání, které jdou ruku v ruce s vyčerpáním psychickým. Pro paní Boženu je to věčné tahání manžela vyčerpávající (B4, B5, B11, B 13, B14): „*...Pro mě sů to hrozné nervy a stres... on má pomály sto kilo, takže ho tahat je pro mě...hrozné...nekdy su z toho už úplně vyčerpaná...takové to vyčerpání...ten stres...je to takové náročné, já si to asi moc beru...nemám silu...ani psychicků ani fyzicků....*“. Také paní Františka uvádí stejné obtíže (F4,F5, F8, F 14): „*...Mám dost' dědy na opatrování...táhat sa s ním na misu, a tak... je náročné, mám toho dost'...něni tlustý...pro mě už je těžký...když ho mosím posadit...je to náročné...už je toho všeckého na mě moc...už nemožu....*“. Paní Marie říká (M2, M4, M5, M7) „*...je to obrovská zátěž, sa včil v tomto věku starat o úplného ležáka,...kolikrát už myslím, že to ani nevydržím...tak sa úplně zhroutím...su potom několik dní úplně vyřízená...*“. I pan Ladislav zmiňuje situace, které už za několik let péče zažil, kdy manželku, podle jeho slov na poslední chvíli vezl do nemocnice, kdy měl velký strach, že to manželka už nezvládne, to považuje za velmi náročné na psychiku (L9). Také poukazuje na to, co v péči o manželku považuje po stránce fyzické za náročné a problematické (L7, L13): „*...přesadit ju na postel, ...na toaletní židličku...do koupelky už ju ani nevozím,...to už nejde, tak ju umývám jenom tak na posteli...už je to náročné, abych ju dal do auta a sám vezl k doktorovi...*“. Také paní Pavlína se shoduje, že koupání je nejnáročnější stránkou osobní hygieny. Předtím než se jim podařilo pořídit do domu výtahovou plošinu, bylo pro ni složité dopravit manžela z druhého patra, třeba jenom na malou procházku (P7, P10).

Spolu s vyšším věkem je péče a život pečujících také spojený se zhoršením zdravotního stavu. Všichni respondenti mají nějaké zdravotní obtíže, ale ne všichni to přiznávají. Paní Božena připouští, že by potřebovala na záda nějaké rehabilitace, ale zatím to neřeší (B5). Pro paní Františku je zdravý nejvíc omezující v péči o manžela (F2, F12): „*...Enom to*

zdraví vypovídá...*jsem měla mozkovu mrtvicu...před třema rukama...zdraví sa mě zhoršuje...tá ochrnutost po tej mrtvici, tá noha, aj tá ruka...sú čím dál víc takové gramlavé a nehybné...*“. Pan Ladislav je zase natolik pohlcen péčí o svou manželku, že si svoje zdravotní problémy vůbec nepřipouští (L2): „...*Ty nesmíš byt nemocný, nesmíš byt nemocný...*“. U paní Marie byly problémy se zády znát na první pohled. A sama říká (M8): „...*Chodím úplně zohnutá...mám už ty záda úplně špatné...mosím s tým čaganem chodit...*“. Sama přiznává, že zdraví jí velmi ovlivňuje současný život. Když ale vidí manžela, jehož zdravotní stav je vážný, je vděčná i za svoje, ne úplně dobré zdraví (M11). Paní Pavlína zase hodnotí svůj zdravotní stav jako uspokojivý (P3): „...*Kromě tlaku, na který беру léky a osteoporózy, jsem jakštaš zdravá, takže jsem spokojená.*“

Se zhoršujícím se zdravotním stavem úzce souvisí i bolest zad. Někdo na bolavá záda trpěl už před samotnou péčí v důsledku dřívější práce a dřiny na poli. S přibývajícím věkem a náročností péče se tento stav u některých respondentů ještě zhoršuje. Paní Božena je sama velmi drobná žena, na záda trpí častou manipulací s manželem, který váží jednou tolik než ona sama (B5), (B14): „...*Ty záda mě bolíja...*“. Paní Marie si zase stěžuje (M8): „...*nekdy hrozně bolíja, ...to už nevím, co dělat, ...aby sa mě ulevilo...*“.

S přibývajícím věkem ubývá samozřejmě i fyzické síly. Pan Ladislav se smutkem konstatuje (L7): „...*Té síly ubývá...*“ Paní Marie si myslela, že to bude zvládat líp, ale také připouští že (M2): „...*Tím, jak je člověk starý, tak už opravdu ubývá sil...*“ a přidává se i paní Pavlína (P7):... „*Tak ve svém věku už tolik nemůžu jako dřív.*“

Je nasnadě, že se také dostávají pocity únavy, které negativně působí na kvalitnější prožívání života pečujících. Paní Boženě brání prožívat lepší život (B13): „...*Celková únava a nedostatek odpočinku...*“. U Paní Františky únava hlavně ovlivňuje spánek (F8). A paní Marie přisuzuje únavu z péče i svému vyššímu věku a problémům se zády (M2): „...*Sem kdysi spala aj v křesle v kuchyni, že sem nebyla schopná si už ani lehnout...*“ ... popisuje paní Marie stav, kdy už únava dosahuje velkých rozměrů. I paní Pavlína opět připomíná svůj věk (P5): „...*To víte, že jsem někdy i unavená, přece jenom mám už nějaký věk.*“

Všechny tři respondentky, jak paní Františka, Marie i Pavlína se snaží míru svojí únavy přisuzovat spíše svému věku než náročnosti péče o manžela.

Na nedostatek spánku si stěžovala paní Božena v důsledku manželova přístroje na kontrolu dechu ve spánku (B7): „...*Ani se nevyspím...s tím spaním je to takové špatné...*“. Celkovou spokojenost ovlivňuje spánek i u paní Františky (F8): „...*Večer nemožu usnút, asi jak*

su unavená, no a pak sa zase v noci zbudím...potom už nespím...“. Manželovo časté noční pocení je zase příčinou nedostatku spánku u paní Marie, která ze strachu ze zápalu plic, manžela několikrát za noc převléká do suchého pyžama a nejde si ani chvilku lehnout (M7).

Péče o partnera znamená velkou životní změnu, a to pokud se situace změní pomalu ze dne na den, má na život pečujících velký dopad. S tím má zkušenost převážně paní Božena, když u manžela zjistili Alzheimeru (B2): *„...Co manžel onemocněl, je všechno naruby...úplně jsem se zhroutila...zhodila jsem 30 kilo...no fakt, já měla 80, kus ženské, teď mám 50...skoro jsem nejedla...neměla jsem na jídlo ani pomyslení...“*.

Paní Františka si stěžuje na zhoršující se paměť v důsledku prodělání mozkové mrtvice (F2, F12): *„...Co rok, to je to horší...aj na hlavu trochu...aj tá paměť...staré věci od děcka si pamatuju...a včel zapomenu...třeba děda řekne: babi máš peněženku do obchodu,...tož na takové věci už zapomínám...zapomínám...“*.

Péče vyžaduje obrovské nasazení a spoustu sil. Celodenní starost, neustále ve střehu, stálá pozornost jsou činnosti, které vyžadují čtyři a dvacet hodinovou péči. Paní Boženě se život úplně změnil (B4, B7): *„...Všechno sa točí kolem něho...pořád s ním musí nekdo byt...celý den dokola,... anebo jezdíme po doktorech...“*. Paní Františka jen suše povídá (F4): *„...Manžel ten leží stabilně a já ho obsluhuju...“*. Pan Ladislav pečuje o manželku, která má vleklé zdravotní problémy už 20. let (L4) *„...Tak je to celodenní starost...od rána do večera...“*. Ladislavova manželka má také problémy s příjmem potravy, proto musí mít jídlo vždy nakrájené nebo namačkané *„...už to tak beru automaticky...“*. Paní Pavlína má manžela částečně mobilního a nemůže ho nechávat samotného (P4): *„...musíte ho mít pořád na očích, nevíte, co ho napadne...“*. Ač pečuje paní Marie o úplně ležícího manžela, ale není pravda, že by s ním měla méně práce a nemusela na něho tolik dohlížet. Sama říká (M3, M4, M5, M7): *„...Jenom leží...vyžaduje celodenní starost...navářit, nakrmit ho, přebalit, umyt...je to takový kolotoč...pořád u něho...musíte byt pořád, jak bych to řekla...hm ve střehu...“*. Také Marii trápí, že s celodenním záprahem okolo manžela nedělá nic jiného (M5, M6): *„...Ostatní práca stójí...to mě nikdy vadí...nic nestíhám...“*.

V manželství měl každý svou roli, ale s postupným zhoršujícím se stavem partnera dochází k jejich výměně, kromě paní Pavlíny a Marie tuto skutečnost uváděli zbylí respondenti. Pro paní Boženu je tato situace stresující (B4): *„...Musím všechno vyřizovat za něho...sů to*

hrozné nervy... “. Paní Františka zase říká, že kromě starosti o manžela musí zvládat celou domácnost (F5): „...*Mosím zvládat aj to co dřív dělál on... “.* U pana Ladislava je tato situace už naprosto normální, za ta léta péče si zvykl, že leží celá domácnost na něm, a tak mu nevadí tyto ryze ženské práce vykonávat (L11).

Paní Božena a Pavlína byly podle jejich slov velké aktivistky, a tak omezení osobních potřeb a s tím související nedostatek času vnímají hlavně v omezení svých sportovních činností, výletů a odpočinku (B5, B6, B7, B13, B17): „...*Néni čas, abych si zašla já sama k doktorovi...na to néni čas...že nemám volno...třeba sama pro sebe...na to kolo a tak...málo času...častěj nekam vypadnúť, odreagovat sa...třeba do lázni...jenom tak nekde na kafe si zajít ...to chybí... “.* Paní Pavlína všechny své aktivity také omezila, dříve chodila na různé cvičení v blízkosti domu a na výlety. Teď však nezbývá tolik volného času při péči o manžela (P4, P6). Když je špatné počasí, tak nechodí ven vůbec, anebo jenom na chvíli (P11, P14): „...*Nejvíc chybí ten pohyb, na který jsem byla zvyklá...nemám už tolik času věnovat se koníčkům...musela jsem to hodně omezit... “.* Protože už paní Františka s manželem dali auto vnukovi, tak se kromě rychlého nákupu léků nikam nedostane, což jí schází (F6, F7). Je to způsobeno i tím, že nemá nikoho, kdo by jí s péčí pomohl. Jediný pan Ladislav nepocituje žádné omezení ani nedostatek času se slovy (L22): „...*Já nejsu náročný... “.*

Důvodem vzrůstajícího vyčerpání pečujících se stává nedostatek, či narušenost spánku. Na tento důvod vedoucí k různým zdravotním následkům poukazují i Kroutilová-Nováková, Jandžíková, 2012, totéž potvrzují ve své studii Dohnalová, Hubíková, 2013; Jeřábek, 2009, anebo Katusová, Dobiášová, Hošťálková. 2013. Všichni jmenovaní se ve svých výzkumech shodují, že péče je náročná, jak po fyzické, tak psychické stránce, neblahý vliv má i spánkový deficit a nedostatek odpočinku. Není proto překvapivé, že mnoho pečovatelů se podle nich potýká se zhoršujícím se zdravotním stavem, a to i v důsledku svého vyššího věku.

Na psychický stav pečujících má také velký vliv odříznutí od společnosti a omezení kontaktu s ostatními lidmi, nemají nikoho, s kým by si mohli popovídat a dostavuje se velký pocit samoty. Manžel paní Boženy nechce s nikým moc mluvit, a proto cítí tuto potřebu (B8): „...*Su tady věčně sama... si nemám s kým popovídat,...člověk sa cítí takový odstrčený a sám... “.* Nejvíc sama se cítí paní Františka (F4, F7): „...*Děcka máme pryč, takže sme tu sami...su celé dně doma s dědynek...sami, furt sami, nikde nejdu na besedu, tak ani k nám nikdo nejde...enom, když idu do toho obchodu s nekým promluvim... “.* Pan Ladislav

také vzpomíná, že dřív to bylo jiné, lidé měli na sebe víc času, dnes už se to ani nevidí, sice s nimi v jednom domě bydlí dcera, ale i tak se cítí sám (L21): „...*Naši odejdou do práce, přijdů večer...druhá dcera bydlí daleko...nikoho už ani nemáme...bratr umřel nedávno...nikdo dnes pro samů prácu nemá čas...*“. Paní Marii chodí občasná pomoc a je za to moc vděčná, protože si může s někým popovídat (M9).

Jeřábek (2013, s. 48) ve spojitosti se sociální izolací mluví o osamělosti pečovatelek, jde převážně o ženy, které pečují o svého manžela. Od blízkého okolí a rodiny se jim nedostává dlouhé týdny i měsíce žádného společenského kontaktu a tím jsou nepřímo zatlačováni do sociální izolace (In Kubalčíková a kol., 2015).

6.1.4 Význam vztahů

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: pomoc dětí, návštěvy vnoučat, semknutí rodiny, pomoc dětí na dálku, v létě; vzájemná opora, víra, nesplněná očekávání od nejbližších, změna chování opečovávaného, odcizení se.

Jednou z nejsilnější a nejdůležitější podpory pečujících je jejich rodina. Boženě s péčí pomáhají děti (B9): „...*Sice už mají každý svoje rodiny...naštěstí, když potřebuju...tak dcery i syn se snaží pomoci...děcka sa střídajů a chodí mě ho kůpat...pomáhajů s nákupem, uklidit...*“. Velkou oporou jsou jí i vnoučata (B9, B16): „...*mám vnoučata, jezdí sem a to su moc ráda, že máme pěkné vztahy.*“ Ještě si posteskla: „...*vnučka se vdala až do Aše, daleko, ale když dojede dycky se dojde podívat...su ráda, když se sejdem...*“. Sama by uvítala, kdyby se celá rodina scházela ještě častěji. Za to paní Františka má dcery vdané daleko, na nedostatek pomoci si ale nestěžuje (F9): „...*Děcka máme velice hodné. Zavolám, hned pošlů balík, co potřebuju...dědovi vitamíny...hned sa zlepšil, co to užívá...*“. V zápětí ale dodává: „...*Hodné děcka, moc daleko, to moc schází...jezdija sem nejvíc v létě, humno poséct...su ráda, když dojedů a pomožů...*“.

U paní Františky je cítit velká rozpolcenost, na jedné straně vyzdvihuje pomoc dětí, ale na druhé straně jí pomoc od rodiny schází a měla jiné představy (F16): „...*Kdyby tady s nama někdo bydlél, sem si myslela, veliké je to tu dost'. Ale nikdo sem nechce jít, každý má svoje...*“. A ještě uvádí jeden velký paradox: „...*Dcéra je zdravotnica, opatruje jiné babičky a nám nemá kdo vlastně pomoci...*“. Přesto na svoje děti nedá dopustit. Také Pavlína si myslela, že by si je dcera mohla vzít k sobě, ale zatím je ráda aspoň za pomoc a návštěvy vnoučat (P9).

I když se pan Ladislav ze všech sil snaží o manželku starat sám, přece jenom připouští, že mu rodina pomáhá (L10): „...*Céra pomáhá, opere, nebo ze zetěm pohlídají, když potřebuju. Pomožů to jo.*“ Přestože dcera paní Marie chodí do práce, také pomáhá (M9): „...*sa snaží mě hodně pomáhat...toho času tolik nemá, ale snaží se, co to ide...mám enom ju a držíme při sobě...*“. Dále připouští, že očekávala, že by dcera přestala chodit do práce a plně jí doma pomáhala s péčí o manžela, dcera ovšem na tuhle variantu ještě nechce přistoupit (M15).

Nejdůležitější oporou je u Ladislava partnerský vztah (L6): „...*Společné prožitky byly pěkné a ty její nemoci nás hodně svázaly k sobě, a to mně dodává tu oporu, že sme ještě spolu a že sa na sebe možem ve všem spolehnůt...*“. Stejně to cítí i Františka (F10): „...*Záleží nám na sobě, a mně na něm...*“.

Věřícím lidem může být velkou oporou právě jejich víra. Podporu ve víře nachází paní Františka (F10): „...*Já su věřící, občas eště aj zajdu tady do kapličky. To mě pomáhá. Jak to pán bů chce, tak to vydržím...*“. Také Marii víra pomáhá (M10): „...*Hlavně modlitba, tam hledám a čerpám sílu...*“.

Všichni respondenti uváděli svůj vztah s partnerem jako velmi hezký. Díky narušenému zdraví a snížené soběstačnosti ale u některých nesoběstačných partnerů došlo ke změně chování, vzpomíná to paní Božena (B11): „...*Mosíte přihlížet, jak sa vám mění před očima, skoro v cizího člověka. Dřív sme měli hezký vztah, měli sme sa rádi a chovali jsme se k sobě pěkně...už to není ten, kdo to byl...*“. Také paní Marie si stěžuje (M12): „...*Víte manžel od té doby, co úplně zostál ležat, je takový z toho nervózní a občas si to na mě nebo cěři vybíjí. Je na nás takový nedobrý, nadává nám, nekdy fakt škaredě, sprostě...je to těžké, dřív by sa tak nikdy nechováł...*“. A podobně reaguje i Pavlína (P13): „...*Je takový nedůtklivý...hned hrozně vyjede a velice škaredě...je to nepřijemné...*“.

I když jeho chování není mířeno přímo na ni, mění se tím její vztah k partnerovi, stydí se za jeho chování: „...*nikdy jsem si nemyslela, že se tak změní a dokáže být takový zlý...*“.

6.1.5 Nejistá budoucnost

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: strach, obava z vlastní nesoběstačnosti, ztráta bezpečí, beznaděj, nebýt nikomu na obtíž, nejistota z nových sousedů.

O budoucnosti se všichni respondenti kromě paní Boženy vyjadřovali s velkými obavami a strachem. Paní Františka žije v domě sama jen s manželem. Nejenom že má strach z bu-

doucnosti, obává se i o svoje bezpečí (F15): „...*Já furt myslím na to co s nama bude. Mám strach, že sa mě něco stane a nikdo nám nepomože. Zamykáme, nikdo k nám nechodí a tak nám by ani nikdo nepomohl, kdyby sa něco stalo. Toš taková ta myšlenka, pořád na toto, jak to bude do budoucna. Ten strach pořád mám...*“. Nejistá budoucnost trápí i Marii (M18): „...*Tak nevím, jak to všechno bude, až já nebudu moct, jestli sa o mě vůbec někdo postará...*“. Paní Pavlína přiznává, že na budoucnost moc myslet nechtěla (P9, P15): „...*říkala paní na sociálce, že bych měla myslet na to co, když nebudu moc, úplně jsem dostala strach...byla jsem z toho taková špatná, člověk na to nechce myslet, co bude, ale musí a mám strach...dokud to budu zvládat nevím...*“.

U pana Ladislava se obava z budoucnosti spíše projevovala v pocitu beznaděje a strachu z nesoběstatečnosti (L14, L17): „...*manželka ztrácí zájem (smutek), je taková apatická, nevím, co mám dělat, a jak to bude dál...přestává mět zájem o všechno kolem, vlastně vypadá, že už ani nechce žít...*“ (pláč). A dále konstatuje, že má problém i se sebou: „...*Je to čím dál horší...mám z toho strach...aby na mě nikdo nemosél dohlédat...bych nikdy nechtěl, aby se takto někdo mosél starat o mě...*“.

Paní Pavlína je už s manželem zvyklá na svoje pohodlí a klid, všechno nové v ní budí obavu (P8): „...*doufám, že budeme mít dobré ty nové sousedy, aby s nima jako nebyly nějaké problémy, dnes sů lidi všelijací...*“.

6.1.6 Reakce okolí

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: nepochopení, neochota, závist, obava z odmítnutí pomoci, nezištná pomoc, „*kdo to nezažije, asi vás nikdy nepochopí.*“

Paní Božena si stěžovala na nedostatek pochopení a neochotu okolí (B12, B14): „...*Nikdo nechápe, že vy nemáte čas nekde vysedávat, že vám někdo hlédá a vy mosíte honem dóm...nikdo vám nepomože, všeci radši dělajů, že vás nevidija, enom, aby vám nemoseli pomáhat, přitom mosíja vidět, jak sa s ním smýkám...třeba aj saniták, nepomože vám s ním ani ze schodů, aj když vidí, že by vám to pomohlo...*“. Také paní Pavlína se v důsledku chování svého manžela setkává s nepochopením, které si vztahuje na sebe a za manžela se stydí (P13): „...*se na vás lidi, tak hnusně dívají, jak kdybyste za to mohla...*“.

Paní Božena se zase dlouho bála požádat o pomoc (B9): „...*Mě bylo blbé je otravovat, co kdyby mě řekli, že oni majů svojích starostí dost, že nemajů čas...dlůho sem sa s tým trápila...neuměla sem si o pomoc říct...*“.

Paní Marie se také setkává s nepochopením i v rodině, třeba u příležitosti rodinných oslav (M17, M16): „...*Nemohli pochopit, proč nemožu dojít hned od začátku a byt tam, jak všeci ostatní...že mosíte domluvit hlédání...všechno nachystat a připravit...ještě mají všichni takové řeči...šak je o něho postarané...ať to nedramatizuju...*“. Je znát, že ji to hodně rozčiluje: „...*Nikdo nechápe, co prožíváte...to si asi mosí zažit každý sám...kdo to nezažije, asi vás nikdy nepochopí.*“ Na druhou stranu má ale Marie i pozitivní zkušenost ze svého okolí, kdy jí bývalá zdravotní sestra chodí s manželem pomáhat (M9): „...*Sama sa mě nabídl, že bude chodit...su za to moc ráda...*“.

Tak, jak má paní Marie pozitivní zkušenost, setkala se i negativní stránkou lidské povahy (M14): „...*Já vám teda řeknu, že nejvíc ze všeho mě vadí lidská zvědavost a závist. S tím sa člověk setkává každú chvílku. Každý vidí jenom to, že určitě na něho beru nějaké peníze a mám sa z toho podle nich dobře, ale nikomu nevysvětlíte, jak je to náročné a vyčerpávající, a že byste ty peníze hned vyměnili za to, aby byl zdravý. Nekteří vidíja enom ty peníze, závist je hrozná vlastnost.*“

6.1.7 Služba jako pomoc

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: dovážka jídla, žádost do domova pro seniory, špatná osobní zkušenost, nedostatečná informovanost, příspěvek na péči, potřeba sociální opory, poskytnutí kompenzačních pomůcek.

Určitou pomoc a podporu by pečujícími mohlo přinést využívání různých forem sociálních služeb. Žádný z respondentů však tyto služby prozatím nevyužívá, snad s výjimkou paní Františky a pana Ladislava, kteří si nechávají vozit jídlo, aby si ušetřili práci s vařením (F4): „...*Necháváme si vozit obědy, já nemosím vařit, toš aj to velice pomože...*“. Spokojený je i pan Ladislav (L11): „...*bereme obědy, jenom to ohřeju v mikrovlnce...o jednu starost míň...*“.

Podáním žádosti do domova pro seniory by chtěli do budoucna řešit svoji situaci paní Františka i Pavlína. Paní Františka nesměle říká (F18): „...*Máme podanú žádost do domova. Nic jiného už nám stejně nezbyvá. Až nebudu moct, aby sa o nás někdo postarál...už bych byla aj ráda, kdyby to aj bylo. Byli bysme spolu...byla by tam určitá pomoc...nežili bysme, s tím strachem co bude...*“. Také Pavlína tuto skutečnost zmiňuje (P9, P15): „...*nakonec máme podanou žádost tady do domova, zatím jenom manžel...pak se to bude muset řešit, asi pujdem do toho domova obá...*“. Jediný, kdo také mluvil o nějaké formě

pomoci byla paní Božena, aby tolik nemusela obtěžovat rodinu (B15): „...nejaká pomoc...kdo by mě chodil pomoci...nevím co přesně...něco, jako, že by s ním někdo byl, abych mohla na chvíli odjet a odpočinout si...“.

Určitou formu pomoci by mohl poskytovat lékař, paní Marie ale mluví o špatné zkušenosti (M13): „...Su třeba hrozně zklamaná přístupem doktorů...myslím k ležákům...je jim takový člověk na obtíž...hrozný problém, aby se na něho přijel podívat, abych ho nemosela tahat sanitkou...“. Důležitou pomocí může být informovanost. Pokud je nedostatečná, přichází o množství výhod a různých forem pomoci, o kterých nemají pečující ani tušení. Rozčillovala se paní Marie (M13): „...Nikdo vám neporadí, nepomože...na co máte nárok...co by vám mohlo pomoci...nějaké ty pomůcky...nikdo vám nic neřekne...ani nevíte na co, máte nárok...“.

Nutno podotknout, že všichni respondenti pobírali příspěvek na péči. Panu Ladislavovi byl poskytnut i příspěvek na auto v době, kdy manželku pravidelně vozil po doktorech. Nikdo z nich si na výši příspěvku ani na nedostatek financí nestěžoval, pouze uváděli, jak pro ně bylo složité vyřizování na úřadech.

Jako velkou pomoc a úlevu při péči někteří zmiňovali poskytnutí kompenzačních pomůcek. Jako paní Marie (M10): „...Mám tu polohovací postel...je to lepší...je to lepší na tu manipulaci...bez toho už si to ani neumím představit...je to velká pomoc...“. Paní Božena měla radost, že ji schválili polohovací postel (B10): „...tak sa těším, že mě to pomože...už na ňu čekám...že to bude brzo a dovezů ju...“. Paní Pavlína v současné době využívá výtah s plošinou, kterou si dlouho moc přála, aby mohla s manželem častěji chodit ven. Vyřízení a instalace nakonec proběhla jen v její režii, ale nic to nemění na její spokojenosti (P10).

6.1.8 Střípky radosti

Kódy, ze kterých byla kategorie sestavena, jsou: odpočinek, nové zkušenosti, vzpomínky, aktivní odpočinek, potěšení ze zahrádky, pěkné počasí, spokojenost, radost z vnoučat, pravnoučat; „byli sme na to dvá“, dobrý pocit z péče, „to co mám, mě stačí“, pocit soběstačnosti, „máme sa z dědů moc rádi, brali sme sa z lásky a máme sa rádi furt“, „dyc-ky sme sa měli rádi a budeme sa milovat do smrti.“

U každého z respondentů se našli nějaké momenty, přání, vzpomínky a životní radosti.

Když si paní Františka najde volnou chvíli, ráda se dívá na televizi, u které si psychicky odpočine (F11): „...dívám se na to vaření...nekdy je to sranda...já to obdivuju...aj na pěk-

ný film... sa ráda podívám...“. Také ukazuje vystavené fotky (F9): „...mám i pravnoučata, tři krásné, to je velká radost...“. I Pavlíně dělají vnučata a pravnoučata radost (P16): „...je pěkné, když nás navštíví vnučata s dětma...to jsem spokojená...popovídáme, potěším se s pravnoučaty, hned je to veselejší, s těma prckama člověk zapomene na všechny starosti...“. Také paní Marii dělá vnučka radost (M9): „...když přijede, je to hned veselejší a já přijdu na jiné myšlenky...“. Vnučata vzpomíná i Božena, která s nimi ráda tráví čas, má ráda srandu a ráda se směje (B16).

Panu Ladislavovi dělají radost úplně obyčejné věci (L11): „...Mám radost, když je venku hezky...rád čtu české spisovatele...nebo se dívám na ty pořady o přírodě...to mám také rád...“. A paní Marii také (M3, M6). „...mám malé políčko a slepice, ovcu, psa, kočku...já to dělám moc ráda...“, i když přiznává, že už toho tolik z časových důvodů nemá a nestíhá, přesto jde ráda na zahrádku, nebo jen se projít do přírody, což ji trošku pomůže si psychicky odpočinout a ke spokojenosti ji stačí, že svítí sluníčko (M10).

Paní Boženu uspokojuje její samostatnost (B10): „...Su ráda, že mám řidičák...hromadu věcí si vyřídím...to je učitě veliké plus...“. I paní Pavlína říká (P3): „...máme auto...jezdím, i doktorovi s manželem, ještě to tak jako zvládám, tak su ráda...“.

Jak už paní Božena vzpomínala, byla velká aktivistka. I když té příležitosti už moc nemá, děti ji slíbili pomoc s hlídáním, aby se mohla jet zrelaxovat (B 16): „...Nedávno, jsem byla, po dlouhé době v termáloch...jak utržená z řetazu...na tobogánu jsem jezdila...bylo to super...to si to užívám, vyčistím si hlavu.“

Obohacující pro pečující mohou být i nové zkušenosti. Musí se naučit ovládat přístroje a pomůcky potřebné k péči, jako paní Božena přístroj na měření manželova dechu (B7). Paní Pavlína zase obsluhuje výtah s plošinou a nebylo to pro ni jednoduché, ale říká (P10): „...člověk sa celý život učí“. Pan Ladislav si zase musí přesně pamatovat, kdy a jak může manželce dávat léky, které bere (L4). A jak sám říká (L5): „...Já mám dobrý pocit z toho, že jí pomáhám...“.

Paní Františka žije se svým mužem už hodně let, na nic si nestěžovala, žili spolu spokojeně, jak sama uvádí (F6): „...Byli sme na to dvá...“. Jejich vztah ji i po tolika letech naplňuje (F10): „...Máme sa s dědů moc rádi, brali sme sa z lásky a máme sa rádi furt.“ Bylo vidět, že je šťastná a přináší jí to potěšení a doplňuje (F19): „...To co mám, mě stačí...“.

Panu Ladislavovi dodává také čas strávený s manželkou radost, jejich vztah byl podle jeho slov velmi pěkný (L6): „Dycky sme sa měli rádi a budeme sa milovat do smrti.“

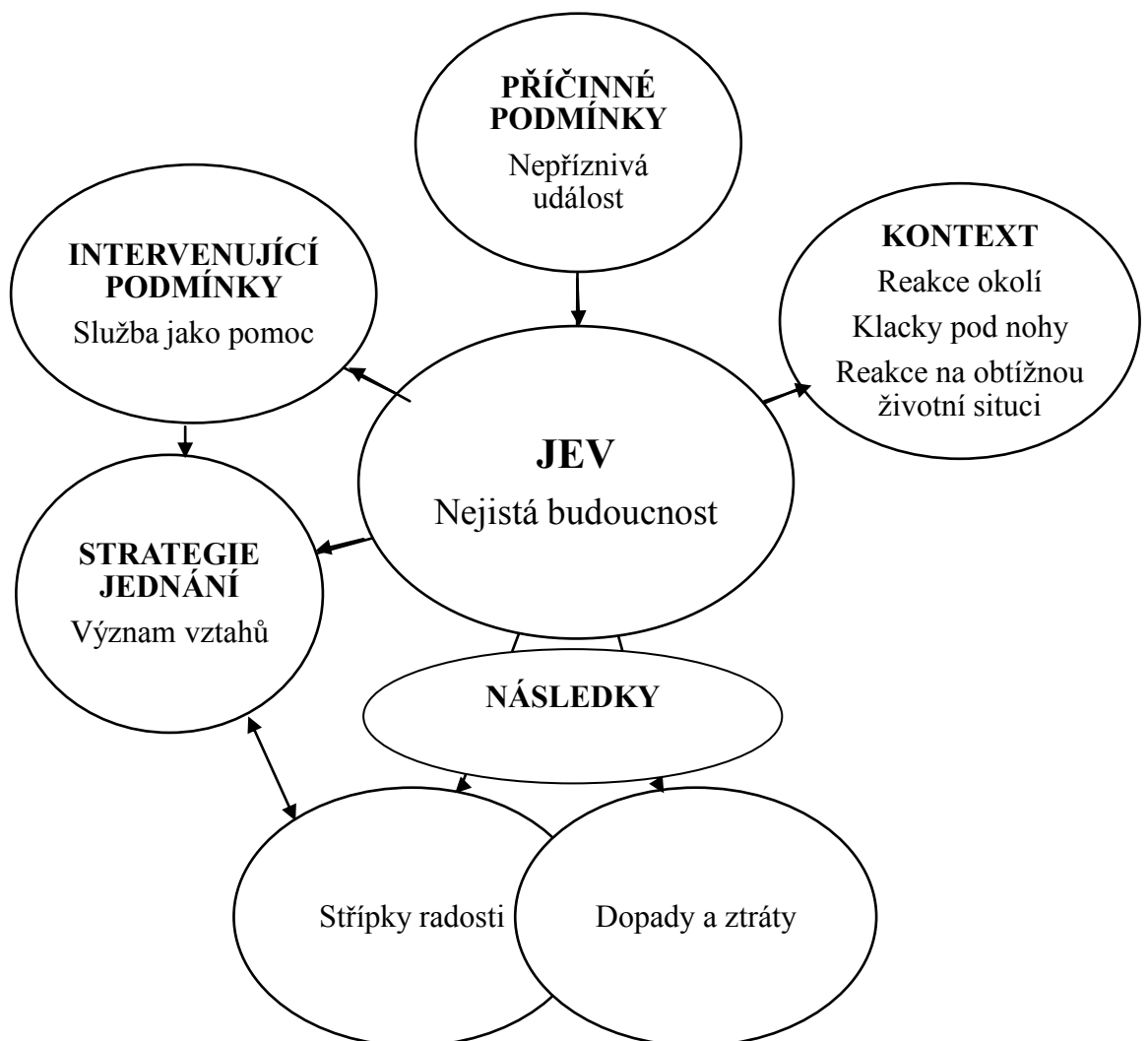
6.2 Analýza a interpretace axiálního kódování

Dalším postupem v interpretaci dat bylo provedení axiálního kódování, během kterého byly údaje vzešlé z otevřeného kódování seskládány a postaveny novým způsobem do paradigmatického modelu. Jedná se o soubor postupů, prostřednictvím nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány vytvářenými spojeními či vazbami mezi kategoriemi (Miovský, 2006, s. 226).

Paradigmatický model: (Strauss, Corbinová, 1999, s. 72)

(A) *PŘÍČINNÉ PODMÍNKY* → (B) *JEV* → (C) *KONTEXT* → (D) *INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY* → (E) *STRATEGIE JEDNÁNÍ* → (F) *NÁSLEDKY*

Obrázek 1 Paradigmatický model



Obrázek 2 Axiální kódování

Výše uvedené schéma zobrazuje axiální kódování. Ústředním jevem je nejistá budoucnost. Všechny zbylé kategorie se rozkládají okolo a s ústředním jevem úzce souvisí a mají k němu určitý vztah.

6.3 Selektivní kódování

Strauss a Corbinová (1999, s. 86-87) nazývají proces, kterým klíčovou kategorii uvádíme do vztahu s ostatními kategoriemi, selektivní kódování. To nám představuje závěrečné spojení, která jsou prováděna pouze na vyšší abstraktnější úrovni.

Centrální kategorie nese název „*Nejistá budoucnost*“. Je zapříčiněna vznikem nepříznivých událostí v podobě nemoci manžela. Respondenti se obávají, jak budou následně zvládat péči o svého manžela při jejich narůstajícímu věku a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Ne vždy jim jejich situaci ulehčují „*reakce okolí*“, a také pocítují bariéry, které jim znemožňují všechno zvládat lépe. Jsou to „*klacky pod nohy*“, mnohdy tam, kde spíš očekávali pomoc. Nenechají ale svého partnera bez pomoci, proto se řada z nich snaží s tímto těžkým stavem v jejich životě smířit anebo se alespoň přizpůsobit. Ulehčit by jim to mohla „*služba jako pomoc*“, kam se mohou obrátit o různé formy pomoci, které by jim umožnili pečovat o svého partnera co nejdéle v domácím prostředí. Zatím se především spoléhají na to necennější a nejdůležitější ve svém životě, a to je nejbližší rodina. Jejich děti dokazují, jak je nepostradatelný „*význam vztahů*“ v životě a převážně ve stáří. Následky mají na seniora v průběhu péče vliv v podobě „*dopadů a ztrát*“. Péče je velmi náročná, přináší únavu, vyčerpanost, bolesti zad, nervozitu a psychické obtíže a také nedostatek času na zájmy, koníčky či odpočinek. Z těchto těžkých a náročných chvil hledají svoje „*střípky radosti*“ v podobě dobrého pocitu z péče, milých návštěv svých nejbližších a láskyplného vztahu s partnerem.

7 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Úvodem je nutno podotknout, že péče poskytovaná v seniorském věku svému partnerovi je velmi náročná. V našem případě byla o to náročnější, že byla poskytována osobám ve III. a IV. stupni závislosti.

Během celého výzkumu jsme se snažili najít odpovědi na dané výzkumné otázky:

VO1: Jakým způsobem se péče o partnera promítá do kvality života pečujících?

Všichni respondenti vzpomínali na dobu před péčí s velkou nostalgií a dá se říct i smutkem. Každý z nich měl jiné zájmy, aktivity, koníčky a životní hodnoty. A měli pocit, že žijí spokojeně. Péče o partnera jim převrátila život. S touto skutečností se každý vyrovnával po svém. Někdo lépe, někdo hůře, jiní se s tím vnitřně nesrovnali dodnes. Nezbylo jim ale nic jiného, než se smířit a přizpůsobit. Vedly je k tomu především morální důvody a vztah k partnerovi. Manželé jsou si velmi blízcí a žádný z nich si nedovedl představit, že se o svého partnera nepostará.

Péče o partnera ale zcela zásadně ovlivnila život pečujících. Péče je pro ně fyzicky a psychicky náročná, vzhledem k věku ubývá sil a dochází ke zhoršení zdravotního stavu. K tomu se přidává nedostatek spánku, únava a vyčerpání z každodenní péče. Velkým stresem se stává i výměna rolí, kdy musí pečující zastat práci a záležitosti, které dříve vykonával jejich partner. Nejhorší však snáší omezení svých osobních potřeb. Nejvíce jim schází nedostatek volného času a více sociálních kontaktů.

VO2: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu života pečujících?

Pečující si nejčastěji stěžovali na nedostatek nebo narušenost spánku. Jeho příčinou je neustálá kontrola partnera během noci, aby se nestalo něco neočekávaného, což je v tomto věku naprosto běžné. Po probdělé noci se dostavují bolesti zad a velká únava spojená s psychickým vyčerpáním pečujících. Následně jsou nervózní z toho, že jim ubývají síly, které jsou potřebné k manipulaci s pečovaným a jsou nutné k vykonávání každodenních nejen hygienických potřeb péče o partnera.

Celodenní vyčerpávající starost se také projeví v nedostatku času, kdy nemají ani chvíli pro sebe. Stačí si vyřídit jen zběžné záležitosti týkající se rychlého nákupu anebo vyzvednutí léků. V celodenním spěchu a zápřahu jim nejvíce schází se podělit o své starosti a nemají si s kým popovídat. V některých případech je to zapříčiněno i nemluvností a ne vždy přívětivým rozpoložením partnera.

VO3: Které faktory pozitivně ovlivňují kvalitu života pečujících?

Největší radostí je pro všechny jejich rodina. Ve svém vyšším věku všichni cítí oporu opravdu jen u těch nejbližších. Od svých dětí, vnoučat a pravnoučat cítí velkou podporu a pomoc. Někomu se dostává pravidelné pomoci při chodu domácnosti a osobní hygieně pečovaného, jinému zase pomoci s hlídáním nesoběstačné osoby. Tím je mu dopřána chvilka odpočinku a času, aby si zašel na krátkou procházku, kde mu radost udělá třeba jenom pěkné počasí a sluníčko. I přesto, že někteří z nich mají rodinné příslušníky daleko, mají pocit soudržnosti. Pokud si pečující vyšetří, alespoň chvilku času pozitivní naladění jim poskytnou jejich zájmy a koníčky. Příjemná chvilka u televize, knihy, anebo aktivní pohyb.

Pečujícím pomáhají i kompenzační pomůcky, které jim ve velké míře usnadňují zvládat každodenní úkony spojené s péčí v domácím prostředí. Jsou za to rádi, neboť manipulace s nesoběstačnou osobou je, hlavně pro pečující ženy, fyzicky náročná a namáhavá. Vlastnit řidičský průkaz je pro některé pečující velká výhoda, pomůže po psychické stránce a vlastní sebedůvěře, že jsou natolik soběstační a nemusí tak často prosit o pomoc svoje děti.

Velký význam přikládají pečující svému manželství. S přibývajícimi lety se jejich láska a citové pouto zintenzivňuje, a navzdory zhoršujícímu se stavu partnera, jim dodává potřebnou sílu a podporu.

Pro věřící je neodmyslitelnou pozitivní podporou jejich víra a modlitba.

VO4: Které faktory negativně ovlivňují kvalitu života pečujících?

Zhoršující se zdravotní stav, fyzická zátěž a náročnost péče negativně ovlivňuje kvalitu života pečujících. Téměř polovina cítí, že se jejich zdravotní stav zhoršuje nejen z přibývající fyzickou a psychickou náročností péče, ale i díky vyššímu věku a z toho vyplývajících zdravotních neduhů. V důsledku péče, a také svého věku, jsou uzavřeni před světem, cítí se sami a nepochopení. Následné jednání na úřadech je pro ně velmi stresující a mají pocit, že nikoho nezajímají jejich problémy a potřeby.

Žádný z respondentů nechtěl přímo svalovat vinu za všechny současné problémy a starosti v jejich životě na svého partnera. Negativum spíše viděli v nepatřičném chování svého okolí. Místo očekávaného porozumění a možná i soucitu přišla reakce v podobě závisti a nepřejčnosti z finanční podpory při péči. Ne vždy však šlo o negativní reakce okolí, mnohdy šlo i o chování nesoběstačné osoby, která buď odmítá péči, anebo reaguje podráž-

děně. Tím komplikuje pečujícímu jeho péči. Pečující je však posléze omlouvají, nebo svaluji vinu přímo na partnerovu nemoc, ta jediná je příčinou jejich náhlé životní změny.

Pečující mají největší strach z budoucnosti. Postrádají pocit jistoty, kdykoliv se může něco přihodit a jim nikdo nepomůže, ani se o ně nepostará. Tyto myšlenky jim brání prožívat lepší život.

VO5: Které faktory by mohly přispět k větší spokojenosti pečujících?

Největší radost všem respondentům přináší rodina. Ke své úplné spokojenosti by všichni respondenti uvítali častější rodinná setkání a návštěvy nejbližších. Když je mají kolem sebe, jsou šťastní, uvolnění a čerpají z nich energii a sílu pro náročnou péči. Nejdůležitějším faktorem je zůstat co nejdéle soběstačný a být relativně v dobré kondici a udržet si pokud možno zdraví na stabilní úrovni.

Víc volného času pro svoje koníčky, zájmy a zasloužený odpočinek by uvítali skoro všichni. Každý rád tráví svoje volné chvílky jinak. Je pravdou, že všichni pečující mají doma nesoběstačného partnera, kterého nemohou nechat bez dozoru, proto je pro ně složitější si udělat čas jen pro sebe a jsou odkázáni na pomoc rodiny. Respondenti trpí příchodem náhlé nemoci, anebo zhoršujícím se stavem jejich partnera, jejich tajným přáním je vrátit čas. Byli by spokojeni, jsou si ale vědomi toho, že se tak nestane. K větší spokojenosti by přispělo lepší porozumění a pochopení, jak ze strany lékařů, tak blízkého okolí.

Do budoucna by mohli a také chtěli někteří pečující nalézt zaopatření od poskytovatelů sociálních služeb. Pozitivní je vidina v tom, že zůstanou partneři spolu, pečujícímu se uleví a bude nablízku rychlá a dostatečná pomoc v případě zhoršení zdravotního stavu, a to vzhledem k věku u obou partnerů.

ZÁVĚR

Celá naše bakalářská práce byla zaměřena na zjištění, jaká je subjektivně vnímaná kvalita života pečujících o svého partnera. Výzkum byl uskutečněn kvalitativní metodou prostřednictvím rozhovorů. Výsledky práce potvrzují, že problematice neformálních pečujících je stále věnována nedostatečná pozornost a jejich práce je nedocněna. My jsme se zabývali pečujícími seniory, kteří pečují o svého partnera v domácím prostředí. Nutno dodat, že péče o závislého člena rodiny je velmi psychicky i fyzicky náročná a jejich život je v mnoha ohledech zcela omezen. Ve starším věku už ubývá sil a tím se stává péče ještě náročnější a tito lidé jsou ve většině případů vyčleněni ze společnosti.

Počátky péče byly pro respondenty hodně obtížné. Vyrovnání se s touto problematickou situací, přijetí reality a odpovědnosti bylo pro některé náročné a dosud nedošli úplného smíření, které souvisí převážně s omezením jejich potřeb. Změna životního stylu, která u nich musela proběhnout, znamenala značné psychické zatížení. Pečující se museli naučit přizpůsobit svůj život zcela péči o partnera. Jde o celodenní fyzicky a psychicky náročnou obsluhu a manipulaci s nesoběstačným seniorem. Bylo zjištěno, že to se nejvíce projevilo na jejich fyzickém zdraví. Musí být neustále v pohotovosti, nemají dostatečné množství času na odpočinek a regeneraci. Problematické momenty u nich nastávají v oblasti informovanosti a komunikace s úřady. Zaznamenali jsme u nich pocity nepochopení, jak ze strany lékařů, tak i blízkého okolí. Zcela zásadní oporou se jim v nelehké životní situaci stává nejbližší rodina. I přesto se mnozí z nich cítí osamocení a odříznutí od společnosti a obávají se o svoji soběstačnost a s tím související budoucnost.

Důležité je, aby se pečující nebáli požádat o podporu a častější pomoc. Tím je myšlena nejen pomoc rodiny, ale také sociálních služeb. Tato forma pomoci by jim umožnila mít větší množství času na odpočinek, zájmy, koníčky a svoje osobní potřeby. Největší úlevy by se jim dostalo při fyzicky náročných úkonech, které musí každodenně vykonávat při péči o svého partnera. Snažit se opustit možné předsudky a zajímat se o tyto možnosti pomoci, které by určitě časem ocenili.

Z této práce nám vyplývá, že péče o závislého člena rodiny, potažmo partnera, ovlivňuje jejich kvalitu života. Po objektivní stránce, která se týká zdraví, je péče náročná a vyčerpávající jak fyzicky, tak i psychicky. Kvalita života má také svoji subjektivní stránku, která se dotýká emocionální pohody a spokojenosti. Tuto stránku vnímá každý jedinec svým jedinečným pohledem, ale přesto, pečující, který pečuje v domácím prostředí, musí přizpů-

sobit svůj každodenní život nesoběstačnému partnerovi, tudíž mu nezbývá dostatečné množství času na odpočinek a osobní zájmy. Kvalita života těchto lidí je tedy ovlivněna po obou stránkách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DOHNALOVÁ, Zdeňka, HUBÍKOVÁ, Olga. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně*. [online]. 2013. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: <https://docplayer.cz/2006645-Problematika-lidi-pecujicich-o-blizkou-osobu-v-meste-brne.html>.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Predikory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce, FFUK. Praha. [online] 2007. [cit. 2019-04-18] Dostupné z WWW: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/10863>.
- [3] DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-123-6.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 987-80-87109-19-9.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013363-5.
- [6] HROZENSKÁ, Martina a kol. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [7] HUDÁKOVÁ, Anna, MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila. *Kvalita života: v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-247-4772-9.
- [8] JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.
- [9] KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [10] KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- [11] KARTA NEFORMÁLNÍ PÉČE aktivita č. 4 „karty“ sociálních služeb Podpora procesů v sociálních službách 2010-2015. [online]. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: podporaprocessu.cz/...uploads/2013/01/Karta-neformální-péče.pdf.
- [12] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

- [13] KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠŤÁLKOVÁ, J. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. Fórum sociální politiky, č. 6, 2013.
- [14] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana a kol. *Pečovatelsví II.*, Praha: Stanislav Luhaňák-triton, 2011. ISBN 978-80-7385-531-2.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [17] KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7864-2.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [19] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [20] MPSV. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. Vyd., Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- [21] MPSV. *Výdaje na příspěvek na péči*. Tisková zpráva. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2019, [cit. 2019-04-18]. Dostupný z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8364/26022010_3.pdf.
- [22] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [23] MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.
- [24] MŮHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- [25] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80201-0076-8.

- [26] PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [27] PETRUSEK, Miloslav. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- [28] PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- [29] PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s. r. o., 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [30] ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen. *Otázky kvality života na základě předchozích výzkumů*. In ŘEHULKOVÁ, O., et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*. [online]. Brno: MSD, 2008. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf. ISBN 978-80-7392-073-9.
- [31] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd., Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- [32] SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [33] STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- [34] ŠKVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [35] ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a prediktory*. In *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané prosinec 2004 v Třeboni*. [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: <https://adoc.tips/kvalita-ivota-sbornik-pispvk-z-konference-konane-dne-v-tebon.html>. ISBN 80-86625-20-6.
- [36] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

- [37] TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Compute press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
- [38] VAĐUROVÁ, Helena, MŮHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- [39] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělosti a stáří*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [40] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [41] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=505&r=2006>.
- [42] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2019-04-18]. (stav k 1. 10. 2017). Dostupné z WWW: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>.
- [43] Zákon č. 500/2004, správní řád, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2019-04-18]. Dostupné z WWW: https://mpsv.cz/...letak_pas_-finalni_verze_6.10.pdf.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model	51
Obrázek 2 Axiální kódování	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Přepisy rozhovorů

PŘÍLOHA P I: PŘEPISY ROZHOVORŮ

ROZHOVOR I.

Paní Božena věk 73, stará se o manžela s Alzheimerovou chorobou, věk manžela 79 let, s priznaným příspěvkem 3. stupně závislosti.

T: Tak, já sa vás teď ještě zeptám, jestli souhlasíte s tím, že si ten náš rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon a potom bude použitý pro výzkum mojí bakalářské práce?

B1: Ano, souhlasím.

T: dobře, děkuju.

T: Já se vás teda začnu ptát.

T: Jak hodnotíte kvalitu svého života a svůj současný život?

*B2: No, abych Vám pravdu řekla, nic moc. Potom co manžel onemocněl, je všechno naru-
by. Úplně se můj život otočil, je to hrozně složité. Když jsem sa dozvěděla, že má manžel
Alzheimerera, tak jsem se úplně zhroutila. Zhodila sem 30 kilo, no fakt, já měla 80, kus žen-
ské, víte a teď mám 50 kilo. Skoro, sem nejedla, neměla sem na jídlo ani pomyslení, ale už
je to lepší.*

T: A jak jste teď spokojená se současným životem?

*B3: Tak už sem si trochu zvykla, nebo sa smířila, nevím. Naučila sem sa přizpůsobit svůj
život manželovi, co on potřebuje. Takže funguju, ale že tak, jak žiju, žiju ráda, není pravda,
to bych lhala.*

T: Jakým způsobem ta péče o manžela ovlivňuje váš život?

*B4: Úplně. Všechno sa točí kolem něho. Pořád s ním musí nekdo byt. Celý den dokola,
anebo jezdíme po doktorech. To je vám také hrozné, ten přístup, tam. Celý den tam sedíte a
nikdo si vás nevšímá. Nikdo nebere ohledy. Celý den tam třeba čekáte, nikoho nezajímá, že
má hlad, žízeň. Musím všechno vyřizovat za něho, on nechce s nikým mluvit. Pro mě sů to
hrozné nervy a stres.*

T: Jak se péče promítá do kvality vašeho života?

B5: Moc, někdy su z toho už úplně vyčerpaná. On má pomály sto kilo, takže ho tahat je pro mě, hlavně na záda hrozná. Také bych potřebovala třeba nějaké rehabilitace, ale není čas, abych si zašla já sama k doktorovi. Na to není čas, jenom s ním pořád.

T: Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho partnera?

B6: (Úplně ožije) Tak né, že by byl život bez starostí, ale já jsem byla taková aktivistka. Jezdila jsem na kole, na výlety, třeba aj 15 km k sestřenici a pak zpátky. Nebo jsem lyžovala, jezdila na různé zájezdy. To eště aj s manželem, takové ty pro důchodce. Anebo na dovolené, hodně na Slovensko jsme jezdili, nejdřív s děckama, potom už sami. Já si takto zase umím užívat. Na to všechno já moc ráda vzpomínám. Dá sa říct, že sem si ten život v tom důchodu užívala, než manžel onemocněl. Máme 3 děti už dospělé, 3nuky a 3vnučky, člověk byl spokojený.

T: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?

B7: Nemám na nic čas, žádné volno. Potom co úplně přestal chodit, musí s ním pořád někdo byt. Ani se nevyspím, on má takový ten přístroj na to spaní. To mu, tak dvakrát mosím nasadit, na tu kontrolu toho spánku, jestli vlastně dýchá nebo né, víte? Pak jedeme jednou za měsíc na kontrolu a oni to nějak vyhodnotí. I, když byl v nemocnici jsem mu to mosela chodit nasadit a potom čekat a zase mu to zdělat, Ty sestřičky mu to nechtěly dávat, že pry to neumíja. Takže i s tím spaním je to takové špatné.

T: Napadá vás ještě nějaká oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

B8: No, nejenom, že nemám volno, jako třeba sama pro sebe, na to kolo a tak. Ale su tady věčně sama. Manžel moc nemluví, hlavně si ani nic moc nepamatuje, tak si nemám s kým popovídat, člověk sa cítí takový odstrčený.

T: Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

B9: Kdo? Tak určitě děcka. Sice už mají každý svoje rodiny, mám vnoučata, jezdí sem a to su moc ráda, že máme pěkné vztahy. Sice vnučka sa vdala až do Aše, daleko, ale když dojde dycky se dojde podívat a popovídat si. Naštěstí, když potřebuju pomoct, tak dcery i syn se snaží mě pomoct. Od té doby co mě spadl v koupelně a nemohla jsem ho zvednůt, tak děcka sa střídajů a chodí mě ho kůpat, to je veliká pomoc. Také pomáhajů s nákupem, uklidit. Mě bylo blbé je otravovat, neuměla jsem si o pomoc říct, co kdyby řekli, že oni mají svojích starostí dost, že nemajů čas, dlůho sem sa s tým trápila, ted' už je to lepší.

T: Co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

B10: Su třeba ráda, že mám řidičák a hromadu věcí si vyřídím aj za manžela sama, to je určitě veliké plus, že nemosím nikoho v tomto otravovat. A ted' sa moc těším, schválili mě polohovací postel, tak sa těším, že mě to pomože, ale už na ňu čekám dva měsíce, tak doufám, že to bude brzo a dovezů ju.

T: Co nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu vašeho života?

B11: Negativně? Zdraví, takové to vyčerpání, stres, já si to asi moc беру. Také to, jak mosíte přihlížet, jak sa vám mění před očima, skoro v cizího člověka. Dřív jsme měli hezký vztah, měli sme sa rádi a chovali sme sa k sobě pěkně. Psychicky je to takové náročné. Že už to není ten, kdo to byl, jestli mě chápete?

T: Jo, jo chápu, jak to myslíte.

T: A je někdo, kdo vám ztěžuje nebo třeba komplikuje, nebo brání prožívat váš život naplno?

B12: To je skoro, jak kdybych měla říct manžela. Ale ten né, to ta jeho nemoc. A také ten přístup, třeba na úřadě, nikdo nechápe, že vy nemáte čas nekde vysedávat, že vám ho někdo hlédá a vy mosíte honem dóm. To jednání, čekání, hlavně na ten příspěvek, než sa to vyřídilo. A, když sme to vyřizovali, jako ten příspěvek, to byla hrůza. Nejdřív prý, že tak 1. Stupeň, nám řekla, když přišla na to šetření. To přišla taková mladá, že prý je brigádnice, no je to vůbec možné? Tak jsem ju poslala pryč, ať přijde někdo, kdo tomu rozumí, že taková přeca nemože pochopit, co to obnáší, jak je to těžké. Nakonec nám dali trojku, to je, ale rozdíl. Sem říkala, že asi to tam može dělat každý. A také třeba saniták, nepomože vám s ním ani ze schodů nic, taková ta neochota lidí, mě to ztěžuje.

T: Kdo vám teda brání prožívat kvalitnější život?

B13: Tak je to ten stres, málo času, celková únava a nedostatek odpočinku.

T: Co vám brání prožívat kvalitnější život?

B14: Co, to už jsem řekla, ta neochota tech lidí, já sama na to nemám silu ani psychicků ani fyzicků. Ty záda mě bolija a nikdo nebere ohledy.

T: Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?

B15: Kdyby někdo vynalezl lék na tu nemoc, nad tým dycky tak přemýšlám, že to by bylo nejlepší, ale to sa asi nedočkám. Anebo možná nejaká pomoc, někdo kdo by mě chodil po-

moc, ale né z rodiny, abych je nemosela tolik otravovat. Ještě, ale nevím, co přesně, ale něco jako, že by s ním někdo byl, abych mohla na chvílku odjet a odpočinout si.

T: Co by mohlo přispět k vaší větší spokojenosti?

B16: Tak aj takové to, že sa častěj tady celá rodina sejdem, i s vničatama. Su ráda, když se sejdem a necítím se tak sama. Je sranda, já sa ráda směju, bavím. Anebo častěj někam vypadnūt. Ted' nedávno jsem byla po dluhé době v termáloch. Děcka mě poslaly, že pohlédajů, ať si jedu odpočinūt. Byla sem jak utržená z řetazu, aj na tobogánu sem jezdila! No bylo to super. No a také, kdybych mohla vyjet na tom kole, to si to užívám, vyčistím hlavu.

T: Co byste uvítala, abyste byla více spokojená?

B17: Abych mohla častěj nekam vypadnūt a odreagovat sa, třeba do lázní, anebo jenom tak nekde na kafe si zájít s kamarádků. To mě moc chybí. Já pořád někde chodila, jezdila.

T: Myslíte, že je něco na co jsem se nezeptala a je to pro Vás důležité?

B18: Já nevím. Akorát bych ještě řekla, že svojého manžela budu opatrovat, dokud mě to moje zdraví dovolí. To je asi všecko.

T: Tak já vám teda moc děkuju za rozhovor.

ROZHOVOR II:

Paní Františka, věk 79, sama po mozkové příhodě s přiznaným příspěvkem na péči 1. stupně. Pečuje o manžela, věk 84 let, imobilní, přiznan příspěvek 4. stupně závislosti.

T: Tak, ještě se zeptám, jestli souhlasíte s tím, že si ten rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon a potom bude použitý pro výzkum méj bakalářské práce?

F1: Ale ano.

T: Děkuju.

T: Já se vás teda hned zeptám.

T: Jak hodnotíte kvalitu svého života a svůj současný život?

F2: Tož, žila bych asi aj dobře, nebo teda kvalitně, enom to zdraví vypovídá. Také jsem měla mozkovů mrtvicu, jsem měla před třema rukama. Tož, táto pravá strana také začíná byt taková neohrabaná čím dál, co rok to je to horší, aj noha, aj ruka, aj na hlavu trochu. (smích)

T: A jak jste teď spokojená se současným životem?

F3: Tak spokojená, беру to tak, jak to život přináší.

T: Jakým způsobem ta péče o manžela ovlivňuje váš život?

F4: Manžel ten leží stabilně a já ho obsluhuju. A děcka máme pryč, takže sme tu sami (slzičky), a mám toho už také já všeckého dost. Starám sa nejenom o manžela, ale o celů domácnost. Mosím zvládat aj to co dřív dělál on.

T: Jak se péče promítá do kvality vašeho života?

F5: Já mám dost dědy na opatrování. Musíte oprat, všechno už je pro mě námaha aj přesto, že to dělá pračka, je to námaha. Děda nechce plenky, takže peru moc, často měníme trenky. Táhat sa s ním na misu, a tak je náročné, mám toho dost. On sice není tlustý, ale pro mě už je těžký, když ho mosím posadit, aby enom neležál.

T: Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho partnera?

F6: Tak, dyž eště děda mohl, tak měli sme aj auto, zajeli sme ledakde. K sestře na návštěvu, tá už, ale umřela. Nebo na nákup, do Brodu ledasco vyřídít. Bylo to všechno lepší, byli sme na to dvě a žili sme spokojeně. Auto už sme dali pryč, vnukovi. Děda není schopný, tak už bylo na nic.

T: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?

F7: Nikde sa nedostanu, nikde, akorát mosím pro léky, dycky honem do Brodu na otočku a tady do obchodu, ale dycky su z toho taková nervózní, aby děda nebyl doma dlouho sám. Mám strach, sice leží, ale tak nevíte, co sa može stat. No. Inak su celé dně doma s dědynkem. Sami furt sami, nikde nejdu na besedu, tak ani k nám nikdo nejde. Enom, když idu do toho obchodu s nekým promluvíím.

T: Napadá vás ještě nějaká oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

F8: Nevím. Možná aj to spání, večer nemožu usnúť, asi jak su unavená, no a pak sa zase v noci zbudím a potom už nespím, jak už je toho všeckého na mě moc.

T: Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

F9: Děcka. Děcka, máme velice hodné. Zavolám, hned' mě pošlů balík, co potřebuju. Dědovi vitamíny, to mu pomáhá, hned' sa zlepšil, co to užívá. Hodné děcka, moc daleko, to moc schází. Jedna céra je ve Štenberku a druhá v takovej dědince u Brna. Jezdíja sem, nejvíc v létě, humno poséct a tak. Su ráda, když dojedů a pomožů. A už mám i pravnoučata, tři krásné, to je veliká radost, když dojedů. Všecky jich tu mám vystavené. Podivajte.

T: Jo, vidím, moc šikovné.

T: Co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

F10: Já su věřící, občas eště aj zajdu tady do kapličky. To mě pomáhá. Jak to pán bů chce, tak to vydržím. Bereme to s dědů tak, že tak to má byt a tak to bude a budeme čekat. Máme sa s dědů moc rádi, brali sme sa z lásky a máme sa rádi furt, a tak to všecko vydržím (pláč). Záleží nám na sobě, a mě na něm, aby netrpěl nekde. Život néni lehký, ale snažím se to zvládat, protože se máme rádi.

T: A napadá vás ještě něco?

F11: No, jináč sa ráda dívám na to vaření v televizi (smích), nekdy je to sranda, já to obdivuju, jak tam někdo ide. Aj pěkný film, starý, co už sem aj viděla sa ráda podívám, ale dědu, aby to nerušilo, takže večer už né, dědu nezajímá televiza, to už zhasnu.

T: Co nejvíce, negativně ovlivňuje kvalitu vašeho života?

F12: Zdraví. Zdraví sa ně zhoršuje, tá ochrnutost po tej mrtvici, tá noha aj ruka sů čím dál víc takové gramlavé a nehybné. Aj tá paměť. Staré věci od děcka si pamatuju perfektně

všecko a včít zapomenu. Třeba děda mě řekne: babi máš peněženku do obchodu, tož na takové věci už zapomínám, zapomínám.

T: A je někdo, kdo vám ztěžuje nebo třeba komplikuje, nebo brání prožívat váš život naplno?

F13: Nikdo, enom ty nemoci.

T: Kdo vám teda brání prožívat kvalitnější život?

F14: Nikdo, vlastně, enom to, jak už nemožu a néni kdo by mě pomohl.

T: Co vám brání prožívat kvalitnější život?

F15: Víte, já furt myslím na to co s nama bude. Mám strach, že sa mě něco stane a nikdo nám nepomože. Zamykáme, nikdo k nám nechodí a tak nám by ani nikdo nepomohl, kdyby sa něco stalo. Tož taková ta myšlenka, pořád na toto, jak to bude do budoucna. Ten strach pořád mám.

T: Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?

F16: Kdyby tady s nama nekdo bydlél, sem si myslela, veliké to tu je dost'. Ale nikdo sem nechce jít, každý má svoje. Dcéra je zdravotnica, opatruje jiné babičky a nám nemá kdo vlastně pomoct. Kdybych měla nekoho, kdo mě pomože, to bych byla šťastnější.

T: Co by mohlo přispět k vaší větší spokojenosti?

F17: Toto možná bude znět blbě, mám to réct?

T: Jistě, řekněte, co?

F18: My máme podanů žádost do domova. Nic jiného už nám stejně nezbyvá. Až nebudu moct, aby sa o nás někdo postarál. Tak já už bych aj byla ráda, kdyby to aj bylo. Byly bysme spolu, ale byla by tam určitá pomoc a nežili bysme tady s tým strachem, co bude, a tak.

T: A co byste teda uvítala, abyste byla víc spokojená?

F19: To co mám, mně stačí. Hlavně, abych to vydržala a zvládala, a aby mě bylo líp a tá noha tolik nebolela, víc nepotřebuju.

T: Myslíte, že je něco na co jsem se nezeptala a je to pro Vás důležité?

F20: Né, toš, tak sem vám řekla, jak tady žijem a to je asi všecko.

T: Tak já vám teda moc děkuju za rozhovor a už to vypnu.

ROZHOVOR III.

Pan Ladislav, věk 83, pečuje o manželku, věk 79 let, čtyři mozkové příhody, přiznán příspěvek na péči 4. stupně závislosti.

T: Tak, já sa vás teď ještě zeptám, jestli souhlasíte s tím, že si ten náš rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon a potom bude použitý pro výzkum mojí bakalářské práce?

L1: Ano, souhlasím.

T: Tak, děkuju.

T: Tak se vás hned zeptám.

T: Jak hodnotíte kvalitu svého života a svůj současný život?

L2: Jak hodnotím, svůj život hodnotím, podle možnosti, celkem dobře. Já su zdravý, mosím byt zdravý. Chodil sem aj na inekce, bylo mě špatně, ale já si říkám: „Ty nesmíš byt nemocný, nesmíš byt nemocný“. Všecko беру tak, že mosím byt zdravý.

T: A jak jste teď spokojený se současným životem?

L3: Žiju takový život v pohodě, беру to, snažím se to brát v pohodě. Nezatěžovat si hlavu nějakýma problémama, jinak to nepomože, člověk to nezmění.

T: Jakým způsobem ta péče o manželku ovlivňuje váš život?

L4: Tak je to celodenní starost. Od rána do večera. Já jí dávám 10 druhů prášků, ona bere. To si mosím pamatovat, jak jí to možu dávat. Má také vyoperované dolní patro a slinnú žlázu, nemá zuby, takže všecko jídlo mosím nakrájet, nebo namačkat, záleží, co máme zrovna k jídlu. Ale už to tak беру automaticky.

T: Jak se péče promítá do kvality vašeho života?

L5: Já mám dobrý pocit z toho, že jí pomáhám a neznamená to pro mě, že bych žil nekvalitní život. Já to tak neberu.

T: Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho partnera?

L6: Manželka měla problémy celý život, brala prášky na uklidnění. První mrtvičku měla před dvaceti rukama. Já už sa o ňu starám moc roků. Ty společné prožitky byly pěkné a ty

její nemoci nás hodně svázaly k sobě, a to mě dodává tu radost, že sme ještě spolu a může sa na mě ve všem spolehnout.

T: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?

L7: Té síly ubývá. Je to problematické ju přesadit na postel na toaletní židličku. Do koupelky už ju ani nevozím, to už nejde, tak ju umývám jenom, tak na posteli.

T: A dcera vám nepomůže s koupáním?

L8: Já to po ní nechcu. Já sem byl zvyklý starat sa sám, a pořád sa snažím, co nejvíc.

T: Napadá vás ještě nějaká oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

L9: Už sem si za tech 20 roků užil. Kolikrát sem ju na poslední chvíli vézl (myslí do nemocnice). Na tu psychiku je to náročné.

T: Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

L10: Já si to chcu zvládat sám. Když možu po nikom nic nechcu o manželku sa starám sám. Jinak céra pomáhá, opere, nebo ze zetěm pohlídajú, když potřebuju. Pomožú to jo. Ale, jak já říkám néni to jejich parketa. A já si to chcu zvládat sám.

T: A co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

L11: Rád dělám prácu venku na zahrádce, to mě bavilo, ale oni už naši nechcú, abych to dělal. Mám radost, když je venku hezky, také rád čtu české spisovatele, historické, nebo se dívám na ty pořady o přírodě v televizi, to mám také rád. (zamyšlení) Já jsem dřív vařil, pékl sám, to teď bereme obědy, jenom to ohřeju v mikrovlnce, ještě, že je!! (radost). O jednu starost míň.

T: Co nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu vašeho života?

L12: Rozčiluje mě celkově to jednání. Nikoho nezajímá, jak žijú staří lidi. Když ideš něco vyřizovat, zjistíš ke kolikati lidem mosíš jít, přesvědčovat jich, jedni řeknú ano, jedni né a znovu obcházat a vyřizovat. To je fakt hrozné, co tam sedí na úřadech za lidi.

T: Na těch úřadech je to pro vás složité?

L13: No ano, ale člověk si mosí ze všeckým poradit. Manželka má vyřizený ten příspěvek. Sice to dalo hrozného vyřizování, na to nerád vzpomínám, ale dali nám nakonec i příspěvek na auto. Tehdy nám dali dvacet tisíc. Já sem s ňů jezdil týden, co týden po doktorech.

Ted' už volávám sanitku, už je to pro mě náročné, abych ju dal do auta a sám vezl k doktorovi.

T: A je někdo, kdo vám ztěžuje nebo třeba komplikuje, nebo brání prožívat váš život naplno?

L14: Včít poslední dobů už manželka ztrácí zájem (smutek), je taková apatická, nevím, co mám dělat a jak to bude dál. To je aj pro mě potom takové horší, bere vám to ten elán, když vidíte, že přestává mět zájem o všechno kolem, vlastně to vypadá, že už ani nechce žít (pláč).

T: To je smutné (příkyvuje).

T: Možu teda pokračovat?

L15: Jo, dobré.

T: Kdo vám teda brání prožívat kvalitnější život?

L16: Ona manželka aj špatně mluví, tím, jak nemá to patro ty zuby. Sám kolikrát odhaduju, co zrovna chce, co potřebuje, co chce říct. Chtěla by jenom prášky, potom jenom spí a je celá oblblá, je to moc silné. Já jí ty prášky nechcu, tak často dávat, tak sa trošku občas dohadujeme.

T: Co vám brání prožívat kvalitnější život?

L17: Mám takový problém i sám, ze sebou. Za loňský rok je to čím dál horší, tak nejak to tělo chřadne a mám z toho strach. Né o sebe. Ale aby na mě někdo mosél dohlédat, a tak. Že to přestanu zvládat a sám mám zkušené tolikých roků sa starat, tak bych nikdy nechtěl, aby se takto někdo mosél starat o mě.

L18: A co ještě potřebujete vědět?

T: Ještě 3 otázky.

L19: Jo, tak sa ptajte.

T: Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?

L20: Kdo? Já bych byl nejradši, kdyby manželka dostala trošku chuť do života (povzdech).

T: Co by mohlo přispět k vaší větší spokojenosti?

L21: No, dřív sa rodina dokázala sejít, besedovat, zpívat. To už sa dnes ani nevidí. To mě chybí, to by se mě libilo, ale naši odejdou do práce, příjdů večer. Druhá dcera bydlí daleko

a jinak nikoho už ani nemáme, bratr umřel nedávno a vlastně nikdo dnes pro samu práci nemá čas.

T: Co byste uvítal, abyste byl víc spokojený?

L22: Já nejsu náročný. Mně stačí, že sa stihnu o ňu postarat, a že to ještě zvládnou.

T: Myslíte, že je něco na co jsem se nezeptala a je to pro Vás důležité?

L23: Nevím, co bych vám k tomu ještě řekl. Byl jsem k tomu určený a budu to dělat, dokud budu moct (pláč).

T: Tak já už to radši vypnu, moc děkuju za váš čas.

ROZHOVOR IV.

Paní Marie věk 72, stará se o manžela zcela imobilního, věk manžela 74 let, s přiznaným příspěvkem 4. stupně závislosti.

T: Tak, já sa vás teď ještě zeptám, jestli souhlasíte s tím, že si ten náš rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon a potom bude použitý pro výzkum mojí bakalářské práce?

M1: Ale ano.

T: dobře, děkuju.

T: Já se vás teda začnu ptát.

T: Jak hodnotíte kvalitu svého života a svůj současný život?

M2: Jak, já už sem se starala o dva ležáky. Nejdřív o svého tatínka a pak i o maminku, to sem byla mladá a měla dvě malé děcka a všechno jsem to zvládala, oprat, uvařit, hospodářství sme měli. Ted' sa divím, jak sem to zvládla. Myslela, sem si, že vím co to je, co to obnáší, ale tím jak je člověk starý, tak už opravdu ubývá sil a je to obrovská zátěž a únava, sa včil v tomto věku starat o úplného ležáka.

T: A jak jste teď spokojená se současným životem?

M3: No, měla sem, jinou představu, ale co člověku zbývá, než to přijat, tak jak to je, ale není to lehké. Ještě pořád mám malé políčko a slepice, ovce, psa, kočku, tak je to náročné to všechno stíhat, kor dyž manžel jenom leží a vyžaduje celodenní starost'.

T: Jakým způsobem ta péče o manžela ovlivňuje váš život?

M4: Člověk dělá to co je přednější, vypustí z hlavy hromadu zbytečností, co dřív řešil. Hlavně řeším doktory, léky, navařit, nakrmit ho, přebalit, umyt a ve zbytku to hospodářství okolo, kolikrát už myslím, že to ani nevydržím.

T: Jak se péče promítá do kvality vašeho života?

M5: Šak ve všem. Je to takový kolotoč, pořád u něho, celý deň řídím podle něho, těžko sa mě od něho někam odchodí. Nekdy su z toho taková nervózní, že mě ostatní práca stójí. A pak, když bych mohla jít honem dělat něco jiného, tak sa úplně zhrouťm a mosím si lehnout, úplně odpadnu.

T: Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho manžela?

M6: Toš, co bych vám k tomu řekla. Hm, kvalita. Já, sem byla celý život doma, nikdy sem nechodila do práce, měli sme hospodářství veliké, do toho dvě děcka, starost' o rodiče, které sem dochovala. Manžel chodil do práce a na mě byla starost o domácnost a hlavně o to hospodářství. Měli sme kus pola a hromadu zvířectva. Mě to, ale nevadilo, já to dělám moc ráda, a ted' mě nikdy vadí, že to nestíhám, a toho už máme včil jenom málo. Pro mě je tá kvalita práca na zahrádce a okolo baráku, to sem si myslela, že sa mám dobře.

T: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?

M7: Mosíte byt pořád, jak bych to řekla, hm ve střehu. Kolikrát sa v noci začne potit, a tak ho třeba několikrát za tu noc převlékám do suchého, aby třeba nedostál zápal plic nebo něco takového. U tech ležáků to je hned říkal doktor. To su potom, po tej noci, kdy vůbec nespím, na druhý deň úplně na nic, ale toš mosím sa o něho postarat, nenechám ho jenom tak, že. To su potom několik dní úplně vyřízená, nevyspaná všechno mě bolí, jak ho táhám, převracám při tom oblékání, ale tak nedá sa nic dělat.

T: Napadá vás ještě nějaká oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

M8: Když su tak nekdy unavená, velice, chodím úplně zohnutá. Já mám už ty záda úplně špatné, nekdy hrozně bolíja, to už nevím, co dělat, aby sa mě ulevilo. Tak to mosím s tým čaganem chodit, anebo sem kdysi spala aj v křesle v kuchyni, že sem nebyla schopná si už ani lehnout, toš tak to je, ale nic neuděláte, že.

T: Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

M9: Je to určitě moja céra, která sa snaží mě hodně pomáhat, ale tak chodí do práce, také toho času tolik nemá, ale snaží sa co to ide. Už mám enom ju a držíme při sobě. Syn nám náhle zemřel, bylo mu 30, nebylo to lehké, ale máme od něho vnučku, tá sice bydlí daleko, ale když přijede, je to hned veselejší. Jinak mě sem jedněc za týdeň chodí pomáhat, jedna bývalá zdravotní sestřička, vyměnit cévku. Tak dycky trošku aj povykládáme, su za to moc ráda.

T: Co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

M10: Co? Tak hlavně modlitba, tam hledám a čerpám sílu. A také, když přijde ta dcera a vystřídá mě a já možu jít na zahrádku, třeba sa enom prójít a psychicky si trošku odpočívnut. Dřív sem ráda chodila aj do lesa, no prostě tá příroda a sluníčko, to mě pomáhá. (zamyšlení), Ještě bych zapoměla, mám tu polohovací postel, myslím, že je to o lepší na tu manipulaci, a tak. Bez toho, už si to ani neumím představit, určitě je to veliká pomoc.

T: Co nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu vašeho života?

M11: Asi to moje zdraví. Ale říkám si, že možu byt ráda, že aspoň trochu možu. Když vidím jeho, (myslí manžela), jak celý den leží a nemože sa ani otočit, tak si říkám, taťko, jak to tak možeš vydržat, já už bych to nevydržala.

T: A je někdo, kdo vám ztěžuje nebo třeba komplikuje, nebo brání prožívat váš život naplno?

M12: Hm, tak nechcu, aby to vyznělo nejak blbě, ale víte manžel od té doby co úplně zostál ležat, je takový z toho nervózní a občas si to na mě nebo cěři vybíjí. Je na nás takový nedobrý, nadává nám, nekdy fakt škaredě, sprostě, a nechce, abysme s ním cokoliv dělaly. Tak je to takové, že vám tím komplikuje tu starost o něho, ale člověk už to tak bere, říkám si, nevíš, jaká bys byla ty, kdybys nemohla. Je to těžké, dřív by sa tak nikdy nechováł.

T: Kdo vám teda brání prožívat kvalitnější život?

M13: Já su třeba i hrozně zklamaná přístupem doktorů k takovým lidem, myslím k ležákům. Mám pocit, že je jim takový člověk na obtíž, nehledí ani na vás ani na něho. Hrozný problém, aby se na něho přijel někdo podívat, abych nemosela ho tahat sanitkou, když to není úplně nutné. Nikdo vám neporadí, nepomože, mosíte sa dožadovat, na co máte nárok, anebo co by vám mohlo pomoct, třeba nejaké ty pomůcky. Nikdo vám nic neřekne a vy ani nevíte, na co máte nárok. Jenom sa člověk kvůli tomu rozčílí.

T: Co vám brání prožívat kvalitnější život?

M14: Já vám teda řeknu, že nejvíc ze všeho mě vadí lidská zvědavost a závist. S tým sa člověk setkává každů chvílku. Každý vidí jenom to, že určitě na něho беру nějaké peníze a mám sa podle nich dobře, ale nikomu nevysvětlíte, jak je to náročné a vyčerpávající, a že byste ty peníze hned vyměnili za to, aby byl zdravý. Nekeří vidíja enom ty peníze, závist, to je hrozná vlastnost.

T: Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?

M15: Tak, cěra sa snaží pomáhat, ale aj jsem si myslela, že by mohla ostat doma, že bysme sa o tu starost' podělily, ale zatím nechce, chodí do práce. Tak uvidíme, jak to bude dál.

T: Co by mohlo přispět k vaší větší spokojenosti?

M16: Já myslím, že víc pochopení, jak od tech doktorů, tak i lidí okolo, třeba aj v rodině. Nikdo nechápe, co prožíváte, a myslí si někteří, že to dramatizuju a zveličuju. Ale to si asi musí zažít každý sám, kdo to nezažije, asi vás nikdy nepochopí.

T: V čem myslíte?

M17: Tak třeba sem byla pozvaná od švagrové na sedmdesátiny. A oni nemohli pochopit, proč nemožu dojít, hned od začátku a byt tam, jak všeci ostatní. To, že musíte domluvit hlédání a ještě všechno nachystat a připravit a stejně tam potom sedíte a trnete, ani si to nijak neužijete a ještě mají všichni takové řeči, že šak je o něho postarané, tak ať to ne-dramatizuju. No je to těžko.

T: A co byste uvítala, abyste byla víc spokojená?

M18: Já bych si ze všeckého nejvíc přála, aby sa dcéra vdala a dovedla sem nějakého hospodára, aby sa o to tady měl kdo postarat. Jako o to hospodářství myslím, ale oni už na to teď ti mladí stejně moc nejsů, tak nevím, jak to tady všechno bude, až já nebudu moct, jestli sa o mě vůbec někdo postará.

T: Myslíte, že je něco na co jsem se nezeptala a je to pro Vás důležité?

M19: Momentálně né.

T: Tak já vám teda moc děkuju za rozhovor.

ROZHOVOR V.

Paní Pavlína věk 86, stará se o manžela na vozičku, věk manžela 86 let, s přiznaným příspěvkem 3. stupně závislosti.

T: Tak, já sa vás teď ještě zeptám, jestli souhlasíte s tím, že si ten náš rozhovor budu nahrávat na mobilní telefon a potom bude použitý pro výzkum mojí bakalářské práce?

P1: Ano, souhlasím.

T: dobře, děkuju.

T: Já se vás teda začnu ptát.

T: Jak hodnotíte kvalitu svého života a svůj současný život?

P2: My v našem věku už musíme být spokojení s tím, jak to je. Lepší už to nebude. Jsme tady v tomto malém bytě a ještě to zvládnou bez nějaké větší pomoci.

T: A jak jste teď spokojená se současným životem?

P3: Zatím jsem relativně zdravá. Zvládám i uvařit, nakoupit běžný nákup a takové ty běžné věci v domácnosti. Kromě tlaku, na který беру léky a osteoporózy, jsem jakžtakž zdravá, takže jsem spokojená. Také máme auto, sice teď přes zimu nejezdím, ani kola jsme nevyměňovali, ale jinak jezdím, i k doktorovi s manželem, ještě to tak jako zvládám.

T: A jakým způsobem ta péče o manžela ovlivňuje váš život?

B4: Musela jsem hodně omezit svoje aktivity, abych byla doma s manželem. Nenechávám ho moc dlouho samotného, protože už se mně stalo, že spadl, jak si myslel, že to zvládne sám. To jsem musela volat syna, aby mně s ním pomohl, takže ho musíte mít pořád na očích, nevíte, co ho napadne.

T: Jak se péče promítá do kvality vašeho života?

P5: Tak to víte, že jsem někdy i unavená, přece jenom mám už nějaký věk.

T: Jaká byla kvalita života před péčí o vašeho partnera?

P6: Já jsem byla hodně aktivní. Chodila jsem do turistického oddílu, jezdili jsme na dlouhé výšlapy, také tady kousek od domu máme cvičení pro takové starší, tam se cvičí jóga, strečink, dvakrát do týdne jsem chodila. Dcera ta je vdaná na vesnici a má u domu velkou za-

hradu a pole, tak tam jsme měli i postavenou takovou chatičku a pěstovali jsme si tam zeleninu a brambory. Ale tam už moc nejezdíme. Dcera je také nemocná a hlavně má ten dům hrozně špatně řešený, samé schody a to je teď těžké, jak ho tam (myslí manžela) dostat.

T: Které oblasti nejvíce ovlivňují kvalitu vašeho života?

P7: Tak ve svém věku už tolik nemůžu jako dřív. Nejhorší je asi to koupání, to je nejvíce náročné. Přála bych si takové otočné sedátko do koupelny. Moc by mě to usnadnilo. Koupelna je, ale malá. Mám tam, pračku a to sedátko se tam už nevejde, musí se to nejdřív nějak vymyslet, jak to předělat.

T: Napadá vás ještě nějaká oblast, která ovlivňuje spokojenost s vaším životem?

P8: Nevím, jestli to k tomu patří, ale co mě v poslední době hodně vadí, je to věčné boučení ve vedlejším bytě. Sousedka šla do domova a někdo si ten byt teď spravuje a dělá tady pořád hluk a jsme z toho já i manžel už takový nervózní. Už jsme zvyklí na svůj režim a klid a toto nás ruší. Doufáme, že to nebude dlouho trvat a také doufám, že budeme mít dobré ty nové sousedy. Aby s nima nebyly nějaké problémy, dnes sů lidi všelijací.

T: Kdo vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

P9: Kdo mi pomáhá prožívat kvalitnější život, jsou děti, vnoučata, pravnoučata. Vnoučata a pravnoučata se snaží nás často navštěvovat pomáhat. Dcera je také nemocná, má roztroušenou sklerózu, tak přišla o práci, to člověku nepřidá, syn zase byl na operaci s kyčelním kloubem, to víte, už mají také přes šedesát. Nechci je moc otravovat, tak se snažím to tady s dědou zvládat sama. Sice říkala paní na sociálce, že bych měla myslet na to co, když nebudu moc. Byla jsem z toho taková špatná, člověk na to nechce myslet. Tak vám řeknu, že nakonec máme podanou žádost tady do domova, zatím jenom manžel, já né, zatím jenom on.

T: Co vám pomáhá prožívat kvalitnější život?

P10: Máme konečně ten výtah s tou plošinou, tolikrát jsem si byla žádat na sociálce a pořád, že je to složité a nemáme nárok, je to drahé, prý bysme museli doplácet moc peněz. Nakonec jsem si to zařídila sama. Ve vedlejším domě ho měli, ta paní zemřela, její syn to chtěl dát někam do sběru, nakonec jsme sehnali firmu z Brna, která to předělala sem. Zaplatili jsme za to 19 000 tisíc. Dost, ale za to ze sociálky by to bylo prý víc, nevím, to už je jedno, hlavně, že to máme, můžeme chodit aspoň na procházky okolo domu. Předtím ho

dostat z druhého patra bylo moc těžké. Tak, tak. No mosela jsem se i naučit to ovládat, moseli mě to vysvětlit ukázat až jsem to pochopila, člověk sa celý život učí.

T: Co nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu vašeho života?

P11: Mě nejvíce chybí ten pohyb, na který jsem byla zvyklá. S manželem jdu jenom na takovou krátkou procházku, on moc ani nechce, být dlouho venku. A teď v zimě nechodíme vůbec. Byli jsme také nemocní, nějakého bacila jsme chytli, nejdřív já, potom on, sotva jsme se z toho teď dostali.

T: A je někdo, kdo vám ztěžuje nebo třeba komplikuje, nebo brání prožívat váš život naplno?

P12: Dalo by se říct, že je to ta péče. Nemůžete si žít úplně, tak jak jste byli zvyklí. Je jasné, že vám to komplikuje a ztěžuje život.

T: Kdo vám teda brání prožívat kvalitnější život?

P13: Někdy se za manžela i stydím, nevím, jestli je to tím, že už je tam nějaká ta počáteční demence, ale na cizí lidi je takový nedůtklivý, nebo, jak bych to řekla. Třeba na procházce jenom okolo někdo projde a trošku se o něho otře a on hned hrozně vyjede, a velice škaredě. Potom se na vás lidi, tak hnusně dívají, jak kdybyste za to mohla, že sa tak chová. Také doma, když máme občas nějakou návštěvu. Je mě to nepříjemné a stydím se za něho. Na mě takový není, jen na cizí a moje známé, ale to víte, že mně to vadí, nikdy jsem si nemyslela, že se tak změní a dokáže byt takový zlý.

T: Co vám brání prožívat kvalitnější život?

P14: Nemám už tolik času věnovat se svým koníčkům, musela jsem to hodně omezit a trávím většinu času doma a je to pro mě takové deprimující.

T: Kdo by mohl přispět k vaší větší spokojenosti?

P15: Tak i sme si mysleli, že by si nás vzala dcera, ale tím, jak onemocněla a má toho sama dost, a ještě ten barák je tak špatně řešený, samé schody, muselo by se to celé překopávat, to po ní nechceme, když je nemocná. Tady sme, ale sami, dokud to budu zvládat nevím. Pak se to bude muset řešit, asi pujdeme do toho domova obá.

T: Co by mohlo přispět k vaší větší spokojenosti?

P16: Nevím. Tak je pěkné, když nás tady navštíví vnoučata, ale všichni se sem nevejdou, to musíme na etapy. Ale to jsem spokojená, když přijdou a popovídáme, potěším se s pravnoučaty, hned je to veselejší s těma prckama, člověk zapomene na všechny starosti.

T: Co byste uvítala, abyste byla více spokojená?

P17: Aby se to vrátilo a manžel zpátky chodil, no, ale to se nestane, tak musíme být spokojeni s tím, jak to je.

T: Myslíte, že je něco na co jsem se nezeptala a je to pro Vás důležité?

P18: Zrovna mě nic nenapadá. Tak doufám, že jsem vám aspoň trošku pomohla.

T: Určitě, děkuju moc.

T: Tak ještě jednou moc děkuju.