

Syndrom vyhoření laického pečovatele

Bc. Julie Zpěvácová

Diplomová 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 DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Julie Zpěváková**
Osobní číslo: **H160374**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Syndrom vyhoření laického pečovatele**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k oblasti syndromu vyhoření, neformální péče a příspěvku na péči.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVORÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-41390.

CHOVANCOVÁ, Petra. Vybrané otázky péče o osobu blízkou. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. ISBN 978-80-87623-00-8.

JERÁBEK, Hynek. Rodinná péče o staré lidi. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-802-1078-642.

MICHALÍK, Jan. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

21. listopadu 2018

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2019

Ve Zlíně dne 21. listopadu 2018


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně*JK Černý*.....

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 nevydělečně 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 výdělků 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 výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá laickou péčí. Zaměřuje se na péči poskytovanou v domácím prostředí, kde roli poskytovatele péče zastávají rodinní příslušníci. Teoretická část vymezuje laickou péči, věnuje se příspěvku na péči a popisuje syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je koncipován k tématu pečovatelsví. Praktická část popisuje výsledky kvalitativního šetření, jehož cílem bylo zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl prostřednictvím standardizovaného dotazníku identifikován syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké. Práce se snaží porozumět procesu laické péče u „vyhořelých“ osob a z poskytnutých informací také identifikovat možné příčiny vzniku syndromu vyhoření. Výzkum je zaměřen na pečovatele, kteří poskytují péči osobám pobírajícím příspěvek na péči ve třetím a čtvrtém stupni závislosti.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, stres, laická péče, závislost, příspěvek na péči

ABSTRACT

The thesis deals with lay care. It focuses on care provided in the domestic environment where the role of the care provider is held by family members. The theoretical part defines lay care, devotes attention to care and describes burnout syndrome. The burnout syndrome is designed for the topic of nursing. The practical part describes the results of the qualitative survey which aimed at finding and describing how lay carers who were identified as having the burnout syndrome through a standardized questionnaire, subjectively perceive the care of their loved ones. The thesis tries to understand the process of lay care for "burned" people and also to identify possible causes of burnout syndrome from the information provided. Research is focused on carers who provide care to people who receive a care allowance in the third and fourth degree of dependence.

Keywords: burnout syndrome, stress, lay care, dependency, care allowance

Dovoluji si touto cestou poděkovat paní Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, PhD. Za ochotu, pomoc a odborné vedení při vypracování této diplomové práce. Děkuji také za laskavý přístup, cenné rady a podněty, které mi v průběhu jejího zpracování věnovala.

Motto

„Již od mládí je třeba mít před očima stáří.“

(Gaius Lucilius)

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 NEFORMÁLNÍ PÉČE.....	12
1.1 VÝZKUMY V OBLASTI LAICKÉ PÉČE.....	13
1.2 VYMEZENÍ LAICKÉ PÉČE.....	13
1.3 MOTIVY LAICKÉHO PEČOVATELE K POSKYTOVÁNÍ PÉČE.....	15
1.4 CO OVLIVŇUJE PÉČI O NESOBĚSTAČNÉHO ČLOVĚKA.....	17
1.5 DOPADY PÉČE NA LAICKÉHO PEČOVATELE.....	19
1.6 VÝHODY DOMÁCÍ PÉČE.....	22
2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI – NÁSTROJ POMOCI LAICKÉMU PEČOVATELI.....	24
2.1 ŘÍZENÍ O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	25
2.2 VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI.....	27
2.3 KONTROLA VYUŽITÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI.....	28
2.4 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ A ZVÝHODNĚNÍ PRO PEČUJÍCÍ OSOBY.....	30
3 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	32
3.1 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	33
3.2 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	33
3.3 ASPEKTY VEDOUcí K SYNDROMU VYHOŘENÍ U PEČUJÍCÍCH OSOB.....	34
3.4 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	36
3.5 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	36
3.6 PEČOVATEL A SOCIÁLNÍ OPORA.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	41
4.1 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE.....	41
4.2 VYTVOŘENÍ KONCEPTUÁLNÍHO RÁMCE.....	41
4.2.1 Stanovení výzkumného problému.....	41
4.2.2 Klíčové koncepty výzkumu.....	42
4.2.3 Nastínění teoretického kontextu.....	42
4.3 ROZHODNUTÍ O METODÁCH.....	43
4.3.1 Výzkumný soubor.....	43
4.3.2 Metoda sběru dat.....	44
4.3.3 Vstup do terénu.....	44

4.4	ETIKA VÝZKUMU A KONTROLA KVALITY VÝZKUMU	45
4.5	ZÁKLADNÍ INFORMACE O VÝZKUMNÉM SOUBORU	46
4.6	PRŮBĚH ROZHOVORŮ	47
5	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	48
6	FENOMENOLOGICKÁ INTERPRETACE	57
7	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	59
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
8	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Dlouhodobá neformální péče, především péče rodinná, se stává jednou z priorit sociální politiky. Z důvodu stárnutí populace a změn v uspořádání rodiny bude potřeba dlouhodobé péče narůstat. S touto skutečností souvisí i každoroční pozvolné zvyšování výdajů státního rozpočtu. Odborníci varují, že česká společnost není připravena na stárnutí obyvatel a nemá dostatečně vybudovaný kvalitní systém dlouhodobé péče. Zdravotní a sociální služby, které by mohly nemocnému člověku dopomoci k soběstačnosti a k setrvání v domácím prostředí, nejsou a nebudou schopny dostatečně pokrýt poptávku. Rodiny se stále častěji podílejí na péči o své blízké. Důvodem poskytování péče může být touha člověka zůstat v domácím prostředí nebo nedostatečná kapacita institucionálních zařízení. Z našich pracovních zkušeností vyplývá, že péče o nesoběstačnou osobu v domácím prostředí přináší mnoho problematických situací a zátěž. Práce se zabývá laickou péčí z perspektivy pečujících osob. Výzkum byl iniciován z důvodu osobního i pracovního zájmu.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří kapitol. Úvodní kapitola specifikuje neformální (laickou péči), uvádí dosavadní výzkumy zabývající se daným tématem, popisuje motivy pečujících osob k péči, zabývá se negativy a upozorňuje na pozitiva, která s sebou péče přináší. Druhá kapitola se věnuje systému příspěvku na péči. Je zde popsána jeho výše i způsob kontroly využívání této dávky. Třetí, závěrečná kapitola, se zabývá syndromem vyhoření. Popisuje příznaky syndromu, aspekty vedoucí k syndromu vyhoření a věnuje se možné prevenci. Jelikož s prevencí syndromu vyhoření souvisí sociální opora, je závěr třetí kapitoly věnován tomuto pojmu.

Empirická část je zaměřena na osoby, které poskytují pomoc osobě blízké s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Práce si klade za cíl zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl identifikován syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké. Výzkum je realizován v domácím prostředí laických pečovatelů. Vybraným respondentům byl nejdříve předložen dotazník BM – psychického vyhoření, a po jeho vyhodnocení byl použit fenomenologický rozhovor. Z rozhovorů jsme identifikovali výslednou esenci vztahující se k laické péči a pokusili se identifikovat možné příčiny syndromu vyhoření. Domníváme se, že je velmi důležité věnovat se tématu laické péče a poznat její specifika. Pokud budeme tato specifika znát, můžeme domácím poskytovatelům péče předložit potřebné informace, aby mohli co nejlépe a bezproblémově zvládat svou zodpověd-

nou práci pečovatele, a tím umožníme nesoběstačné osobě setrvat co nejdéle v domácím prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEFORMÁLNÍ PÉČE

Otázka formální a neformální péče se stává z důvodu stárnutí obyvatelstva a zvyšujících se nákladů na zdravotní a sociální péči aktuálním tématem. Z demografických prognóz je zřejmé, že v budoucnu bude pro stát stále obtížnější zajistit dostatečnou péči o nesoběstačné osoby, a proto je důležité budovat silný sektor neformální péče.

Význam a potřeba neformální péče vzrůstá také v kontextu uplatňování principu deinstitucionalizace v sociálních službách. Deinstitucionalizace je významná především v rozvoji komunitních sociálních služeb, které jsou prioritně zaměřeny především na klientovy individuální potřeby v jeho přirozeném prostředí (Vávrová 2009, s. 12). Tato práce se týká neformálních pečovatелů, kteří poskytují dlouhodobou pomoc svému blízkému členu rodiny v jeho domácnosti. Tato péče není doplněna formální sociální službou a důvodem péče není zajištění vlastního příjmu. V dalším textu práce budeme výše uvedeného pečovatele označovat **pečovatelem laickým**. Diskuze na téma neformální péče v České republice neustále přibývá a roste počet odborných publikací i výzkumů (Veselá 2002; Rabušic 2003; Jeřábek 2005; Valenta, Michalík 2008; Svobodová 2010; Kroutilová Nováková, Jandzíkova 2012; Klímová Chaloupková 2013; Dohnalová Hubíková 2013; Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková 2013). Aktuálně se tématem laické péče zabýval časopis Sociální práce č. 6/2017, ve kterém jsou mj. uvedeny výzkumy týkající se sociální práce s neformálními pečovateli a informace o dosavadních výzkumech v oblasti neformální péče, mohli jsme se zde seznámit s důvody, které vedou k rozhodnutí závislé osoby využít pobytové sociální služby a osobně velmi zajímavým tématem sledujeme výzkum, týkající se otázky kontroly využití příspěvku na péči u Romske populace.

Z množství publikací nás zaujala kniha *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie* (2015) od Kateřiny Kubalčikové a kol. Autoři zde diskutují o možnostech sociální pomoci seniorům, zabývají se demografickým stárnutím české populace a věnují se otázce, jak lze dosáhnout toho, aby senioři mohli setrvat co nejdéle v domácím prostředí. Problematiku péče o nevléčitelně nemocné osoby řeší Radka Kurucová v publikaci *Zátěž pečovatele* (2016). Kniha obsahuje poznatky z oblasti domácí péče poskytované nevléčitelně nemocným lidem, vymezuje pojmy zátěž a stres a uvádí zde také vlastní šetření týkající se problematiky kvality života pečovatелů.

1.1 Výzkumy v oblasti laické péče

Kroutilová Nováková a Jandžíková zkoumaly kvalitu pečujících osob ve správním obvodu Obecního úřadu obce s rozšířenou působností ve Veselí nad Moravou. Pomocí výzkumu zjišťovaly kvalitu života pečujících osob, které poskytovaly péči osobě s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Kvalita života zahrnovala sociální vztahy, prostředí a psychický stav pečovatele (Kroutilová Nováková a Jandžíková, 2012, s. 21). Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková se v rozmezí let 2011 a 2012 zabývaly rodinnou péčí poskytovanou seniorům a zdravotně postiženým dětem. Pomocí hloubkových rozhovorů s 23 pečujícími se pokoušely identifikovat potřeby pečovatelů a zjistit překážky, se kterými se pečovatelé setkávají (Fórum sociální politiky 2013, s. 13). Z větších projektů zabývajících se péčí jmenujme výzkum *Podpora neformálních pečovatelů*. Tento výzkum provedlo v roce 2014-2015 Ministerstvo práce a sociálních věcí. Projekt zkoumal neformální péči v České republice. Zaměřil se na problémy pečujících osob i na systém sociálních služeb. Dále se zabýval tématem podpory péče v zemích Evropské unie. Výstupem tohoto projektu jsou příručky pro laické pečovatele i pro pracovníky veřejné správy (koopolis.cz).

Dalším významným výzkumem, který se dotýkal i laické péče a probíhal na území ČR, je projekt *SHARE11*, který se zabýval zkoumáním demografické situace, zdravotní péči, rodinnými financemi i kvalitou života. Přestože byl výzkum zaměřen pouze na obyvatele starší 50 let, jedná se o nejlepší dostupný výzkum, do kterého byla zahrnuta i ČR a který zároveň obsahuje téma péče. Dotazováno v ČR bylo asi 6000 respondentů. Tento projekt se může stát podkladem pro nové reformy nejen v sociální oblasti (share - project. 2013). Výzkumná šetření v souvislosti s pečujícími osobami provedla i Diakonie ČCE v projektu *Pečuj doma*. Tento výzkum se zaměřoval na osoby pečující o seniory v domácím prostředí (Diakonie ČCE, 2014).

1.2 Vymezení laické péče

Dle zákona o sociálních službách mohou péči o nesoběstačnou osobu zajišťovat osoby blízké, asistent péče nebo registrovaný poskytovatel péče. My se budeme věnovat pečovateli „laikovi“, tzn. blízkou osobou, která nemá s péčí odborné zkušenosti.

Zákonné vymezení osoby blízké je uvedeno v § 22 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Podle něj je osoba blízká: *příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství, jiné osoby v poměru rodinném*

nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí. Tyto osoby musí být uvedeny a podepsány ve formuláři „Oznámení o poskytovateli pomoci,“ který se odevzdává spolu se žádostí o příspěvek na péči.

Poskytování laické péče je z ekonomického hlediska pro stát velmi výhodné, přesto však, definice pečující osoby v našem právním systému absentuje. Pečující osoby celkově nemají k péči příznivé podmínky a někteří politici *mají tendenci považovat neformální péči za samozřejmou, a hlavně za snadno dostupnou formu dlouhodobé péče, která zaplní nedostatky a mezery v poskytování veřejných služeb* (Krása 2015, s. 4).

Z řad definicí (COFACE 2009, s. 2; Jeřábek, 2005, s. 31; Tošnerová, 2001, s. 12) se nejvíce ztotožňujeme s pojetím laické péče od Triantafillou et al. (2010, s. 10) který uvádí, že laická péče je poskytována především rodinnými příslušníky, blízkým příbuzným nebo přáteli. Proces péče je sjednán beze smlouvy, pečovatel nemá tedy smluvně vymezeny své povinnosti. Pečující osoba poskytuje péči neomezeně, podle svého uvážení, přání a potřeb závislé osoby. Charakteristické pro laickou péči je také to, že pečující osoba není k péči vyškolená. Podobnou definici můžeme najít i v dokumentu OECD (2005).

Jeřábek popsal laickou péči z hlediska její náročnosti. Tuto péči rozdělil do tří stupňů. První stupeň péče - **subsidiary care**, charakterizuje podpůrnou péči, zahrnující činnosti, které nejsou poskytovány pravidelně, a proto nejsou příliš náročné na čas ani na fyzickou a psychickou stránku pečovatele. Lze sem zařadit drobné domácí práce, doprovod k lékaři, vyřizování osobních záležitostí nebo finanční podporu. Péče nevyžaduje společné bydlení, ale přesto je pro nesoběstačného člověka tato pomoc důležitá. Druhý, vyšší stupeň spočívá v neosobní péči - **impersonal care**, zde můžeme zařadit činnosti, které jsou nezbytné pro zajištění péče o domácnost. V rámci těchto činností musí pečující např. uvařit, postarat se o prádlo a zajistit úklid domácnosti. Tato péče je poskytována pravidelně, ale při jejím plnění ještě není nutné, aby závislá osoba žila s pečujícím ve společné domácnosti, neboť péče může být případně zajišťována pečovatelskou službou, která se postará jak o úklid domácnosti, tak o donášku oběda (Jeřábek, 2005, s. 11-13). Kerres a Seeberger, podle (Bártlová 2006, s. 237), zdůrazňují při péči nutnost zapojovat závislou osobu do procesu péče o sebe takovým způsobem, jaký jí jeho zdravotní stav dovolí. Tato nutnost souvisí se zachováním co nejvyšší míry soběstačnosti nemocného. Třetí stupeň péče - **personal care**, je péče nejnáročnější. Může být spojena s pocity vyčerpání a beznaděje (Jeřábek, 2005, s. 11-13). Při

poskytování takto náročné péče je nutností vypracování plánu pro případné krizové situace (Kalvach, 2009, s. 18). Podle Colomba (2011, s. 39) vyžaduje tato péče každodenní pravidelnou starostlivost, obětavost a zahrnuje komplexní péči. Řadíme sem činnosti spojené s hygienou, krmením, přenášením, pomocí s oblékáním, podáváním léků nebo převážením po bytě.

Osoba takto závislá již nemůže žít sama v domácnosti, ale vyžaduje společnou domácnost s pečující osobou. Pokud toto není možné, je potřeba péči zajistit institucionální péčí, např. v domově pro seniory nebo sanatoriu (Jeřábek, 2005, s. 11-13). Domácí péče s sebou přináší pozitiva i negativa. Pozitiva domácí péče mohou spočívat v jistotě známého, domácího prostředí, které zajišťuje soukromí. Paradoxem je, že „výhodu“ společné domácnosti neocenuje každý pečující.

1.3 Motivy laického pečovatele k poskytování péče

Touhu zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí, v místě, na které mám radostné vzpomínky a kde mám své přátele, má drtivá většina z nás. Proto by mělo být samozřejmostí pro každého člověka, který je toho i jen trochu schopen, umožnit své blízké nemožící osobě tuto touhu splnit a o nemocného se postarat. Z jakého důvodu se člověk rozhodne pečovat o blízkou osobu? Rozhodnutí pečovat je ovlivněno mnoha **faktory**. Pečující osoby nezvažují pouze příjem nebo dostupnost sociálních služeb. Rozhodnutí, zda na sebe převezmou odpovědnost za poskytování péče o blízkou osobu ovlivňuje i očekávání a reakce blízkého okolí (Triantafillou et al., 2010). *Hlavní motivací k péči může být láska pečující osoby k opečovávanému člověku anebo morální aspekt* (Janečková, Dragomirecká a Jirkovská, 2017, s. 48). Někteří pečovatelé jsou tedy motivováni láskou, jiní jsou k péči donuceni. Toto donucení nazývá Haškovcová (2010, s. 289) *instrument vydědění*. S péčí poskytovanou na základě nedobrovolnosti jsme se v našem výzkumu setkali i my.

Faktory a okolnosti ovlivňující rozhodnutí k péči definovala ve své studii Přidalová (2007). **Praktické faktory** podle ní vyplývají z logického hlediska. Toto logické hledisko souvisí s geografickou vzdáleností, s počtem pečujících v rodině a s pohlavím možného pečujícího. Další jsou **faktory spojené se vztahem rodič – dítě**. Ty reprezentují vztahy mezi pečujícími dětmi a nemohoucím rodičem. Pečující se rozhodují k péči z důvodu silného citového pouta a vděku. K motivu přispívá také touha rodiči dokázat, že jsem schopen se o něj postarat. Na otázku mezigenerační solidarity upozorňuje i Jeřábek (2005). **Socializační fak-**

tory reprezentují význam rodinné tradice, zvyklosti a morální hodnoty. V rodinné péči hraje důležitou roli i sociální soudržnost. Motiv péče z morálního hlediska zmiňují i (Veselá, 2002; Možný, 2006; Křížová, Janečková, Běláček 2016). Další faktory ovlivňující péči jsou **faktory vázané na osobu rodiče**, kdy děti bývají ovlivněny přáním rodičů zůstat v domácím prostředí. Každý si jistě dokáže představit vlastní rodiče doufající v to, že se jejich dítě o ně doma postará. **Faktory spojené s externími tlaky** reprezentují rozhodnutí pečovat z důvodu absence potřebné služby nebo nedůvěry pečujících k institucionální péči. Nedůvěra k institucím se většinou nezakládá na osobních zkušenostech, ale vyplývá z neověřených informací (Přidalová, 2007, s. 35). V našem výzkumu jsme se setkali také s neochotou závislé osoby přijmout do domácího prostředí cizí osobu. Volbu institucionální péče volí především pečující z velkoměst. Je to z toho důvodu, že ve velkém městě bývají platy vyšší než na vesnici a pečující osoba není tolik k péči motivována (Křížová, Janečková, Běláček, 2016, s. 295). Rozhodnutí pečovat ovlivňuje i **finanční situace pečujících**, přitom dávka příspěvku na péči není motivačním faktorem, ale slouží spíše k přilepšení do rodinného rozpočtu (Přidalová, 2007, s. 24 – 36). *Existují lidé, kteří rozhodnutí k péči vůbec neberou jako rozhodnutí a během péče se nepovažují za rodinné pečovatele. Je to z důvodu, že se v první řadě vidí jako manželky, manželé, sestry nebo bratři, dcery nebo synové či ctitelé nebo společníci* (Bartoňová, 2005, s. 34). Tyto osoby berou péči jako samozřejmou a normální, protože starost o své blízké nepovažují za něco „navíc“. Přestože je péče o člověka v nepříznivé životní situaci mnohdy velmi náročná a vysilující práce, odborné články ukazují, že rodinných pečovatelů přibývá. (Bártlová 2006, s. 237) tvrdí, že se v péči o nemocné osoby nejvíce angažují jejich partneři (30 - 40 %) a děti poskytují péči asi v 25 %. Až 70 % osob, o které je pečováno, žije ve společné domácnosti s pečující osobou (Krása, 2015, s. 3), a až 80 % obyvatel České republiky zastává názor, že by se měla o své nemohoucí blízké osoby postarat rodina (Novák, 2013, s. 12). To, že se počet neformálních pečovatelů stále zvyšuje, potvrzuje i statistika z roku 2009, která uvádí, že v České republice poskytovalo péči celkem 230,6 tis. laických pečovatelů (Bareš et al. 2015, s. 22).

Podle našeho interního zdroje z úřadu práce, v roce 2017 pobíralo ve Zlínském kraji dávky příspěvku na péči průměrně 23 167 osob.

1.4 Co ovlivňuje péči o nesoběstačného člověka

Péče v domácím prostředí bezesporu přináší řadu výhod a role blízkého člověka v procesu péče je nezastupitelná. Kvalitu a možnost péče ale ovlivňují určité faktory. Mezi hlavní činitele ovlivňující péči řadíme **sociodemografický faktor**. Výzkumné šetření ISSP 2012 *Rodina a zdraví v České republice* dokazuje, že nejvyšší procento pečujících osob (35 %) zauímají ženy ve věku 46-55 let, zatímco muži vykonávají péči pouze ve 26 %. Ztotožňujeme se s názorem Jeřábka (2013, s. 48), že tato péče zahrnuje pouze doplňující, podpůrné aktivity, jako např. nakupování, práci okolo domu, správu financí nebo transport. Muži se přitom vyrovnávají s pečovatelskou rolí a obtížemi vyplývajícími z péče lépe, přičemž ženy naopak pocítují z péče větší uspokojení Bužgová a Endelová (2010) podle Janečková, Dragomirecká a Jirkovská (2017, s. 50). Ženy, které jsou v předdůchodovém věku, musí mnohdy skloubit pracovní a rodinné povinnosti. Mají na starost buď péči o své rodiče, nebo o svého manžela, kterému se již může zhoršovat zdravotní stav (Rabušic, 1995, s. 152). Samozřejmě, pokud žena svůj čas rozděluje mezi práci, rodinu a péči o nemožícího člověka, nemusí být tato péče poskytována zcela podle potřeb opečovávaného. Dalším významným faktorem je **rodinná situace a počet osob**, které se na péči podílí. Je pravděpodobné, že se kvalita péče bude lišit s počtem pečujících osob. Nemožnost vystřídaní se v péči a neustálé povinnosti mohou mít vliv na psychický i fyzický stav pečovatele. Proto je výhodné, pečuje-li o závislou osobu více osob. Péči dále ovlivňuje velikost rodiny, a to, zda nemocný člověk obývá společný prostor s pečujícím (Jeřábek, 2013, s. 201). Poskytování péče ve společné domácnosti přináší výhody i nevýhody. Mezi výhody můžeme zařadit možnost častější kontroly, jednodušší plánování péče nebo menší výdaje např. za dopravu. Určitou nevýhodu může představovat, pokud v bytě není dostatek prostoru. Závislý člověk zpravidla potřebuje přizpůsobit domácnost svému zdravotnímu stavu a bylo by vhodné, aby měl vlastní pokoj. Problém nastává v případě, kdy je některý z členů rodiny nucen vzdát se svého prostoru. Tutu nastalou situaci může vnímat negativně. Kvalitu i způsob péče ovlivňuje také **zdravotní stav** opečovávaného a **počet hodin strávených péčí**. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že čím více životních událostí závislá osoba nezvládá, tím vyšší je potřeba intenzivnější péče. Toto se podepisuje na psychickém i zdravotním stavu a má tudíž vliv na snížení kvality života pečujícího. Zároveň může docházet ke zhoršení vztahu mezi pečujícím a závislou osobou (Redinbaugh, 2003, s. 907). Studie dále hovoří, že počet pečujících osob se nemění v souvislosti se zhoršujícím se stavem závislé osoby (Jeřábek, 2013, s. 201). Další příčinou zvyšujícího se stresu u pečující osoby může

být **špatná spolupráce s obvodním lékařem** postižené osoby (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková 2013, s. 18). Velmi náročná je starostlivost o osobu imobilní. Dlouhodobé upoutání na lůžku způsobuje tvorbu dekubitů, hrozí zahlenění plic v důsledku povrchního dýchání a často také dochází k úbytku svalové hmoty. Pečující osoby musí dbát na prevenci, je důležité imobilního člověka polohovat nebo posazovat do křesla a zabezpečovat dostatečný pitný režim. Tato nelehká péče ovlivňuje fyzický i psychický stav pečovatele (Kalvach, 2009, s. 35-34). Zhoršená kvalita péče může nastat u umírajících osob. Je to z toho důvodu, že pečující osoba bývá mnohdy z náročné dlouhodobé péče unavena a stává se, že nestíhá pružně reagovat na potřeby osoby opečovávané. Rozhodne-li se člověk, že bude pečovat o blízkou umírající osobu, je potřeba, aby se seznámil s diagnózou a prognózou do budoucna, musí se připravit na možné komplikace, a také by měl být vybaven kontakty pro případnou alternativní možnost péče (Kurucová, 2016, s. 60). Kvalitu péče ovlivňuje také **socioekonomická situace**. Současnou výši příspěvku na péči vnímají pečující jako nízkou a řada pečujících příspěvek na péči musí využít i k jiným účelům, než ke krytí poskytování péče (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková, 2013, s. 17; Průša, 2013).

Kroutilová-Nováková a Jandzíková ve svém výzkumu kvality života pečujících osob s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti hovoří o nedostatečném finančním ohodnocení této péče. Téměř třetina pečovatelů z jejich výzkumů uvedla, že jim chybí peníze na kvalitní zajištění péče. Dále přepočítaly výši příspěvku na péči ve III a IV stupni k počtu hodin a zjistily, že pečující, který pečuje o osobu, které byl přiznán III stupeň závislosti, má za hodinu péče méně než 17 Kč/hod, a ten pečující, který pečuje o osobu s přiznaným IV stupněm závislosti je ohodnocen necelými 22 Kč/hod. (Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012, s. 21-24).

Vycházíme-li z jejich údajů, že o člověka ve III. stupni závislosti pečující pečuje 477 hod. měsíčně a za měsíc činí příspěvek 8.800 Kč, náleží mu nyní 18,4 Kč/hod. Pečujícímu o osobu závislou s přiznaným IV. stupněm závislosti, který pečuje 552 hod. měsíčně, náleží odměna 23.09 Kč/hod., neboť příspěvek nyní činí 13.200 Kč. S ekonomickou situací rodiny souvisí i možnost pečujícího zůstat doma s nemooucím člověkem nebo možnost pružné pracovní doby v případě nečekané situace. Data výzkumu *Rodinná soudržnost* ukazují, že svého zaměstnání se vzdalo celkem 35,2 % pečujících, z toho se 17,6 % vzdát muselo a 17,6 % se jich vzdalo dobrovolně (Jeřábek a kol., 2013). Přestože často dochází spíše k rozhodnutí vzdát se svého zaměstnání ve prospěch nemocného, najdou se i výjimky. Někteří pečující usilují o udržení si svého pracovního místa, protože pečovatelskou roli pova-

žují za dočasnou a nechtějí, aby jim případná péče bez příjmu snížila důchodový výměr. Jiní pečovatelé volí účast v pracovním poměru z důvodu potřeby se od péče odreagovat nebo jednoduše proto, že je práce naplňuje a nechtějí se jí vzdát (Geissler Holeňová, Horová et. al., 2015 b). Finanční situace pečujících a závislých osob ovlivňuje i možnost zajištění odstranění bariér, např. u imobilních osob. Stát sice při splnění zákonem daných podmínek poskytuje osobám s těžkou vadou nosného, pohybového nebo zrakového ústrojí příspěvek na zakoupení zvláštní pomůcky, ale nesplňuje-li závislá osoba dané podmínky, nebude jí dávka uznána a rodina bude muset situaci řešit vlastními prostředky. Jen pro příklad z vlastní praxe uvádíme, že nejčastěji lidé podávají žádost o příspěvek na pásový schodolez a šikmou zdvihací plošinu. Cena schodolezu se pohybuje v rozmezí cca. 130.000 Kč až 200.000 Kč, cena šikmé zdvihací plošiny činí zhruba 250.000 Kč. Péči o nesoběstačného člověka mohou významným způsobem ovlivnit i **sociální služby, kterých mohou laičtí pečovatelé využít**, aby nebyla jejich úloha tak náročná. Jak říkají výzkumy (Přidalová, 2007; Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková 2013, s. 17; Křížová, Janečková a Běláček, 2017, s. 295), pečující osoby by mnohdy rády využily sociální služby k ulehčení péče, ale vnímají jejich nedostatek. Vladimíra Tomášková naopak zmiňuje výsledky projektu Podpora neformálních pečovatelů, přičemž uvádí, že **potenciál v poskytování a využívání profesionální pomoci zůstává nevyužit**. Zájem o sociální služby a zároveň jejich nedostatečné využití způsobuje podle tohoto šetření především jejich vysoká cena a také nedostatečná informovanost o možnostech využití těchto služeb. Další významná bariéra spočívá v reálné možnosti využití sociální služby. Jinou možnost mají pečovatelé žijící ve městě a pečovatelé žijící v osamělé vesnici, kde pravidelný odvoz a dovoz závislého člověka do zařízení klade na pečovatele nejen finanční, ale také časovou zátěž. Další příčina spočívá v nedůvěře k sociálním službám, která vyplývá z pocitu pečujících, že péče vykonaná od nich je vykonaná nejlépe. Dotazníkové šetření se zaměřovalo především na využití terénních a ambulantních sociálních služeb (Tomášková, 2015, s. 21-22). My jsme v našem výzkumu identifikovali i jiný důvod nevyužití sociálních služeb, a to neochotu samotné závislé osoby službu využít.

1.5 Dopady péče na laického pečovatele

Nejčastějším **tématem diskuse** rodinných příslušníků při rozhodování, zda rodina převezme odpovědnost a poskytne dlouhodobou péči svému blízkému, je **zvážení možných ná-**

sledků, které s sebou péče přinese. Novou životní situaci musí přijmout všichni rodinní členové, protože péčí bude ovlivněn chod celé domácnosti.

Dlouhodobě poskytovaná péče může pečovateli, který není podporován ostatními členy rodiny, způsobovat stres a v jehož důsledku může dojít ke zhoršení fyzického i duševního zdraví. Jedním z možných dopadů péče, které mohou zasáhnout pečující osobu, je nedostatek času na jeho osobní život, mohou přijít pocity nejistoty a obava z budoucnosti, která je spojena se změnou zdravotního stavu osoby, o kterou je pečováno. Dalším nepříjemným dopadem stěžujícím životní situaci pečovatele je **nepříznivý vývoj finanční situace** v rodině (Horecký, 2012, s. 9-10). Jak vyplynulo z informací získaných z rozhovorů s pečujícími osobami, nejen dlouhodobá péče o nesoběstačného člověka, ale i rozhodnutí svěřit blízkou osobu do ústavní péče z důvodu nezvládnutí péče, členy rodiny negativně zasáhne. Psychický stres pečovatelů a **výčitky svědomí** z toho, že nezvládli péči o blízkého člověka, se stává srovnatelný s psychickým vyčerpáním, které s sebou nese dlouhotrvající péče (Jeřábek, 2005, s. 14, 15). Často se stává, že osobám pečujícím o blízkou nemohoucí osobu chybí v případě domácí péče nutná míra odstupů. Patříčný odstup je ovlivňován osobní citovou **zainteresovaností**, která navozuje silnější pocit stresu. V případě péče o jinou osobu je odstup přirozeně udržován, a tudíž i míra stresu je nižší. Tento fakt uvádí až polovina pečujících respondentů, kteří si výši stresu souvisejícího s péčí o blízkou osobu plně uvědomují (Langmeier, Krejčířová, 2016, s. 201-202). Z šetření sociálních pracovníků vyplývá, že se v rodinách často objevuje nerovnoměrné rozdělení péče o osobu blízkou. Často se stává, že osoba, která zajišťuje většinu domácí péče, bývá podle jejich zjištění obvykle i osobou, která zajišťuje rodinu finančně. Tato osoba se tak často pod tlakem neodkladných povinností dostává do silně stresujících situací (Hubíková, Dohnalová, 2013, s. 27). Jestliže uvádíme, že citová vazba na blízkou pečující osobu zvyšuje míru stresu, je nutné podotknout, že jsou-li pečovatelkami ženy, které jsou všeobecně citlivější, stávají se zranitelnějšími než pečovatel muž nebo školený pečovatel. Ženy pečovatelky se hůře vyrovnávají s nadměrným tlakem na svoji osobu a velmi těžce snáší nedostatečné ocenění své náročné práce (Novák, 2013, s. 12-16). Přestože je domácí péče náročná a pečovatelům chybí nezbytný odpočinek, uvědomují si, že se stávají pokornějšími a smířují se s danou situací. Současně však na sobě začínají pociťovat únavu a občas se dostávají stavy bezvý- chodnosti, které přecházejí v depresi (Michalík, Valenta, 2008, s. 18-20). Přitom nejvyšší míra zátěže je kladena na pečující, kteří se starají o umírajícího člověka, protože tyto lidé vyžadují neustále nové a nové reagování na jejich měnící se potřeby. Také situace, kdy

vám umírá blízká osoba, je značně psychicky vyčerpávající (Kurucová, 2016, s. 60–61). Pečující může stresovat každodenní rutina, náročná komunikace s nesoběstačným člověkem nebo ztráta soukromí. Mnohým pečujícím osobám nezbyvá dostatek času na jejich aktivity, což může zvyšovat riziko únavy a podráždění, protože každý člověk potřebuje tzv. vypnout (Přidalová, 2007, s. 64-66). Osoby pečující o nemohoucí ve středně těžkém nebo těžkém stupni závislosti postihuje často fyzická vyčerpanost. Neustálé zvedání, obracení a přenášení postižené osoby bývá příčinou zhoršeného zdravotního stavu pečujícího. Tuto skutečnost uvedla téměř polovina dotazovaných respondentů v šetření Kroutilové – Novákové a Jandzíkové s tím, že zhoršení jejich zdravotního stavu se začalo projevovat v době, kdy začali domácí péči poskytovat. Téměř ¾ z dotazovaných osob uvedlo, že nemá při péči možnost pravidelné relaxace. 92 % dotázaných respondentů v rozhovorech uvedlo, že se cítí být osamoceni a bezmocní často v bezvýchodné situaci, protože téměř celá péče a odpovědnost za stav opečovávané osoby a fungování rodiny spočívá na jejich bedrech. Tyto stresující situace jsou příčinou nastupující deprese, která jde ruku v ruce se zhoršujícím se zdravotním stavem (Kroutilová-Nováková a Jandzíková, 2012, s. 23). Pečující bývají také **izolovaní od společenského života**. Je běžné, že se nemají na koho obrátit, pokud potřebují v péči vystřídat, setkávají se s neochotou svých blízkých i okolí (Jeřábek, 2005, s. 14-15). Z důvodu každodenní péče dochází v rodině ke **změně vztahů** mezi osobou pečující a opečovávanou, i mezi pečujícím a ostatními členy rodiny. V mnoha případech dochází v důsledku péče spíše ke zhoršení vztahu a nezřídká, kdy se tento zhoršený vztah objevuje ne mezi pečovatelem a ošetřovanou osobou, ale mezi osobou pečující a ostatními blízkými osobami. Přítomnost postiženého člověka v rodině prověří vztahy, projeví se charakter jednotlivých členů rodiny, vyjde najevo sobeckost a upřednostňování vlastních zájmů nad ochotou zajistit potřeby ostatních jedinců. Drobné, ale často se opakující nevhodné chování příbuzných k pečujícímu nebo i postižené osobě prohlubuje vzájemné odcizení a může dojít až k vyhoření jejich vztahu (Michalík, Valenta, 2008, s.31). Zhoršení vztahů však může nastat i mezi osobou závislou a pečujícím, jestliže jsou pečující osoby vyčerpány z každodenních rutinních činností. Vyčerpávající je netečnost nebo nevděk postižené osoby (Jedlinská, Hlúbik a Levová, 2009, s. 33). Stejně tak je vyčerpávající i nedostatek uznání nebo podpory od blízkých osob a pocit společenské izolace (Michalík, Valenta, 2008, s.31). Dalším nepříjemným problémem, který se u pečujících objevuje, je obtížné uplatnění na trhu práce. Častěji se s tímto problémem potýkají ženy než muži, nejen proto, že pečovatelkami bývají častěji ženy, ale i proto, že ženy všeobecně obtížněji hledají za-

městnání. Snadné podmínky nemá ani osoba, která je při péči současně zaměstnaná, jelikož zaměstnavatel nemusí být vždy ochoten uvolnit pečujícího podle potřeb závislé osoby (Dudová, 2013).

Jsme toho názoru, že pečující nemají lehkou situaci v případě, pokud nemají k péči dostatečně přizpůsobené prostředí. Není-li domácnost bezbariérová, je nutno hledat a vymýšlet náhradní řešení. Ze zkušeností můžeme podotknout, že v případě péče o imobilního člověka je potřeba při jednom úkonu pomoc i dvou lidí.

1.6 Výhody domácí péče

Péče poskytovaná v domácím prostředí má pro opečovávaného velké výhody. Nemohoucí člověk má jistotu domácího prostředí, bývá obklopen blízkými a známými lidmi, může se radovat z toho, že ho rodina „neodložila.“ Pokud není zdravotní stav příliš vážný, má možnost se zapojovat do rodinného života a rodinných událostí. Domácí péče má dle našeho názoru také pozitivní vliv na mladší generaci. Je-li péče brána jako samozřejmost, slouží tato skutečnost jako dobrý vzor do budoucna.

Jestliže rodina zvládá bez výčitek, bez větších problémů, důstojně a láskyplně péči o svého člena, jestliže si dokáže vzájemně pomáhat, je její chování příkladným vzorem pro děti žijící uvnitř ní. Stejně tak i ony se odpovědně a s láskou mohou někdy umět postavit k problému péče. Vzájemná sounáležitost pozitivně ovlivňuje rodinný vztah (Tošnerová, 2001, s. 58).

Péče o nesoběstačného člověka může v určitých situacích vyřešit i nepříjemné osobní situace, např. nezaměstnanost. V tomto případě, i přestože péče není zcela dobrovolná, ale je poskytována účelně, pokud je poskytována kvalitně, přináší pozitiva pro všechny strany (Veselá, 2002, s. 10). Starost o nesoběstačného člověka je nesmírně náročná, a ne každý zvládne kvalitní péči poskytnout. Je potřeba umět se vcítit do potřeb opečovávaného a brát roli pečujícího vážně.

První kapitola se věnovala laické péči. Seznámila nás s výzkumy na toto téma, definovala osobu blízkou i laického pečujícího. Dozvěděli jsme se, že k poskytování péče vedou laického ošetřovatele většinou morální hodnoty a citové pouto k blízké osobě, dostupnost sociálních služeb a finanční situace rodiny. Dále jsme se zabývali otázkou, jaké faktory ovlivňují kvalitu poskytnuté péče, a otázkou, jak se péče projevuje do života pečujícího. Z dosavadních informací je zřejmé, že laická péče s sebou nese úskalí v podobě nedostatku

financí, fyzické vyčerpanosti, ztráty soukromého života i samoty. Pokud je péče zvládnutelná a pečující osoba cítí podporu svých blízkých, přináší i uspokojení.

2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI – NÁSTROJ POMOCI LAICKÉMU PEČOVATELI

V první kapitole jsme se věnovali laické péči, nyní si popíšeme koncept příspěvku na péči. Příspěvek na péči je tématem mnoha studií (Průša, 2009a, 2009b, 2010; Wernerová, 2007; Lukešová, 2011). Uveďme alespoň zajímavou studii, kterou předkládají Havlíková a Hubíková (2015). Zabývají se tématem sociální práce, respektive sociálním šetřením v agendě příspěvku na péči. Výzkumným cílem bylo zjistit, jakým způsobem realizují sociální pracovníci sociální šetření a identifikovat, jaké faktory průběh sociálního šetření ovlivňují.

Horecký (2012) se zase zabývá neefektivním financováním sociálních služeb a předkládá návrhy změn systému PnP. Podobné studie na téma financování sociálních služeb předkládá také Průša (2013, 2015).

Příspěvek na péči je ukotven v zákoně č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů o sociálních službách. Hlavním cílem zavedení příspěvku na péči je umožnit nemocnému člověku setrvat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a podle vlastních preferencí volit jakým způsobem o něj bude postaráno. Tento příspěvek je vyplácen přímo žadateli, tzn. oprávněné osobě a je vyplácen peněžní formou (Duka, Duková, Kohoutová, 2013, str. 109, 117). O příspěvek na péči mohou požádat osoby, které jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby (§ 7 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje stav, který má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti. Tento nepříznivý stav musí mít vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost (§ 3 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Nestačí tedy skutečnost, že osoba některou činnost neprovádí, protože ji neumí nebo nemá potřebnou motivaci k jejímu provedení, ale proto, že jí v tom brání konkrétní, určité postižení nebo nemoc. Je také potřeba vzít v úvahu, že podle výkladu posudkové služby není vyžadována 100% kvalita zvládnutí životní potřeby, ale bere se v potaz, zda jsou osoby tuto činnost schopny zvládat v přijatelném standardu. Dávka příspěvku na péči je určena lidem, kteří si potřebují financovat zvýšenou péči o vlastní osobu z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a proto neslouží k pokrytí jiných výdajů.

Výdaje související s životními náklady mají být financovány z jiných systémů pojištění (např. z důchodu, vlastních úspor) či blízkými rodinnými příslušníky (Průša, 2015, s. 3). Nelze požádat o dávku příspěvku na péči pro dítě mladší jednoho roku.

2.1 Řízení o příspěvek na péči

Osoba, která si chce podat žádost o dávku příspěvku na péči, musí doložit dva základní tiskopisy *Žádost o příspěvek na péči* a *Oznámení o poskytovateli pomoci*. Tyto tiskopisy lze vyzvednout na odboru nepojistných sociálních dávek Úřadu práce ČR nebo je lze stáhnout na stránkách MPSV.

Po podání žádosti o příspěvek na péči kontaktuje žadatele sociální pracovník Úřadu práce a domluví si s ním termín sociálního šetření. Sociální šetření je od roku 2007 povinnou součástí řízení. Cílem tohoto šetření je zjistit schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Přirozeným prostředím může být domácnost žadatele, ale i pobytová sociální služba (Hubíková, Havlíková, 2015, s. 9). Šetření trvá 40 – 60 minut. Pokud je zdravotní stav osoby, která o příspěvek žádá natolik nepříznivý, že by nedokázala adekvátně popsat své potřeby, je vhodné, aby byla u šetření přítomná např. pečující osoba nebo některý z členů rodiny. Z naší praxe můžeme potvrdit, že pečující osoby bývají sociálnímu šetření přítomny často a podle potřeby doplňují výpovědi žadatelů.

Sociální pracovník musí disponovat určitými vlastnostmi. Měl by být empatický, nemělo by mu chybět umění aktivního naslouchání a čtení v odpovědích „mezi řádky“. Je doporučeno, aby pracovník provádějící šetření nechal klienta spíše volně vyprávět, ale zároveň musí být schopen rozhovor usměrňovat, aby příliš neodbočoval od tématu. Při sociálním šetření je výhodné, pokud pracovník používá spíše otevřené otázky. (Matoušek, 2003, s. 100 – 103).

Sociální pracovník se při šetření zaměřuje na to, aby popsal žadatelovu situaci z hlediska těchto základních životních potřeb:

- **Mobilita:** sociální pracovník zjišťuje schopnost vstávání a usedání, chůzi v přirozeném prostředí, v terénu, zajímá se, zda je osoba schopna chůze po schodech, zda využívá nějaké kompenzační pomůcky, osobní vůz nebo MHD apod.
- **Orientace:** zde se posuzuje, zda se osoba orientuje ve svém přirozeném prostředí, zda se orientuje místem, osobou, rozezná denní a noční režim, zvládne adekvátně reagovat na vzniklé situace. Tyto kompetence je nutno vztahovat k věku žadatele.
- **Komunikace:** sociální pracovník vnímá, jak je osoba schopna komunikovat. Tzn., zda je schopna použít telekomunikační prostředky, zda a jakým způsobem zvládá sdělit své potřeby, zda je schopna vyplnit krátký formulář nebo napsat krátký souvislý text.

- Stravování: tato potřeba je uznána, pokud člověk není schopen se najíst, napít, přemístit si podle potřeby pokrm a naservírovat ho. Pokud má závislá osoba nařizovanou dietu, zjišťuje se také schopnost dodržovat dietní režim.
- Oblékání a obouvání: sociální pracovník zjišťuje, zda je žadatel schopen si vybrat oděv adekvátně počasí, zda si jej zvládá obléci, jakým způsobem se svléká, obléká, zda si je schopen zavázat tkaničky, zapnout knoflíky.
- Tělesná hygiena: zjišťuje se, jakým způsobem probíhá hygiena, zda je potřeba pomoci pečující osoby, zda si žadatel zvládá umýt vlasy, oholit se nebo si ostříhat nehty.
- Výkon fyziologické potřeby: popisuje se, zda je osoba schopna včas užít WC, zda provede sama očistu, jakým způsobem používá hygienické pomůcky.
- Péče o zdraví: zjišťuje se, zda je osoba schopna dodržovat podle pokynů lékaře léčebný režim, zda je schopna dopravit se k lékaři, rozpozná problém a v případě potřeby zvládne vyhledat pomoc.
- Osobní aktivity: sociální pracovník popisuje způsob trávení volného času.
- Péče o domácnost: sleduje se, zda je člověk schopen nakládat s penězi, zda si zvládne obstarat běžný nákup, je schopen si ohřát jídlo, jakým způsobem si udržuje pořádek. Zjišťují se úkony praní, běžný úklid, případně způsob topení (Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.).

Sociální pracovník v šetření nestanovuje diagnózy, ale popisuje situaci žadatele, co v návaznosti na určitou diagnózu zvládá a co nikoliv. Zaměřuje se na komentář prostředí, ve kterém šetření proběhlo, vyjadřuje se k míře pomoci druhé osoby, tzn. zda je potřeba dohled, dopomoc, jak často se pomoc při určitém úkonu opakuje, zda je pravidelná, či jen občasná.

Při šetření je veden protokol, do kterého může osoba nahlédnout. Tento protokol na konci šetření podepisuje jak oprávněná, tak pečující osoba. Sociální pracovník poté šetření přepíše a tento přepis sociálního šetření zašle na lékařskou posudkovou službu jako přílohu dokumentu Žádost o posouzení zdravotního stavu. V dokumentu sociální pracovník popisuje výsledky svého pozorování a další komentáře k jednotlivým úkonům. Jakmile lékařská posudková služba zašle Úřadu práce vyhotovené posouzení, pokračuje se v další administraci. Oprávněná osoba, případně zákonný zástupce, či opatrovník obdrží vyrozumění s možností seznámit se s podklady, které zaslal posudkový lékař. Zde záleží na výše uve-

dených osobách, zda se dostaví nebo ne. Pokud se nedostaví, vypraví pracovník Úřadu práce po pěti dnech od převzetí tohoto vyrozumění rozhodnutí o dávce.

Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku (§ 13 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Dávka je vyplácena na účet nebo poštovní poukázkou. Poskytovatel pomoci je povinen do osmi dnů písemně nahlásit Úřadu práce nastalé změny. Nejčastěji se jedná o zahájení hospitalizace, změnu trvalého či skutečného pobytu, změnu poskytovatele péče nebo úmrtí oprávněné osoby.

2.2 Výše příspěvku na péči

O přiznaném stupni závislosti a výši přiznaného příspěvku na péči se oprávněná osoba nebo její zástupce dozví z „Rozhodnutí o přiznání nebo nepřiznání“ dávky. Sociální pracovník rozhodnutí vydává na základě posudku od posudkového lékaře. Proti tomuto rozhodnutí může oprávněná nebo zastupující osoba podat do patnácti dnů od převzetí odvolání. Odvolání musí být podáno k úřadu, který rozhodnutí vydal. O odvolání poté jedná Ministerstvo práce a sociálních věcí (Hauke a kol., 2017, s. 239).

Jak jsme uvedli výše, posudkový lékař rozhoduje o stupni závislosti žadatele na základě lékařských dokumentů a doloženého sociálního šetření. Stupeň závislosti je stanoven podle počtu nezvládnutých životních potřeb, přičemž nezvládnutí životní potřeby je dáno dalšími kumulativními podmínkami, a to dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem, každodenním nezvládnutím určitého počtu základních životních potřeb a každodenní potřebou pomoci a péče.

Výše příspěvku na péči je stanovena v § 11 zákona č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Výši příspěvku na péči uvádíme v následujících tabulkách:

Stupeň závislosti	Nezvládnuté životní potřeby	Částka v Kč r. 2018
I. lehká závislost	3	3300,-
II. středně těžká závislost	4 nebo 5	6600,-
III. těžká závislost	6 nebo 7	9900,-
IV. úplná závislost	8 nebo 9	13200,-

Tabulka č. 1- Posuzování stupně závislosti do 18 let věku žadatele

Stupeň závislosti	Nezvládnuté životní potřeby	Částka v K r. 2018
I. lehká závislost	3 nebo 4	880,-
II. středně těžká závislost	5 nebo 6	4400,-
III. těžká závislost	7 nebo 8	8800,-
IV. úplná závislost	9 nebo 10	13200,-

Tabulka č. 2 - Posuzování stupně závislosti nad 18 let věku žadatele, Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2017 (vlastní zpracování)

O příspěvek mohou žádat i osoby, které jsou hospitalizovány nepřetržitě pro stejnou nemoc nebo úraz v délce alespoň 60 dnů. V takovém případě musí splnit podmínku dle zákona č. 108/2006 Sb., že tato skutečnost musí být písemně oznámena Krajské pobočce Úřadu práce ČR a to ve lhůtě do 8 dnů ode dne hospitalizace.

Pečuje-li rodina o dítě a splňuje zákonem dané podmínky, může si podat žádost o zvýšení příspěvku na péči. Dávka se zvýší o částku 2 000 Kč. Podle zákona č. 108/2006 Sb., § 12 lze částku zvýšit měsíčně dětem se zdravotním postižením do 18 let, jestliže je rozhodný příjem společně posuzovaných osob nižší než dvojnásobek životního minima. Dále se částka zvyšuje dětem ve věku 4-7 let, které spadají do III. nebo IV. stupně závislosti. Zde se nepřihlíží k příjmu rodiny a částka je zvyšována automaticky.

Příspěvek na péči je poskytován především osobám, které potřebují pomoc z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, nikoliv osobám, které trpí nedostatkem financí. Bohužel, osobně se v praxi setkáváme i s tím, že je dávka vnímána jako kompenzace nedostatečného příjmu.

2.3 Kontrola využití příspěvku na péči

Příspěvek na péči je poskytován za účelem financování potřebné péče. Příjemce příspěvku na péči je povinen prokázat a osvědčit využití příspěvku. Z příspěvku by neměly být hrazeny léky, doplňky stravy, ani potraviny. Příspěvek na péči by měl být využit k zaplacení služby-dovoz oběda, zajištění nákupu nebo odvozu k lékaři. Je-li péče poskytována fyzickou osobou, je bohužel těžko prokazatelné, zda je příspěvek na péči řádně využíván (Kroutilová 2017, s 101).

Využití dávky příspěvku na péči kontroluje sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce. Podle zákona o sociálních službách je oprávněn při kontrolním šetření vstupovat do obydlí osoby, ve kterém příjemce příspěvku na péči žije. Jestliže si žadatel nebo pečující osoba vyžádá doklad o oprávnění k činnosti sociální kontroly, musí jim v tomto případě sociální pracovník předložit služební průkaz a zvláštní oprávnění vydané příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce (§ 29 zákon. č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Pro ukázkou, ve druhém pololetí roku 2017 provedli sociální pracovníci oddělení příspěvku na péči ve **Zlínském kraji 2211 kontrolních šetření**, 1610 kontrolních šetření proběhlo v domácnostech, kde poskytovatelem péče je osoba blízká. Z počtu 1610 příjemců dávky příspěvek na péči bylo 42 osob z nějakého důvodu poučeno o jejich povinnostech. Tzn., že sociální pracovníci objevili při šetření jisté nesrovnalosti. (interní informace Úřadu práce).

Sociální pracovník se zaměřuje na úroveň poskytované služby, zajímá se, zda je uživatel se službou spokojen, zjišťuje případné nevidované změny nebo zda je uvedený poskytovatel péče schopen péči poskytovat. Poskytuje-li péči poskytovatel sociálních služeb, kontroluje, jakým způsobem je sepsána smlouva. Je-li při kontrole zjištěno, že uvedený poskytovatel péče neplní nebo nezvládá péči poskytovat, musí si pečující osoba zajistit jiného poskytovatele (Králová, Rážová, 2012, s. 65). Sociální pracovník může také zjistit, že se zdravotní stav žadatele zhoršil. V tomto případě mu doporučí, aby si podal žádost o změnu výše přiznaného příspěvku na péči. Zjistí-li sociální pracovník, že u klienta došlo od přiznání příspěvku k výraznému zlepšení zdravotního stavu, kontaktuje lékařskou posudkovou službu, která podá podnět k prošetření.

Každou kontrolu musí sociální pracovník zaznamenat v písemné podobě. Záznam podepisuje sociální pracovník provádějící šetření a osoba, která byla šetření přítomna. V záznamu je popsána klientova životní situace a případné zjištěné nedostatky. Záznam je založen do spisové dokumentace klienta (Sokol, 2008, s. 92-93). Z výzkumů vyplývá, že pečující a oprávněná osoba nejčastěji zneužívají příspěvek na péči tím způsobem, že se uvede do žádosti nepravdivý údaj o pečující osobě. Může to být z toho důvodu, že pečující osoby mají jisté výhody, ať už započítání doby péče do tzv. náhradní doby péče, nebo možnost neregistrovat se jako uchazeč o zaměstnání (Veselá, 2013, s. 10).

Tématem kontroly využití příspěvku na péči se zabývali i Musil (2011) a Průša (2015). Aktuální výzkum z oblasti využití příspěvku na péči publikovaly Kroutilová – Nováková a

Kinská (2017). Pomocí dotazníkového šetření mapovaly využití dávky příspěvku na péči u romské populace.

2.4 Sociální zabezpečení a zvýhodnění pro pečující osoby

Stojí-li pečující osoba před rozhodnutím, zda pečovat, či nepečovat, mohou jí být při rozhodování nápomocny informace o tom, zda bude mít zajištěnou podporu státu, či bude mít alespoň nějaká zvýhodnění.

Neformální péče nemá oporu v žádném právním předpisu a činnost neformálního pečovatele není nijak právně upravena. Pojem „pečující osoba blízká“ je částečně zmíněn v zákoně 108/2006 (§ 7) odstavci 2, kde je v souvislosti s nárokem na příspěvek na péči zmíněn status osoby blízké, která může být poskytovatelem péče. (Michalík, 2011, s. 99; Dudová, 2013, s. 22–23). Pečuje-li člověk o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni I nebo o osobu, která je závislá na pomoci jiné osoby ve stupni II, III anebo stupni IV a zaregistruje se na Úřad práce jako osoba pečující, započítává se mu tato doba péče jako **náhradní doba pojištění**. Jestliže pečující osoba nespadá pod osobu blízkou, vyžaduje se podmínka společné domácnosti (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 5).

Péče o osobu blízkou nemůže být logicky vykonávána např. při hospitalizaci. Známe případy z praxe, kdy byla závislá osoba hospitalizována v kuse déle než jeden celý měsíc a pečující osoba i přesto, že byla upozorněna na podmínky nároku náhradní péče, se zapomněla zaregistrovat na úřad práce jako uchazeč o zaměstnání.

Neformální pečovatel poskytující péči má po ukončení péče nárok na podporu v nezaměstnanosti, protože je mu doba péče započítávána jako **náhradní doba zaměstnání**. Tento nárok mu připisuje (§ 41 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti). Zvládá-li neformální pečovatel při péči vykonávat i pracovní činnost a potřebuje upravit týdenní pracovní dobu, musí mu zaměstnavatel, pokud mu v tom nebrání žádné překážky, vyjít vstříc (Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 241). Přesto se pečující osoby setkávají i s nepochopením a neochotou ze strany zaměstnavatele. Jak uvádí Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013, s. 18) ve svém výzkumu, především matky pečující o své postižené dítě vnímaly nedostatečnou podporu zaměstnavatele.

Od 1. června 2018 začala platit dávka tzv. **dlouhodobé ošetrovné**. Dlouhodobé ošetrovné umožňuje rodině postarat se o svého blízkého po propuštění z nemocnice např. po vážném

úrazu nebo nemoci. O potřebě celodenní péče bude rozhodovat ošetřující lékař. Ošetřovné umožňuje čerpat až 90 kalendářních dnů volno s tím, že pečující osobě bude náležet částka ve výši 60% denního vyměřovacího základu. Toto dlouhodobé ošetřovné umožní rodině připravit se na situaci, která vyplyne ze zdravotního stavu a poskytne jí prostor, např. pro podání žádosti o příspěvek na péči. Dlouhodobé ošetřovné je poskytováno nemocensky pojištěné osobě. Je potřeba zmínit, že nárok na dávku vznikne v tom případě, že hospitalizace závislé osoby trvala alespoň týden a po ukončení hospitalizace bude potřeba o nemocnou osobu pečovat ještě minimálně 30 kalendářních dnů. V průběhu těchto 90 dnů ošetřování je možné, aby se v péči vystřídalo i více osob (cssz.cz, 2017). Z vlastní praxe můžeme konstatovat, že lidé mají o této dávce nedostatečné informace, mnohdy je na možnost využití dávky lékař ani neupozorní. Dále si lidé tuto dávku chodí často vyřizovat na Úřad práce, protože tuto instituci zaměňují s Okresní správou sociálního zabezpečení.

Žadatelé o příspěvek na péči mají často dotaz na dobu, po kterou trvá řízení o příspěvek na péči. Úřad práce má povinnost vydat rozhodnutí do 60 dnů. Okresní správa sociálního zabezpečení je povinna vydat posouzení o zdravotním stavu do 45 dnů. Pokud však, nemůže posudkový lékař ze závažných důvodů lhůtu dodržet, oznámí tuto skutečnost Úřadu práce a lhůta pro vydání posudku se tak prodlouží o dalších 30 dnů. Celkově může tedy vyřízení žádosti trvat až 135 dnů.

3 SYNDROM VYHOŘENÍ

Následující kapitola se bude věnovat syndromu vyhoření. Nejdříve tento pojem definujeme a poté popíšeme příznaky syndromu. Dále se budeme zabývat otázkou, jaké aspekty vedou k vyhoření u pečujících osob, a seznámíme se s možností prevence syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je český ekvivalent k anglickému „*Burnout syndrome*“ (Kebza, Šolcová, 1998). Syndrom byl poprvé popsán americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974. Burnout je podle něj konečné stadium, při kterém lidé ztrácejí dosavadní nadšení i motivaci (Ptáček, Čeledová, 2011, s. 28). Syndrom vyhoření můžeme popsat jako *specifickou emoční únavu, stav citové vyčerpanosti, jenž se projevuje dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností* (Vymětal, 2003, s. 24). Tento duševní stav doprovází řada příznaků. Mohou to být pocity úzkosti, ztráta chuti do života i do práce, smutek nebo únava. Vyhoření se často vyskytuje u osob, které pracují s druhými lidmi, kde hraje významnou roli mezilidská komunikace (Tošnerová, Tošner, 2002, s. 3). Nejčastěji se syndrom vyskytuje např. u lékařů, policistů, pracovníků v sociálních službách, učitelů a u dalších profesí, kde je předpokládán intenzivní osobní kontakt s lidmi. Příznaky syndromu bývají dále přítomny u vysoce postavených manažerů a vedoucích pracovníků. Tzn., že vyhořením jsou ohroženi i lidé pracující ve vysokém pracovním tempu, přičemž dochází k jejich přetěžování (Křivohlavý, 1998, s. 18). Stav vyhoření přichází v případě, kdy člověk musí delší dobu čelit nějaké stresující události. Lidé, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje, si vyčerpání ani změny zdravotního stavu nepřipouštějí.

Vezmeme-li v úvahu, že syndrom vyhoření byl v zahraničních zdrojích popsán v 70. letech, je tento stav vědci zkoumán již přes 40 let.

Literatura popisuje mnohá pojetí a vymezení syndromu, která se vzájemně liší, (Kebza, 2003; Křivohlavý, 1998; Švingalová, 2006 a další) přesto se objevují **společné znaky**. Jedná se zejména o psychický stav a vyčerpání člověka, symptomy vyhoření se vyskytují především v psychické oblasti. S vyhořením se často setkáváme u profesí, kde převažuje intenzivní komunikace s jinými lidmi. Hlavní složkou syndromu je bezmoc, beznaděj a často i celková únava. Důležitou informací je fakt, že syndrom vyhoření přichází v důsledku chronického stresu (Kebza a Šolcová, 2003, s. 7).

3.1 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření přichází postupně a jeho vznik bývá doprovázen varovnými signály. Tyto signály neboli symptomy, můžeme rozdělit do tří úrovní. **Příznaky na psychické úrovni** zahrnují časté migrény, podrážděnost nebo pocity frustrace. Člověk je špatně naladěný a ztrácí energii i nadšení pro činnosti, které dříve rád vykonával (Kebza a Šolcová, 2003, s. 9). Tato ztráta nadšení ovlivňuje výkon oblíbených činností v soukromí i v pracovní sféře (Křivohlavý, 1998, s. 50). **Příznaky na fyzické úrovni** se vyznačují nespavostí, únavou, osoba může mít potíže s kolísáním krevního tlaku, člověka bolí celé tělo a celkově je snížena tělesná aktivita. Že není něco v pořádku, může naznačovat také kolísání váhy. Z důvodu nechutenství může váha nepříjemně poklesnout nebo se naopak zvýšit v případě, že osoba řeší svůj stres přejídáním. Je zajímavé, že na skutečnost zvýšení váhy a změn chuti během péče si v průběhu našeho realizovaného rozhovoru stěžoval muž. **Příznaky na úrovni mezilidských vztahů** charakterizuje nízká empatie, omezení zájmových činností, nechuť provádět jakékoliv aktivity a vyhýbání se lidem (Kebza a Šolcová, 2003, s. 9-10). Blížící se vyhoření se může projevit i v chladném, necitlivém chování ke klientům, k blízkým osobám i ke spolupracovníkům. Takového člověka již nezajímá, jak je vnímán druhými lidmi, začíná být nespolehlivý, může pociťovat emoční vyčerpání a v důsledku toho není schopen plnit zadané úkoly nebo sliby. Tato netečnost, podráždění a uzavření může vyústit až ve ztrátu přátel (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 20-21).

V poslední době se o syndromu vyhoření hovoří i ve spojitosti s poskytováním neformální péče. Je to z toho důvodu, že neformální pečovatelé jsou neustále v osobním přímém kontaktu se svým blízkým člověkem, musí řešit neustále opakující se starosti. Jsou také izolováni od společenského života a nezbyvá jim ani dostatek času na uspokojení svých potřeb jak v oblasti zajištění vlastního zdraví, tak i volného času.

3.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření bývá charakterizován určitými fázemi, které přicházejí pozvolně v průběhu delšího časového horizontu. Tyto fáze se mohou v průběhu péče různě střídat, některé fáze u pečujícího nemusí být ani přítomny. Odborné publikace uvádí model pěti fází, který lze použít i na pečující osoby. **Idealistické nadšení** - pečující osoba přebírá roli pečujícího s nadšením. Neočekává žádné překážky, mívá zkreslené představy o náplni a průběhu pracovní činnosti, těší se, jak bude závislé osobě pomáhat a ta mu bude bezpodmínečně vděčná. Riziko v této fázi spočívá v přehnané aktivitě směrem k nemohoucí osobě

a zapomínání na své potřeby (Hauke a kol. 2017, s. 223). **Fáze stagnace** - po nějaké době si pečující uvědomí, že není vše podle jeho představ. Vnímá komunikační problémy, protože opečovávaná osoba nespolupracuje a je potřeba řešit nové a nové situace. Pečující ztrácí nadšení, už není do péče angažován v takové míře a začíná uvažovat, jak si práci co nejvíce ulehčit (Praško a Pešek, 2016, s. 19). Po uvědomění si reality přichází **fáze frustrace**. V této fázi může pečující pociťovat již první zdravotní problémy. Neprobíhá-li péče o blízkou osobu dle předpokládaného plánu, může se pečující začít obviňovat z nedostatečně zvládnuté péče. Přicházejí pocity viny za to, že péče neprobíhá způsobem, jakým byla plánována, dochází k vyhýbání se náročnějším úkolům, nastává fáze přenechání zodpovědnosti za péči na druhou osobu. Předposlední **fáze apatie** představuje situaci, kdy role pečujícího již nenaplňuje, péče je poskytována pouze z donucení. Pečující je k potřebám druhého člověka spíše lhostejný, svou roli a frustraci začíná řešit pomocí alkoholu nebo užíváním léků (Hauke a kol. 2017, s. 223). Poslední **fáze - syndrom vyhoření** charakterizuje především emoční vyčerpání, bývají přítomny deprese, převažují myšlenky typu „*nedá se to vydržet, kašlu na to, už nemůžu*“ ... Praško a Pešek (2016, s. 19).

Syndrom vyhoření je vlastně určitá forma stresu, který je dán sociálními vztahy a specifickým prostředím v interakci poskytovatel péče - opečovávaná osoba. Pečující osoby bývají ohroženy syndromem vyhoření, protože jsou vystaveny každodennímu tlaku a stresovým událostem. Zároveň zde hraje roli citové pouto k závislé osobě Maslach a Jackson (1981) podle Istifan Maroon (2012, s. 17).

3.3 Aspekty vedoucí k syndromu vyhoření u pečujících osob

Během naší životní cesty si každý člověk prochází příjemnými i nepříjemnými událostmi. Přicházejí pocity radosti, štěstí a uspokojení, ale mnohdy se musíme poprat i s nepříjemnými, náročnými situacemi. Pečovatelé, kteří poskytují intenzivní péči, bývají mnohdy vystaveni stresovým událostem.

V rámci veřejné politiky je potřeba důsledného zaměření na redukci zátěže, kterou pečující pociťují (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013 s. 10-20). Možné stresory vedoucí k syndromu vyhoření lze rozdělit do dvou oblastí.

První oblast charakterizují **osobní problémy**. Ty můžeme popsat jako nespokojenost s množstvím volného času z důvodu náročné péče. Pečujícím osobám mnohdy nezbyvá čas pro uspokojování svých potřeb, tento problém vnímají především poskytovatelé pomoci,

kteří nemají možnost se v péči vystřídat (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková, 2013, s. 15). Na nedostatek volného času pečujících osob upozorňují i (Tošnerová, 2001; Jeřábek 2013; Šimoník 2015). Další osobní zátěžové faktory reprezentují zdravotní a psychické potíže. Pečující se často potýkají s bolestmi páteře v důsledku častého přenášení nebo zdvihání nemocného. Pečující často zmiňují i negativní změny v rodinném prostředí a omezení společenských aktivit. Srov. také např. Haškovcová (2010) a Remr (2013).

Druhou oblast způsobující stres charakterizují problémy vyplývající z *deficitu veřejných politik*, které souvisí s nedostatkem sociálních služeb - pečující by uvítali především odlehčovací služby. Tento druh služby zmiňovali také informanti v našem rozhovoru. Šimoník (2015, s. 46) dodává, že respitních služeb nejvíce využívají pečovatelé, kteří poskytují péči celodenně a žijí ve společné domácnosti. Většinou jsou to pečující o osobu ve IV stupni závislosti nebo o své dospělé, často např. mentálně handicapované děti.

Pečující dále stresuje **nedostatek informací**. Především by uvítali informace o dostupných sociálních službách, o kurzech a poradenství ohledně ošetrovatelské péče nebo svépomocné skupiny, kde by mohli sdílet své starosti (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková, 2013, s. 18). Šimoník (2015, s. 32) ve své zprávě zmiňuje, že až 60% pečujících osob odpovědělo, že nemají žádné informace o možnostech využití účasti ve svépomocné skupině nebo osoby vůbec nevěděly, co svépomocná skupina nabízí a že taková služba existuje.

Z našich zkušeností vyplývá, že pečující nemají dostatečné a přesné informace o možnostech příspěvku na zvláštní pomůcky. Dále se setkáváme s tím, že mnohé pečující osoby si přicházejí pro kontakty na poskytovatele sociálních služeb na místní pobočku Úřadu práce, protože nevědí, kam se mají obrátit. Se zavedením dlouhodobého ošetrovního příbylo také dotazů na tuto dávku. Zde bychom mohli vyzdvihnout významnost zapojení sociálních pracovníků, např. obecních úřadů, kteří mají za úkol provádět sociální práci na svém území. Tito sociální pracovníci mají možnost poskytnout pečujícím osobám potřebné informace, mohou je nasměrovat na konkrétní instituce, doporučit jim případný postup při podání žádosti nebo je pouze vyslechnout a podpořit.

Největší obtíže s nedostatkem informací pociťují pečovatelé v počátku péče. Uvádějí, že se k nim dostávají neucelené informace a mají také potíže zorientovat se v možnostech využití všech dostupných sociálních dávek. Jak uvádí Geisler et.al. (2015) podle Tomáškové (2015, s. 23) *tradiční informační zdroje (praktičtí lékaři, obecní úřady nebo úřady práce)*,

jsou pečujícími hodnoceny poměrně ambivalentně. Vždy zde záleží na ochotě a informovanosti konkrétního pracovníka.

Náročné situace prožívají osoby, které jsou zaměstnané a zároveň plní roli poskytovatele péče. V tomto případě je nutností dobrá organizace práce, pomoc dalších osob nebo zapojení služby sociální péče a mnohdy také vstřícnost zaměstnavatele.

3.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Dotazníkové metody jsou výrazným pomocníkem k prokázání existence syndromu vyhoření. Existují dotazníky, které může vyhodnotit pouze psycholog, a dotazníky, které si můžeme vyhodnotit sami. Tyto dotazníky lze vyhledat také na internetových serverech.

Dotazníky syndromu vyhoření sestavili např. Hawkins, Minirth, Maier a Thursman (1990). V českém znění je uvádí ve své publikaci Křivohlavý (1998, s. 33-34). Podle něj jde o velmi jednoduchou metodu, kdy člověk na základě odpovědí ano nebo ne rozezná již blížící se riziko syndromu vyhoření. Další možností, jak diagnostikovat syndrom vyhoření je vyplnit dotazník *BM – Burnout Measure* (míra vyhoření) od autorů Pinesová a Aronson (1980). Tento dotazník hodnotí burnout ze tří hledisek, a to z tělesného, emocionálního a psychického vyčerpání. Podle zmiňovaných autorů je vyhoření prožíváno jako *...stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné* (Křivohlavý, 1998, s. 49). Čím je vyšší hodnota BM, tím vyšší je spokojenost člověka s vlastním životem. Dotazníku se budeme věnovat v praktické části naší práce.

Poslední metodu, kterou zmíníme, je metoda *MBI (Maslach Burnout Inventory)* od dvojice Christina Maslach a Jackson. Jejich dotazník slouží pracovníkům orientovaným na klienta k rozklíčování jejich pohledu na vlastní práci. Dotazník obsahuje 22 otázek, které jsou zaměřené na tři faktory – emocionální vyčerpání, tedy nedostatek sil k jakékoli činnosti, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Každou otázku je možno vyjádřit na škále od (0) „nikdy“ po (6) „denně“ (Maroon, 2012, s. 72-73).

3.5 Prevence syndromu vyhoření

V dnešní uspěchané době je stresu vystaven téměř každý. Poznatky, které přinesly výzkumy o pečujících osobách (Tošnerová, 2001; Kroutilová-Nováková, Jandzíková, 2012; Redinbaugh 2003; Michalík, Hubíková, Havlíková, 2015; Kotrusová, Dobiášová, Hošťál-

ková, 2013; Kurucová, 2016,) hovoří o tom, že pečující osoby jsou vystaveny stresujícím událostem velmi často. Aby pečující osoby zmírnily vystavení stresovým událostem, měly by si uvědomit, že nemusí být všechno vykonané na 100 %. Toto uvědomění může přinést pečujícím úlevu a zároveň zabrání tomu, aby se stala opečovávaná osoba závislá na pomoci víc, než ve skutečnosti je. Obecně můžeme říct, že k prevenci syndromu vyhoření přispívá dodržování zdravého životního stylu, což zahrnuje **kvalitní spánek, dostatečný pohyb, relaxaci a zdravou výživu.**

Prvním důležitým krokem k řešení vyhoření je uvědomění si faktu, že se děje něco, co není v pořádku. Druhý krok spočívá v identifikaci příčiny tohoto stavu a v motivaci člověka tento stav řešit. K realizaci těchto kroků může výrazným způsobem pomoci rodina (Jeklová, 2016, s. 22). Tošnerová dále pečujícím osobám doporučuje: je potřeba zamyslet se nad svým životem, identifikovat stresující faktory, stanovit si priority a méně důležité věci odsunout na později. Musíte se naučit říkat ne, pokud cítíte, že další úkony spojené s péčí nezvládnete. Asertivní ne, použijte i v případě, kdy je po vás žádán úkol, který není aktuálně důležitý. Najděte si čas na odpočinek a relaxaci. Existují relaxační cvičení, které napomohou uvolnit nashromážděné napětí. Tato cvičení lze provádět i v domácím prostředí. K prevenci vyhoření přispívá také obnovení společenských kontaktů a navázání kontaktů nových, především s lidmi nacházejícími se v podobné situaci. Tito lidé mohou poradit, předat své zkušenosti a poznatky. Pokud to jde, požádejte o pomoc. Jestliže nemáte možnost se v náročné péči vystřídat, využijte některou ze sociálních služeb (Tošnerová, Tošner, 2002 s. 14). Starejte se o své vlastní zdraví, zvykněte si na pravidelný pohyb a vyvarujte se negativním myšlenkám a sebelítosti. Uvědomte si, že ne vždy se všechno daří podle plánu.

3.6 Pečovatel a sociální opora

Zátěžové situace napomáhá výrazným způsobem řešit také sociální opora. Vždyť možnost svěřit se blízkému člověku nebo odborníkovi, který se dokáže vcítit do problémů je k nezaplacení.

Sociální oporu můžeme definovat jako soubor činností, které napomáhají řešit negativní následky stresujících událostí. Důležité je, že tyto činnosti jsou příjemcem vnímány jako žádoucí (Koubeková, 2001, s. 40). Pinesová a Aronson provedli výzkum, kde zjišťovali, jaký má sociální opora vliv na rozvoj procesu syndromu vyhoření. Vybrali 85 osob a předložili jim dotazník MB pro detekci psychického vyhoření. Poté využili dotazník sociální

opory SSQ, pomocí kterého vyhodnocovali, jak lidé vnímají důležitost sociální opory ve svém životě. Na základě vyhodnocených dotazníků a provedených rozhovorů zjistili, že lidé si sociální opory velmi váží. Také se prokázalo, že čím vyšší míru sociální opory tazatelé vnímali, tím méně příznaků syndromu vyhoření se u nich vyskytovalo (Křivohlavý, 1998, s. 93). Sociální opora bývá také spojována s kvalitou života. Má-li člověk možnost svěřit se se svými starostmi a podělit se o povinnosti, kvalita jeho života narůstá. Sociální opora představuje pomoc člověka člověku. Aby byla sociální opora co nejvíce účinná, musí reagovat na aktuální potřeby a situace člověka. Sociální oporu nejčastěji přijímají ženy a tělesně přitažliví mladí lidé. Existují také osoby, které nerady přijímají jakoukoliv pomoc, poskytneme-li oporu takovému člověku, nebude tato pomoc plnit svou funkci, protože ji příjemce nedokáže ocenit (Baštecká, 2005, s. 85). Potřebujeme-li poskytnout sociální oporu, je prokázáno, že se nejčastěji obracíme k rodině, blízkým přátelům nebo ke spolupracovníkům. Křivohlavý (2010) popisuje tři druhy sociální opory. **Instrumentální** podpora zahrnuje aktivní, dobrovolné poskytnutí finančních nebo materiálních prostředků. Můžeme sem zařadit dobrovolnou pomoc, bez nároku na finanční odměnu. Tato pomoc zahrnuje např. pomoc při odstraňování následků živelních pohrom nebo nehod. Pomoc může být poskytnuta jakoukoliv osobou, ať už cizím člověkem, profesionálem, či člověkem blízkým. **Informační** spočívá v poskytování potřebných informací, které člověku pomohou řešit nepříznivou situaci. Tuto podporu mohou poskytnout přátelé, rodina nebo odborníci různých oborů. **Emocionální** podporu poskytuje každá osoba, která v pravou chvíli projeví empatii a zájem o situaci člověka. Tato podpora může člověka povzbudit, dodat potřebný klid nebo poskytnout zpětnou vazbu. **Hodnotící** opora spočívá ve vyjádření respektu k druhé osobě a v povzbuzení člověka k aktivnímu řešení situace. Motivaci k řešení vlastní situace může přispět i pouhý zájem o situaci a poskytnutí pomoci, kterou si pečovatel žádá (Křivohlavý, 2010, s. 84). V rámci sociální opory existují tzv. podpůrné skupiny. Účast na těchto setkáních může pečujícím pomoci získat potřebné informace, anebo jim poskytnout možnost se jen „vypovídat.“ V mnohých městech pořádá setkání podpůrných skupin např. Diakonie ČCCE (Hauke a kol. 2017, s. 252). V okrese Zlín pořádá setkání pečujících osob také Charita Zlín nebo SENIOR Otrokovice. Informace o těchto akcích mohou pečující osoby nalézt na jejich webových stránkách.

Teoretická část práce nám vymezila základní pojmy související s laickou péčí. Charakterizovala, kdo je laický pečovatel, seznámila nás s publikacemi a výzkumy na toto téma, dozvěděli jsme se, co motivuje pečující k péči a s jakými překážkami se musí pečující oso-

ba vypořádat. Nyní již víme, že laická péče v obecné rovině zahrnuje starostlivost o nemožnou osobu. Pečující osoba nepečuje na základě smlouvy a péče není časově nijak omezena. Domníváme se, že neformální péče nemá vhodně nastavený systém a souhlasíme s tvrzením, že je potřeba větší provázanosti formální a neformální péče. Druhá kapitola nám popsala koncept příspěvku na péči, vymezila základní životní potřeby, které se posuzují v souvislosti s přiznaným stupněm závislosti, a dozvěděli jsme se, že využití dávky je kontrolováno sociálním pracovníkem Úřadu práce. Jelikož se náš výzkum zabývá syndromem vyhoření, vymezili jsme definici syndromu vyhoření, popsali fáze syndromu, dozvěděli jsme se, jak lze syndrom vyhoření diagnostikovat, aplikovali jsme syndrom na laickou péči a uvedli jsme doporučení, která pomohou syndromu předcházet.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato práce se zabývá laickou péčí. Výzkum je zaměřen na osoby pečující o osobu blízkou, s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Studie se věnuje specifickým problémům pečovatelů a syndromu vyhoření, který přichází právě v důsledku dlouhodobých stresujících situací. Pomocí fenomenologického výzkumu chceme prozkoumat a pochopit, jak laičtí pečovatelé subjektivně vnímají péči o své blízké. Rozhovory jsme směřovali především k otázkám, jež nám pomohou objasnit stresující situace, které s sebou péče přináší. Zájem o problematiku laické péče vznikl v souvislosti s vlastním zaměstnáním na pozici sociální pracovník a také na základě osobní zkušenosti s rolí pečujícího.

4.1 Stanovení výzkumného cíle

Za hlavní cíl jsme si stanovili zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké. Chtěli bychom porozumět procesu laické péče u vyhořelých osob a z poskytnutých informací **identifikovat možné příčiny vzniku syndromu vyhoření.** Téma výzkumu bylo zvoleno nejen z osobního, ale i z pracovního zájmu. **Význam naší práce** spatřujeme především v tom, že upozorníme na specifika a úskalí laické péče, která vnímají „vyhořelí“ laičtí pečující. Podrobnější znalost těchto specifík může přispět k diskuzi o tom, jakou pomoc je potřeba nabídnout poskytovatelům péče, aby se předešlo jejich vyhoření. Zároveň bychom rádi upozornili na význam laických pečujících pro naši společnost.

4.2 Vytvoření konceptuálního rámce

Konceptuální rámec výzkumu představuje systém konceptů, předpokladů, očekávání a teorií, které stojí u vstupu výzkumného šetření (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 64). Z důvodu pružnosti kvalitativního výzkumu se podoba konceptuálního rámce může v průběhu realizace neustále dotvářet a upravovat podle získaných dat (Reichel, 2009, s.64). V této kapitole si formulujeme výzkumný problém a výzkumnou otázku, definujeme klíčové koncepty výzkumu a nastíníme teoretický kontext.

4.2.1 Stanovení výzkumného problému

Výzkumným problémem jsme stanovili **subjektivní vnímání procesu laické péče osobami s prokázanou přítomností syndromu vyhoření.** Ke zkoumání jsme se rozhodli

přístupovat **fenomenologicky**. Tento přístup nám umožňuje pochopit a popsat subjektivní vnímání a prožívání procesu péče osobami, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření.

Jelikož jsme se rozhodli využít fenomenologického výzkumu a ten **stanovení určité výzkumné otázky nevyžaduje** (Hendl, 2016, s. 131), uvádíme zde širší pojetí výzkumu, a to **prožívání procesu laické péče osobami s prokázanou přítomností syndromu vyhoření**.

4.2.2 Klíčové koncepty výzkumu

Práce se zabývá specifiky laické péče a syndromem vyhoření. Laického pečujícího jsme si vymezili podle Triantafillou (2010, s. 10), tedy jako *rodinného příslušníka, blízkého člověka nebo příbuzného, který poskytuje pomoc závislé osobě v jeho sociálním prostředí*. Laický pečující pro náš výzkum *nebude k péči profesionálně vyškolen a nebude poskytovat péči na základě žádné smlouvy*.

Syndrom vyhoření chápeme v souladu s Vymětalem (2003, s. 24), ten popisuje syndrom vyhoření jako specifickou *emoční, citovou a fyzickou vyčerpanost, projevující se subdepressivním laděním* v důsledku náročné péče. Syndrom vyhoření chceme diagnostikovat pomocí dotazníku BM psychického vyhoření od autorů Pines a Aronson.

4.2.3 Nastínění teoretického kontextu

V rámci teoretického kontextu jsme sestavili seznam dostupné literatury, vztahující se k danému tématu (Miovský 2006, s. 91). Prostudování literatury nám pomohlo k orientaci v dosavadních výzkumech a umožnilo porozumět zkoumanému fenoménu. Na základě informací o tématu se nám lépe formuloval výzkumný problém. Získané informace nám v závěru práce poslouží ke komparaci našich výsledků s publikovanými výzkumy (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 67).

My jsme prostudovali odbornou literaturu a dosavadní výzkumy v rámci plánu výzkumu. Zjistili jsme, že tématem péče se zabývá relativně mnoho autorů a byly provedeny i studie rozsáhlejšího charakteru (Veselá, 2002; Jeřábek, 2005; Valenta, Michalík, 2008; Svobodová, 2010; Kroutilová Nováková, Jandzíková, 2012; Klímová, Chaloupková, 2013; Dohnalová, Hubíková, 2013; Kotrusová Dobiášová a Hošťálková 2013). Vybrané výzkumy popisujeme v teoretické části práce. Z dostupných zdrojů a literatury nás zaujala informace o přetíženosti laických pečujících. Všimli jsme si, že není dostatečně prozkoumána péče vnímaná pouze osobami, které již vykazují příznaky syndromu vyhoření. Vydali jsme se

tedy tímto směrem a **rozhodli jsme se vyhledat pečující osoby, které budou na základě standardizovaného dotazníku vykazovat známky syndromu vyhoření, a poté s těmito pečujícími realizovat rozhovor.** Dotazník BM psychického vyhoření byl zvolen na základě informací z knihy *Jak neztratit nadšení od Křivohlavého (1998)*. Metodologická část byla zpracována především s pomocí publikace od Miovského (2006) a Švaříčka a Šed'ové (2007).

4.3 Rozhodnutí o metodách

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 72) zahrnuje tato fáze tři důležité body: *rozhodnutí o výzkumném souboru, výběr metod sběru dat a zajištění vstupu do terénu*, přitom u formulace výzkumného souboru a při popisu metod dat by nemělo chybět zdůvodnění, proč je daný typ zvolen.

4.3.1 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvoří pečovatelé obvodu obce s rozšířenou působností ve Zlínském kraji, kteří poskytují péči blízké osobě pobírající příspěvek na péči ve třetím a čtvrtém stupni závislosti a zároveň nevyužívají žádnou sociální službu. Tento soubor byl vyhledán z registrovaných osob ve správním obvodu určité obce s rozšířenou působností ve Zlínském kraji.

Stupně závislosti byly zvoleny z předpokladu, že osoby, které se starají o závislého člověka, který nezvládá 7-10 základních životních potřeb, budou péčí vytíženy více než osoby pečující o osobu nezvládající 3-6 životních potřeb.

Výzkumný soubor první fáze byl vybrán **prostým náhodným výběrem**.

Výzkumný soubor u druhé fáze byl vybrán **prostým záměrným výběrem**. O výběru respondentů do druhé fáze výzkumu rozhodly tyto výběrové charakteristiky:

- Osoba pečující o blízkého člověka ve III. a IV. stupni závislosti, pečující osoba nevyužívá žádnou další ze sociálních služeb
- Délka trvání péče minimálně jeden rok
- Celkový výsledek BM = 4,0-5 nebo vyšší
- Souhlas osoby s participací na výzkumu

Výzkumný soubor druhé fáze, tzn. u fenomenologického rozhovoru, tvoří 10 pečovatelů, kterým bylo na základě standardizovaného dotazníku zjištěno skóre BM psychického vyhoření 4,0 až 5 a vyšší. Tento počet byl zvolen v souladu s Creswellem (1998). Způsob vyhodnocení dotazníku BM – psychického vyhoření je uveden v Příloze 1.

4.3.2 Metoda sběru dat

V první části výzkumu byla data sbírána pomocí standardizovaného dotazníku BM psychického vyhoření od autorů Pines a Aronson. Dotazník byl zvolen z toho důvodu, že se v našem výzkumném souboru vyskytovali i poskytovatelé péče vyššího věku a tento dotazník jsme shledali lehce pochopitelným. Dotazník se zaměřuje na tři aspekty celkového vyčerpání. Při popisu této metody jsme vycházeli z knihy *Jak neztratit nadšení*. Křivohlavý (1998) „*Dotazník BM je zaměřen na tři různá hlediska jednoho jediného psychického jevu: celkového vyčerpání (exhausce)*.“ Jde o tři následující aspekty:

- **Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání**
- **Pocity emocionálního (citového) vyčerpání**
- **Pocity psychického (duševního) vyčerpání**

Dotazník obsahuje 21 otázek, které dotazovaní hodnotí na sedmistupňové škále (0 = nikdy až 7 = vždy) na základě toho, jak často za období posledního roku zažívají pocity obsažené v otázkách (Křivohlavý, 1998, s. 38).

Jelikož chceme porozumět a popsat zkušenosti s fenoménem laické péče, byla data v druhé části výzkumu získávána pomocí fenomenologického rozhovoru s otevřenými otázkami. *Použitím fenomenologické studie budeme moci zachytit esenci prožité zkušenosti a následně popsat a interpretovat sdělené prožitky* (Hendl, 2016, s. 131).

4.3.3 Vstup do terénu

První fáze výzkumu byla realizována v listopadu 2017. Využili jsme možnosti přístupu do databáze pečujících osob a vyhledali **všechny registrované osoby** ve správním obvodu určité obce s rozšířenou působností – ve Zlínském kraji, které pobírají příspěvek na péči ve III a IV stupni závislosti. Z těchto jsme vyřadili osoby, kterým poskytovalo službu sociální zařízení nebo se v péči střídala osoba blízká a sociální služba. Získali jsme 149 poskytovatelů péče, kteří vyhovovali našemu požadavku. Pečující osoby jsme poté rozdělili do skupin podle trvalého bydliště závislé osoby. Nejprve jsme si ze seznamu vylosovali dvě obce.

Pečující osoby jsme kontaktovali telefonicky, seznámili je s výzkumem a dotázali se, zda by byly ochotny nám dotazník vyplnit. Někteří pečující požadovali dotazník dopravit k nim do domácnosti, jiní souhlasili s tím, že si dotazník vyzvednou na pobočce úřadu práce. Dvě pečující osoby souhlasily s možností zaslat dotazník na emailovou adresu s tím, že vyplněný dotazník odešlou s pomocí některého člena rodiny elektronicky zpět.

V prvních obcích jsme z celkového počtu 17 poskytovatelů péče vyhodnotili vyhoření u 5 osob. Creswell (1998) doporučuje k fenomenologické studii minimálně 10 a maximálně 15 jedinců. Proto jsme vylosovali ještě jednu obec, ve které bylo podle našich údajů dalších 43 poskytovatelů péče. Zde jsme postupovali náhodně, až do naplnění kritéria.

Celá první fáze, tedy sběr dotazníků a nalezení informantů, kteří splnili naše kritéria, trvala 7 měsíců. Nebylo snadné nalézt „vyhořené osoby“, které by ihned souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Získání respondentů nám komplikoval požadavek souhlasu s pořízením audio záznamu. Někteří pečující měli i přes ujištění anonymního rozhovoru obavy z odhalení. V první fázi bylo tedy rozdáno celkem 39 dotazníků. Dotazník nám sloužil k tomu, abychom získali respondenty pro náš rozhovor. Z tohoto důvodu jsme počet dotazníků nenavyšovali.

Všichni pečující, kteří nám dotazník vyplnili, souhlasili se zaznamenáním jmen a s možností případného kontaktování. Od informantů bylo dále získáno svolení k telefonickému kontaktu v případě potřeby doplnění rozhovoru. V lednu 2018 následovalo kontaktování prvních dvou informantů a byla dohodnuta schůzka. Celkem **osm rozhovorů** bylo uskutečněno v domácím prostředí poskytovatele péče nebo pečovatele, dva rozhovory probíhaly v kavárně.

4.4 Etika výzkumu a kontrola kvality výzkumu

Jak jsme již uvedli výše, jednou z podmínek účasti výzkumného šetření byl souhlas osoby s participací na výzkumu. Všichni informanti byli ujištěni o zachování anonymity a seznámeni s účelem diplomové práce. Neopomněli jsme ani obeznámit účastníky s faktem, že v rámci ochrany osobních údajů a ochrany soukromí budou **pozměněna jejich jména a že mohou kdykoliv během výzkumu spolupráci ukončit**. Výzkum proběhl v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Kvalita výzkumu je zabezpečena použitím standardizovaného dotazníku, který nám bezpečně identifikuje výzkumný soubor – osoby s prokázaným syndromem vyhoření. Použi-

tím fenomenologického rozhovoru dochází nadále k ověřování informací z vyplněného dotazníku. Výzkum byl proveden s laickými pečovateli, ale naše pracovní pozice nám také umožnila setkání se závislou osobou, o kterou je pečováno. V rámci výzkumu jsme učinili 7 návštěv do přirozeného prostředí závislé osoby. Podle Peyettové (2003) in Miovský (2006, s. 259) *validitu zajišťuje také vlastní reflexivita výzkumníka, která zahrnuje posouzení osobní zralosti, praktické možnosti a zkušenosti*. Domníváme se, že pracovní pozice na postě sociálního pracovníka a osobní zkušenosti s poskytováním péče zajišťují pro náš výzkum dostatek zkušeností. Výhodou může být také to, že díky osobní i pracovní zkušenosti absentuje vyšší riziko naší zaujatosti. Každému účastníkovi bylo umožněno přečíst si zpracovaný rozhovor a případně se k výpovědím vyjádřit. Žádný z informantů sám možnosti doplnění informací nevyužil. Z naší strany byli k doplnění výpovědi kontaktováni dva informanti.

4.5 Základní informace o výzkumném souboru

V následující tabulce uvádíme údaje o našich informantech. Jména účastníků byla v zájmu zachování anonymity změněna.

Jméno	Příjemce péče	Délka péče	Skóre BM
Jana	rodič	3 rok	5,0
Monika	dítě	6 rok	4,7
Marie	manžel	více než 1 rok	5,4
Soňa	rodič	3 rok	4,3
Dana	rodiče	více než 1 rok	4,8
Pavla	rodič	2 rok	4,2
Jarka	prarodič	2 rok	4,3
Vlastislava	rodič	4 rok	4,9
Richard	rodič	více než 1 rok	4,3
Ladislava	manžel	2 rok	4,4

Tabulka č. 3 - Přehled informantů a stručná charakteristika (vlastní zpracování)

4.6 Průběh rozhovorů

Rozhovor byl proveden v návaznosti na zkoumané téma, tedy subjektivní vnímání **procesu laické péče osobami vykazující příznaky syndromu vyhoření**. Z rozhovorů byl pořizován audiozáznam. Tabulka nás seznamuje s realizací výzkumu.

Kontext	Hlavní kladená otázka	Počet respondentů
Zkušenosti vyhořených laických pečujících s fenoménem péče.	Pokuste se popsat péči o blízkého člověka. Vypravujte, co péče obnáší, co Vás trápí, jaké situace řešíte v souvislosti s péčí.	10

Tabulka č. 4 - Fáze fenomenologického rozhovoru (vlastní zpracování 2018)

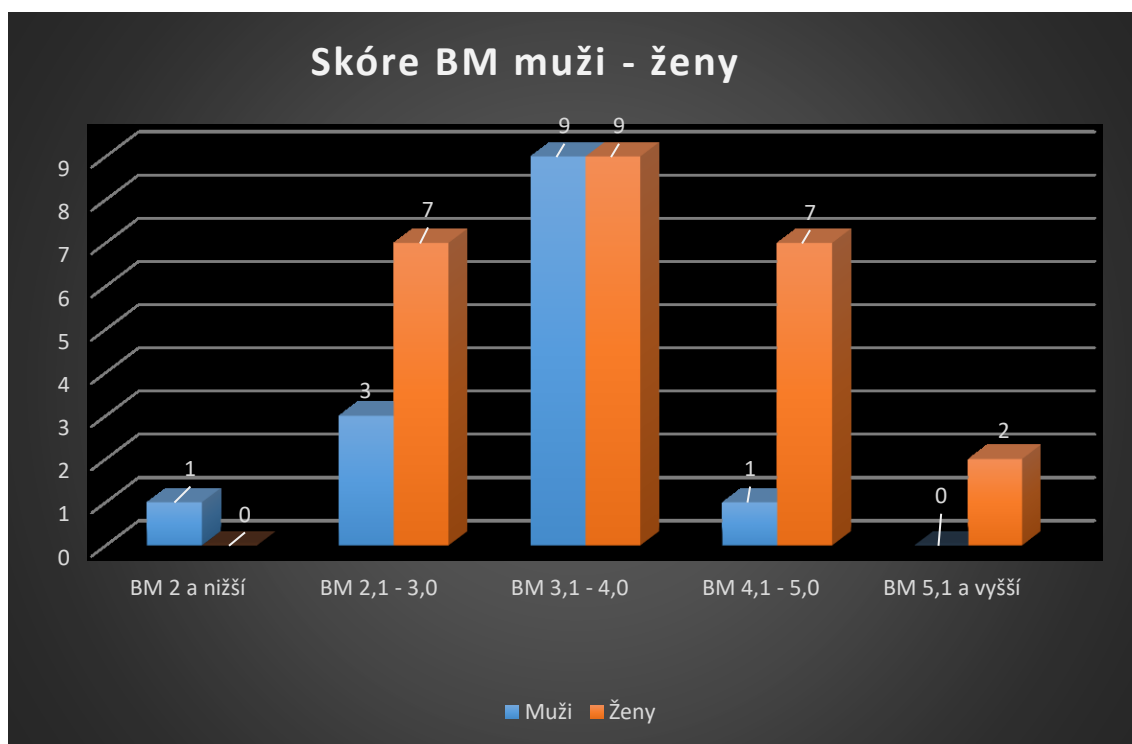
Kromě základní otázky uvedené v tabulce jsme pokládali úvodní a doplňující otázky. Otázky byly kladeny v reakci na výpovědi informantů. Všichni informanti byli pro zajištění kvalitního materiálu před realizací rozhovoru požádáni o souhlas s nahráváním na diktafon.

Rozhovor probíhal v rozmezí 20-35 minut. Po ukončení nahrávání si někteří pečující chtěli ještě povídat, jeden pečující využil našich vědomostí a zjišťoval informace ohledně možnosti umístění blízkého do domova pro seniory a také žádal informace o povinnostech pečujícího.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Analýza dat proběhla ve dvou fázích. V první fázi jsme **zpracovávali získané dotazníky**. Nejprve jsme zkontrolovali správné vyplnění každého získaného dotazníku a poté byl každý dotazník označen číslem. Pomocí čísla bylo možno zpětně dohledat jméno pečujícího. Pro vyhodnocení BM dotazníku jsou stanovena jasná pravidla. Způsob vyhodnocení a návod na následnou interpretaci výsledného skóre BM uvádíme v příloze této práce (Příloha1).

Celkem jsme rozdali 39 dotazníků, z toho 25 dotazníků vyplnily ženy a 14 dotazníků bylo vyplněno muži. Pomocí tohoto dotazníku jsme vypočítali hodnotu BM, která udává výsledek vyčerpání. V následujícím grafu níže uvádíme **výsledky dotazníkového šetření**.



Graf č. 1 - Skóre BM muži – ženy (vlastní zpracování 2018)

Graf číslo jedna nám znázorňuje, že z celkového počtu 39 pečovatelů dosáhl jeden muž dobrého výsledku. Hodnota jeho BM se pohybovala v rozmezí hodnot 0-2. Tento muž zvládá tedy dle autorů dotazníku svou roli pečující osoby po stránce psychické, tělesné i duševní **dobře**. Deset osob dosáhlo **uspokojivého výsledku**, jejich BM se pohybovalo v rozmezí hodnot 2,1 až 3, tyto osoby nemají z hlediska psychologie zdraví s rolí pečovatele větší obtíže. Osmnáct pečujících, tj. celých 46 % (shodně devět žen a devět mužů), je pohlceno péčí více, než by měli být. K tomuto tvrzení jsme dospěli z jejich získaného skó-

re BM, které se pohybovalo v rozmezí čísel 3,1 až 4. Autoři dotazníku osobám s tímto výsledkem doporučují, aby se **nad vyhodnocením zamysleli**, prozkoumali zpětně své odpovědi a zhodnotili svůj život. Je důležité, aby si ujasnili své priority, přání a pokusili se svoji nelehkou situaci nějakým způsobem řešit. U osmi pečujících osob se dá hovořit o **přítomnosti syndromu psychického vyčerpání**. Tyto osoby dosáhly skóre 4,1 až 5. U dvou pečujících žen bylo zjištěno skóre 5,1 a vyšší. Tyto ženy již svou roli přestávají zvládat a je u nich prokázána **přítomnost syndromu vyhoření**. Autoři dotazníku doporučují, aby osoby, které takového vysokého skóre dosáhly, vyhledaly pomoc u psychologa či psychoterapeuta.

Z výsledků dotazníkového šetření nám tedy vyplývá, že 28 pečujících z celkového počtu 39 si uvědomuje negativní pocity z hlediska psychologického zdraví.

Druhá fáze, tzn. **analýza provedených rozhovorů**, byla provedena metodikou Colaizziho (1978). V první fázi jsme si všechny přepsané rozhovory několikrát přečetli a odstranili irelevantní materiál. Následovala fáze identifikace **signifikantních výroků** (doslovné spojení a věty), které měly vztah ke zkoumanému problému. Celkem bylo vybráno 233 výroků. Při třídění výroků byla poté vyřazena významově velmi podobná tvrzení nebo ta, která se opakovala. V takovém případě jsme uvedli jeden nejvýstižnější výrok reprezentující skupinu identických prohlášení. Celkově bylo tedy vybráno 79 výroků vztahujících se **k prožitě zkušenosti s péčí a k zátěžovým situacím**. Signifikantní výroky uvádíme níže v tabulce.

Číslo výroku	Signifikantní výroky
1.	<i>Musela sem neustále jezdit. Na úřad, když byla v nemocnici, téměř každý den, pořád dokola.</i>
2.	<i>Musím jí hlídat cukr, měříme hodnoty několikrát denně, je potřeba dodržovat dietu, denně plánujete to jídlo, s jídlem bojujeme denně.</i>
3.	<i>To mě hodně vysiluje, že nespolupracuje, že si neuvědomuje, že je to důležité, co chci po ní.</i>
4.	<i>Mám byt jen 2+1, tak sme si to museli uspořádat, aby se to dalo snést, přišla</i>

	<i>sem o obývací pokoj, sme tu nasáčkovani...</i>
5.	<i>Já sem tady měla kočku, ale když jsme se rozhodli, že maminka půjde ke mně, tak sem ji musela dát do útulku, protože maminka má alergie...</i>
6.	<i>Ono, víte, to ježdění pořád sem a tam, to není jen ztráta času, ale i ta nafta něco stojí a mě to stálo hodně.</i>
7.	<i>Je to vlastně šílený stereotyp, když se ráno probudíte, a už víte, co vás čeká, zase ty samé starosti, pořád znova a znova ty samé problémy.</i>
8.	<i>Začnete si víc uvědomovat, že nebudete pořád zdraví a teď přemýšlíte, jestli ty děti se o vás postarají nebo vás někam pošlou do toho domova.</i>
9.	<i>Syn bydlí 60 km a chodí do práce, musel by si vzít dovolenou, a to zas je vám blbě, aby si kvůli babičce bral svoje volno.</i>
10.	<i>Ta péče nám vlastně narušila i vztahy s manželem, kdy si uvědomíte, že manžel vám nepomůže, že je to sobec.</i>
11.	<i>Jednou sme zkusili využít odlehčovací službu, ona tam vydržela 4 dny a pak řekla, že už tam v životě nepůjde, že bereme peníze, takže ať se oni staráme.</i>
12.	<i>Vy vlastně pořád vnímáte, že je to ten váš rodič, a přestože se k vám nechová hezky a jste na něho našťvaná, tak musíte prostě to chování k vám zkousnout a jet prostě dál.</i>
13.	<i>Víte, já sem si přála, aby tam zůstala dýl. Já vím, je to hrozné, ale tak to prostě je.</i>
14.	<i>Zkouším mu dávat tu pestrou stravu, ale nakonec zjistíte, že to nemá cenu, něco vymýšlet a stejně nakonec zůstanete u toho, že máte pár jídel a ty točíte, abyste se nemusela s tou mamkou dohadovat.</i>
15.	<i>Já si připadám kolikrát jak v úle, jo, pořád prostě je u nás jekot, pohyb, řev, pořád se něco děje.</i>
16.	<i>Bývám hodně unavená, taková vycuclá, podrážděná.</i>
17.	<i>Co já, najdu si práci, jak to budem dávat všechno, až budu pracovat.</i>

18.	<i>Jak ten Davídek, jak to bude lepší, horší, bude na nás pořád tak závislý?</i>
19.	<i>Mezi lidmi nechodím, čas na to bohužel není a ani ta správná nálada.</i>
20.	<i>No, to už vás ani neláká si někoho zvat, když si tu návštěvu nemůžete užít, tak jak byste chtěla.</i>
21.	<i>Už dlouho mně vlastně ani kamarádka žádná nezavolala, třeba jak se mám, co děláme a tak.</i>
22.	<i>Manžel pomáhá, ale když mně s malým něco pomůže, tak mně to v nějaké slabší chvíli nezapomene vyčíst.</i>
23.	<i>Já sem si myslela, že na ty další příspěvky mají nárok spíš rozvedené ženy.</i>
24.	<i>On vůbec nechápe, že já čekám, až on přijde a trochu mě v té péči vystřídá, abych si mohla od těch dětí odpočinout.</i>
25.	<i>Často vlastně se i hádáme, jo, ty vztahy se zhoršily, co se malý narodil.</i>
26.	<i>Je opravdu často nemocný, vlastně v té školce moc nepobude, má oslabenou imunitu a já nemůžu v této situaci si hledat zaměstnání.</i>
27.	<i>Teď třeba ona si zdřímne, nebere mi ten telefon, a to ste už zase v pozoru, tak to zkoušíte několikrát, pak už to nevydržíte a rozjedete se tam.</i>
28.	<i>Takže, ona se nechce ke mně přistěhovat. Čili tím pádem, já za ní musím denně jezdit ze ..., to máte přes 15 km.</i>
29.	<i>Jsem také starší, mám zdravotní problémy, především mě trápí bolesti zad.</i>
30.	<i>Představte si, že jste celý den s jedním člověkem, u kterého se mění nečekaně nálady, kdy ona je vlastně až agresivní ke mně a z toho je hrozně milá.</i>
31.	<i>Tady je problém i s doktorem, s nákupy. Vidíte, tady je to pomalu na samotě, všude je daleko, já musím pořád jezdit autem.</i>
32.	<i>Vlastně psychicky vás to ubíjí a zároveň pocítujete, že vy už také nejste na tom fyzicky úplně v pořádku, ale ten rodič vás prostě potřebuje, tak vám nic jiného nezbyvá a pořád, vlastně v té péči jedete, jak je potřeba.</i>

33.	<i>Já se sem nechci zatím přestěhovat, to já budu raděj dojíždět. Přeci jen, doma máte aspoň chvilku ten pocit, že ste jako doma.</i>
34.	<i>Víte, on neustále stone, nařiká celou noc, volá pomoc, pomoc, a to nám rve duši.</i>
35.	<i>Ten pocit, že víc mu nepomůžeme, je to bezmoc, na to myslíte vlastně pořád.</i>
36.	<i>Já na sobě poslední dobou pozoruju, že sem přibral, no co, začal sem jíst sladké, a to dřív neexistovalo.</i>
37.	<i>To víte, on si chce povídat, já bych chtěl spát a jsem nervózní, že ráno vstávám do práce, ale je potřeba se postarat.</i>
38.	<i>Já sem byla první měsíce z toho na nervy, než sem se s tím smířila, že se budu muset nějakou dobu prostě postarat.</i>
39.	<i>On prostě nevidí, co to obnáší.</i>
40.	<i>Mám ještě toho bratra, ale ten pomůže s minimem činností.</i>
41.	<i>Čtyři měsíce se snažím sehnat nějaký domov důchodců, ale je problém, že oni mně je prostě nechcou vzít oba dva najednou.</i>
42.	<i>Předepsat prášky, maminka potřebovala zajít k zubaři, chodiš k praktickému, psychiatrovi, to musíš všechno tomu přizpůsobit, tvoje plány jdou stranou.</i>
43.	<i>I problém sehnat firmu, která doveze jídlo i na víkend.</i>
44.	<i>Těžko se mi to říkalo, (pauza) brečeli sme všeci, sbírala jsem opravdu dlouho odvahu, než jsem s nima na toto téma začala rozhovor, brečela sem, maminka taky.</i>
45.	<i>Řekl mi, že mám příspěvky na péči já, tak ať se starám a hotovo. Byla sem postavená nečekaně před hotovou věc.</i>
46.	<i>Já sem se setkala zatím jenom s úředníky tady na úřadě práce a zkušenost mám asi pozitivní, samozřejmě člověk má i strach, ... docela sem bojovala třeba i zajít si k vám na ten úřad pro tu dávku.</i>

47.	<i>Já sem dřív chodívala na tu jógu, to mě bavilo, ale už nechodím.</i>
48.	<i>Mluvit s někým cizím o tom nebo se sousedama, no to moc náladu nemáte.</i>
49.	<i>Nikdy nás nenapadlo, že ty schody budou takový problém, jo, to člověk všechno vnímá, až se něco přihodí, jak je ten barák špatně uzpůsobený.</i>
50.	<i>Přejete si, aby už to skončilo, a na druhou se bojíte toho, až to opravdu skončí.</i>
51.	<i>Říkám, je teď spíš zahleděný do sebe a té své nemoci, asi si ani neuvědomuje, kolik mně to stojí síly a nervů.</i>
52.	<i>Jsem hledala nějaké studenty, kteří by jako dobrovolníci přišli mně pomoci, když třeba bych si potřebovala zařídit své záležitosti.</i>
53.	<i>Je na mě protivný, někdy až sprostý, takový nikdy nebyl.</i>
54.	<i>My máme velice malou koupelnu a ani přes možný příspěvek nejde ta koupelna zvětšit.</i>
55.	<i>Teď mně lékař slíbil, že se na něho přijde podívat a čekáme už týden. Takže to budu muset nějak urgovat.</i>
56.	<i>Přestěhovat, ježiš, to né, né, tady sme se přestěhovali, žijem tu od svatby, já to mám tady ráda, je to náš domov, né, dokud to půjde budeme tady.</i>
57.	<i>Opravdu někdy už si říkám, jestli mi to vůbec stojí za to to starání, jestli by nebylo lepší, nechat ho ležet a mět klid.</i>
58.	<i>Všecko je to o tom, že ten člověk je pořád vázaný na ten barák, pořád... Všecko to zabere čas a už potom není čas někde většinou chodit.</i>
59.	<i>To tam idete se strachem neumřela přes noc, neměla zas tu mrtvičku?</i>
60.	<i>Jo, spousta lidí si myslí, že ty peníze ta pečující osoba bere za nic, ale já bych jim to přála zkusit.</i>
61.	<i>Musíme poprosit někoho z rodiny a to je pořád někoho otravovat, to si člověk připadá šíleně.</i>

62.	<i>Já mám sestru, která se o ňu starat nechce, nechce mně pomáhat, neviděla ji už kolik roků, takže sem na to zůstala sama.</i>
63.	<i>S našu mamku je to těžké, ona nechce nikoho, nějakého sociálního pracovníka, ona by ho vyhodila.</i>
64.	<i>Až pak sme se dozvěděli, že je možné, aby nám ji předeepsali v nemocnici, ale to sme se dozvěděli až později, nikdo nás na začátku o ničem v nemocnici neinformoval.</i>
65.	<i>O tom příspěvku sme se dozvěděli až od známé, která měla péči na maminku a tak sme se byli zeptat na sociálku.</i>
66.	<i>Ale zas si říkám, mám ju tam dat, nemám? Pak zas si řeknu, že je to matka a že bych už nikdy neviděla ten obličej, že by to bylo smutné, tak se to ve mně bije.</i>
67.	<i>Vůbec, ta naša doktorka není moc ochotná, ona je starší, a ona už nad všeckým mávne rukou, to je dobré, to je dobré, to už je ten věk.</i>
68.	<i>Musela jsem z plného pracovního úvazku přejít na zkrácený, protože jsem pomalu nestíhala přijít do práce včas a končila jsem až v pozdějších hodinách.</i>
69.	<i>Máte strach, jak zkombinujete tu starost s tou prací... máte strach, aby třeba ste o tu práci nepřišla.</i>
70.	<i>Ve městě, tam do těch domovů ty lidi odkládají asi víc, ale tady, tady by vás pomluvili.</i>
71.	<i>Někdy su z těch situací tak nasraná, na celý svět, to víte, pěkně si kolikrát zanadávám, aby se mně ulevilo. Teď, není snad týdne, abych si nezanadávala.</i>
72.	<i>My sme potřebovali, aby si ju v té nemocnici nechali co nejdýl, aby sme mohli udělat tu koupelnu, ale pořád nás tlačili do toho si ji vzít co nejdřív, protože ji tam asi nemohli tak dlouho držet.</i>
73.	<i>Ona mně řekla, že když se o ňu nepostarám, tak nic nedostanu.</i>
74.	<i>Bez té práce, máme dohromady ten příspěvek a babčín důchod, řeknu vám, že moc vyskakovat si nemožem.</i>

75.	<i>To nešlo vydržet, občas sem si dala sklenku na nervy.</i>
76.	<i>To jídlo, spíš se snažím kupovat levné věci, kvalitně se z těch peněz nežije.</i>
77.	<i>Beru prášky na nervy.</i>
78.	<i>Já nemůžu jim obětovat svůj život, to po mně nemůžou chtít!</i>
79.	<i>Manžel babičku doma nechce a pak ona je ráda, že je ve svém, asi by k nám ani nechtěla.</i>

Tabulka č. 5 - Signifikantní výroky (vlastní zpracování 2018)

Tyto výroky jsme následně kategorizovali podle **významových okruhů**. Celkem jsme vytvořili 20 kategorií. Kategorie uvádíme níže.

Číslo výroku	Název příslušné kategorie podle významových okruhů
1, 2, 7, 31, 43,	Nároky péče a stereotypní život pečujících
3, 38, 15, 16, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 38, 44	Fyzická a psychická zátěž
8, 17, 18, 46, 59, 69	Obavy pečujících osob
19, 20, 21, 47, 58	Omezení kontaktu se sociálním prostředím
39, 51, 60	Zklamání z neocení péče
9, 22, 24, 39, 40, 52, 48, 61, 62	Nedostatečná sociální opora
10, 25, 53	Zhoršení rodinných vztahů
11, 41, 40, 43, 63, 70	Dostupnost a důvody nevyužívání sociálních služeb
4, 31, 49, 54, 79	Uvědomění si bariér ovlivňující péči
5, 32, 35, 37, 42	Upřednostnění potřeb závislé osoby před svými
73, 45, 11, 78	Pečují z donucení
12, 13, 50, 66	Ambivalence vlastních pocitů
23, 64, 65	Nedostatečná dostupnost informací

55, 67	Přístup obvodního lékaře
6, 74, 76	Současná finanční situace
26, 68,	Otázka harmonizace práce a péče
72	Špatná integrace sociálního a zdravotního systému
36, 71, 75, 77	Řešení stresových situací
33, 56	Vazba na přirozené sociální prostředí jako překážka kvalitní péče
14, 57	Rezignace pečujícího

Tabulka č. 6 - Kategorizace signifikantních výroků související s náročnými situacemi při poskytování péče (vlastní zpracování 2018)

V rámci analýzy jsme získali 21 kategorií (významových skupin) souvisejících s péčí a zátěžovými situacemi. Následně byla provedena **fenomenologická interpretace**, která tvoří hlavní výstup našeho kvalitativního výzkumu. Během sestavování kategorií bylo provedeno zpětné ověření, zda je každé téma obsaženo v původním přepisu. Tím došlo k validizaci našich získaných dat. Výsledkem naší práce je podrobný popis zkoumaného jevu, tedy esence prožité zkušenosti laických pečujících, poskytujících péči osobě závislé ve III. a IV. stupni závislosti.

Pojďme se tedy nyní podívat na prožitou zkušenost našich pečujících osob s prokázanou přítomností syndromu vyhoření.

6 FENOMENOLOGICKÁ INTERPRETACE

Rozhovory pro náš výzkum byly realizovány pečujícími osobami, u kterých byla prokázána přítomnost syndromu vyhoření. Jaká je tedy podle nich prožitá zkušenost s péčí o ne-soběstačnou osobu?

Pečující osoby vnímají, že jsou na ně dlouhodobě kladeny mnohé nároky. Vysiluje je skutečnost, že musí **neustále a pružně reagovat na stále nové situace**, které s sebou péče přináší, současně jsou si vědomy faktu, že tyto náročné situace, se kterými „bojují“ negativně ovlivňují jejich **psychické a fyzické zdraví** a že by potřebovaly tzv. odlehčit. Náročnost jejich péče ovlivňují určité **bariéry**, se kterými se pečující osoby musejí potýkat. Tyto bariéry charakterizuje skutečnost **nevyužívání sociálních služeb z různých důvodů, architektonické bariéry v přirozeném sociálním prostředí** a bariéry v podobě **nepřiměřené vzdálenosti** pečující osoby, kterou musí při výkonu péče překonat. Zajímavým faktem je, že i přesto, že mnohé pečující osoby **mají určité možnosti, kterými by si mohly pomoci** k ulehčení, brání jim tyto bariéry řešit jejich **citová vazba** ke svému domácímu prostředí a k blízkému člověku. Pečující osoby si připomínají radostné vzpomínky, ale zároveň využívají možnosti: „*Těšit se do toho svého*“. Další skutečnost, na kterou pečující poukazují, je **nedostatek volného času**. Pečující by měli rádi volný čas pouze pro sebe nebo svého partnera. Uvědomují si, že dlouhodobá starost, únava, pravidelně opakující se problémy a situace mají vliv na zhoršení vztahů mezi nimi a jejich nejbližšími. Touží po kvalitním spánku a po **fyzickém i psychickém zdraví**, které nemají. Jejich psychický stav ovlivňují **stereotypní náročné situace**, pocity osamocení a osobní obavy. Obávají se o své zdraví, uvědomují si vlastní stárnutí a **přemýšlejí** nad otázkou, **zda o ně samotné bude jednou postaráno**, nebo zda je děti „*pošlou do toho domova*“. Pociťují **ostych** a **nedisponují** dostatečným **množstvím jistoty při jednání s úředníky**. Poukazují na to, že vstřícné jednání „jejich“ úředníka jim dodává pocit jistoty. Mají **strach z budoucnosti**, objevují se u nich **ambivalentní pocity**. Pečují z donucení, protože „se musí postarat“, ale své role se nezříkají. Brání jim v tom morální hodnoty, úcta k blízké osobě, ale také strach z negativní reakce blízkého okolí. Chtějí vědět, kdy jejich role pečujícího skončí, pociťují touhu ulehčit si, na druhou stranu si však uvědomují, že konec role pečující osoby znamená ztrátu blízkého člověka. Jejich fyzický stav je ovlivněn především zdravotním stavem člověka, o kterého pečují. Rozhovory byly provedeny s osobami pečujícími o závislého člověka s přiznaným stupněm závislosti III. a IV. Tyto osoby nezvládají 8-10 základních životních potřeb, jsou to tedy lidé, kteří již nezvládají kvalitně pečovat o svoji domácnost, o své zdraví, nejsou

schopti si sami připravit teplý pokrm, neprovedou dostatečně celkovou hygienu. Můžeme je zařadit do kategorie *impresional care* a *personal care* podle Jeřábka (2005). Ať už vědomě nebo nevědomě používají pečující různé strategie, kterými se pokoušejí zvládat svůj stres. Zmiňují medikaci, únik ke sladkostem i k alkoholu. Chybí jim **dostatečná opora** rodinných příslušníků. Přestože nejsou na tuto roli sami, vnímají, že opora a pomoc není dostačující. Jsou si vědomi, že v záležitostech **řešení svých osobních potřeb** musí ustoupit a přesunout je na pozdější, vhodnou chvíli nebo na neurčito. Mnohdy bojují se skutečností požádat o pomoc. Brání jim v tom pocit, že druzí lidé jejich rozhodnutí pečovat **neoceňují**. Jsou přesvědčeni, že je jejich práce vnímána závislou osobou jako **samozřejmost** a okolním prostředím jsou vnímáni jako **uživatelé dávek bez práce**.

Cílem tohoto výzkumu bylo zachytit prožitou zkušenost laických pečujících s poskytováním pomoci osobě blízké s přiznaným příspěvkem ve III. a IV. stupni závislosti. Rozhovory byly provedeny s pečujícími, kteří na základě standardizovaného dotazníku vykazovali přítomnost syndromu vyhoření. Zkušenosti pečujících jsme popsali ve fenomenologické interpretaci. Naším dalším cílem bylo identifikovat z poskytnutých rozhovorů negativa, která laičtí pečující vnímají. Z rozhovorů nám vyplynula tato **hlavní témata**, která se v realizovaných rozhovorech vyskytovala nejčastěji.

Prožívaná negativa
Zátěžové situace spojené se stereotypním životem.
Fyzická a psychická zátěž pečujícího.
Neuspokojení životních potřeb.
Sklobení pracovních a pečovatelských povinností zaměstnaných lidí.
Nedostatečná sociální opora.
(Ne) řešitelné bariéry.

Tabulka č. 7 - Hlavní témata prožívaných negativ (vlastní zpracování 2018)

Výše uvedená negativa chápeme jako možné identifikátory příčiny vzniku syndromu vyhoření. Význam těchto negativ popisujeme v následující kapitole.

7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Naše práce se zabývala syndromem vyhoření laického pečujícího. Za hlavní cíl jsme si stanovili **zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké**. Pomocí fenomenologického rozhovoru jsme získali informace o tom, jak laičtí pečující vnímají a prožívají svoji roli, dozvěděli jsme se, s jakými situacemi se konkrétně potýkají a co je trápí.

Z fenomenologických rozhovorů jsme identifikovali faktory, které mohly zapříčinit skutečnost, že právě jejich vyplněný dotazník BM psychického vyhoření poukázal na přítomnost vyhoření.

Pečující osoby, které nám poskytly rozhovor, se nacházely v situaci, kdy dlouhodobě, více než jeden rok, pečovaly o svého blízkého člověka, který se podle zákona o sociálních službách nezvládá postarat o svoji osobu v 7-10 základních životních potřebách. Již skutečnost **dlouhodobé náročné péče** může být stresujícím faktorem. Pečující prožívají mnohé zátěžové situace, které se často opakují. Toto tvrzení můžeme prokázat slovy jednoho z pečujících: „*V první řadě je to vlastně šílený stereotyp, když se ráno probudíte a prostě už víte, co vás čeká, prostě že zase se děje to, co bylo včera. Zase ty samé starosti, pořád znova a znova ty samé problémy a nemůžete z toho ani chvilku vypadnout, protože víte, že vás nikdo v tom nezastoupí.*“ Podle Nováka (2013, s. 15) vzniká syndrom vyhoření právě *v důsledku dlouhodobého působení stresujících podnětů*. K tomuto faktu přidejme další skutečnost, a to je uvědomění si **nedostatečné opory** při plnění role. Jak jsme uvedli v teoretické části, mnoho autorů (Tošnerová, 2002; Zacharová, 2008; Jeklová, 2016;) upozorňuje na velmi významnou roli sociální opory v životních situacích člověka. Pečující nezmiňují nedostatek opory pouze u svých rodinných příslušníků, vnímají nedostatečnou oporu také od svých přátel a v neposlední řadě cítí mnohdy nevděk a neocenění jejich náročné práce přímo **od svých blízkých**, kterým péči poskytují. Remr (2013, s. 151–153, in Jeřábek a kol. 2013) zmiňuje zajímavý konflikt vztahů mezi závislou osobou a poskytovatelem péče. Jedná se o péči, která spočívá v poskytování péči *navzdory špatným vztahům*. Tato péče je podle něj psychicky náročnější. S tímto tvrzením souhlasíme.

Pečující osoby v našem výzkumu poskytovaly péči osobě, která má priznaný příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti. Z našich návštěv, které jsme absolvovali v rámci rozhovorů nebo kontroly, jsme zjistili, že závislé osoby, o které pečovali naši informanti, nezvládaly adekvátně úkony především v oblasti své mobility, tělesné hygieny, měly obtíže

v oblasti oblékání a obouvání, nezvládly kvalitně pečovat o svoji domácnost, měly obtíže připravit a naservírovat si stravu, nezvládaly úkon výkon fyziologické potřeby, tzn., že trpěli únikem moči a zároveň nebyly schopni se buď samy dopravit na WC nebo si vyměnit inkontinenční pomůcky. U dvou závislých osob byla přítomnost Alzheimerovy choroby, starost o tyto osoby se nám jevila velmi náročná. Především měla dopad na psychickou stránku pečujících. Samy pečující osoby vnímaly ambivalentní pocity k blízké osobě s touto chorobou. „*Já se snažím si to vlastně nepřipouštět, když ona je zrovna agresivní, snažím se si uvědomit, že to vlastně není skutečně ona, ale vlastně je to vaše matka a ono nejde si to nepřipouštět, jo, když víte, jaký ona byla člověk, vzdělaný, společenský a teď vidíte, jak ona je nesoběstačná.*“ Takto **náročná péče o imobilní osobu nebo o osobu s oslabenými kognitivními funkcemi** se promítla do **špatného zdravotního stavu pečujících** jak po fyzické, tak po psychické stránce. Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013, s. 15) zmiňují přítomnost spánkového deficitu při poskytování péče v nočních hodinách. My jsme se s touto skutečností setkali spíše v oblasti obav pečujících osob o zdravotní stav nemocného a následného strachu ze smrti blízké osoby. Pečující osoby spojovalo také téma **finanční situace**. Zde se názory mírně lišily. Větší finanční potíže pocítovaly dvě osoby. V prvním případě matka na rodičovské dovolené, která se nacházela v situaci, kdy řešila rozestavěný dům a obavy z toho, že nebude zvládat péči o postiženého syna a zároveň pracovat, a žena, která v důsledku ztráty zaměstnání z důvodu nadměrného požívání alkoholu na pracovišti přišla o příjem. Pečující osoby, které byly zaměstnané, měly k dispozici vlastní plat, příspěvek na péči a důchod závislé osoby nevnímaly finanční situaci výrazně negativně. Samozřejmě z rozhovorů vyplynulo, že nejvyšší náklady pečující vnímali především ze začátku péče, kdy se řešilo vyřízení dávky příspěvku na péči, nebo v případě odstraňování domácích bariér. Náročná péče a domácí pečovatelé budou v brzké době odměněni zvýšenou částkou dávky příspěvku na péči. Od dubna 2019 se zvýší částka příspěvku na péči u osob ve IV. stupni závislosti a následně poté od července 2019 bude navýšena částka také osobám ve III. stupni závislosti. Toto zvýšení bude náležet osobám, kterým neposkytuje pomoc pobytová sociální služba podle § 48, 49, 50, 51, 52 zákona č. 108/2006 Sb., nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Někteří pečující zdůrazňovali náročnou komunikaci se zaměstnavatelem. Objevovaly se obavy spojené se ztrátou zaměstnání. „*Když se staráte o starého člověka, tak často běháte po doktorech, nebo třeba hmm, příklad často na toho člověka myslíte, jo, co se tam doma*

děje, nespádla, nebere mi telefon a prostě stává se, že děláte třeba chyby, protože se na tu práci nesoustředíte tak, jak byste potřebovala. A to potom máte strach, aby třeba ste o tu práci nepřišla“. Domníváme se, že dlouhodobé obavy o práci a nutnost kombinovat a plánovat péči v souladu se zaměstnáním také mohlo přispět k psychickému vyčerpání. Společným tématem syndromu vyhoření a poskytování laické péče je **celkové neuspokojení potřeb** pečovatele. V odpovědích se vyskytovaly neuspokojené potřeby citové, potřeby vlastního volného času, potřeby věnovat se svému zdravotnímu stavu. Pečující neměli dostatek potřebných informací, poukazovali na důležitost profesionálního a lidského přístupu lékařů i úředníků. Na závěr bychom chtěli zmínit téma **(ne) řešitelnost bariér**. Při realizovaných rozhovorech jsme identifikovali určité bariéry, které negativně ovlivňovaly péči o blízkého člověka. Těmito bariérami byly nedostatečně upravené domácí podmínky pro kvalitní péči. Především se jednalo o schodiště a bariérovou nedostatečně velkou koupelnu, a dále velkou vzdálenost, kterou musel poskytovatel pomoci při péči překonávat. Tyto problémy spojené s překonáváním bariér by pečující mohli řešit buď přestěhováním sebe i partnera do domova s pečovatelskou službou, nebo v dalším případě, přestěhováním pečující osoby k závislé osobě. Přestože si pečující tyto bariéry a s nimi související starosti **uvědomovali**, bránila jim v jejich řešení **citová vazba na jejich přirozené sociální prostředí**.

Na závěr bychom chtěli **vyjádřit výslednou esenci vztahující se k laické péči**. Využili jsme výrok jedné z pečujících: „*Všecko je to o tom, že ten člověk je pořád vázaný na toho nemocného člověka. Pořád. Není žádná svoboda... Ale, víte, vydržím to, abych se nemosela za sebe stydět.*“ Poskytovatelé péče, kteří se dlouhodobě starají o těžce nebo úplně závislého člověka, pociťují nejen **náročnost samotné péče**, ale především **ztrátu osobní svobody**. Přes tuto skutečnost se péče nezříkají, **hnacím motorem** jsou jim jejich **zvnitřněné morální hodnoty**.

7.1 Doporučení pro praxi

Naše práce se zabývala syndromem vyhoření laického pečujícího. Chtěli jsme zjistit a popsat, jak laičtí pečovatelé, u kterých byl prokázán syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké. Z realizovaných rozhovorů jsme zjistili, že pečujícím osobám chybí sociální opora a dále pečující bojují s orientací v jejich právech a povinnostech v souvislosti s pobíráním dávek příspěvku na péči. Chtěli bychom nyní navrhnout určitá řešení a opatření, která by byla využitelná v praxi.

Nejprve bychom chtěli směřovat doporučení na obce, aby se v tomto ohledu zaměřily na pečující osoby. Z vlastních zkušeností máme dojem, že sociální práce v obcích se prioritně spíše zaměřuje na osoby v tíživé finanční situaci. Bylo by vhodné, kdyby obce pořádaly přednášky, nebo alespoň propagovaly organizace a jejich služby, které s tímto tématem souvisejí. Velmi dobrou osobní zkušenost máme například s Charitou, která pořádá setkání pečujících osob. Pečující osoby si mohou mezi sebou vyměnit své zkušenosti, mohou se svěřit, jaké situace zažívají, a dostanou zde také cenné rady a informace. Se sociální oporou a přesnými informacemi mohou pomoci také sociální pracovníci Úřadu práce, kteří provádějí kontrolní šetření. Tato kontrolní šetření smějí provádět bez ohlášení a šetření nemusí být přítomna pečující osoba. Domníváme se, že by **bylo přínosné**, kdyby sociální pracovníci kontaktovali pečující osobu předem, aby mohla být tomuto šetření také přítomna. Toto kontrolní šetření by **nesloužilo pouze ke kontrole zdravotního stavu závislé osoby, ke kontrole aktuálních skutečností a kvality péče**, ale pečující osoba by mohla této návštěvy využít k získání nových informací nebo k potvrzení či vyvrácení dosavadních informací. Domníváme se, že sociální pracovník má také určité schopnosti rozpoznat pečující osobu, která má s poskytováním péče nějaké obtíže. Mohl by doporučit adekvátní službu nebo by šetření posloužilo alespoň k „vypovídání se“ pečující osoby. Je otázkou, zda by v situaci, kdy závislých osob rok od roku přibývá, sociální pracovníci zvládali kontrolní šetření takto provádět.

Poslední doporučení směřujeme k pečujícím, kteří mají v péči osamocené blízkého člověka, přičemž nemají možnost ho pravidelně navštěvovat. Zde bychom chtěli vyzdvihnout asistenční a tísňovou péči *Anděl na drátě*, která je k dispozici 24hodin denně. Prostřednictvím přívěsku nebo speciálních hodinek s vestavěným GPS dochází k monitoringu závislé osoby, sleduje se pohyb nebo případné pády. Služba řeší problematiku situace, kdy se pečující osoba nemůže seniorovi dovolat, protože senior zapomněl mobil, nebo mu v používání mobilu brání jeho duševní stav. Součástí služby je také linka důvěry a poradna pro seniory. Ani jeden z našich pečujících o takovéto službě neměl tušení. Tato asistenční a tísňová péče je registrovaná sociální služba a působí v celé České republice. Krátká zmínka o ní je uvedena např. na stránkách Zlin.cz, kde o ní hovoří mluvčí města Kroměříž Jan Vondrášek. Podle našich informací je tato služba dostupná také ve Zlínském kraji.

8 ZÁVĚR

Dnešní doba, založená často na budování kariéry, na prosazování individuálních potřeb a snů přispívá k situaci, že postarat se o blízkého člověka doma, v jeho přirozeném prostředí je stále složitější. Diplomová práce se snažila zachytit reálnou zkušenost pečujících osob s jejich nelehkou rolí. Práce byla inspirována osobním i pracovním zájmem o tuto problematiku.

Teoretická část se skládala ze tří kapitol. První kapitola se zabývala laickou péčí. Seznámila nás s dosavadními výzkumy a vybranými publikacemi, dočetli jsme se v ní, jaké motivy vedou pečující osoby k poskytování péče a jaká negativa péči ovlivňují. Druhá kapitola popsala koncept příspěvku na péči a shrnula také poznatky z vlastní praxe. Třetí kapitola poskytla informace týkající se syndromu vyhoření, který je z hlediska zdraví velmi závažným jevem. Součástí této kapitoly jsou informace o tom, jak lze syndrom vyhoření diagnostikovat, a uvádíme zde i doporučení a opatření, která lze aplikovat na prevenci syndromu vyhoření.

V praktické části jsme pomocí fenomenologického rozhovoru hledali odpověď na otázku Jak laičtí pečovatelé, u kterých byl identifikován syndrom vyhoření, subjektivně vnímají péči o své blízké? Další výzkumné otázky související s péčí nebyly stanoveny, protože jsme chtěli zjistit, jaká témata nám budou prezentována od každého jedince na základě toho, jak tento fenomén sám vnímá. Rozhovor byl proveden s deseti jedinci, kteří měli splňovat určitá kritéria. Pečující musel poskytovat péči osobě, která měla přiznaný příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti, na základě standardizovaného dotazníku vykazoval známky syndromu vyhoření a v péči mu nepomáhala žádná sociální služba. Z uvedených rozhovorů jsme zjistili, že pečující vnímají starost o blízkého člověka jako náročnou. Pečující musí upozadit své potřeby a změnit svůj dosavadní životní styl, přičemž tato změna životního stylu nabývá spíše dlouhodobého charakteru. Každodenní stresové situace se podílejí na špatném zdravotním stavu pečujících. Pečující obtížně shánějí ucelené informace a jako palčivý problém vnímají nedostatek opory nejen od nejbližší rodiny, ale i od přátel. Všechny naše poznatky jsme shrnuli ve fenomenologické interpretaci. Z poskytnutých informací jsme se také pokusili identifikovat možné příčiny syndromu vyhoření. Uvědomujeme si, že nemáme potřebné lékařské vzdělání a také to, že prožívání každého člověka je individuální záležitostí, a proto nelze tyto příčiny definovat jednoznačně. Proto jsme vybrali témata, která se v rozhovorech opakovala nejčastěji a byla identifi-

kována u každého z pečujících. Informace jsme poté porovnávali s dosavadními výzkumy a literaturou a výsledky našeho výzkumu jsme se také pokusili aplikovat na doporučení pro praxi. Výslednou esenci prezentujeme jako **uvědomění si nejen náročnosti samotné dlouhodobé péče, která se negativně odráží v mnoha oblastech života pečujících, ale také ve ztrátě osobní svobody**. Přes tuto skutečnost se naši pečující své role nezříkají, hnacím motorem jsou jim jejich vnitřní morální hodnoty. Osobně nás překvapila **silná vazba pečujících na přirozené sociální prostředí**. A přestože jsme u pečujících identifikovali upřednostnění potřeb závislé osoby před svými, jedné potřeby se nevzdali, a tou byl jejich domov.

V mnoha odborných publikacích i výzkumech bývá zdůrazňována důležitost neformální péče, a přesto pečující stále vnímají, že jejich práce není dostatečně oceněna. Jedno moudré přísloví praví: *Sytý hladovému nevěří*. Ano, kdo sám nezakusil, nemůže spravedlivě hodnotit. Až nenadálá situace, či nemoc blízkého člověka nám dá zakusit toho, co nelehká role pečujícího obnáší. Zamysleme se společně nad situacemi pečujících osob a podejme jim pomocnou ruku. Pouhé porozumění a čas, který jim věnujeme, může alespoň na chvíli náročnost jejich situace ulehčit. Vždyť nemoc blízkého člověka či nenadálé životní okolnosti mohou překvapit každého z nás a také my s největší pravděpodobností jednou okusíme, co tato nelehká role obnáší.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAREŠ Pavel a kol., 2011. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče [online]. [cit. 2017-09-22]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza_kapacit_a_sitě_poskytovatelů_dlouhodobé_peče.pdf.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt* [online]. 2006(8), 235 - 239 [cit. 2017-09-30]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326184426669071.pdf>.
- [3] BARTOŇOVÁ, Jitka, Modely rodinné péče o starého člověka. In: Jeřábek, Hynek a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. ISSN 1801-1519.
- [4] BAŠTECKÁ, Bohumila, 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN isbn80-247-0708-x.
- [5] COFACE. KONFEDERÁCIA RODINNÝCH ORGANIZÁCIÍ EURÓPSKEJ ÚNIE. *Evropská charta rodinných opatrovatelův*. Brusel, 2009. Dostupné z: http://www.coface-eu.org/en/upload/07_Publications/COFACE-Disability%20CharterSK.pdf.
- [6] COLAZZI, Paul. F., 1978. Psychological research as the phenomenologist views it. In: VALLE, Roland. S. a Mark, King. *Existential phenomenological alternatives for psychology*. Nex York: Plenum.
- [7] COLOMBO, Francesca, help wanted? : providing and paving for long-term care. Paris: OECD. OECD health policy studies. ISBN 978-92-64-09758-2.
- [8] CRESWELL, John. W., 1998. *Research design, qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications. © 2014. [cit. 2018-09-06]. ISBN 978-1-4522-26101-1.
- [9] ČELEĐOVÁ, Libuše a Radek PTÁČEK, 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum. ISBN 97880-246-1998-9
- [10] ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. Dlouhodobé ošetrovné – od 1.6.2018. dávky. [online]. [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/dlouhodobé-osetrovne.htm>

- [11] ČESKO. Zákon č. 189/2012 ze dne 22. března 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 33, s. 1026-1365 [cit. 2017-10-06]. ISSN 1211-1244. Po zadání čísla předpisu dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [12] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37, s. 1257-1289 [cit. 2017-11-06]. ISSN 1211-1244. Po zadání čísla předpisu dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [13] ČESKO. Zákon č. 435/2004 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 143, s. 8270-8332 91cit. 2018-06-06]. ISSN 1211-1244. Po zadání čísla předpisu dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [14] ČESKO. Zákon č. 262/2006 ze dne 7. června 2006 zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 84, s. 3146-3269 [cit. 2018-06-06]. ISSN 1211-1244. Po zadání čísla předpisu dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- [15] ČESKO. Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb, Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf
- [16] DIAKONIE ČCE. Projekt pro rodinné pečující o seniory [online]. *Evropský sociální fond v ČR*, 2013b [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/projekty/projekt-pro-rodinne-pecujici-o-seniory>
- [17] DOHNALOVÁ, Zdeňka a Olga HUBÍKOVÁ, 2013. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně* [online]. Brno: FSS MU. [cit. 2017-13-09] Dostupné z: https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studie_pecujici_o_blizkou_osobu.pdf
- [18] DUDOVÁ, Radka, 2013. Kombinace práce a péče u osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny [online]. *Mosty: Časopis pro integraci*, 14(1), 22-23. [cit.2017-13-09]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013_MOSTY_01.pdf.

- [19] DUKOVÁ, Ivana, DUKA, Martin a Kohoutová, Ivana. 2013. *Sociální politika. učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.
- [20] GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka a HOROVÁ, Terezie., *et.al.* 2015b. *Závěrečná zpráva fokusních skupin* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání MPSV. [cit. 2017-10-23]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektupodpora-neformalnich-pecovatelu>
- [21] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, ISBN 978-80-87109-19-9.
- [22] HAUKE, Marcela. 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ISBN 978-80-906320-7-3.
- [23] HAVLÍKOVÁ, Jana a Olga HUBÍKOVÁ, 2015. *Role sociální práce a uplatňování situačního přístupu v rámci řízení o příspěvku na péči*. Praha VÚPSV. [cit. 2018-02-09] http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_388.pdf ISBN 978-80-7416-216-9.
- [24] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [25] HORECKÝ, Jiří. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči* [online]. 2012, Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 13.03.2018]. Dostupné z: http://http://www.horecky.cz/images/1346924273_prispevek-na-peci-jh-finalup.pdf
- [26] JANEČKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva a Blanka JIRKOVSKÁ. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21.století. Sociální práce odborný recenzovaný časopis*. 2017. č. 6/2017, ISSN 1805-885X.
- [27] JEDLINSKÁ, Martina, HLÚBIK, Pavol a LEVOVÁ Jana, 2009. *Psychická zátěž laických rodinných pečujících*. PROFESE on-line [online]. Olomouc: FZV UP v Olomouci, II(1), 27-38 [cit. 2017-11-27]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://www.pouzp.cz/data/File/Casopis-online-pdf/cislo1-09/jedlinska_FINAL_web_tisk.pdf

- [28] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ, 2006. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, ISBN: 80-86991-74-1.
- [29] JEŘÁBEK, Hynek, 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. ISSN 1801-1519.
- [30] JEŘÁBEK, Hynek, 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-807-4191-176.
- [31] KALVACH, Zdeněk, 2009. *Pečujeme doma – příručka pro laické pečující (Jak pečovat o svého blízkého v domácím prostředí – pohled zkušeného geriatra)*. Brno: Moravskoslezský kruh. 2. vydání, [online]. [cit 2017-11-03]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/navody/pecujeme-doma-z-kalvach/>
- [32] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- [33] KLIMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana, 2013. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Dav.soc.cas.cz [online]. [cit 2017-11-03]. Dostupné z: http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-12-1.pdf
- [34] KOOPOLIS, 2015 a. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Koopolis.cz [online]. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektupodpora-neformalnich-pecovatelu>
- [35] KOTRUSOVÁ, Miriam, DOBIÁŠOVÁ, Karolína a HOŠŤÁLKOVÁ Jitka. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. Oborný recenzovaný časopis 2013, č. 6. © VÚPSV. ISSN 1803-7488. [online]. [cit. 2017-11-25] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf
- [36] KOUBEKOVÁ, Eva, 2001. *Vztahy mezi percipovanou sociální oporou a některými osobnostními charakteristikami adolescentů, Psychológia a patopsycho-*

- lógia dieťaťa*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. Ročník 36, č. 1, s. 39- 49. ISSN 0555-5574.
- [37] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012, *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. Olomouc: ANAG. ISBN: 978-80-7263-748-5.
- [38] KRÁSA, Václav. *Podpora pečujících osob*. Seminář v poslanecké sněmovně „Zdravotně postižení – příspěvek na péči. Jak dál?“, 2015.[online]. [cit. 2017-09-25]. Dostupné z:<http://slideplayer.cz/slide/11187338/>
- [39] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana. a Eva JANDZÍKOVÁ. Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti. *Fórum sociální politiky. Odborný recenzovaný časopis*. 2012, č. 2. © VÚPSV. ISSN 1803-7488. [online]. [cit. 2018-11-25] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-02.pdf
- [40] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana a Soňa KINSKÁ. Využívání příspěvku na péči romskými příjemci v kontextu diskuze o zneužívání této dávky. *Sociální práce. Recenzovaný odborný časopis* 2017, č. 6 © Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN 1805-885X [online]. [cit 2018-05-03].
- [41] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, ISBN 80-7169-551-3.
- [42] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
- [43] KŘÍŽOVÁ, Eva, JANEČKOVÁ, Hana a Jaromír BĚLÁČEK, 2016. Family Carees' Perspectives on Integrated Community Care in the czech Republic. *Central European journal of Public Health*, 24(4), 289-296. [online]. [cit. 2017-10-21]. Dostupné z: https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-201604-0007_Family-Carers-Perspectives-on-Integrated-Community-Care-in-the-Czech-Republic.php
- [44] KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol., 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-802-1078-642.
- [45] KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence*

- a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5707-0.
- [45] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- [46] LUKEŠOVÁ, M, 2011. Sociální šetření u příspěvku na péči. *Fórum sociální politiky*. Oborný recenzovaný časopis 2011, č.2, 27. © VÚPSV. ISSN 1803-7488 [online]. [cit. 2017-11-20] Dostupné z: http://www.vupsv.cz/sites/File/forum_socialni_politiky/Casopis_FSP_2_2011.pdf
- [47] MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [48] MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178 548-2.
- [49] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [50] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2017. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2017*. MPSV.cz. [online]. [cit. 2018-10-09]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2017.pdf
- [51] MOŽNÝ, Ivo, 2006. *Rodina a společnost*. Praha: Slon, s. 312. ISBN 80-86429-58-X.
- [52] MUSIL, Libor, et.al., 2011. *Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči*. © VÚPSV. [online]. ISSN ISBN 978-80-7416-098-1 [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_341.pdf
- [53] NOVÁK, Tomáš a BEASTEES. 2013. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4.
- [54] OECD. *Long-Term Care for Older People* [online]. Paris: OECD Publishing, 2005, 137 p. [cit. 2018-03-06]. ISBN 92-64-00848-9. Dostupné z: http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf

- [55] PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- [56] PRŮŠA, Ladislav, 2013. *Ekonomická efektivita zahajování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <https://www.socialnaspolocnost.sk/wp-content/uploads/2014/04/Ekonomick%C3%A1-efektivita.pdf> ISBN 978-80-7416-120-9
- [57] PRŮŠA, Ladislav, 2009a, několik údajů o využívání příspěvku na péči. Problematika generace 50 plus. In: Havlík J. (Ed.). *Sborník VI. Mezinárodní konference. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*, 91-97.
- [58] PRŮŠA, Ladislav, 2009b. Příspěvek na péči – černá díra reformy sociálního systému. *Fórum sociální politiky. Oborný recenzovaný časopis 2009*, č. 3 © VÚPSV. ISSN 1802-5854 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Casopis_FSP_3_2009.pdf
- [59] PRŮŠA, Ladislav, 2010. Příspěvek na péči: nový nástroj financování sociálních služeb. *Rezidentní péče*, [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.rezidencnipece.cz/archiv/priloha/priloha1002.pdf>
- [60] PRŮŠA, Ladislav, 2015. Financování služeb sociální péče v ČR - teorie a praxe. *Fórum sociální politiky. Oborný recenzovaný časopis 2015*, č. 3. © VÚPSV. ISSN 1803-7488 [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2015-03.pdf
- [61] PŘIDALOVÁ, Marie, 2007. *Pečující dcery a pečující synové (rozhodnutí, se kterým můžu žít)*. IVRIS Working Papers, Brno: Institut pro výzkum integrace a reprodukce, roč. 2007, č. 4, ISSN 1802-0062.
- [62] RABUŠIC, Ladislav, 1995. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita. Rubikon (Masarykova univerzita). ISBN 80-210-1155-6.
- [63] REDINBAUGH, Ellen. M. et. al. End - of - Life Caregiving: What Helps Family Caregivers Cope? *Journal of palliative Medicine*, 2003, vol. 6, no. 6, s. 901-909. ISSN 1096-6218.

- [64] REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- [65] SHASRE - ERIC. Share - project.org. [online]. ©2018 [cit. 2018-09-26]. Dostupné z: <http://www.share-project.org/>
- [66] SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV (Akademie věd ČR). *Rodina a zdraví (ISSP 2011-12) - Česká republika* [datový soubor] [online]. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, 2014 [cit. 2017-11-10].
- [67] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, Meritum (ASPI). ISBN 978-80-7357-3164.
- [68] SVOBODOVÁ, Kamila, *Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice* [online]. Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje, 52 (4) [cit. 2017-09-13]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/do_1574.pdf
- [69] ŠIMONÍK, Pavel, 2015. Podpora neformálních pečovatelů. Závěrečná zpráva z výzkumu. *Výstupy projektu \podpora neformálních pečovatelů* [online].. Praha: Fond dalšího vzdělávání MPSV. [19-01-2018]. Dostupné z <https://koopolis.cz/sekce/knihovna/499-vystupy-projektu-podpora-neformalnich-pecovatele>.
- [70] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-313-0.
- [71] ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita. ISBN: 80-7372-105-8.
- [72] TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra, 2015. Jak se žije neformálním pečovatelům v České republice? *Fórum sociální politiky. Oborný recenzovaný časopis 2015*, č. 4. © VÚPSV. ISSN 1803-7488 [cit. 2018-07-13]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2015-04.pdf
- [73] TOŠNEROVÁ, Tamara, 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, ISBN 80-238-8001-2.
- [74] TOŠNEROVÁ, Tamara a Jiří TOŠNER, 2002. *Burn - Out syndrom: pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia (organizace). ISBN (kroužková vazba).

- [75] TRIANTAFILLOU, Judy et al. *Informal care in the long-term care system*. [online]. Vídeň, © 2010 [cit. 2017-10-15]. Dostupné z: http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf
- [76] VÁVROVÁ, Soňa (ed.) *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, 2009. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8679/Kontext_transformace_pobytovych_socialnich_sluzeb.pdf
- [77] VESELÁ, Jitka, 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče ne-soběstačným rodičům*. Praha: VÚPS
- [78] VALENTA, Milan a Jan MICHALÍK, 2008. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením* [online]. Olomouc: VCIZP, © 2008 [cit. 2018-09-01]. Dostupné z <http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>
- [79] VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.
- [80] WERNEROVÁ Julie, 2007. *Význam sociálního šetření pro posudkovou službu úřadu práce při posuzování stupně závislosti. Sociální práce. Recenzovaný odborný časopis 2007, č. 2* © Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolesocialnihopracovnika-120116134909.pdf
- [81] ZACHAROVÁ, Eva, 2008. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pacienty. *Interní medicína pro praxi*. roč. 10, č. 1, s. 41-42, ISSN 1212-7299.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- PnP Příspěvek na péči
- et. al. A další
- s. Strana
- MBI Maslach Burnout Inventory

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 - Skóre BM muži – ženy.....	48
---------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1- Posuzování stupně závislosti do 18 let věku žadatele	27
Tabulka č. 2 - Posuzování stupně závislosti nad 18 let věku žadatele.....	28
Tabulka č. 3 - Přehled informantů a stručná charakteristik	46
Tabulka č. 4 - Fáze fenomenologického rozhovoru	47
Tabulka č. 5 - Signifikantní výroky	55
Tabulka č. 6 - Kategorizace signifikantních výroků související s náročnými situacemi při poskytování péče	56
Tabulka č. 7 - Hlavní témata prožívaných negativ	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Interpretace a vyhodnocení dotazníku

Příloha PII: Rozhovor s pečující osobou – Vlastislava

PŘÍLOHA P I: INTERPRETACE A VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

BM

- nejprve je nutno vypočítat hodnotu A, tuto hodnotu vypočítáme sečtením hodnoty označené u podotázek č. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21
- dále je nutno vypočítat hodnotu B a to tak, že sečteme hodnoty u podotázek č. 3, 6, 19 a 20
- poté zjistíme hodnotu C tím, že odečteme od hodnoty 32 položku B ($C = 32 - B$)
- dalším krokem je vypočítat hodnotu D, a to tak, že sečteme hodnoty A a C ($D = A + C$)
- celkový výsledek – hodnotu psychického vyhoření zjistíme tak, že hodnotu D vydělíme číslem 21 ($BQ = D: 21$)

Níže uvádíme návod, jak výsledek skóre BM interpretovat:

BM = 2 a nižší – označuje z hlediska psychologie zdraví *dobrý výsledek*

BM = 2,1 až 3 – udává *uspokojivý výsledek*

BM leží mezi hodnotami 3,1 až 4 – je doporučeno zamyslet se nad svým životem (práce rodina)

BM = 4,1 až 5 – lze považovat *přítomnost syndromu psychického vyčerpání* a doporučeno vyhledat odborníka

BM = 5,1 a vyšší – značí *havarijní signál* a je nutno jednat, např. obrátit se na klinického psychologa či psychoterapeuta (Křivohlavý, 1998, s. 38).

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S PEČUJÍCÍ OSOBOU – VLASTISLAVA

Nejdřív se budu chtít zeptat, jestli souhlasíte s nahráváním na diktafon.

Jo, ano.

A teď bych se chtěla zeptat, kolik je Vám let a o koho pečujete.

Je mně 54 a pečuji o moji mamku, je to zhruba, myslím tak 4 roky. Ona dostala mozkovou příhodu a potom vlastně zůstala špatně pohyblivá, měla psychické problémy a byla dlouho v nemocnici, a když jsme viděli, že se to tam spíš zhoršovalo, než zlepšovalo, tak sme se rozhodli s manželem, že si ji vezmeme domů. Manžel je soukromník, takže mně může vypo-máhat. Já chodím zatím ještě do práce.

Aha

No, my než sme ju přivezli dom, tak sme museli koupit polohovací postel. Až pak sme se dozvěděli, že je možné, aby nám ji předepsali v nemocnici, ale to sme se dozvěděli až později, nikdo nás na začátku o ničem v nemocnici neinformoval, ani jaké máme možnosti. Všecko sme zjišťovali spíš přes známé. Potom sme museli předělat koupelnu a kuchyň, aby to bylo bez prahů a aby tam měla sprchový kout, to nás stálo dost peněz. A ty problémy - my sme potřebovali, aby si ju v té nemocnici nechali co nejdýl, aby sme mohli udělat tu koupelnu, ale pořád nás tlačili do toho si ji vzít co nejdřív, protože ji tam asi nemohli tak dlouho držet.

A mohla byste mi zkusit podrobně popsat tu péči? Vypravujte mi, co péče obnáší, jaké situace při péči prožíváte, co Vás trápí. Chtěla bych pochopit, co pro Vás péče o nesoběstačného člověka představuje.

Tak starost o domácnost a samozřejmě všechno, umývání, přeslékání, úklid domácnosti, zajišťování doktora, odvoz, zajišťování léků. Nejhorší je to, že člověk je vázaný doma a musí byt nachystaný. Ráno vstávat, dát jí snídani, poumývat, a potom rychle utíkám do práce. Někdy to udělá třeba manžel, ale to opravdu vyjimečně, když jedu třeba někam zaskakovat do jiného města. S obědem taky tak, buď jí dává oběd manžel, nebo musíme poprosit někoho z rodiny, a to je pořád někoho otravovat, to si člověk připadá šileně. Navíc je to moja matka a spíš chodí nám pomáhat eventuálně někdo z rodiny od manžela. No a to je vlastně pátky, soboty, neděle, to musí byt člověk pořád doma, protože když nám pomáhá jí přes týden tak na víkend už je nechcete otravovat, abyste si mohli někam zajet. Málokdy se stane, aby sme někam jeli. Většinou je to tak, že když někam jdeme, a to spolu chodíme

málokdy, manžel tam zůstane a já musím být pořád k dispozici. Jo, utékat dom, dat jí najest oběd, utékat dom, dat jí večeři, umyt, pouklízet a tak dokolečka. Na koničky čas nemám, jediný koníček, který mám, je jít se večer projít na procházku. Protože když je člověk pořád vázaný u baráku, to nemáte ani na to chuť. A potom to skloubení těch povinností v práci a potom doma je taky pěkný oříšek. Mně připadá, že jen chodím do práce a pak se starám o babičku. Musela jsem z plného pracovního úvazku přejít na zkrácený, protože sem pomalu nestíhala přijít do práce včas a končila sem až v pozdějších hodinách.

A příspěvek na péči berete kolikátý stupeň?

Má trojku. O tom příspěvku sme se dozvěděli až od známé, která měla péči na maminku a tak sme se byli zeptat na sociálku, jestli bysme nemohli také něco dostat, protože samozřejmě ta péče něco stojí. Hlavně ze začátku, kdy nám nechtěl třeba obvodní lékař předepisovat plenky, přestože ty plenky potřebovala, nebo třeba, vůbec, ta naša doktorka není moc ochotná, ona je starší a ona už nad všeckým mávne rukou, to je dobré, to je dobré, to už je ten věk. Teď sme měli situaci, kdy jí bolí pořád ruka, protože má revma a ona má syna, který je také doktor a manžel ho potkal, tak se ho zeptal, jestli by se na ni nešel podívat, a on si všiml, že má na nose takový útvar, my sme si mysleli, že je to bradavice a ono to bylo rakovinový nádor. Jo, přitom doktorka ji vidí často a neřekla nic. Ani třeba léky od bolesti jí nechce předepisovat, protože jí ta ruka bolí, pořád stoná, je kolikrát protivná na mě, takže já se snažím pro ni ty léky sehnat, ale ona nechce, má pořád výmluvy, protože samozřejmě by ta léčba něco stála, a ona hledí na peníze. Takže tak.

A co informace na Úřadu práce?

Na úřadě, myslím si, že nám toho řekli dost, všechno, co sme chtěli vědět.

Takže peníze byly důležité především v tom začátku?

Mm, jo, víte, já myslím, že když ti pečující pracují, je možné se v péči vystřídat, berete ten příspěvek, máte vlastně důchod té osoby a výplatu, tak je to v pohodě. Spíš máte strach, jak zkombinujete tu starost s tou prací, protože když se staráte o starého člověka, tak často běháte po doktorech, nebo třeba hmm, příklad, často na toho člověka myslíte, jo, co se tam doma děje, nespadla, nebere mi telefon a prostě stává se, že děláte třeba chyby, protože se na tu práci nesoustředíte tak, jak byste potřebovala. A to potom máte strach, aby třeba ste o tu práci nepřišla.

Aha, takhle, hmm, dobře a můžu se zeptat, proč nevyžíváte žádnou sociální službu?

Tak, pss, no, s našů mamků je to těžké, ona nechce nikoho. Třeba když švagrová má dojít místo mě jí dat třeba jídlo, když sme chtěli jet na prodloužený víkend na dovolenou, tak sme to měli: "Pořád někam jedete, zas kdesi, za co berete peníze, máte sa o mě starat a né někam chodit." Takže kde, nějakého sociálního pracovníka, ona by ho vyhodila. To ste raděj doma než toto poslouchat. Ona je třeba, má trojku, takže skoro pořád leží, neříkám, má plenky, ale stihne si dojít někdy na záchod, ale že by ju někdo cizí došel poumývat, to vůbec nehrozí. Přitom my bysme rádi třeba tu odlehčovací službu využili, třeba na týden nebo 14 dní. Ale tak, jo, koho pořád otravovat, děcka mají ted' vlastní děcka, chodí taky do práce, já mám sestru, která se o ňu starat nechce, nechce mně pomáhat, neviděla ji už kolik roků, takže sem na to zůstala sama. (pauza)

Tak to máte těžké, to Vás asi mrzí.

Tak, víte, oni s tou babičkou neměli moc dobrý vztah. Já sem počítala, že zůstanu na to sama. Jinak, jo, samozřejmě aj ty vztahy v té rodině se zhoršily, ten člověk v té tíživé situaci, to se potom pozná jaký je, já neříkám, samozřejmě manžel mně pomože, ale poumývat né, spíš enom ten donos toho jídla, jo, to když už ju aspoň přesleče, to potom mám na talíři a dá mně to pěkně sežrat. To je strašně nepříjemné. Hlavně to je to, že když něco potřebuju, musím pořád někoho otravovat, to už zatnu zuby, kolikrát a řeknu si, tak nejedu tam, nejedu tam. Někdy su z těch situací tak nasraná na celý svět, to víte, pěkně si kolikrát zanadávám, aby se mně ulevilo, ted' není snad týdne, abych si nezanadávala. Práca, babka, manžel, který furt někam léce nebo nic nedělá, to si říkám pane bože, už aby to skončilo. To je, dojdu z práce, babka pokaděná, záchod špinavý, fuj a to už ve mně vře to je na palicu. (pauza) Pak zas si řeknu, že je to matka a že bych už nikdy neviděla ten obličej, že by to bylo smutné, tak se to ve mně bije. Jo, manžel, ten jezdí zpívat, chodí do folklorního kroužku, já občas taky, ale na ty zájezdy už spolu zpívat ted' nejezdíme a to víte, je mně to líto, že trčím doma, ale co člověk udělá. Jo, spousta lidí si myslí, že ty peníze ta pečující osoba bere za nic, ale já bych jim to přála zkusit, to ten, kdo si vezme někoho nemocného a stará se o něho doma, nemá to opravdu lehké. Neříkám, že nezáleží na tom stupni postižení, ale třeba všechno je to o tom, že ten člověk je pořád vázaný na ten barák, na toho nemocného člověka, pořád. Pořád ve střehu, není žádná svoboda. Skončím v práci a nemůžu si říct, jdu do města, jdu na kafe s kamarádkou, jo? Né, já musím jít na autobus, dom podělat si a pak eventuálně odejít, ale člověk je už tak unavený, protože dělá v práci a pak doma, než se to obskáče, pouklízet, umyt, přesléct, všechno to zabere čas a už potom není čas

někam většinou chodit. Je to strašně těžké říct, zůstat s tím člověkem doma a vzít si ho a nebo dat ho do ústavu. Ale zas si říkám, mám ju tam dat, nemám? Je to divné dat tu matku do ústavu, ať si tam nějak dožije, a já si budu užívat, to mi přijde, že sem se na ňu vykašlala, ale, víte, vydržím to, abych se nemosela za sebe stydět. I když třeba v těch ústavech to nemusí byt úplně špatné, ale už sem slyšela, že někde aj je, nevím, ne, asi bych na to neměla povahu a další věc, víte, na vesnici je to asi jiné než ve městě, tam do těch domovů ty lidi odkládají asi víc, ale tady, tady by vás pomluvili. (pauza)

Hmm dobře, ještě něco Vás tak napadne v souvislosti s těmi starostmi?

Tak co bych, třeba, aj v té práci, jo, hlavně když du z práce a vím, že manžel tam nebyl, to už si říkám, panenkomarja, co tam zas bude? To je každý den, dycky si říkám ráno, co za bude, nebo si říkám, panenkomarja není mrtvá? Vlastně každý den, když tam člověk de a člověk ví, že už to zdraví není takové dobré, to tam idete se strachem, neumřela přes noc, neměla zas tu mrtvičku? Už sem to jednou zažila a ted' si uvědomíte ten kolotoč, co u toho nastál, to podvědomí na to pořád myslí. (pauza)

Tak je to všechno?

Já myslím, že jo.

Tak Vám děkuji za rozhovor, kdybych ještě něco potřebovala, můžu Vás ještě kontaktovat?

Ale klidně, nemáte zač.