

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života a psychická zátěž laických pečujících

Bc. Markéta Pitthardová

Diplomová práce

2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta Pitthardová**
Osobní číslo: **Z13365**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Kvalita života a psychická zátěž laických pečujících**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

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

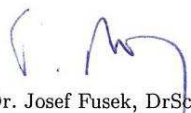
Seznam odborné literatury:

1. HROZENSKÁ Martina, Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
2. JAROŠOVÁ Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
3. KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ, Iva HOLMEROVÁ a kol. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-7628-6.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-2713-4.
5. MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-4.
6. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Martina Kuckir**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2013**

Termín odevzdání diplomové práce: **6. května 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 6. 5. 2016

.....
Markéta Pitthardová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Martině Kuckir za odborné vedení a cenné rady, které mi věnovala při psaní této práce. Velký dík rovněž patří agenturám domácí zdravotní péče v okrese Jičín, které mi poskytly přístup k respondentům.

ANOTACE

Diplomová práce se zaměřuje na laické (neformální) pečující o seniory v domácím prostředí, konkrétně na kvalitu jejich života a zátěž vyplývající z poskytování péče. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí, soběstačnost a sebeděči seniorů, charakterizuje laickou péči a funkci rodiny, domácí zdravotní péči a v závěru se také věnuje kvalitě života. Výzkumná část byla provedena pomocí kvantitativního a kvalitativního šetření. Kvantitativní výzkum byl proveden pomocí nestandardizovaného dotazníku, jehož součástí byl standardizovaný test IADL příjemce péče a CarerQol-7D zahrnující CarerQol VAS škálu. Nástrojem kvalitativní části výzkumu bylo polostrukturované interview sloužící k dokreslení problematiky laických pečujících.

KLÍČOVÁ SLOVA

laický/neformální pečující, kvalita života, psychická zátěž, rodinná péče, CarerQol nástroj

TITLE

Quality of life and mental stress of family caregivers.

ANNOTATION

The thesis focuses on informal caregivers caring for elderly at home, especially at the quality of their life and the burden resulting from providing informal care. The theoretical part of the thesis deals with the issue of age and aging, self-sufficiency and self-care of seniors. It also characterizes informal care, function of family and home care. The theoretical part also discusses the quality of life focusing on informal caregivers. The research part was performed by using the quantitative and the qualitative investigation. The quantitative research was performed by using the non-standardized questionnaire including two standardized tests: IADL of the care recipient and the test CarerQol-7D inclusive CarerQol VAS scale. The tool for the qualitative research was the semi-structured interview that was used for illustrating the issue of informal caregiving.

KEY WORDS

informal caregiver, quality of life, mental stress, family care, CarerQol instrument

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Stárnutí a stáří	14
1.1 Demografické aspekty stárnutí populace	15
1.2 Strategické dokumenty pro zajišťování podpory nesoběstačných seniorů v České republice.....	16
2 Sebepečce a soběstačnost seniorů.....	18
2.1.1 Potřeby seniorů	19
2.2 Sociální zabezpečení seniorů a jejich rodin	20
2.2.1 Služby sociální péče pro seniory	21
3 Domácí zdravotní péče	22
3.1 Výkony domácí zdravotní péče.....	23
4 Rodina a její funkce	24
4.1 Laická - rodinná péče o seniory	24
4.2 Formy laické péče	25
4.3 Překážky při poskytování laické péče	25
4.4 Zátěž rodinných pečujících a negativní efekt pečování	27
4.5 Činnost domácí zdravotní péče v roce 2013	28
5 Kvalita života.....	28
5.1 Roviny kvality života	29
5.2 Měření kvality života	29
5.3 Měření kvality života u pečujících.....	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	32
6 Metodika výzkumu	34
6.1 Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce.....	34
6.2 Průběh kvantitativního výzkumného šetření.....	36
6.3 Způsob zpracování a analýzy získaných kvantitativních dat	36

6.3.1	Analýza a zhodnocení dat kvantitativní části výzkumu.....	37
6.4	Nástroj pro kvalitativní výzkum.....	57
6.5	Charakteristika respondentů kvalitativní části výzkumu	59
6.6	Analýza kvalitativního výzkumu	62
7	DISKUZE	67
8	ZÁVĚR	75
9	POUŽITÁ LITERATURA.....	76
10	PŘÍLOHY	83

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Carer Qol VAS škála k počtu hodin věnované péči o blízkého za den.....	50
Tabulka č. 2 - CarerQol VAS škála v jednotlivých kategoriích	50
Tabulka č. 3 - Souhrn kategorií CarerQol-7D.....	52
Tabulka č. 4 - Účastníci interview	59

SEZNAM ILUSTRACÍ

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů	37
Graf č. 2 - Věkové kategorie pečujících	37
Graf č. 3 - Rodinný status pečujících.....	38
Graf č. 4 - Socioekonomický status pečujících.....	38
Graf č. 5 - Vztah pečujícího k příjemci péče	39
Graf č. 6 - Společná domácnost pečujícího a příjemce péče	39
Graf č. 7 - Celková doba poskytování laické péče	40
Graf č. 8 - Denní hodinová dotace na poskytování péče	40
Graf č. 9 - Další rodinní příslušníci podílející se na péči	41
Graf č. 10 - Využití služeb sociální pomoci	41
Graf č. 11 - Pohlaví příjemce péče.....	42
Graf č. 12 - Věkové kategorie příjemců péče	42
Graf č. 13 - Zdravotní problémy příjemců péče	43
Graf č. 14 - Pobírání příspěvku na péči	43
Graf č. 15 - IADL příjemců péče	44
Graf č. 16 - Histogram Carer Qol-7D	45
Graf č. 17 - Bodový graf CarerQol-7D skóre k věku pečujících.....	46
Graf č. 18 - Bodový graf CarerQol-7D k počtu hodin péče za den	47
Graf č. 19 - Krabicový graf CarerQol-7D společné a oddělené domácnosti.....	48
Graf č. 20 - Histogram CarerQol VAS škály spokojenosti (štěstí)	49
Graf č. 21 - Bodový graf CarerQol VAS pečujícího k IADL příjemce péče	51
Graf č. 22 - Vývoj hodnot CarerQol VAS a CarerQol-7D skóre	51

Graf č. 23 - Naplnění z poskytování péče.....	53
Graf č. 24 - Vztahové problémy	53
Graf č. 25 - Problémy s duševním zdravím	54
Graf č. 26 - Problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami	55
Graf č. 27 - Finanční problémy.....	55
Graf č. 28 - Podpora s vykonáváním pečovatelských činností.....	56
Graf č. 29 - Problémy s fyzickým zdravím.....	57

ÚVOD

Nejen české, ale celosvětové populační prognózy jsou doslova nekompromisní – seniorů bude přibývat, věkový rozptyl této generace se bude rozšiřovat, index staří se bude zvyšovat. Konkrétně ČSÚ (Projekce 2013) uvádí, že počet seniorů stoupne z jedné šestiny na jednu třetinu.

Péče o seniora byla tradičně prováděna doma, za přítomnosti celé rodiny až do sklonku života. Bohužel se tento historicky podložený fakt začal v 20. a 21. století vytrácet, pravděpodobně vlivem medicinalizace, institucionalizace a tabuizace smrti, potažmo i stáří se postupně tradiční, rodinná péče výrazně eliminovala (Jarošová a kol., 2007, s. 8; Marková, 2010, s. 14). Lidé začali více umírat v nemocničních a sociálních zařízeních, rodiny se přestaly nejen starat o své blízké, ale přestaly je i vyprovázet v posledních chvílích života (Marková, 2010, s. 14). Bártlová (2006) uvedla, že vlivem historického vývoje si rodina a nemocnice vyměnily své role. Domov sám a domácí prostředí však svou roli nezměnili, jsou i nadále prostředím, které je člověku přirozené a známé, prostředím, kde se člověk cítí bezpečně a kde je pro něj nejpřirozenější péči poskytovat i přijímat. Proto se i dnes čím dál tím častěji, a to jak z řad odborníků, tak z řad laiků, ozývá požadavek na podporu a rozvoj laické rodinné péče v rámci zdravotní i sociální problematiky.

Je však nutné si uvědomit, že laická péče s sebou, kromě všech výhod, nese mnoho nesnází, které se ve většině případů týkají pečujících. Převážně se jedná o psychické a fyzické problémy pečujících, opomenout však nelze ani problémy finanční. Pokud je tedy pro společnost žádoucí rozvíjet a podporovat laickou péči, je nezbytné vytvářet i co nejlepší podmínky pro její poskytování a motivovat tak k péči o osobu blízkou. Tato opatření nelze vytvořit bez podkladů, tudíž je třeba věnovat se opakovaným výzkumům této ošetrovatelské oblasti. V první řadě je potřeba aktuálně charakterizovat laické pečující, aby bylo možné se na jejich konkrétní skupinu zaměřit. Důležité je vědět komu je nejčastěji laická péče poskytována. Nutným předpokladem pro to, aby se pečujícím dostala pomoc a podpora, je odhalení a definování problémů, jež jsou s poskytováním péče spojeny. V neposlední řadě je důležité zjistit, v čem spatřují pečující svou oporu a odkud je tedy pro ně žádoucí čerpat sílu pro jejich nesnadnou roli.

CÍLE PRÁCE

- Popsat vybrané charakteristiky laických pečujících.
- Popsat vybrané charakteristiky příjemců péče.
- Zjistit, jak pečující hodnotí kvalitu života pomocí CarerQol nástroje.
- Zjistit, jak laičtí pečující hodnotí jednotlivé oblasti CarerQol (naplnění z poskytování péče, vztahové problémy, problémy s duševním zdravím, problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami, finanční problémy, podpora od okolí, problémy s fyzickým zdravím).
- Zjistit, jaká je psychická zátěž laických pečujících a popsat v čem pečující hledají oporu.
- Popsat a kategorizovat subjektivní výpovědi laických pečujících pro ucelení problematiky laické péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stárnutí a stáří

Termíny stárnutí a staří jsou velice těžko definovatelné a variabilní pojmy. Pro individualitu každého jedince je stáří těžko stanovitelné, přesto se odborná literatura snaží tato období a proces charakterizovat. A to například jako nezvratný, individuální proces význačný strukturálními a funkčními změnami, dále úbytkem schopností, dovedností a výkonnosti člověka (Hrozenská M, Dvořáčková D., 2013; Mlýnková J., 2011). Těmto změnám se říká také změny involuční a postupně k nim dochází již od 30. roku života, jejich rychlost je dána geneticky, životními podmínkami, prostředím a v neposlední řadě životním stylem (Mlýnková J., 2011; Mühlpachr P., 2004, s. 23). Pacovský (1990) popisuje stárnutí jako přechodné období mezi dospělostí a vlastním stářím. Přičemž stáří lze považovat za vyvrcholení lidského života a důsledek involučních změn, které jsou jak fyzické, psychické i sociální (Mühlpachr P., 2004, s. 23; Venglářová M., 2007, s. 11).

Staří je spolu s obdobím dospělosti nejdelší životní etapou v ontogenezi člověka a pro variabilitu a rozdílnost jedinců prožívajících stejnou životní etapu je tedy žádoucí rozdělení věku, jako tomu učinil profesor Hegyi, který rozlišuje věk jedince na chronologický, biologický, funkční, psychologický a sociální. Věk chronologický neboli kalendářní nebere ohled na stav organismu, využívá se zejména při demografických statistikách, biologický věk je dán genetikou, životním stylem, prostředím a výskytem onemocnění či úrazů v anamnéze, funkční věk je souhrnem bio-psycho-sociálních charakteristik, psychologický je dán vlastnostmi osobnosti a sociální věk je výsledkem společenského života jedince (Hrozenská M, Dvořáčková D., 2013, s. 13). Z výše uvedených dělení je v odborné literatuře nejčastěji citován věk chronologický, který Světová zdravotnická organizace rozdělila do tří období. Takzvaným předstupněm stáří je odborně nazývané presenium, konkrétně 60 – 74 let, dalším stupněm je senium, tedy 75 – 89 let a poslední etapou lidského života je patriarchum – nad 90 let (Hrozenská M, Dvořáčková D., 2013, s. 14).

Venglářová (2007, s. 11 – 12) popisuje tři roviny změn ve stáří – tělesné, psychické a sociální, zdůrazňuje, že všechny tři roviny se prolínají a ovlivňují. Mezi tělesné projevy stáří patří změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, oslabení smyslů, degenerativní změny, dále pak změny jednotlivých systémů – kardiopulmonální, trávicí, vylučovací a pohlavní. Po stránce psychické dochází u seniorů ke zhoršení paměti, změnám vnímání, snížení pružnosti, zhoršení úsudku (Venglářová (2007, s. 11 – 12). Starší lidé mohou být nedůvěřiví, sugestivní a emočně labilní a ze sociálních změn je pro ně podstatný odchod

do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty vrstevníků a blízkých, osamělost a finanční obtíže (Venglářová (2007, s. 11 – 12). K jednotlivým involučním změnám však nemusí docházet současně. Celé stárnutí je ovlivněno ontogenetickým vývojem, adaptační mechanismy, postojem k životu a v neposlední řadě spiritualitou (Čevela R. a kol., 2014, s. 17 – 18). Proto je pro charakteristiku seniorů, která reflektuje jejich skutečný obraz, vhodné použít klasifikaci Spirdusové. Na vrcholu žebříčku jsou tzv. elitní senioři, ti jsou schopni i ve vrcholném věku dosahovat extrémních výkonů, svou psychickou a fyzickou kondicí přesahují většinu seniorů (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 168; Ptáček R., Bartůněk P. a kol., 2011 s. 193). Zdatní senioři nezvládají nadprůměrnou zátěž, ale i tak je jejich kondice velmi dobrá, žijí aktivně, vykonávají pohyb s určitou pravidelností, rádi cestují a poznávají nové možnosti (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 168). Třetí skupinu tvoří nezávislí senioři. Ti většinu běžných aktivit zvládají bez omezení, nemají ale žádnou rezervu, tudíž při zhoršení zdravotního stavu může často dojít k dekompenzaci jejich tělesného i duševního stavu (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 168 – 169). Křehcí senioři mají problém s instrumentálními aktivitami všedního života (viz níže), kolísají na hranici soběstačnosti, většina z nich žije ve společné domácnosti s rodinným příslušníkem anebo obývá domov s pečovatelskou službou (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 169). Závislí senioři jsou zcela odkázáni na pomoc rodiny nebo ústavního zařízení, jsou schopni pouze kratších vycházek, ale často ani nevycházejí ven, jejich funkční zdatnost je velmi nízká (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 169). Poslední skupinou jsou zcela závislí senioři, ve většině případů se jedná o osoby ležící, s výrazným deficitem sebezpečí, kteří vyžadují nepřetržitou ošetrovatelskou péči (Kalvach Z. a kol., 2004, s. 169).

1.1 Demografické aspekty stárnutí populace

Celosvětovým trendem dnešní doby zejména vyspělých zemí v oblasti demografie je stárnutí populace. Stárnutí a stáří jsou přirozené civilizační procesy, které korelují s věkovým složením společnosti, s podílem lidí ve věkových skupinách a s demografickými procesy (porodnost, úmrtnost, migrace) (Čevela R. a kol., 2014, s. 20). Čevela (2014, s. 21) popisuje jako první příčinu stárnutí relativní snížení přírůstku dětské a mladé populace (pokles porodnosti, ev. vysoká dětská úmrtnost a vysoká migrace mladých lidí). Druhou příčinou je prudký nárůst počtu starších osob, což je důsledkem zestárnutí silných ročníků a snížením úmrtnosti ve středním a vyšším věku. Podle Malíkové (2011, s. 26) k těmto dvěma faktorům patří i zlepšení životních podmínek, snížení chudoby, sociální rozvoj a výrazný pokrok v medicíně. Podle populační prognózy dojde v následujících letech ke snížení počtu

obyvatelstva v produktivním věku, naopak výrazně se zvýší počet obyvatel starších 65 let, což je zapříčiněno zejména početnou generací narozenou po 2. světové válce (Sak a Kolesárová, 2012, s. 86). Český statistický úřad (Projekce 2013) uvádí, že populace seniorů se zvýší z jedné šestiny na jednu třetinu – grafy Projekce obyvatelstva viz příloha A. Zároveň má podle ČSÚ (2009) má 57,2 % seniorů nějaký dlouhodobý zdravotní problém. Toto zjištění je vysoce alarmující a je důležité, aby naše populace byla připravena na zvyšování podílu seniorů v populaci. Podoba této přípravy může být charakterizovaná např. Národním akčním plánem, realizací programu Zdraví 21, či 4×D strategií.

1.2 Strategické dokumenty pro zajišťování podpory nesoběstačných seniorů v České republice

Stěžejním dokumentem v otázce přípravy společnosti na stárnutí obyvatelstva je dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století („Zdraví 21“), který vychází z deklarace členských států WHO (World Health Organization). Na stárnutí a stáří se zaměřuje především cíl 6 – Zdravé stárnutí, jehož konkrétní znění je: *„do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti“*. K tématu seniorů v domácím prostředí se více vztahuje dílčí úkol č. 5. 2., jehož cílem je zvýšit nejméně o polovinu počet seniorů starších 80 let, kteří žijí v domácím prostředí ve zdraví, soběstačně a s úctou (MZČR, 2008). Opatřeními pro splnění tohoto cíle by mělo být zejména získání validních údajů o seniorské populaci, které budou mít statisticky výpovědní hodnotu a budou se zaměřovat zejména na soběstačnost a identifikaci rizikového seniora (MZČR, 2008).

V současné době probíhá v České republice „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“, jenž plynule navazuje na „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“ a „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007“. Program pro léta 2008 až 2012 se zabýval zejména kvalitou života ve stáří s důrazem na aktivní stárnutí, vstřícnost ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podporu rodiny a pečujících, podporu participace na životě společnosti a ochranu lidských práv (MPSV, 2008). Program pro léta 2003 až 2007 vycházel ze Zásad Organizace spojených národů pro seniory (1991) a Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (2002). V rámci realizace akčního plánu pro léta 2003 – 2007 zřídila v roce 2006 vláda ČR Radu vlády pro seniory a stárnutí populace. Rada klade důraz na vytvoření kvalitních podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří v ČR a aktivní začlenění starších občanů

do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v souvislosti s demografickým vývojem (MPSV, 2008). Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 se na základě Podkladové studie zaměřuje na oblast ochrany lidských práv seniorů, celoživotního učení, zaměstnanosti seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační kooperace, dále na kvalitu prostředí pro život starších osob, zdravé stárnutí a v neposlední řadě na péči o seniory s omezenou soběstačností (MPSV, 2014). Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR si pro realizaci akčního plánu stanovilo v každé oblasti strategické a specifické cíle s opatřeními k jejich uskutečnění, které budou po ukončení platného období vyhodnoceny. Na péči o nesoběstačné seniory se orientuje zejména poslední část programu. Vize zní: „*Široká nabídka provázaných sociálně – zdravotních služeb včetně zapojení pečovateli, která bude reagovat na specifické potřeby nejkřehčích seniorů s omezenou soběstačností*“ (MPSV, 2014, s. 40). K této vizi se váže strategický cíl 1 „*Nabídnout co nejširší škálu služeb včetně specializované geriatrické péče, které odpovídají rozdílným potřebám a specifickým životním situacím seniorů*“ (MPSV, 2014, s. 41) a k němu šest specifických cílů, které se vztahují například k systému geriatrické péče, dlouhodobé a paliativní péče, k sjednocení péče o seniory s Alzheimerovou demencí (MPSV, 2014). Strategický cíl 2 je „*Zvýšit informovanost neformálních pečujících, kteří využívají svůj maximální potenciál jak ve svém zaměstnání, tak v rámci péče o své blízké*“ (MPSV, 2014, s. 43). Druhý strategický cíl má pouze jeden specifický cíl a to: „*Vytvořit odpovídající podmínky pro pečující rodinné příslušníky a motivovat je k účasti na péči o své starší rodiče*“ (MPSV, 2014, s. 43). Opatření pro úspěšné dosažení záměru jsou zaměřena na kampaně, osvětu veřejnosti o rodinné péči, rozšíření odlehčovacích služeb a vzdělávání laických pečujících (MPSV, 2014, s. 43).

Na základě zjištění z jednotlivých akčních plánů a strategií bylo zjištěno, že nelze oddělovat péči zdravotní a sociální, že institucionální péče je nepřirozená a finančně nákladná a také, že lékař nemůže vyřešit veškeré problémy pacienta sám, byl v 80. letech 20. století vypracován plán 4×D (Haškovcová, 2010, s. 253). Tento plán obsahoval čtyři hlavní oblasti: deinstitucionalizace, demedicinalizace, deprofesionalizace a deresortizace.

Deinstitucionalizace upozorňuje na to, že veškerá péče nemůže být prováděna ve zdravotnických či sociálních zařízeních (Haškovcová 2010, s. 254), je potřeba více motivovat rodiny v péči o nesoběstačné seniory a klást důraz na fakt, že domácí prostředí je pro dlouhodobě nemocného nejvíce přirozené a přívětivé. Demedicinalizace zdůrazňuje, že stárnutí není nemoc, ale přirozený proces, proto medicína nemůže vyřešit všechny problémy seniorů, ani zaručit jejich spokojenost a štěstí (Haškovcová 2010, s. 254). Pro spokojené stáří je také podstatná deprofesionalizace, péči o seniora by měla ideálně zajišťovat hlavně rodina,

přátelé, sousedé a dobrovolníci (Haškovcová 2010, s. 254). Poslední oblastí Strategie 4D je deresortizace, která klade důraz na celospolečenskou prostoupenost seniorské problematiky a tím se snaží o odstranění bariér, zejména mezi zdravotní a sociální péčí, ale i dalšími resorty (Haškovcová 2010, s. 254). Mezi další důležité dokumenty týkající se problematiky stárnutí a stáří patří Evropská Charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc z roku 2010, Charta práv a svobod starších občanů z roku 1966 a Zásady OSN pro seniory z roku 1991, které se orientují na 5 okruhů: nezávislost, zařazení do společnosti, péče, seberealizace a důstojnost (viz příloha B) (MPSV, 2005).

2 Seběpěče a soběstačnost seniorů

Odborný důraz kladený na podporu rodinné péče o seniory, vycházející z výše uvedených dokumentů vyžaduje i bližší charakteristiku situací či stavů seniorů, za kterých je možné a efektivní tuto rodinnou péči využít. Stěžejními se tak v tomto smyslu staly pojmy seběpěče a soběstačnost. A ač se mohou zdát jako synonyma, jsou významově odlišná. Seběpěče je podle Oremové chápána jako „*vědomé chování, čili jednání člověka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví*“ (Halmo, Renata, 2015, s. 16). Zjednodušeně lze říci, že seběpěče znamená provádění aktivit pro sebe sama prostřednictvím sebe sama. Naopak soběstačnost je schopnost člověka obstarávat své základní životní potřeby v konkrétním prostředí, což znamená, že soběstačnost jedince je dána funkční zdatností organismu jedince a funkčním stavem prostředí (Kalvach a kol., 2004, s. 196; Kalvach a kol., 2011, s. 98). Soběstačnost seniora je pro zdravotníky, rodinu i samotného seniora krucióální, její hodnocení slouží zdravotnickým i sociálním profesionálům k identifikaci problémů v provádění každodenních aktivit a následně k výběru vhodného opatření a pomoci (Gupta., A., 2008, s. 16). Hodnocení vyžaduje určitý čas, pozorovací a komunikační schopnosti a v neposlední řadě trpělivost hodnotitele. V české zdravotně-sociální praxi se mimo jiné používají i jednoduché screeningové nástroje pro hodnocení aktivit denního života tzv. ADL (Activities of Daily Living) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living). V rámci těchto dvou hodnotících systémů bylo vytvořeno přes 100 škál (Gupta, 2008, s. 16). Původní nástroj k měření nezávislosti (Index of Independence in Activities of Daily Living – Katz ADL) vytvořil v roce 1964 S. Katz (Kalvach a kol., 2011, s. 98). Nástroj klasifikuje běžné denní aktivity zahrnující koupání, oblékání, používání toalety, přemisťování se, kontinence a stravování, bohužel však nezachycuje změny ve funkčním stavu posuzovaného

jedince (Kalvach a kol., 2011, s. 99). Evaluace se postupem času zjednodušila a v současné době se nejčastěji využívá trojúrovňové hodnocení - nezávislost, mírná závislost, úplná závislost (Vytejčková, Sedlářová, Wirthová, a Holubová, 2011, s. 200). Dalším nástrojem v rámci konceptu ADL je Barthel Index, který hodnotí soběstačnost osob v deseti základních činnostech - osobní hygiena, koupání, oblékání, přijímání jídla a pití, kontinenci moče, stolice, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a chůze po schodech (Kalvach a kol., 2011, s. 100). Provedení jednotlivé činnosti je vždy ohodnoceno příslušným počtem bodů, celkovým součtem se pak určuje stupeň závislosti testované osoby. Jako vysoce závislí jsou hodnoceni lidé, kteří v celkovém skóre dosáhli 0 – 40 bodů, 45 – 60 bodů značí závislost středního stupně, 65 – 95 bodů je lehká závislost a úplně nezávislá osoba má v součtu 96 – 100 bodů (Hauke, M., 2011, s. 129; Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 67 – 68). Barthel index je v českých zdravotnických zařízeních jednou z nejvíce používaných metod pro klasifikaci soběstačnosti, právě proto, že hodnotí činnosti, které se přímo vztahují k péči o sebe sama a o základní tělesné potřeby. Naopak v domácím prostředí se hojně využívá IADL škála instrumentálních denních činností, kterou Filefaum, Lawton a Brodyová v roce 1985 přepracovali z původní Lawton škály z roku 1969 (Pokorná a kol., 2013, s. 93, Kalvach a kol., 2011, s. 100). IADL hodnotí soběstačnost komplexněji, zabývá se zejména soběstačností v činnostech souvisejících s vedením osobního života a chodem domácnosti, konkrétně je to: jízda dopravním prostředkem, telefonování, vaření, praní, užívání léků, spravování financí, domácí práce a nakupování (Pokorná a kol., 2013, s. 93; Jeřábek, 2009 s. 248). IADL může být chápáno jako varovný signál před snížením funkční schopnosti hodnocené osoby, protože deficit v IADL bývá často patrnější mnohem dříve, než se objeví deficit v ADL (Graf, 2008, s. 52 – 53). Každá činnost je rovněž ohodnocena příslušným počtem bodů, jejichž součet určuje stupeň závislosti, přičemž do kategorie závislí, spadají jedinci s 0 – 40 body, 45 – 75 bodů mají částečně závislé osoby, nezávislí mají skóre 80 – 100 bodů (Hauke, M., 2011, s. 130; Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 67 – 68, Schuler a Oster, 2010, s. 145 – 146).

2.1.1 Potřeby seniorů

Stejně jako kdokoliv jiný, i senioři mají své potřeby. A právě proto, že soběstačnost a sebez péče s přibývajícím věkem klesá, vyžaduje uspokojování potřeb seniora pomoc druhé osoby. Trachtová 2013, s. 10 uvádí, že potřeba člověka je *„projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí, je něčím co lidská bytost potřebuje pro svůj život*

a vývoj. Potřeba vede buď k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, nebo k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá “. Každý jedinec podle Trachtové (2001, s. 11) vnímá, vyjadřuje a uspokojuje své potřeby odlišným způsobem a během života se potřeby každého mění jak z hlediska kvantity, tak i kvality. Všeobecně známou hierarchii potřeb, založenou na naléhavosti a pořadí, ve kterém se základní životní potřeby projevují, sestavil americký psycholog A. H. Maslow. Základním kamenem pyramidy jsou fyziologické potřeby. Na ně navazují, potřeby bezpečí a jistoty, sociální potřeby, následně potřeby úcty a uznání, kognitivní potřeby, estetické potřeby a celou pyramidu završují potřeby seberealizace a sebetranscendence (Dvořáčková Dagmar, 2012, s. 42). Kaufmanová uvádí, že pro seniory jsou nejdůležitější právě bazální potřeby, tedy fyziologické, sociální a potřeby bezpečí a jistoty, tedy ty hodnoty, které jsou nejvíce ohrožené (Dvořáčková Dagmar, 2012, s. 39). Kaufmanová došla i ke zjištění, že klíčové hodnoty pro seniora jsou zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost a celková psychická i fyzická pohoda (Dvořáčková Dagmar, 2012, s. 39).

2.2 Sociální zabezpečení seniorů a jejich rodin

V souvislosti s výše uvedeným demografickým trendem a důrazem na zapojení rodiny do péče o nesoběstačné seniory je velmi žádoucí znát, využívat a inovovat systém společenské pomoci, která se nesoběstačným seniorům a jejich rodinám dostává. Tato pomoc vychází jak ze sociálního, tak ze zdravotnického systému. V České republice se k systému sociálních služeb vztahuje Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V rámci tohoto zákona jsou definovány služby sociální péče o seniory, stejně jako formy finanční pomoci, které musí být využity pro nákup služeb sociální péče. Nejdůležitější finanční podporu je přitom tzv. příspěvek na péči, který je v Zákoně č. 108/2006 Sb. charakterizován jako finanční obnos určený osobám, které se dlouhodobě nachází v nepříznivém zdravotním stavu a nezvládají uspokojovat bazální životní potřeby bez pomoci druhé osoby. Částka je vyplácena podle stupně závislosti dané osoby. Klasifikace stupně závislosti je dána vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb. Hodnotí se mobilita, orientace, komunikace, stravování, jídlo, oblékání, hygiena, péče o domácnost a o vlastní zdravotní stav. Stupeň závislosti se pak určí podle výsledků šetření sociálního pracovníka, podle zdravotního stavu žádající osoby, který musí být doložen nálezem posuzujícího lékaře, případně podle výsledků doplňujících funkčních vyšetření (Integrovaný portál MPSV, 2015; Zákon č. 108/2006 Sb., § 9; vyhláška

MPSV č. 505/2006 Sb.) U osob starších 18 let jsou dány 4 stupně závislosti – stupeň I, je popsán jako lehká závislost, výše vypláceného příspěvku činí 800 Kč, výše příspěvku na stupeň II, neboli středně těžkou závislost je 4000 Kč, stupeň III (těžká závislost) 8000 Kč a IV stupeň, tedy úplná závislost až 12 000 Kč (zákon č. 108/2006 Sb., § 11). Finanční příspěvek je vyplácen měsíčně a je určen k hrazení pomoci od osoby blízké, asistenta sociální péče, registrovaného poskytovatele sociálních služeb či k hrazení pobytu v hospicovém zařízení.

2.2.1 Služby sociální péče pro seniory

Další formou pomoci jsou Sociální služby, které se vztahují nejen na uživatele (seniora), ale i na jeho rodinu a právo na tyto služby má bez výhrady každá osoba (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61). Cílem sociální péče o seniory je vedení k fyzické a psychické soběstačnosti, zlepšení kvality života, podpora života ve vlastním sociálním zázemí a zajištění maximálního zapojení seniora do všedního společenského života se zachováním důstojnosti (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61; zákon č. 108/2006 Sb.). Mezi sociální služby se řadí sociální poradenství, sociální péče a v neposlední řadě prevence. Služby mohou být poskytovány v pobytových zařízeních, ambulantně a často formou návštěvy ve vlastním domácím prostředí, tedy terénně (Čevela R. a kol., 2014, s. 214 - 215). Mezi nejčastěji využívané služby sociální péče patří osobní asistence, což je terénní služba poskytovaná v klientově vlastním sociálním prostředí, je zaměřena na pomoc při hygieně, stravování a zvládnutí běžných denních aktivit (Zákon č. 108/2006 Sb., § 38 – 50; vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb, § 5 – 16; MPSV, 2015; Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61 – 63). Další, velice rozšířenou službou sociální péče je pečovatelská služba. Ve své podstatě je obdobou osobní asistence s tím rozdílem, že může být poskytována terénní i ambulantní formou a je časově omezena (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61 – 63). Respirační péče (neboli odlehčovací služba) může být terénní, ambulantní i pobytová, cílem této služby je poskytnout pomoc a odpočinek osobám pečujícím o nesoběstačného seniora (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61 – 63). Centra denních služeb jsou ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, jejich záměrem je zamezit sociálnímu vyloučení, denní a týdenní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, týdenní stacionáře nabízejí služby pobytové, domovy pro seniory nabízejí dlouhodobé pobyty pro seniory se sníženou soběstačností a domovy se zvláštním režimem poskytují pobyty se speciálním režimem pro osoby s chronickým psychickým onemocněním či demencí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 38–50;

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb, § 5 – 16; MPSV, 2015; Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 61 – 63). Konkrétní údaje o využívání sociálních služeb seniory uvádí ČSÚ (2013), nutno například zmínit, že pečovatelská služba zaznamenala v posledních 20 letech prudký nárůst příjemců, a to z 85,5 tisíc na téměř 110 tisíc.

Bohužel žádná z nabízených služeb sociální péče o seniory není hrazena pojišťovny, veškeré náklady tedy hradí sám klient. Samozřejmě může na tyto služby využít výše zmiňovaný příspěvek na péči. Všechny služby nabízejí vesměs podobnou péči, a to: pomoc při zvládnutí denních aktivit, při hygieně, stravování, zajištění chodu domácnosti nebo nabídnutí ubytování, zajištění společenského kontaktu a další výchovné, terapeutické a vzdělávací činnosti (zákon č. 108/2006 Sb.). Poskytovatele sociálních služeb pro seniory v okrese Jičín jsou uvedeny v příloze C.

3 Domácí zdravotní péče

Jednou ze stěžejních variant možností pomoci, které je možné poskytnout seniorovi se sníženou soběstačností či pro seniora nesoběstačného a tím odlehčit i rodinnému pečujícímu je domácí zdravotní péče. Domácí zdravotní péče je *nelékařská zdravotní péče poskytovaná na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při propouštění z nemocnice* (Kalvach a kol, s. 183, vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb.). Jedná se o zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta. Domácí zdravotní péče je zaměřena především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (NCDP ČR, 2006).

Většina agentur poskytuje zdravotní péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, kdy během dne má být dostupný praktický lékař klienta a přes noc zařízení přednemocniční neodkladné péče, domácí péče však může být poskytována maximálně 3 hodiny denně (Jarošová D., 2007, s. 64).

Existuje 5 základních forem domácí zdravotní péče – domácí hospitalizace, dlouhodobá (komplexní) domácí péče, preventivní domácí péče, hospicová domácí péče a domácí zdravotní péče ad hoc. Domácí hospitalizace je péče poskytovaná dny až týdny, často je indikována u osob s akutním onemocněním, které však nevyžaduje hospitalizaci - exacerbace chronických onemocnění, pooperační a poúrazové stavy (Kalvach a kol., 2011, s. 185., Jarošová, 2007, s. 66). Dlouhodobá domácí péče (komplexní) bývá nemocnému poskytována v rozsahu měsíců až let. Určena je osobám s chronickým onemocněním, které potřebují

dlouhodobou péči kvalifikovaného zdravotnického personálu. Klienty bývají často lidé po cévní mozkové příhodě, s roztroušenou sklerózou, diabetem mellitem či psychickými potížemi (Kalvach a kol., 2011, s. 185; Jarošová, 2007, s. 66). Preventivní domácí péče bývá poskytována také dlouhodobě, ale ne příliš intenzivně (často se jedná o jednu návštěvu v týdnu/měsíci). Konkrétně se jedná o monitoring fyzického a psychického stavu klienta: měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, kontroly socializace apod. (Kalvach a kol., 2011, s. 185., Jarošová, 2007, s. 66). Hospicová domácí péče představuje péči o klienty v (pre)terminálním stadiu nevléčitelné nemoci. V České republice je poskytována domácími hospici (tým lékařů, sester, psychologů, sociálních a pastoračních pracovníků), které poskytují všestrannou pomoc rodinám, které se rozhodly postarat o svého příbuzného v závěru života (Marková M., 2010, s. 23). Domácí paliativní péči mohou také poskytovat agentury domácí péče. Domácí hospicová péče je jediná forma domácí zdravotní péče, která může být poskytována více jak 3 hodiny denně (Kalvach a kol., 2011, s. 185.) Domácí péče ad hoc znamená mimořádné provedení jednorázových výkonů na základě indikace ošetřujícího lékaře – např. odběr biologického materiálu, aplikace injekce či edukace klienta (Jarošová, 2007, s. 66).

3.1 Výkony domácí zdravotní péče

Zdravotní sestry pracující v domácí péči provádí nejčastěji u svých klientů odběry biologického materiálu (krev, moč, výtěry, stěry), aplikují lékařem ordinované léky (per os, injekčně, lokálně), ošetřují chronické rány (dekubity, bércové vředy, pooperační rány) a provádí klysmata, výplachy, laváže, cévkování a péči o stomie a permanentní močový katétr. Do pracovní náplně zdravotních sester z domácí péče patří také rehabilitační ošetřovatelství a edukace klientů a jejich rodin. Pro práci zdravotní sestry v domácí péči je důležitá nejen komunikace s klientem, ale s jeho rodinou a praktickým či specializovaným lékařem (Home Care Services & Supplies, 2014 [cit. 2014-12-21]). Veškerá péče, kterou poskytují agentury domácí zdravotní péče je financována více zdrojovým systémem, z největší části je však hrazena zdravotními pojišťovnami, a to na základě bodového ohodnocení zdravotnických výkonů dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb. Další, méně častou možností úhrady je přímá platba klienta (u nepojištěných, při poskytování výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou či v situaci, kdy příslušná agentura nemá s danou pojišťovnou smlouvu (Kalvach a kol., 2011, s. 187). V neposlední řadě může být domácí péče financována ze sponzorských darů, nadací a grantů (Domácí péče, 2006).

4 Rodina a její funkce

I přes výše uvedený systém zdravotní a sociální pomoci pro nesoběstačné seniory je zapotřebí zdůraznit, že nejpřirozenější a nejefektivnější péči nesoběstačným seniorům poskytuje stále jejich dobře fungující rodina, a to jak v historickém a sociálním kontextu, tak v rámci odkazu na nové strategické dokumenty. Podle Hartla a Hartlové (2000, s. 303) je rodina „*univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivační volní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opětovaných vztahů*“ (Jarošová, 2007, s. 49).

Jiří Výrost popisuje čtyři funkce rodiny. První je reprodukční funkce, dále materiální, která se uplatňovala zejména dříve, kdy nebyl dostatečně propracovaný systém sociální podpory (Klevetová, 2008, s. 76). Výchovná funkce spočívá v pomoci dítěti zorientovat se v okolním světě a vypěstovat si určité návyky (Klevetová, 2008, s. 76). A poslední funkce je emocionální, je jedinečná a nezastupitelná, jedná se o vzájemnou podporu, přijetí, rituály, slavnosti, plány a podobně (Klevetová 2008, s. 76). Do této funkce spadá i starost o nesoběstačného člena rodiny.

4.1 Laická - rodinná péče o seniory

Laickou péčí o seniory se sníženou soběstačností provádí především rodinní příslušníci (manželští partneři, děti nesoběstačného seniora a jejich partneři, ale také dobrovolníci, sousedé, přátelé, či jiná sdružení, například církevní (Jeřábek, 2005, s. 12 – 13; Kalvach a kol., 2011, s. 166). Rodinná péče je nejčastěji poskytována v prostředí domova, které je pro člověka přirozené a známé místo navozující pocity bezpečí a jistoty (Mlýnková J., 2011, s. 7). Přičemž právě cílem laické rodinné péče je poskytnout člena rodiny pocit bezpečí a jistoty (Bártlová, 2006, s. 237). Podle Jeřábka (2005. s. 74) laická péče poskytuje seniorům „hlídání“, sociální podporu, zajišťování chodu domácnosti, vedení domácnosti a osobní péči. Tyto služby nemůže vždy profesionální péče zajistit, protože si zakládá hlavně na poskytování zdravotnické a lékařské péče. Laická péče spočívá v uspokojování základních ošetrovatelských potřeb člena nesoběstačného člena rodiny, péči provádí zejména rodinní příslušníci, kteří mají k příjemci péče hluboký osobní vztah (Bártlová, 2006, s. 237). Podstatou laické péče je fakt, že je kompletně prováděna na základě reciprocity.

4.2 Formy laické péče

Jeřábek H. a kol. (2005) rozlišuje následující 3 stupně péče o nesoběstačné seniory podpůrná péče (subsidiary care), neosobní péče (impersonal care), osobní péče (personal care).

Podpůrnou péčí se rozumí peněžní výpomoc, občasné obstarání domácnosti (opravy), zajištění transportu k lékaři, zajištění úředních záležitostí apod., podpůrná forma péče je méně časově, fyzicky i psychicky náročná a poskytuje ji vesměs většina potomků seniorů (Jeřábek H. a kol., 2005 s. 12). Tato výpomoc neznačí nesoběstačnosti seniora. Neosobní péče spočívá v úklidu, vaření, praní, žehlení, domácích pracích. Jedná se o častější výpomoc, která je zpravidla poskytována opakovaně, nelze ji odložit a bývá časově náročnější a může být poskytován jak rodinou, tak za úplaty některou službou sociální péče (Jeřábek H. a kol., 2005, s. 12). Osobní péče je nepřetržitá péče o nesoběstačného seniora. Osobní péče je velice časově, duševně i tělesně náročná. Spočívá v obstarání všech bazálních potřeb seniora, jako jsou hygiena, vyprazdňování, stravování, užívání léků, zajišťování pohybu v domácnosti (Jeřábek H. a kol., 2005 s. 12). Pokud tuto péči nezvládá rodina (často je nutné žít v jedné domácnosti), mohou ji zajistit institucionální zařízení – domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy se zvláštním režimem či hospicová zařízení (Jeřábek H. a kol., 2005 s. 12). Jitka Bartoňová popisuje strukturu rodiny poskytující péči, podle ní je nejčastěji pečujícím choť, dále potomek, sourozenec, prapotomek, snacha nebo zeť. Do kruhu pečujících zařazuje i přátelé a sousedy. (Jeřábek a kol., 2005, s. 40)

4.3 Překážky při poskytování laické péče

Mlýnková (2011, s. 7) popisuje různé překážky při poskytování rodinné péče, patří mezi ně nevyhovující prostředí, malý byt často vyvolává (jak u pečujících, tak u příjemců péče) pocity tísně a ztráty soukromí. Velkým problémem je zaměstnanost pečujícího, ten musí chodit do práce, vydělávat peníze nejen na své živobytí, ale i pro své vlastní potomky a zároveň se chce starat o svého rodiče. Nejen, že je těžké péči s prací skloubit, ale často je potřeba uvolnění ze zaměstnání, kvůli návštěvě lékaře a jiných specialistů. Důležitým aspektem je i vzdálenost příjemce péče, s tím i možnost dopravního spojení (má-li pečující auto nebo dojíždí autobusem či vlakem). Spojením všech překážek vzniká únava a vyčerpání pečujícího, které často vyústí v problematické situace v rodině.

Z uvedených překážek tedy vyplývá, že rodina, která chce poskytovat svému příbuznému kvalitní domácí ošetřování, musí pečovat chtít, mít vhodné podmínky a umět (Kalvach a kol.,

2011, s. 167). Vhodnými podmínkami se rozumí dobré zázemí po stránce prostorové, finanční, intelektové, vztahové. aj. (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Uměním se míní hlavně ošetrovatelské a rehabilitační postupy, používání kompenzačních pomůcek, vědět jak řešit náhlé situace ohrožující život nemocného a orientovat se ve zdravotně sociálním systému (Kalvach a kol., 2011, s. 167). V neposlední řadě musí mít rodina podporu, a to poradenskou, kterou jim dávají například lékaři, zdravotní sestry a další pracovníci (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Dále musí mít i pomoc informační – postupy, pomůcky, materiální (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Odlehčovací podporu lze hledat v respitní péči, různých rekreacích a finanční pomoci. (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Důležité je i společenské uznání a ocenění (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Chtít pečovat je nejdůležitější předpoklad, protože když rodina chce, není problém se naučit, dnes již existuje spousta vzdělávacích možností – kurzy, setkání, edukační materiály v tištěné i internetové podobě (Haškovcová 2010, s. 286). Z výše uvedeného vyplývá, že role laického rodinného pečujícího není jednoduchá a že je z profesionálního pohledu nezbytné pečovat nejen o nesoběstačného seniora, ale i o jeho pečujícího, proto byly vytvořeny speciální nástroje pro hodnocení zátěže laických rodinných pečujících. Příkladem takového nástroje je dotazník CarerQol-7D, jenž se zabývá 7 dimenzemi, které jeho tvůrci považují za problematické u laických pečovatelů (více o CarerQol viz kapitola 5.3). První oblastí je podle Jeřábka (2005, s. 46) nenaplnění z poskytované péče, které lze popsat jako postrádání smyslu pečování, finanční a sociální nedocnění pečujícího. Práce v domácnosti nebývá považována za skutečnou práci hlavně z důvodu, že je zcela neplacená, péče o staré lidi není pokládána za dostatečně zajímavou a atraktivní práci z toho důvodu, že je podceňována, přehlížena a skryta za vágní termín „pečování“ (Jeřábek a kol., 2005, s. 46). Následující spleť dimenzí jsou vztahové problémy. Příčinami konfliktů mohou být přenášení dřívějších negativních vzpomínek na příjemce péče, izolace od okolí, dlouhodobost a nepřetržitost péče, „manželská ponorka“, odlišné nároky na soužití a vykrytalizování povahových rysů (Dvořáčková, 2012, s. 53). Další dimenze CarerQol-7D jsou problémy s duševním zdravím – deprese, syndrom vyhoření pečovatele, problém zkombinovat pečování s ostatními denními aktivitami, finanční nesnáze (pečující často nezvládají pracovat na plný úvazek, nebo jsou ve starobním důchodu), nedostatečná podpora od okolí, problémy s fyzickým zdravím (Hoefman a kol., 2011).

4.4 Zátěž rodinných pečujících a negativní efekt pečování

Z výše uvedených poznatků lze vydedukovat, že zátěž rodinných příslušníků poskytujících péči osobě blízké může být jak fyzická, psychická, tak i sociální a ekonomická. Po stránce fyzické je péče o druhé dennodenně spjata s námahou, a to v podobě zvedání, obracení a přenášení často těžší váhy, než jsou samy pečující (Jeřábek a kol., 2005, s. 14). Z důvodu nepřetržitosti a často i zanedbatelného efektu péče na zdravotní stav a prognózu seniora je psychika pečovatele drážděna vypětím a dlouhodobým stresem (Jeřábek a kol., 2005, s. 14). Pro časovou tíseň, vyčerpání a možná i nedoceněním společnosti dochází často k sociální izolaci. K vyčerpání v těchto úzce spolu spjatých směrech dochází nabalováním podobným „snowball effectu“. Příkladem může být člověk, který je z poskytování péče unaven, nemá čas na sebe a svou rodinu, nemá náladu bavit se s ostatními, kteří řeší oproti němu malichernosti, nic ho nebaví, a když už je mimo domov, stále myslí na svého nemocného blízkého, který je doma a pochopitelně je pro něj těžké se od této myšlenky odpoutat, tak postupem času dochází k tomu, že radši nikam nechodí.

Vzhledem k náročnosti vykonávání role pečujícího je nutno zabývat se i tematikou negativního vlivu pečování. Bártlová (2006, s. 238 – 239) uvádí, že nejvíce je ohrožen negativním efektem pečování primární pečující, tedy osoba, která se o nesoběstačného seniora stará převážně. Často to bývají jedinci, kteří na sebe podvědomě přebírají všechnu odpovědnost za nemocného, za vývoj jeho stavu a za změny ve zdravotním stavu. A v případě, kdy dojde k nějaké komplikaci, změně a zhoršení, přebírají odpovědnost. Může u nich docházet postupně k „burn out“ syndromu a v některých případech i ke špatnému zacházení s nesoběstačnou osobou. Příčinou negativního efektu pečování může být také chronická únava a přepracování pečovatele (Bártlová, S., 2006, s. 238 – 239). Další zátěž si sebou pečovatel nese, pakliže patří do tzv. sandwich generace. Tento pojem pochází ze Spojených států amerických a díky demografickým změnám ve střední Evropě se začíná stávat aktuální i u nás. Sandwich generace je označení lidí ve věku 40 – 60 let, kteří se nacházejí v průsečíku několika životních rolí – zastávají roli pečujícího rodiče, potomka, pečujícího partnera a zároveň jsou postaveni do role ekonomicky aktivního jedince (Pierret, 2006, s. 3; Šindelář, 2014, s. 31). Do sandwichové generace bude postupem času spadat více a více jedinců. Důvodem je zvyšující se podíl seniorů v populaci, nižší porodnost (nižší počet potencionálních pečovatelů), vertikalizace generační výšky, kdy člověk v sandwichové generaci může být zároveň potomkem, rodičem a prarodičem (Šindelář, 2014, s. 31 – 32). Podstatný vliv má na tento nárůst i emancipace žen (Šindelář, 2014, s. 31 – 32).

4.5 Činnost domácí zdravotní péče v roce 2013

ÚZIS ČR (2015, s. 56 – 63) na svých internetových stránkách publikuje roční výkazy domácí zdravotní péče v dokumentu Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče, poslední dostupné údaje jsou z roku 2013. V České republice v tomto roce poskytovalo domácí zdravotní péči 496 pracovišť. Služby domácí péče využilo přes 146 tisíc osob, z toho 80 % klientů bylo starších 65 let a 63 % tvořily ženy. Z celkového počtu všech klientů domácí zdravotní péče tvořili převážnou část – 84 % chroničtí pacienti a 55 % imobilních. Zdravotničtí pracovníci provedli v tomto roce celkem 5,9 milionů ošetřovacích návštěv a 10,5 milionů výkonů, z nichž byla převážná část (96 %) hrazena z veřejného zdravotního pojištění. První dokument analyzující činnosti domácí zdravotní péče vydal ÚZIS za rok 1997. Pro porovnání před 16 lety v České republice existoval téměř stejný počet pracovišť poskytujících domácí zdravotní péči, konkrétně 449, hlavní rozdíl je v poskytnutých ošetřeních, kdy za rok 1997 bylo provedeno téměř o polovinu méně návštěv – 30,3 milionů, přičemž 75 % ošetřených osob tvořili obyvatelé starší 65 let. (ÚZIS ČR, 2015, s. 56 – 63).

5 Kvalita života

V souvislosti s „negativním efektem pečování“ je z odborného hlediska žádoucí zaměřením i na téma kvality života. Kvalita života je multidimenzionální, je chápána jako výsledek zdravotnických, sociálních, ekonomických a environmentálních vlivů na individualitu jedince (Dvořáčková, 2012, s. 29). Souvisí zejména s osobností člověka, jeho životním stylem, zdravotním stavem, prožitými životními událostmi a schopností adaptace na zátěžové situace (Dvořáčková, 2012, s. 97). A právě proto, že osvojení si role pečujícího je signifikantní pro život daného jedince a jeho kvalitu, je nutné se tímto tématem zabírat.

WHO definuje kvalitu života jako „*vnímání pozice jedinců v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům*“ (Bužgová, 2015, s. 102)

5.1 Roviny kvality života

Engel a Bergsma (1988, s. 273) hierarchicky zmapovali problematiku kvality života do třech sfér – macro level, meso level, personal level.

Macro level, neboli makro úroveň se zabývá řešením otázky kvality života v oblasti velkých společenských celků – zemí, kontinentů. Toto pojetí chápe život jako absolutní morální hodnotu a definice kvality života to musí respektovat (Křivohlavý 2002, s. 163). Tím pádem je kvalita života součástí světových politických úvah – investice do infrastruktur, vzdělávání a farmacie, technologický vývoj v kontrastu s hladomorem, epidemiemi, chudobou a terorismem (Bergsma a Engel, 1988, s. 273). Meso level (mezoúroveň) řeší kvalitu života sociálních skupin – školy, nemocnice, domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou atd. (Bergsma a Engel, 1988, s. 274). Tato úroveň řeší jak morální hodnotu kvality života, tak otázky sociálního klimatu, sdílených hodnot, vztahů na pracovišti (lékaři – zdravotní sestry ve smyslu nadřízení – podřízení) či uspokojování základních životních potřeb členů dané skupiny (Křivohlavý 2002, s. 164). Třetí úroveň je personal level (osobní úroveň), která je zaměřena na pouze ryze subjektivní vnímání a hodnocení kvality života – lékaře, pacienta, zdravotní sestry či dalších jiných pracovníků. Pacient podle svých postojů a přesvědčení sám hodnotí svůj zdravotní stav, nemoc, bolest, budoucnost a naději (Bergsma a Engel, 1988, s. 275; Křivohlavý, 2002, s. 164).

5.2 Měření kvality života

Hodnotí-li kvalitu života hodnotit druhá osoba, ve většině případů se jedná o jednoduché nástroje, které berou v potaz hlavně fyziologický stav hodnocené osoby. Nejčastěji využívanými nástroji jsou health state, health state profile, Acute Physiological and Chronic Health Evaluation, performance status a VAS škála (Křivohlavý 2002, s. 165). Přičemž HS (healthstate) a HSP (health state profile) hodnotí pouze profil zdravotního stavu pacienta, APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) hodnotí fyziologické funkce – krevní tlak, puls, odběry krve a komorbidity (Křivohlavý 2002, s. 165). Často se v medicíně používá Karnofského index (performance status), který znamená procentuální nebo číselné (0 – 5) vyjádření zdravotního stavu pacienta (norma až smrt). V neposlední řadě lze i při hodnocení využít vizuální analogovou škálu a symbolické vyjádření kvality života (Křivohlavý 2002, s. 165). Dále může kvalitu života hodnotit i sama osoba, v případě této možnosti se využívá škála HRQoL (Health Related Quality of Life), SWLS (The Satisfaction with Life Scale) a SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).

HRQoL měří kvalitu života z hlediska zdraví, osoba hodnotí celkové bytí, pohodu, zdravotní stav, spokojenost se životem. HRQoL se používá u nemocných jedinců (Křivohlavý 2002, s. 165). SWLS hodnotí celkovou spokojenost se životem, kdy se pěti vybraným oblastem přikládá 1 – 4 body. Známou metodou je také SEIQoL, kdy je základem vlastní hodnotový systém. Pacient sám stanovuje 5 nejdůležitějších domén, nejčastěji to jsou: zdraví, rodina, práce, víra, finance, vzdělání (Křivohlavý 2002, s. 165). Poslední možností hodnocení kvality života jsou smíšené metody, které jsou kombinací obou předchozích variant. Zástupcem této kategorie je metoda MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). MANSA zjišťuje spokojenost s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy, finanční situací, vírou, prací, školou, životním prostředím, právním stavem a bezpečnostní situací (Křivohlavý 2002, s. 165). Do kategorie smíšených nástrojů pro hodnocení kvality života spadají i standardizované dotazníky WHO Quality Of Life.

5.3 Měření kvality života u pečujících

Ve zdravotnictví se využívají nejen nástroje pro hodnocení kvality života nemocných, ale také pečujících (*caregivers*). Jejich práce bývá velice náročná, zejména po psychické stránce, ale i po fyzické. Vliv na kvalitu života může mít zdravotní stav a míra soběstačnosti příjemce péče, typ léčby (kurativní/paliativní), délka pečování, stupeň psychické a fyzické zátěže, úroveň sociální opory a vztahy v rodině (Gurková 2011, s. 169). Pro hodnocení kvality života pečujících lze použít obecné standardizované dotazníky, ale setkáváme se i se standardizovanými dotazníky vytvořenými přímo pro pečující osoby. Z obecných dotazníků pro subjektivní hodnocení kvality života pečujících lze použít celou škálu, nejčastěji se však setkáváme s dotazníky typu WHO QoL a jeho zkrácenou verzí WHO QoL brief, HR QoL (health related quality of life). Dotazníky pro pečující: Burden Assessment scale, Caregiver Strain Index, CarerQoL, The Caregiver Burden Inventory, Objective and Subjective Burden Inventory, Caregiver Activity Survey (Gurková 2011, s. 169). CarerQoL je nástroj, který v roce 2006 vytvořil Brouwer a kol. z holandského Institute for Medical Technology Assessment (iMTA). Jedná se o dotazník, který slouží k měření a zhodnocení dopadu laické péče na poskytovatele péče (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012). Validita a reliabilita CarerQoL byla v roce 2011 ověřena studií Hoefmana a kol., taktéž z iMTA. Dotazník zatím není oficiálně přeložen do českého jazyka, volně dostupná je pouze anglická a holandská verze. Nástroj se skládá ze dvou částí: CarerQoL-7D a CarerQoL VAS škály. První část je zaměřena na subjektivní míru zátěže a hodnotí sedm oblastí, dvě z nich jsou pozitivní *fulfillment from*

caregiving a support with lending care (naplnění a podpora v poskytování péče), zbylých pět oblastí je negativních a jedná se o *relations problems, mental health problems, problems combining daily activities with care, financial problems a physical health problems* (vztahové problémy, problémy s mentálním zdravím, problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami, finanční problémy a problémy s fyzickým zdravím (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012). V každé doméně respondent volí ze tří možností – „no“, „some“, „a lot“ (nemám, do jisté míry mám, mám mnoho), každé odpovědi náleží od 0 do 2 bodů. U pozitivních domén je hodnocení 0 (*no*), 1 (*some*), 2 (*a lot*), u negativních je tomu naopak 2 (*no*), 1 (*some*), 0 (*a lot*) (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012). Sumarizací získaných bodů lze získat celkové skóre, které čím je nižší, tím je vliv laické péče na život pečujícího horší, naopak čím je vyšší, tím je laická péče lepší (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012). CarerQol-7D lze taktéž vyhodnotit zvlášť po každé doméně s následným procentuálním vyjádřením každé odpovědi. Druhou část dotazníku tvoří CarerQol VAS, což je vizuální analogová škála, která hodnotí *well-being* laických pečujících na stupnici od 0 (completely unhappy, naprosto nešťastný) do 10 (completely happy, naprosto šťastný) (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012).

VÝZKUMNÁ ČÁST

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je charakteristika laických pečujících sledovaného souboru?
2. Jaká je charakteristika příjemce péče sledovaného souboru?
3. Jak hodnotí laičtí pečující sledovaného souboru jednotlivé oblasti CarerQol-7D?
4. Do jaké míry uvádí laičtí pečující sledovaného souboru psychickou zátěž?
5. V čem pečující sledovaného souboru spatřují salutory?
6. Jak hodnotí pečující sledovaného souboru kvalitu života na CarerQol VAS škále?

6 Metodika výzkumu

Vzhledem k charakteristikám laické péče popsaných v teoretické části práce byl jako podklad pro zpracování výzkumné části zvolen kvantitativní i kvalitativní výzkum. Kvantitativní výzkum byl řešen formou dotazníkového šetření za použití nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Kvalitativní výzkum byl proveden formou polostrukturovaného interview, kdy byly zjišťovány subjektivní a podrobnější výpovědi respondentů. V rámci přípravy výzkumu byly stanoveny cíle diplomové práce, ze kterých byly vyvozeny výzkumné otázky.

6.1 Nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce

Pro kvantitativní šetření byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Úvodem dotazníku byl krátký text seznamující respondenta s autorem dotazníkového šetření, tématem diplomové práce a účelem výzkumu. V textu byly dále zmíněny instrukce pro správné vyplnění dotazníku, kontaktní adresa na autora a dotazovaným bylo rovněž zdůrazněno, že data získaná v rámci tohoto výzkumného šetření budou zpracovávána anonymně. Postup při vyplňování dotazníku byl následující. Respondenti dostali dotazník s obálkou, do které vyplněný dotazník vkládali a následně vhazovali do jednotné krabice pro všechny. Každý dotazník měl příslušné číslo, aby po vyhodnocení dotazníku mohli být osloveni respondenti pro kvalitativní výzkum. Tvorba dotazníku trvala od března do září 2014. Pilotní předvýzkum byl proveden v září 2014 u deseti respondentů. Na základě jeho vyhodnocení byl původně zvolený ADL test (Activities of Daily Living) vzhledem k tomu, že nedocházelo k výraznějším deficitům, nahrazen testem IADL (Instrumental Activities of Daily Living). V 60 % byli příjemci péče nezávislí a v 40 % měli pouze lehký deficit v oblasti obstarávání základních denních činností. Dalším důvodem pro volbu testu IADL je skutečnost, že je vhodnější pro hodnocení soběstačnosti osob, které nejsou hospitalizované a dále proto, že je podle Grafové (2008, s. 52 – 53) deficit v IADL varovným signálem pro sníženou funkční zdatnosti hodnocené osoby. Další změny v dotazníku nebylo nutné provést. Dotazníky vyplněné v rámci pilotní studie nebyly do výzkumu zařazeny. Pro snadnější vyhodnocování byly do dotazníku zvoleny především uzavřené otázky, které nabízejí respondentovi soubor možných variant, z nichž si vybere vhodnou odpověď (Kutnohorská, 2009, s. 45 – 46). Kde bylo nutno rozepsat nebo uvést konkrétní odpověď respondenta byly vloženy otázky otevřené a polouzavřené. Dotazník byl rozdělen na 4 části, které jsou popsány níže. Finální podoba nestandardizovaného dotazníku je k nahlédnutí v příloze E.

I. Identifikace laického pečujícího

Tato část byla zařazena pro získání informací o vybraných charakteristikách laických pečujících. První část obsahovala deset otázek, které zjišťovaly nejen pohlaví, věk, socioekonomický status a rodinný stav pečujícího, ale také jeho vztah k příjemci péče, bydlení ve společné domácnosti, délku poskytování péče a pomoci v péči (ze strany příbuzných, systému zdravotně sociální péče).

II. Identifikace příjemce péče

Druhá část byla taktéž zařazena k bližší specifikaci, tentokrát ale příjemce péče. V této krátké části byl pomocí čtyř otázek zjišťován věk, pohlaví, zdravotní problémy a pobírání příspěvku na péči.

III. IADL – Instrumental Activities of Daily Living

Důvodem pro zvolení tohoto testu soběstačnosti je skutečnost, že klasifikuje soběstačnost komplexněji, zabývá se zejména soběstačností v činnostech souvisejících s vedením osobního života a chodem domácnosti (Graf, 2008, s. 52 – 53). Deficit v IADL lze podle Grafové (2008, s. 52 – 53) také chápat jako varovný signál snížené funkční zdatnosti hodnocené osoby. V IADL se hodnotí celkem osm oblastí: jízda dopravním prostředkem, telefonování, vaření, praní, užívání léků, spravování financí, domácí práce a nakupování (Pokorná a kol., 2013, s. 93). Každá činnost je ohodnocena příslušným počtem bodů, jejichž součet určuje stupeň závislosti, přičemž do kategorie závislí spadají jedinci s 0 – 40 body, 45 – 75 bodů mají částečně závislé osoby, nezávislé osoby mají skóre 80 – 100 bodů (Hauke, M., 2011, s. 130; Holmerová, Jurášková, Zikmundová a kol., 2007, s. 67 – 68, Schuler a Oster, 2010, s. 145 – 146).

IV. Carer Quality of Life Questionnaire

CarerQol je holandský standardizovaný dotazník, který zkoumá kvalitu života laických pečujících. Český překlad dotazníku nebyl při vytváření tohoto nestandardizovaného dotazníku dostupný, tudíž byl zadán překladateli, který má zkušenosti s překladem zdravotnických textů, včetně hodnotících nástrojů užívaných v ošetrovatelství. Jeho český překlad byl druhým překladatelem znovu přeložen do jazyka anglického, finálně byla tato verze přeložena do češtiny překladatelem prvním. Obě varianty českého překladu byly porovnány výzkumníkem, který má zkušenosti z oblasti ošetrovatelství a měření kvalit života. Dotazník CarerQol-7D se zaměřuje na 7 oblastí (2 pozitivní a 5 negativních). Konkrétně: naplnění pečujícího z poskytování péče, fyzické, psychické problémy, vztahy v rodině,

finanční problémy a kombinaci osobního života s pečováním. Respondent měl u každé otázky možnost volit ze tří odpovědí: nemám, do jisté míry mám, mám mnoho, přičemž každá odpověď byla hodnocena od 0 do 2 bodů, u pozitivních domén je hodnocení 0 (nemám), 1 (do jisté míry mám), 2 (mám mnoho), u negativních je tomu naopak 2 (nemám), 1 (do jisté míry mám), 0 (mám mnoho) (Brouwer a kol., 2006, s. 1006 – 1012). Sumarizací získaných bodů lze stanovit celkové skóre. Čím je skóre nižší, tím je vliv laické péče na život pečujícího horší, naopak čím je vyšší, tím je laická péče lepší (Brouwer a kol., 2006 s. 1006 – 1012). Součástí dotazníku je také CarerQol VAS škála (0 – 10), u kterého měli respondenti znázornit, jak šťastni se právě cítí (naprosto nešťastný – naprosto šťastný) (Brouwer a kol., 2006 s. 1006 – 1012). Původní dotazník CarerQol v anglickém znění je k nahlédnutí v příloze D.

6.2 Průběh kvantitativního výzkumného šetření

Samotný výzkum probíhal od konce září do prosince 2014. Hlavním kritériem pro zařazení do výzkumného šetření byla podmínka poskytovat neformální, laickou péči osobě blízké v minimálním rozsahu 1 hodiny denně a využívat služby agentury domácí péče v okrese Jičín. Bližší specifikace respondenta by pro jejich i tak malé množství nebyla možná. Širší pole pro sběr dat by vzhledem k finanční a časové náročnosti taktéž nebylo možné. Dotazníky byly rozdávány přes agenturu domácí zdravotní péče v okrese Jičín. Osloveno bylo 80 respondentů. Z nichž 10 se zúčastnit kvantitativní studie pro osobní důvody nechtělo. Distribuováno tedy bylo 70 dotazníků, vráceno jich bylo 64 (92 %) a 13 dotazníků muselo být vyřazeno (ve většině případů respondenti vynechali některé odpovědi, nejčastěji neoznačili hodnotu na CarerQol VAS škále). Výsledný počet dotazníků, z kterých byla provedena analýza dat, činí 51 (n = 51, 100 %).

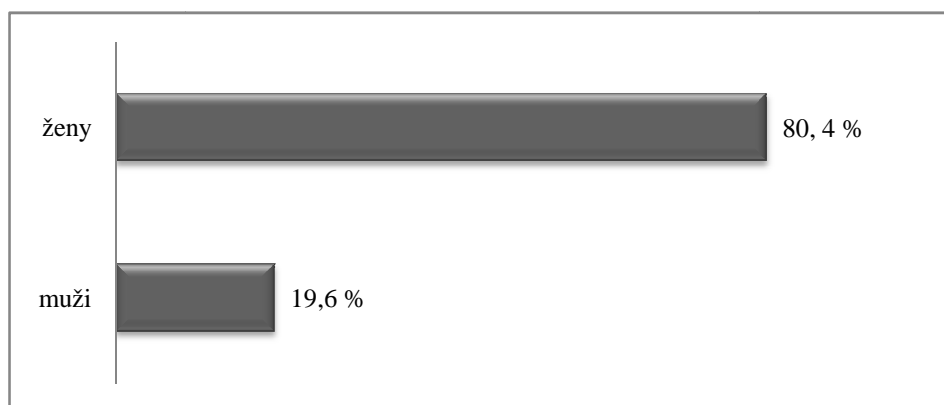
6.3 Způsob zpracování a analýzy získaných kvantitativních dat

Výsledky výzkumu byly zpracovány pomocí softwarů MS Office Excel 2007 a Statistica 12. Data získaná dotazníkovým šetřením byla přepsána do zdrojové tabulky a následně vyhodnocována. Pro interpretaci získaných výsledků byla ke každé otázce vytvořena tabulka či graf vyjadřující absolutní četnost, která udává podíl absolutní četnosti a celkové četnosti v procentech. Dále byly pro porovnání dat vytvořeny kontingenční tabulky, kterými byly sledovány spojitosti různých proměnných. Získaná data z kontingenčních tabulek byla písemnou formou přepsána pod grafy, které se vztahují k jednotlivým položkám dotazníku. Software Statistica 12 byl využit pro vytvoření histogramů, bodových a krabicových grafů. U otázek č. 2, 7 a 8 části I., u druhé otázky části II. a celé III. a IV. části (CarerQol-7D

a CarerQol VAS) byl pro vyhodnocení použit aritmetický průměr, medián a modus. Průměr značí střední hodnotu všech naměřených hodnot statistického souboru, medián charakterizuje prostřední hodnotu souboru, která nemůže být zkreslena extrémními hodnotami (Souček, 2006, s. 19). Modus je nejčastější hodnota souboru, také necitlivá k extrémním hodnotám (Souček, 2006, s. 19).

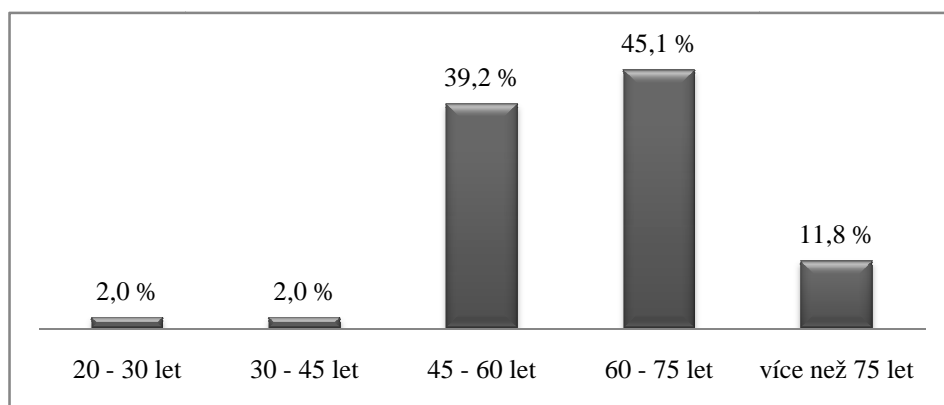
6.3.1 Analýza a zhodnocení dat kvantitativní části výzkumu

Část I. Identifikace laického pečujícího



Graf č. 1 - Pohlaví respondentů

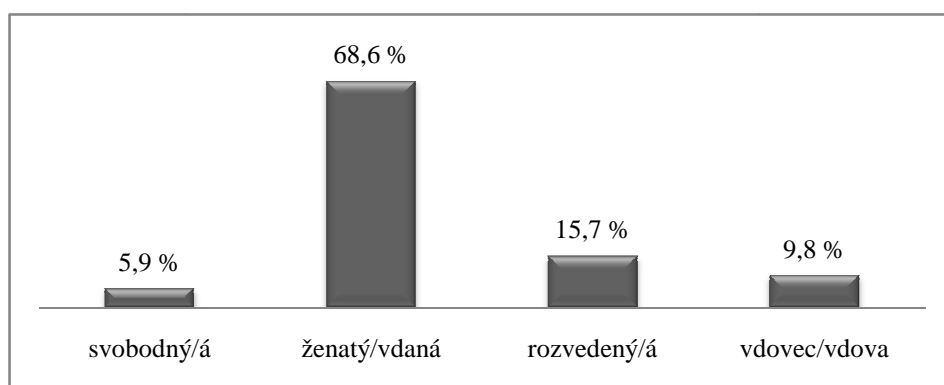
Z celkového počtu respondentů (n = 51) byly zastoupeny *ženy* v 80,4 % (n = 41) a *muži* v 19,6 % (n = 10).



Graf č. 2 - Věkové kategorie pečujících

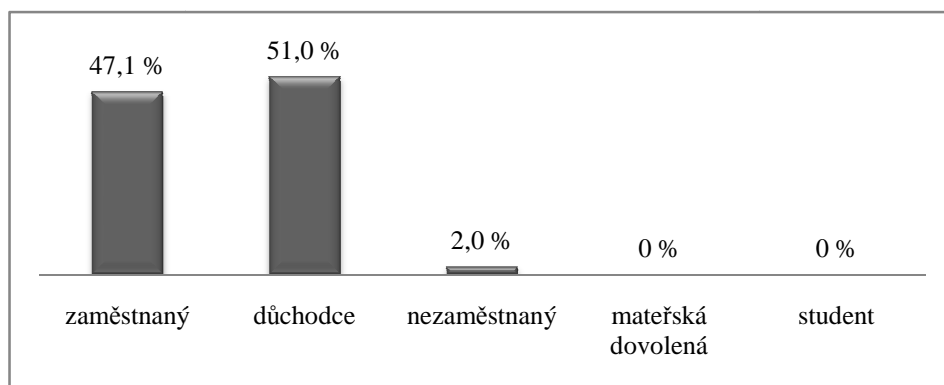
Téměř polovina (45,1 %, n = 23) poskytovatelů péče se nacházela v období *senia - stáří*. Další početnou skupinu (39,2 %, n = 20) tvořily osoby v období *pozdní dospělosti*. *Starších 75 let* bylo 11,8 % (n = 6). Průměrný věk pečujících byl 61,5 let, u žen 61 let, u mužů pak 64 let. Nejmladší pečující byla 24letá žena a nejstarší 88letá. Nejnižší věk u pečujících mužů

bylo 51 let, nejvyšší 78 let. Medián i modus všech pečujících činí 61 let. Muži byli nejčastěji ve věkové kategorii senia 60 – 75 let, a to v 70 % (n = 7). Ženy se nejčastěji - v 41,5 % (n = 17) nacházely v období pozdní dospělosti, přičemž v tomto rozmezí byly ženy průměrně ve věku 52,5 let. Převážná většina (80 %, n = 16) pečujících do věku 60 let současně s poskytováním péče pracovala. Naopak ve věku nad 60 let povolání vykonávalo pouze 20 % respondentů a 80 % jich bylo v penzi.



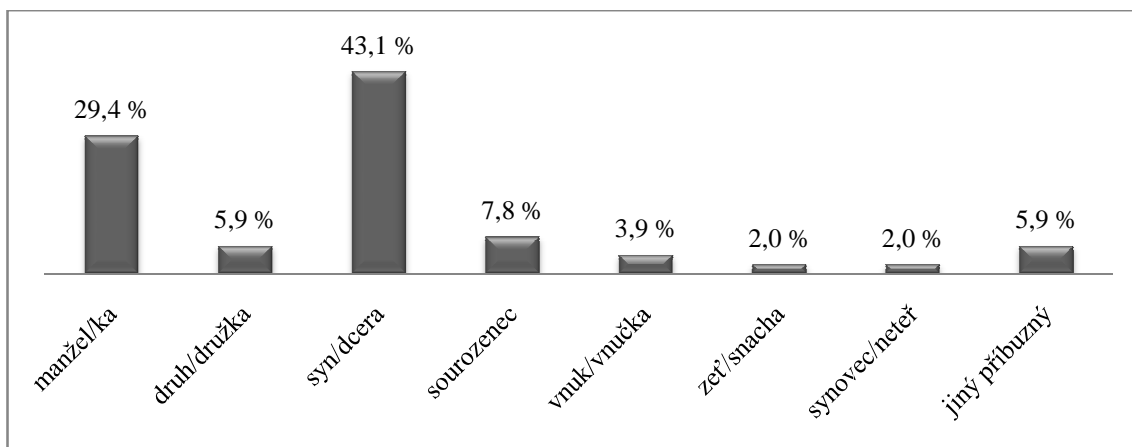
Graf č. 3 - Rodinný status pečujících

Největší počet pečujících (68,6 %, n = 35) byl v *manželském svazku*, ve výrazně menším zastoupení byli *rozvedení* (15,7 %, n = 8), což byl v jednom případě muž a v 7 případech se jednalo o ženy, z nichž 4 se o svého blízkého staraly bez pomoci jiné osoby. *Ovdovělé* byly pouze ženy (9,8 %, n = 5) a *svobodní* byli pouze 3 respondenti (5,9 %).



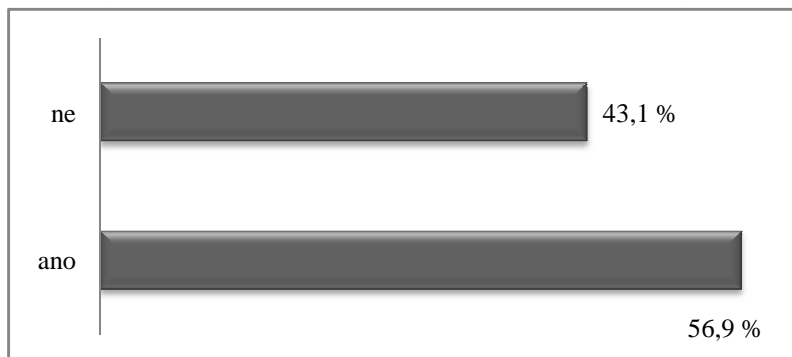
Graf č. 4 - Socioekonomický status pečujících

Zastoupení *pracujících* (47,1 %, n = 24) a *starobních důchodců* (51 %, n = 26) bylo ve výzkumném šetření velice vyrovnané. *Nezaměstnaný* byl pouze 1 pečující a žádný z dotázaných nebyl na *mateřské/rodičovské dovolené* či *studentem*. U mužů byla většina (70 %, n = 7) pracujících, u žen tomu bylo naopak – téměř 60 % (n = 23) žen bylo v penzi.



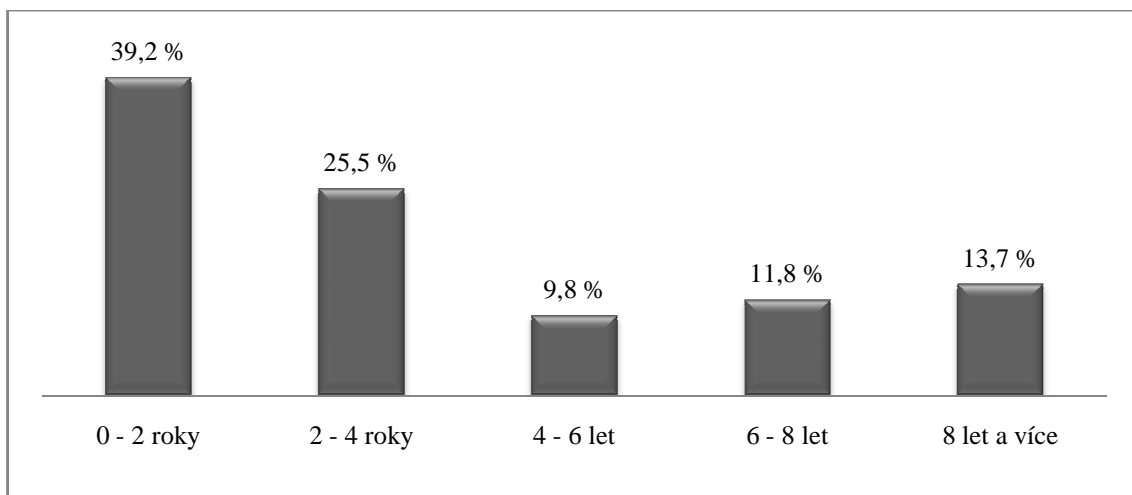
Graf č. 5 - Vztah pečujícího k příjemci péče

Nejčastěji o rodinného příslušníka pečovali *potomci* (v 43,1 %, n = 22), dále *manželští partneři* (29,4 %, n = 15), v nepatrném zastoupení pak *sourozenci* (7,8 %, n = 4) *nesezdaní partneři* (5,9 %) a v nejnižším zastoupení *prapotomci, zeťové a snachy, synové a neteře* či *jiní příbuzní*. U pečujících potomků se v 31,4 % (n = 16) případech jednalo o pečující dcery, v 11,8 % (n = 6) případech o pečující syny. V 29,4 % (n = 15) pečujícími byly životní partnerky a v 5,9 % (n = 3) to byli partneři, konkrétně manželé. Z celkem 15 pečujících partnerek jich bylo 12 (23,5 %) v penzi. Potomků bylo 15 zaměstnaných a 7 v penzi.



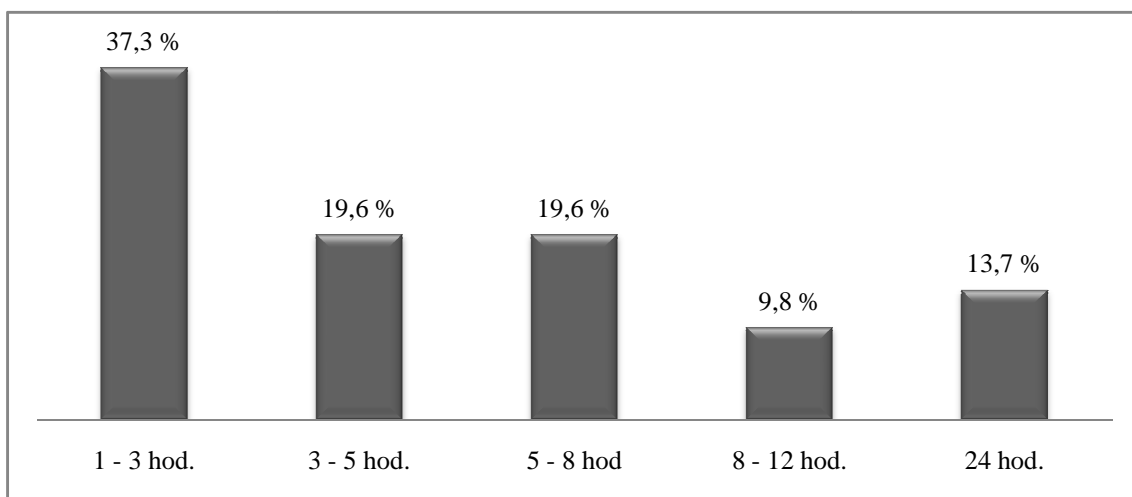
Graf č. 6 - Společná domácnost pečujícího a příjemce péče

Z uvedeného grafu je patrné, že nadpoloviční většina pečujících (56,9 %, n = 29) *žila ve společné domácnosti* s příjemcem péče. Zbýlých 43,1 % (n = 22) pečujících mělo domácnost *vlastní*. Ženy žily ve společné domácnosti v 58 % a muži v 50 %. Z toho v 29,4 % žili v jedné domácnosti pečující, kteří byli v manželském svazku s příjemcem péče. Ti, kteří žili v oddělené domácnosti, byli v 35,3 % potomci příjemce péče. Z respondentů, kteří žili ve společné domácnosti s příjemcem péče, bylo 69,0 % (n = 20) ve starobním důchodu a 27,6 % (n = 8) zaměstnaných.



Graf č. 7 - Celková doba poskytování laické péče

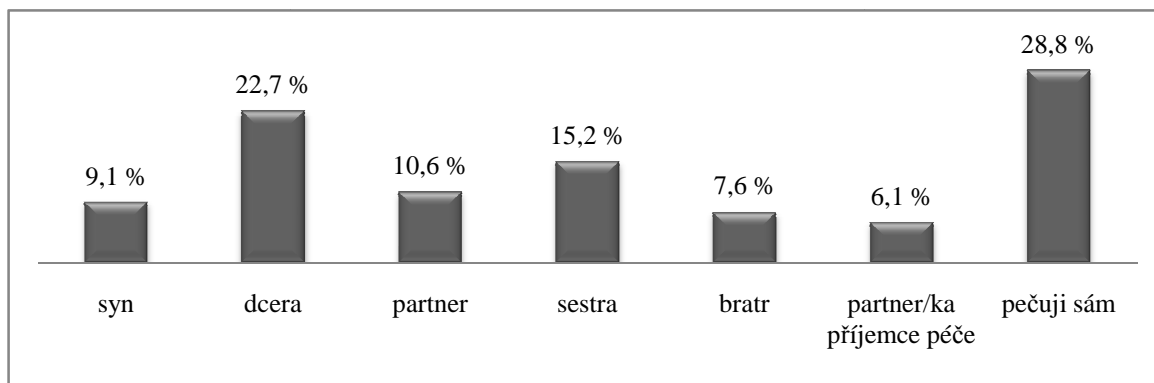
Největší část respondentů (39,2 %, $n = 20$) se o svého příbuzného starala v období *do 2 let*. Druhou skupinu (25,5 %, $n = 13$) tvořili osoby pečující 2 – 4 roky, třetí představovali osoby pečující 8 let a více (13,7 %, $n = 7$). Průměrná délka pečování byla 4,5 roku (u mužů 4,7 a u žen 4,6), přičemž medián délky poskytování péče byl 3 (u mužů 5 let, u žen 3 roky). Nejdéle pečovala o svého příbuzného 61letá žena ve starobním důchodu, a to 22 let, bez pomoci jiného rodinného příslušníka. Pečující ženy v nejpočetnější věkové kategorii, tedy, 45 – 60 let se o svého příbuzného staraly průměrně 5,3 let.



Graf č. 8 - Denní hodinová dotace na poskytování péče

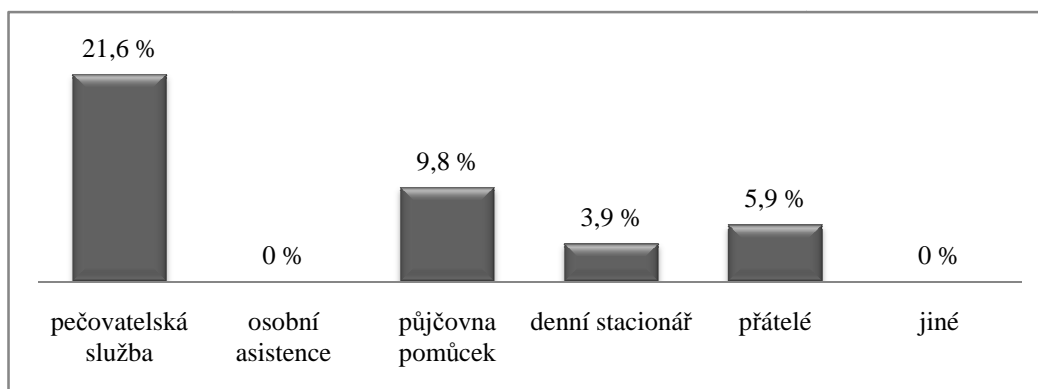
Největší část dotázaných (37,3 %, $n = 19$) poskytovala denně příbuznému péči v rozsahu 1 – 3 hodin. 19,6 % ($n = 10$) dotázaných věnovalo pečování 3 – 5 hodin a 5 – 8 hodin. 13,7 % ($n = 7$) respondentů pečovalo o rodinného příslušníka nepřetržitě, tedy 24 hodin denně. Tuto skupinu pečujících tvořilo 6 žen a 1 muž, přičemž všichni, až na jednu nezaměstnanou ženu, byli ve starobním důchodu. Medián IADL příjemců péče, o které se pečující stará nepřetržitě představoval velice nízkou hodnotu – 5 bodů. Zbýlých 5 (9,8 %) z dotázaných věnovalo péči

8 – 12 hodin denně a byli to osoby v penzi. Nepřetržitou laickou péčí prováděli 3 respondenti ve starobním důchodu a jeden nezaměstnaný. Průměrně věnovali respondenti péči 7,6 hodin denně (53,2 hodin týdně), medián počtu hodin věnované laické péči činil 5. Pečující ženy v nejpočetnější věkové kategorii (45 – 60 let) se o svého příbuzného staraly v průměrném rozsahu 4,7 hodiny denně, což odpovídá 32,9 hodinám týdně.



Graf č. 9 - Další rodinní příslušníci podílející se na péči

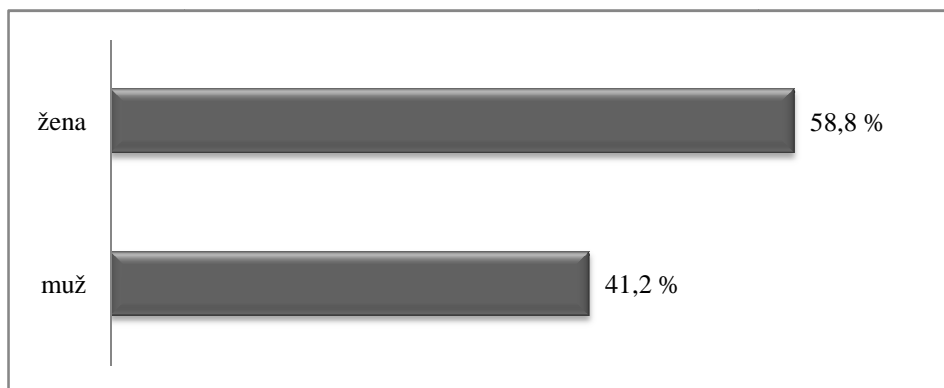
Z respondentů, kteří na poskytování péče nebyli sami (71,2 %), nejčastěji pomáhali potomci pečujícího – synové v 9,1 % (n = 6), dcery v 22,7 % (n = 15). Dále pak sestry (15,2 %, n = 10) a bratři (7,6 %, n = 5) pečujícího. V neposlední řadě životní partneri pečujícího (10,6 %, n = 7) a životní partneri příjemce péče (6,1 %, n = 4). 28,8 % (n = 19) respondentů pečovalo o rodinného příslušníka bez pomoci jiné osoby. Ženám v péči nejvíce pomáhaly dcery, mužům dcery, partnerky a sestry.



Graf č. 10 - Využití služeb sociální pomoci

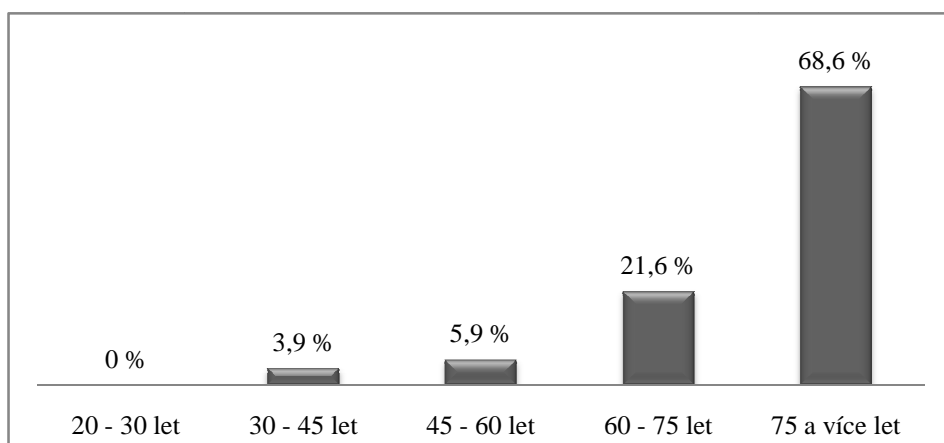
21,6 % (n = 11, 9 žen a 2 muži) respondentů využívalo *pečovatelských služeb*. Přičemž 81,8 % (n = 9) z těch, kteří využívali pečovatelskou službu, byli pečující, jejichž příjemce péče pobíral příspěvek na péči. Z nich 45,5 (n = 5) pobíralo I. až III. stupeň a 36,4 % (n = 4) IV. stupeň. Mezi méně časté kategorie patřily odpovědi: *půjčovna pomůcek* (9,8 %), *denní stacionář* (3,9%) a *přátelé* (5,9 %).

Část II. Identifikace příjemce péče



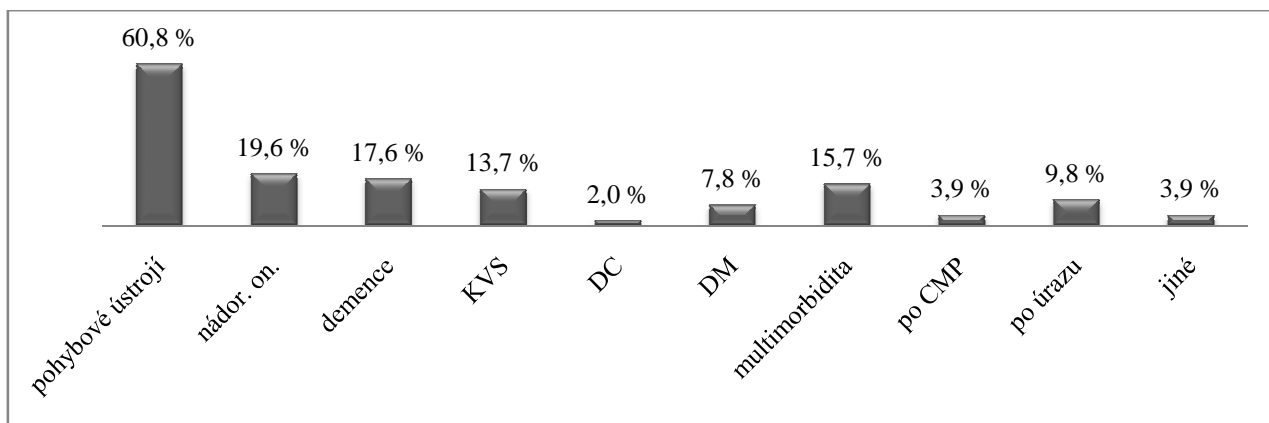
Graf č. 11 - Pohlaví příjemce péče

Nadpoloviční většinu (58,8 %, n = 30) příjemců péče tvořily *ženy*, *muži* pak 41,2 % (n = 21).



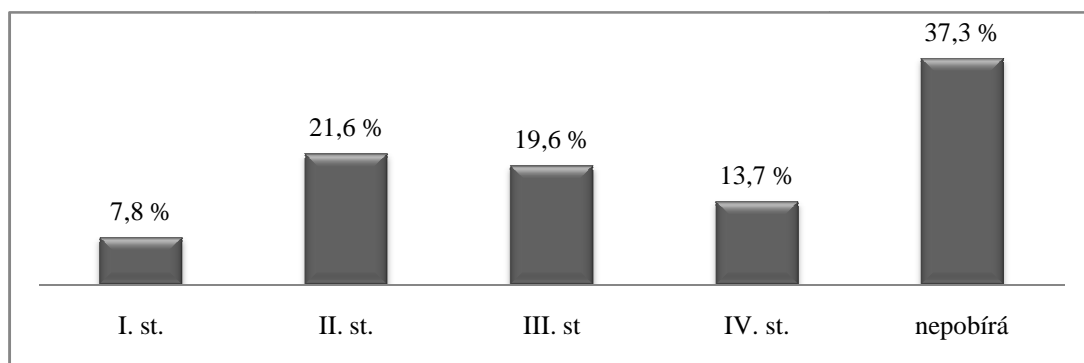
Graf č. 12 - Věkové kategorie příjemců péče

Nejpočetnější věkovou kategorií příjemců péče tvořili senioři *starší 75 let* (68,6 %, n = 35). Další, méně početnou skupinou byli senioři ve věku *60 – 75 let* (21,6 %, n = 11). Minimální zastoupení příjemců péče bylo ve věku *pozdní a střední dospělosti* (5,9 a 3,9 %). Průměrný věk příjemců péče bylo *77 let*. Nejmladším příjemcem péče byla *31letá* žena odkázaná na pomoc rodiny po traumatu a nejstarším byl *92letý* muž. Medián věku příjemců péče byl 80.



Graf č. 13 - Zdravotní problémy příjemců péče

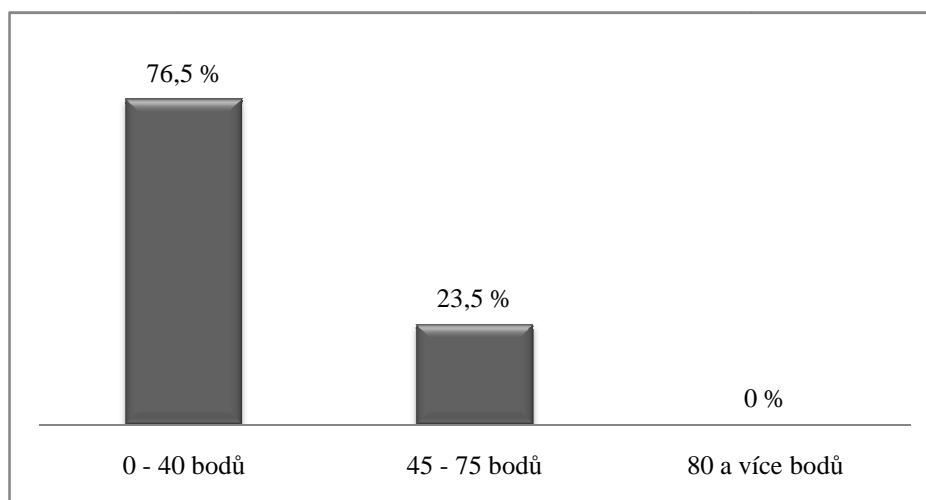
Nejčastějším zdravotním problémem příjemců péče byly v 31 (60,8 %) případech potíže v oblasti *pohybového ústrojí*, přičemž 40,1 % (n = 24) z nich pobíralo příspěvek na péči, nejčastěji to byl III. stupeň, a to v 19,6 % (n = 10). Dále následovaly kategorie *nádorové onemocnění* (19,6 %, n = 10), *demence* (17,6 %, n = 9), *multimorbidita* (15,7 %, n = 8), *onemocnění kardiovaskulárního systému* (13,7 %, n = 7), *poúrazové stavy* (9,8 %, n = 5), *diabetes mellitus* (7,8 %, n = 4), v minimálním zastoupení pak byly zastoupeny možnosti *obtíže po centrální mozkové příhodě*, *onemocnění dýchacích cest* a *jiné*. Jako jiné problémy uvedli dotázaní nevidomost a bérkové vředy. Všech 17,6 % příjemců s demencí bylo starších 75 let. Pozoruhodné je, že z 19,6 % (n = 10) příjemců péče s onkologickým onemocněním pobírali příspěvek na péči pouze dva, a to ve výši II. stupně.



Graf č. 14 - Pobírání příspěvku na péči

Nadpoloviční většina (62,7 %, n = 32) příjemců péče pobírala určitý stupeň příspěvku na péči. Konkrétně 21,6 % (n = 11) pobíralo *II. stupeň*, 19,6 % (n = 10) *III. stupeň*. *IV. stupeň* pobíralo 13,7 % (n = 7) osob. *IV. stupeň* pobírali tři (ze sedmi) příjemci péče, o které se někdo staral nepřetržitě, tedy 24 hodin denně. Zbýlí čtyři (ze sedmi) dostávali péči v průměrném rozsahu 6,25 hodin/den. Naopak 37,3 % (n = 19) dotázaných pečovalo o seniora, který *nepobíral příspěvek na péči*. Více informací o příspěvku na péči je k nalezení v kapitole 2.2.

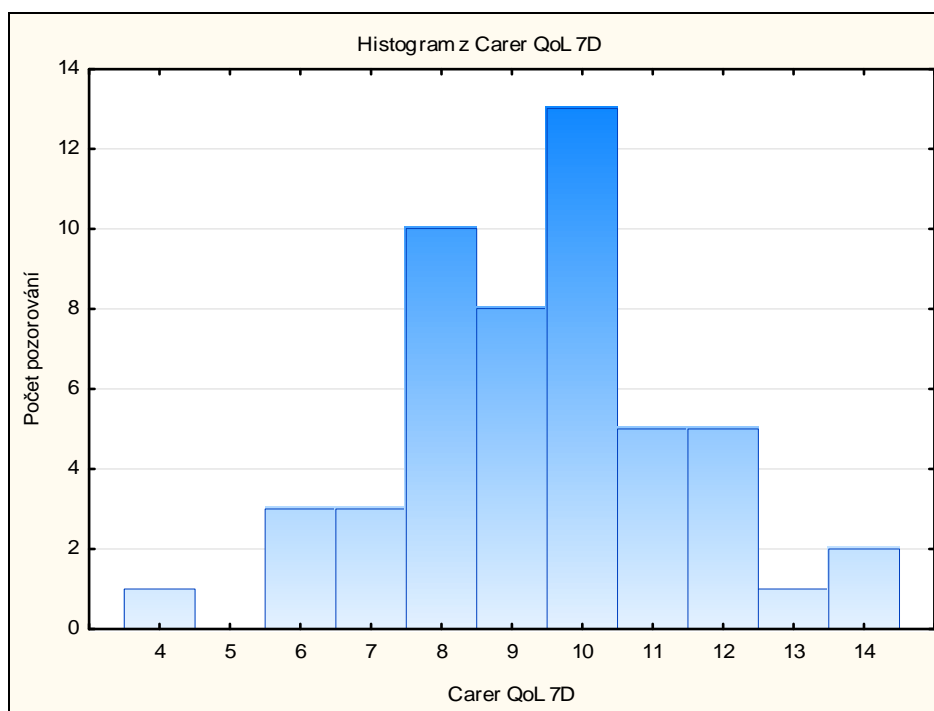
Část III. IADL - Instrumental Activities of Daily Living příjemců péče



Graf č. 15 - IADL příjemců péče

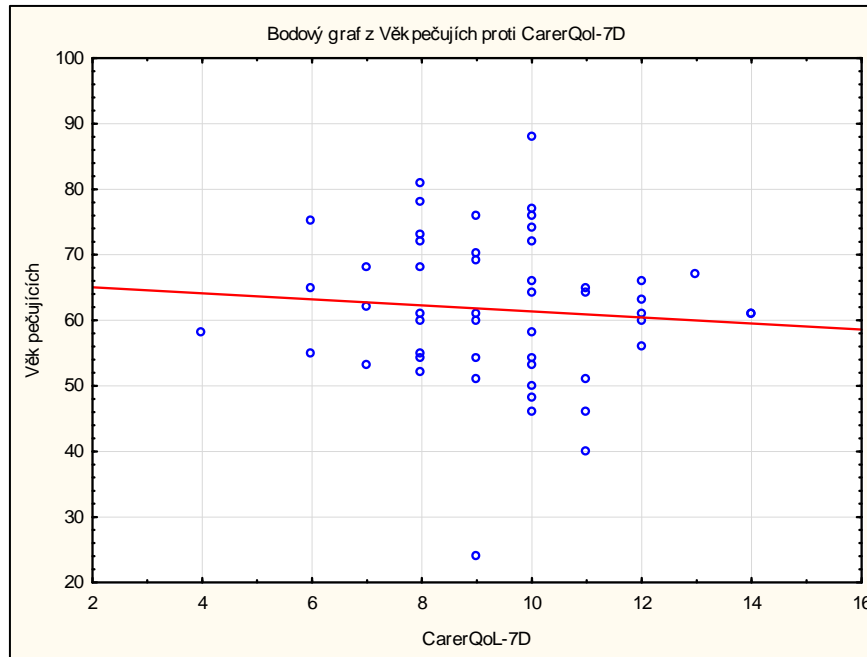
Celkově bylo 76,5 % (n = 39) příjemců péče *nesoběstačných v instrumentálních aktivitách denního života*. Zbýlých 23,5 % (n = 12) bylo *částečně nesoběstačných*. Míra zastoupení mužského a ženského pohlaví byla v obou kategoriích vyvážená. Plně soběstačný v instrumentálních aktivitách denního života nebyl žádný z příjemců péče. Medián rozsahu poskytování péče byl u příjemců péče s IADL 0 – 40 bodů 5 hodin, průměr 8,3 hodiny denně. Oproti tomu medián u příjemců péče s IADL 45 – 75 bodů činil 3 a průměrná dotace na poskytování péče/den byla 4,2 hodiny. Všem příjemcům péče s IADL 0 – 45 bodů byla péče poskytována nepřetržitě, tedy 24 hodin denně. Pro zjištění, co příjemcům péče dělalo v IADL největší problémy bylo nutno zhodnotit i jednotlivé kategorie IADL. Z osmi aktivit IADL bylo nejhůře hodnoceno vyprání osobního prádla – této aktivity nebylo schopno 72,6 % (n = 37) příjemců, nakupování nebylo schopno 70,6 % (n = 36). V 64,7 % (n = 33) nebyli příjemci péče schopni jet dopravním prostředkem a 56,4 % (n = 29) nebylo schopno vykonávat domácí práce či jednoduchý úklid. Naopak nejmenší deficit měli příjemci péči při telefonování, kdy jich 51 % (n = 26) pracovalo s mobilním telefonem samostatně a 27,5 % (n = 14) s dopomocí. Druhou méně problémovou kategorií bylo užívání léků, kdy 23,5 % (n = 12) pečujících užívalo léky samostatně a 60,8 % (n = 31) s pomocí druhé osoby.

Část IV. Carer Quality of Life Questionnaire



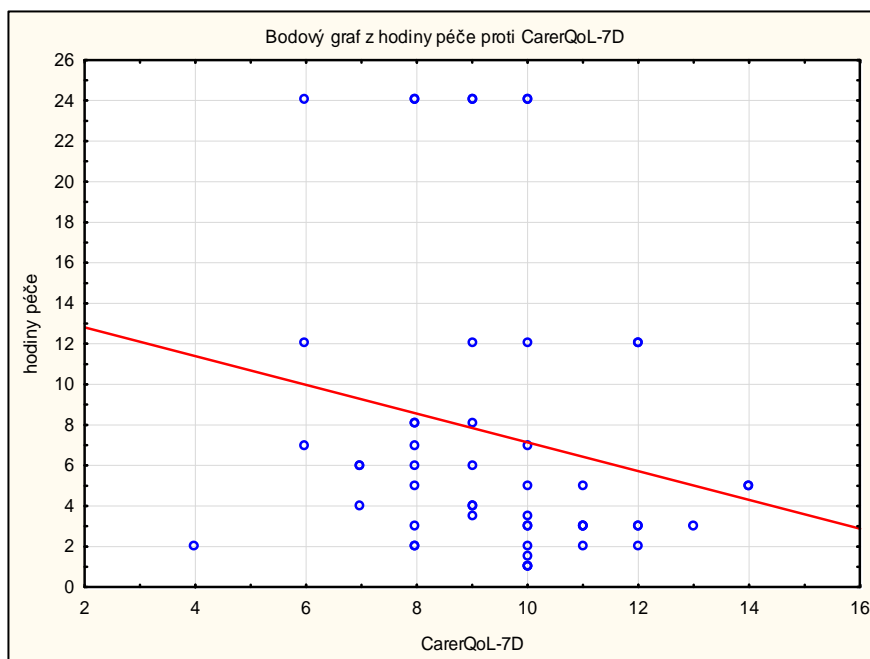
Graf č. 16 - Histogram Carer QoL-7D

Sumarizací příslušných bodů CarerQoL-7D (hodnocení popsáno v kapitole 5.3 teoretické části a v metodice kvantitativního výzkumu) vychází celkové skóre. Nejméně mohli dotázaní získat 0 bodů, nejvíce 14. Zastoupení s největší četností bylo u skóre 8, 9 a 10 bodů. 25,5 % ($n = 13$) dotázaných mělo celkový součet bodů 10, skóre 8 mělo 19,6 % ($n = 10$) pečujících a hodnoty 9 dosáhlo 15,7 % ($n = 8$). Dva respondenti měli plný počet bodů, tedy 14 a v rozmezí od 0 do 3 bodů se nepohyboval žádný pečující. Celkový medián i modus skóre CarerQoL-7D představovala hodnota 10, průměr hodnota 9,4. U pečujících věkové kategorie 60 – 75 let byl medián 9 a u kategorie 45 – 60 se rovnal hodnotě 9,5.



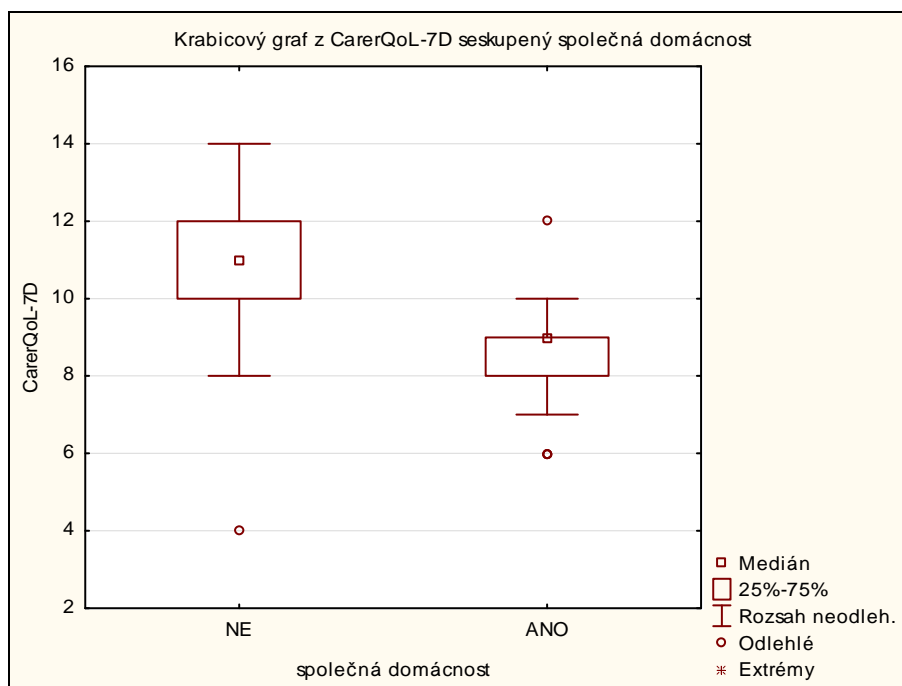
Graf č. 17 - Bodový graf CarerQol-7D skóre k věku pečujících

Z bodového grafu CarerQol-7D k věku příjemce péče je zřejmé, že korelace (vzájemný vztah) u toho souboru nejspíš není, protože body jsou výrazně vzdáleny od přímky, která se nejeví jako pozitivní či negativní korelace. Patrně je to z toho důvodu, že soubor respondentů byl malý a příliš rozmanitý. Limity této studie způsobily, že tento soubor nelze srovnávat s populací, tudíž není vhodný ke statistickému testování a srovnávání s celkovou populací pečujících.



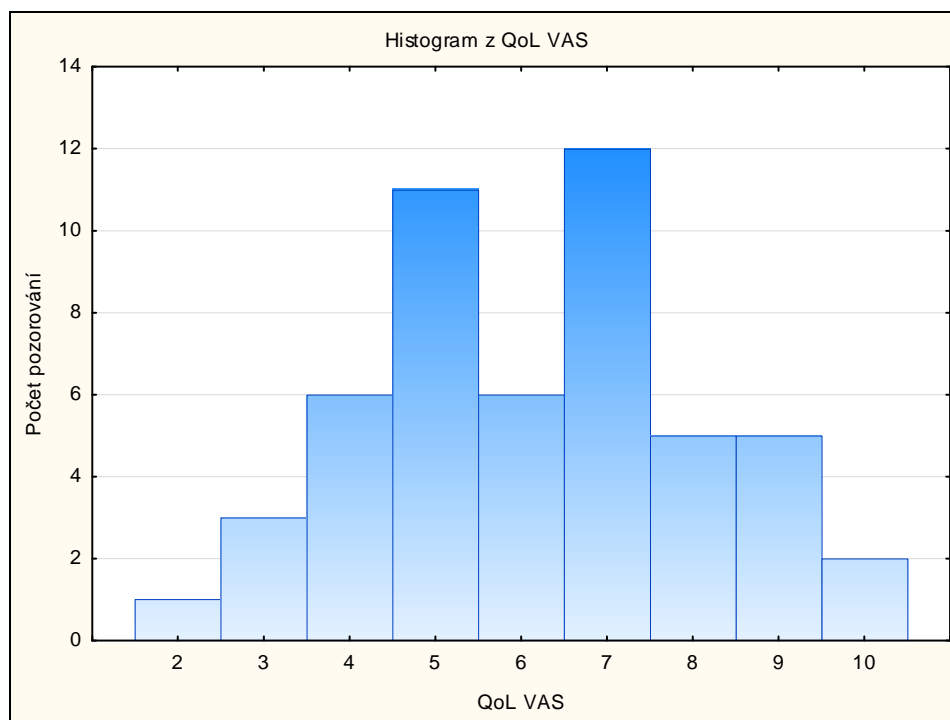
Graf č. 18 - Bodový graf CarerQoL-7D k počtu hodin péče za den

V bodovém grafu lze vidět odlehlé hodnoty, což jsou respondenti, kteří pečovali o osobu blízko 24 hodin denně, i přes to se ale přímka uchyluje směrem dolů, z čehož lze usuzovat negativní korelaci. Konkrétně to znamená, že by vztah mezi proměnnými mohl být typu nepřímá úměra. Bohužel pro nedostatečně reprezentativní data tento vzorek nelze statisticky testovat a srovnávat ho tak s celkovou populací pečujících, tudíž úsudek o negativní korelaci nelze potvrdit ani vyvrátit.



Graf č. 19 - Krabicový graf CarerQoL-7D společné a oddělené domácnosti

Z krabicového grafu je zřejmé, že pečující, kteří žili odděleně od příjemce péče, měli vyšší celkové skóre CarerQoL-7D. Toto zjištění platí jak v průměru, který činil 10,3 bodů, tak v mediánu, který představovala hodnota 11 bodů. U těch, kteří sdíleli domácnost s příjemcem péče, byla průměrná hodnota CarerQoL-7D skóre 8,5 bodů a medián 9 bodů. U pečujících žijících odděleně se vyskytovala jedna odlehlá hodnota, kterou činilo skóre 4 bodů, maximum bylo 14 bodů. U pečujících se společnou domácností byly odlehlé hodnoty dvě, a to horní, která představovala skóre 13 bodů a spodní, která se rovnala hodnotě 6 bodů v CarerQoL-7D.



Graf č. 20 - Histogram CarerQol VAS škály spokojenosti (štěstí)

Na škále spokojenosti (štěstí) nevedl žádný respondent hodnotu 0 a 1 (*naprosto nešťastný/á*). Maximální úroveň štěstí – tedy 10, uvedli 4 % ($n = 2$) pečujících, konkrétně se jednalo o 2 zaměstnané muže v předdůchodovém věku. Jeden z nich pečoval o svoji matku a druhý o svého otce. Tito dva muži současně (jako jediní) dosáhli i nejvyššího skóre v CarerQol-7D, tedy 14 bodů. 23,5 % ($n = 12$) dotázaných označilo 7. bod na škále a 21,6 % ($n = 11$) zvolilo 5. bod na škále. Zbylé hodnoty se vyskytovaly v zastoupení okolo 9 – 12 %. Nejnižší hodnotu – 2 označil jeden pečující. Průměrná hodnota na CarerQol VAS škále činila 6,2. Medián byl roven 6 a modus 7. Průměrná hodnota pečujících, kteří měli velkou podporu v poskytování péče, činila 6,8. Naopak pečujících, kteří neměli žádnou podporu v péči, uváděli na CarerQol VAS v průměru hodnotu 6,1. Dalším zajímavým výsledkem je, že pečující, kteří nežili ve společné domácnosti s příjemcem péče, uváděli na CarerQol VAS škále průměrně hodnotu 7,3 (medián byl roven 7). Naopak, ti kteří domácnost sdíleli, měli průměrnou hodnotu o dva stupně nižší – tedy 5,3 (medián byl roven 5). Toto zjištění a zjištění z grafu 19 (nižší průměry CarerQol-7D skóre u pečujících žijících ve společné domácnosti) ukazují, že společná domácnost má pravděpodobně vliv na kvalitu života sledovaného souboru pečujících.

Tabulka č. 1 - Carer Qol VAS škála k počtu hodin věnované péči o blízkého za den

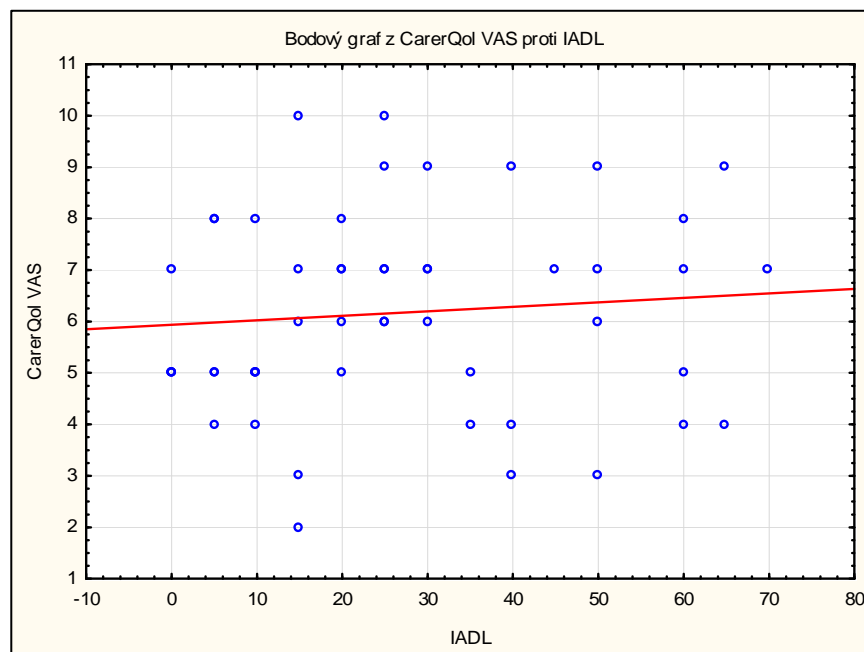
VAS CarerQol škála k počtu hodin péče/den	0 - 3 hod.	3 - 5 hod.	5 - 8 hod.	8 - 12 hod.	24 hod.	celkem
průměr	6,6	6,6	4,8	7,6	5,4	6,2
medián	7	6	5	8	5	6
modus	7	5	5	9	5	7
maximum	9	10	8	9	7	10
minimum	3	4	2	4	4	2

V tabulce 2 je znázorněno, jak se pohybovaly hodnoty na CarerQol VAS škále podle hodin poskytování péče za den. Nejnížší hodnotu uváděli respondenti, kteří poskytovali péči nepřetržitě a ti, kteří pečovali 5 – 8 denně. Naopak nejvíc šťastni se cítili pečující o osobu blízkou v rozsahu 8 – 12 hodin denně.

Tabulka č. 2 - CarerQol VAS škála v jednotlivých kategoriích

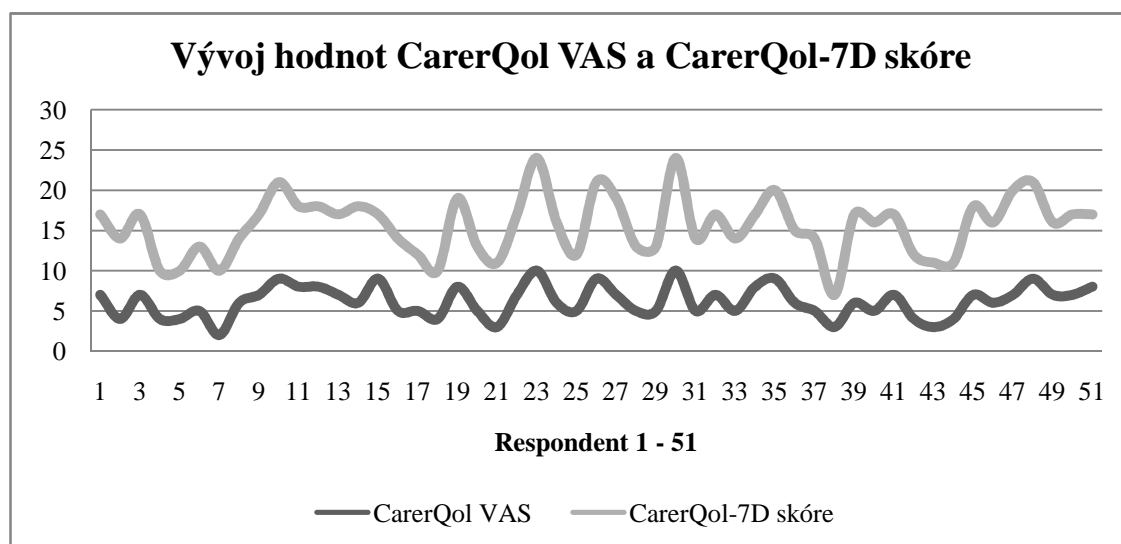
CarerQol VAS	muži	ženy	zaměstnaní	Starobní důchodci	pečující 0-2 roky	pečující 2 a více let	celkem
průměr	7,2	6	6,7	5,7	5,9	6,4	6,2
medián	8	6	7	5,5	6	6	6
modus	8	7	7	5	7	7	7
maximum	10	9	10	9	9	10	10
minimum	3	2	3	2	2	3	2

Z uvedené tabulky je zřejmé, že nejvyšší hodnotou na škále 0 – 10, uvedl zástupce z řad pracujících mužů, který se věnoval péči o osobu blízkou déle jak 2 roky (konkrétně se jednalo o 2 muže, viz popisek pod histogramem CarerQol VAS). Naopak nejnižší hodnotu uvedla žena v penzi, která pečovala méně jak 2 roky. Průměrná hodnota úrovně životní spokojenosti byla u mužů vyšší o 1 stupeň než u žen. Ekonomicky aktivní respondenti byli v tomto šetření o 1 stupeň více šťastni než důchodci. Zajímavé je, že lidé pečující méně jak 2 roky udávali na VAS škále v průměru o 0,5 nižší hodnotu, než ti, kteří péči o blízkého věnovali delší dobu.



Graf č. 21 - Bodový graf CarerQol VAS pečujícího k IADL příjemce péče

Na základě rozptýlení bodů ve výše uvedeném grafu IADL příjemce péče a hodnocení pečujícího na CarerQol VAS lze tvrdit, že korelace nejspíš není. Patrně je to z toho důvodu, že soubor respondentů je příliš rozmanitý a kvůli malému počtu respondentů jej nelze srovnávat s populací, tudíž není vhodný ke statistickému testování a srovnávání s celkovou populací pečujících. Nelze tak korelaci vyvrátit ani potvrdit.



Graf č. 22 - Vývoj hodnot CarerQol VAS a CarerQol-7D skóre

Z výše uvedeného spojnicového grafu lze vidět, že křivka vývoje hodnot na CarerQol VAS škále téměř kopíruje křivku celkového skóre bodů v CarerQol-7D. Nutno zdůraznit, že tmavší křivka znázorňuje hodnoty na CarerQol VAS škále spokojenosti (štěstí) pečujících od 0 do 10. Hodnoty světlejší zobrazují vývoj CarerQol-7D skóre pečujících, které se bylo stanoveno

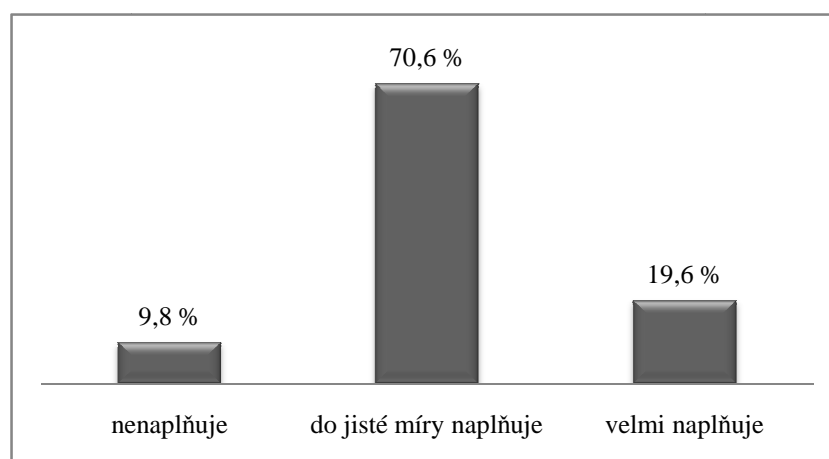
sumarizací získaných bodů v jednotlivých oblastech tohoto nástroje (naplnění pečujícího z poskytování péče, fyzické, psychické problémy, vztahy v rodině, finanční problémy a kombinaci osobního života s pečováním) od 0 do 14. Vývoj křivky znamená hodnotu jednotlivých respondentů (1 – 51). Na základě tohoto grafu lze usuzovat vzájemný vztah mezi hodnotami na VAS škále a hodnotami v celkovém skóre CarerQol-7D. Pro ověření by však bylo nutno tento úsudek statisticky testovat, k čemuž by byla potřeba rozsáhlejší vzorek respondentů.

Tabulka č. 3 - Souhrn kategorií CarerQol-7D

Kategorie CarerQol-7D	Nemám (%)	Mám do jisté míry (%)	Mám (velkou/mnoho) (%)	Celkem (%)
Naplnění	9,8	70,6	19,6	100,0
Vztahové problémy	52,9	43,1	3,9	100,0
Psychické problémy	37,3	52,9	9,8	100,0
Problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami	51,0	39,2	9,8	100,0
Finanční problémy	80,4	17,6	2,0	100,0
Podpora	27,5	37,3	35,3	100,0
Fyzické problémy	39,2	49,0	11,8	100,0

Ze souhrnné tabulky můžeme vidět porovnání všech kategorií dotazníku CarerQol-7D. Zde můžete vidět, že 70,6 % (n = 36) pečujících bylo z poskytování péče naplněno *do jisté míry*, zároveň ale 43,1 % (n = 22) respondentů pocítilo jistou míru problémů ve vztahu k příjemci péče. Psychické problémy (mnoho/do jisté míry) uvedla nadpoloviční většina (62,7 %, n = 32) respondentů. Zajímavé také je, že finanční problémy měla poměrně malá část pečujících. Konkrétní analýzu všech jednotlivých kategorií naleznete popsanou u jednotlivých grafů níže.

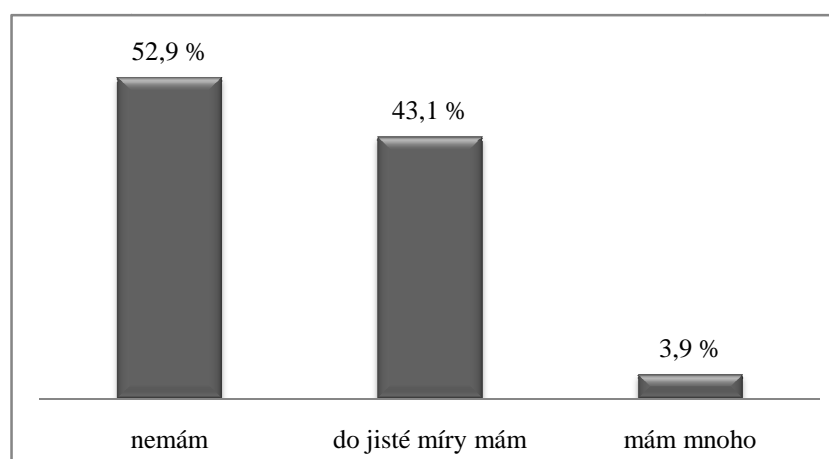
Naplnění z poskytování péče



Graf č. 23 - Naplnění z poskytování péče

70,6 % (n = 36) dotázaných uvedlo, že je pečování *do jisté míry naplňovalo*, 19,6 % (n = 10) respondentů pečování o rodinného příslušníka *naplňovalo velmi* a 9,8 % (n = 5) *nenaplňovalo* vůbec. Přičemž drtivá většina (čtyři z pěti), které pečování nenaplňovalo, uvádí na CarerQol VAS škále pocit štěstí na úrovni 4. Všech pět, které pečování nenaplňovalo, bylo starších 60 let, tři z nich byli v penzi, ve čtyřech případech se jednalo o manželského partnera a v jednom o potomka. Dva respondenti, které pečování o osobu blízkou nenaplňovalo, věnovali péči méně než 2 roky, ti další víc jak 5 let. Z 29 pečujících, kteří žijí ve společné domácnosti jich 13,7 % (n = 4) uvádí nenaplnění z poskytování péče.

Vztahové problémy

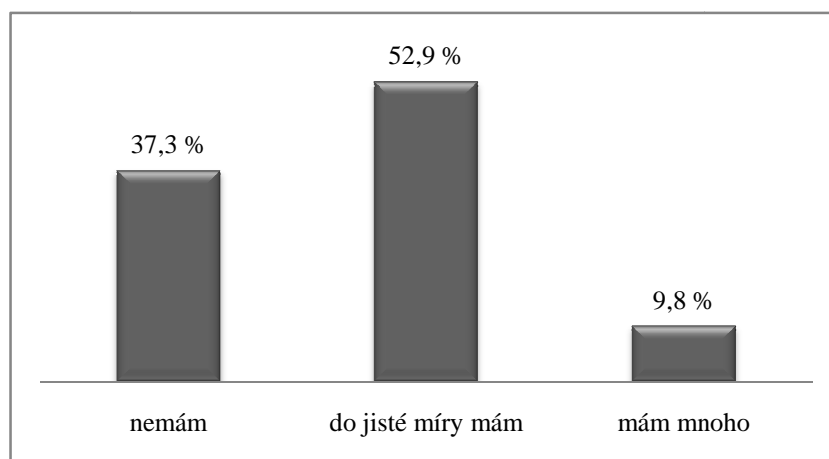


Graf č. 24 - Vztahové problémy

Vztahové problémy s příjemcem péče *nemělo* 52,9 % (n = 27) respondentů. Odpověď vztahové problémy „*mám do jisté míry*“ uvedlo 43,1 % (n = 22) pečujících a 3,9 % (n = 2)

mělo dokonce *mnoho vztahových problémů* s příjemcem péče. Více jak třetina pečujících (35,3 %, n = 18), která uvedla vztahové problémy do jisté míry, žila s příjemcem péče ve společné domácnosti. Zároveň 31,3 % (n = 16) pečujících, kteří žili odděleně, problémy s příjemcem péče neudávalo. Všichni respondenti, kteří v otázce výše uvedli naplnění z poskytování péče (n = 10, 19,6 %) uvedli, že nemají vztahové problémy s příjemcem péče. Z celkem 18 (100 %) pečujících, kteří se starali o svého životního partnera, jich 11 (61 %) pociťovalo vztahové problémy do jisté míry. Tak uvedlo i pět nepřetržitě pečujících ze sedmi.

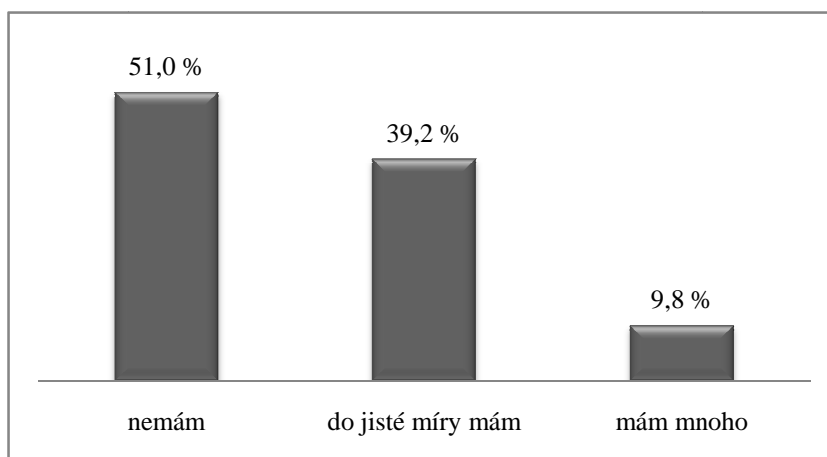
Problémy s duševním zdravím



Graf č. 25 - Problémy s duševním zdravím

52,9 % (n = 27) respondentů uvádí, že u sebe *do jisté míry* pozorovali problémy s duševním zdravím, 9,8 % (n = 5) pečujících jich mělo dokonce *mnoho* a naopak 37,3 % (n = 19) žádné psychické problémy v souvislosti poskytování laické péče *nemělo*. Z celkového počtu (n = 5) pečujících, kteří uvedli problémy s duševním zdravím, jich bylo 80 % (n = 4) ve věku do 60 let. Všech pět pečujících s duševními problémy byly ženy a dvě z nich pečovaly o příjemce péče bez pomoci dalších osob. Péči poskytovaly v rozsahu do 4 let. Všechny tyto ženy uváděly na CarerQol VAS škále pocit štěstí nízkým bodovým ohodnocením, konkrétně v rozmezí od 3 do 5.

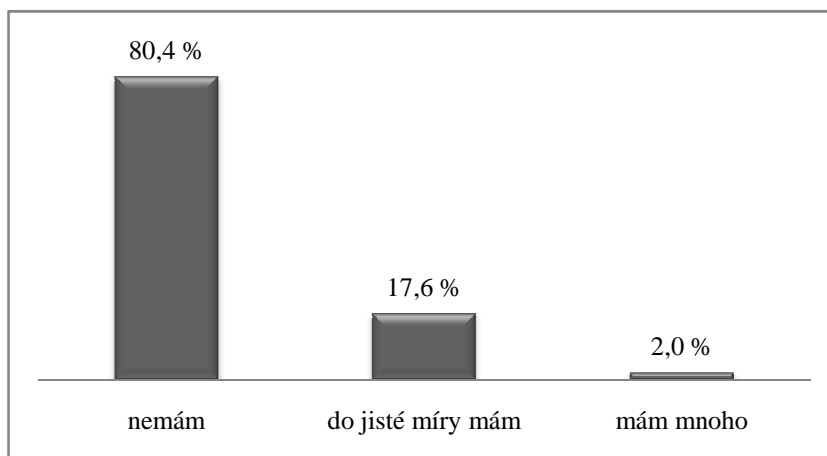
Problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami



Graf č. 26 - Problémy zkombinovat pečování s denními aktivitami

51 % (n = 26) dotázaných uvedlo, že *nemá* žádné problémy s kombinací vlastních denních aktivit a péčí o rodinného příslušníka. 39,2 % (n = 20) pocíťovalo v této oblasti problémy *do jisté míry* a 9,8 % (n = 5) respondentů mělo dokonce *mnoho* problémů spojit vlastní denní aktivity s péčí o blízkého. Pozoruhodné je, že z 5 respondentů, kteří měli mnoho problémů zkombinovat pečování s denními aktivitami, byli tři ve starobním důchodu a pouze dva zaměstnaní. Z celkového počtu 23 zaměstnaných pečujících (100 %) jich více jak polovina (52,2%, n = 12) měla problémy do jisté míry. A přesně polovina z těch, kteří tyto problémy neuvedli, měla v poskytování péče pomoc od dalších osob, ať už členů rodiny nebo přátel.

Finanční problémy

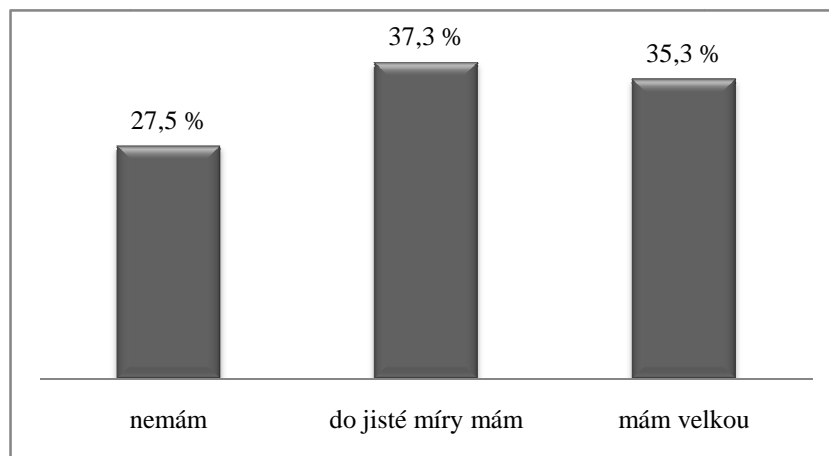


Graf č. 27 - Finanční problémy

Většina (80,4 %, n = 41) respondentů uvedlo, že *nemá* žádné finanční problémy v souvislosti s poskytováním péče příbuznému. 17,6 % (n = 9) mělo problémy *do jisté míry* a pouze 1 (2 %) dotázaný pocíťoval *mnoho* finančních problémů. Konkrétně se jednalo o muže

v předdůchodovém věku, který se staral o svoji onkologicky nemocnou manželku, která nepobírá příspěvek na péči. Tento muž na CarerQol VAS uváděl pocit štěstí na 4. stupni a zároveň uváděl i v první otázce CarerQol-7D nenaplnění z poskytování péče. Z těch, kteří měli finanční problémy do jisté míry (n = 9) jich bylo 6 penzistů a 3 zaměstnaní.

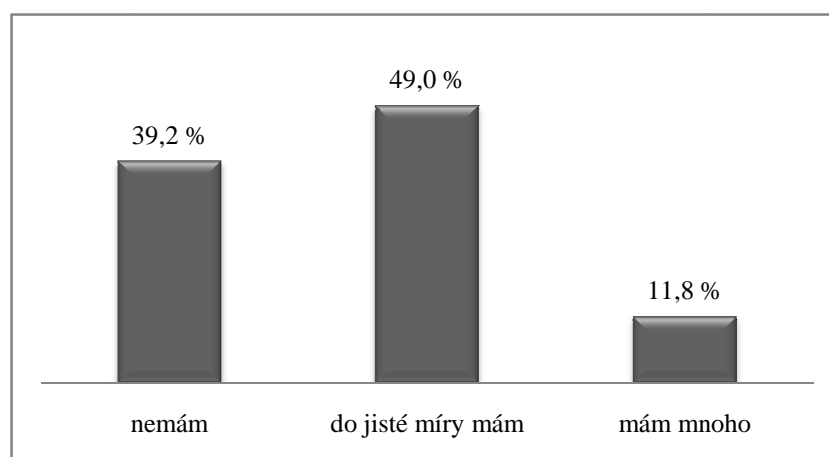
Podpora s vykonáváním pečovatelských činností



Graf č. 28 - Podpora s vykonáváním pečovatelských činností

Podporu při vykonávání pečovatelských činností (např. od rodiny, přátel, sousedů a známých) mělo 72,6 % (n = 37) pečujících. 35,3 % (n = 18) z dotázaných uvedlo podporu velkou a 37,3 % (n = 19) do jisté míry. Naopak více jak ¼ respondentů (27,5 %, n = 14) neměla vůbec žádnou podporu v péči o svého blízkého. Medián hodnocení pocitů štěstí na CareQol VAS škále činil 7 u pečujících s velkou podporou při vykonávání pečovatelských činností a 5 u těch, kteří neměli podporu vůbec nebo do jisté míry. Nejvyšší hodnocení na CarerQol VAS (10), uvedli dva respondenti, a to právě ti, kteří měli velkou podporu.

Problémy s fyzickým zdravím



Graf č. 29 - Problémy s fyzickým zdravím

Téměř polovina (49 %, n = 25) pečujících pociťovala *do jisté míry* problémy s vlastním fyzickým zdravím v souvislosti s poskytováním péče příbuznému. 11,8 % (n = 6) dotázaných mělo dokonce *mnoho* tělesných potíží. Avšak 39,2 % (n = 20) respondentů *nemělo* vůbec žádné zdravotní problémy vzniklé v souvislosti s poskytováním péče. Všech 11,8 % respondentů s mnoho fyzickými problémy byly ženy věku 54 let a více. Ti, kteří měli problémy do jisté míry, byli převážně starobní důchodci (64 % z 25), kteří v 6 případech poskytovali péči osobě blízké nepřetržitě.

6.4 Nástroj pro kvalitativní výzkum

Hendl (s. 165, 2016) uvádí, že kvalitativní výzkum je souhrnem přirozeně uspořádaných dat, která popisují každodenní život respondentů, zjišťuje podrobnější data za delší časový interval. Hendl ve své knize také uvádí definici kvalitativního výzkumu od Creswella (1998): „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2016, s. 46). Nástrojem pro získání dat k této diplomové práci bylo zvoleno krátké polostrukturované interview k dokreslení problematiky, jako doplněk kvantitativního výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor je specifický tím, že tazatel má předem stanovený okruh otázek, na které se chce respondenta zeptat, pořadí kladení otázek je čistě na tazateli, navíc lze klást i další doplňující otázky (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Respondenti byli vybráni záměrně na základě výsledků popisných statistik kvantitativního výzkumu (každý dotazník měl číslo). Přes agenturu domácí zdravotní péče v okrese Jičín bylo osloveno sedm žen a čtyři muži, z toho tři pracující ženy a dva muži neměli zájem zúčastnit se. Důvod pro odmítnutí byla skutečnost, že jejich situace je osobní a nechtějí svěřovat tyto citlivé údaje, ale také nedostatek času. Celkem se tedy kvalitativní části výzkumného šetření zúčastnili dva muži a čtyři ženy (procentuelní zastoupení kvantitativního šetření – 20 % mužů, 80 % žen). Dále byli respondenti vybráni podle zastoupení věkových kategorií a socioekonomického statutu s největší četností a v neposlední řadě podle toho, zda souhlasili se zařazením do kvalitativního výzkumného šetření (příloha F). Kvalitativní šetření bylo prováděno v únoru a březnu 2015. Většina otázek pro respondenty byla předem stanovená, ale individualita příběhu každého pečujícího skýtala další otázky ze strany dotazujícího. Data byla zaznamenávána pomocí mobilní aplikace Smart Voice Recorder a následně přepsána do písemné podoby.

Výzkumným designem kvalitativního výzkumu je zakotvená teorie (grounded theory). Šedová (2007, s. 123 – 124) uvádí, definici zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové z roku 1999: „*Je to teorie induktivně odvozena ze zkoumaného jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.*“ Konkrétní způsoby, jak nakládat se získanými daty představují kódovací techniky, kterými jsou otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování (Šedová, 2007, s. 123 – 124).

Hodnocení rozhovorů tohoto kvalitativního výzkumu bylo provedeno za pomoci otevřeného kódování. Tato metoda slouží k analýze rozhovorů tak, že postupným, podrobným studiem a rozbořením textu dochází badatel ke kategorizaci jevů vycházejících z jeho domněnek (Kutnohorská 2009, s. 66; Švaříček a Šedová, 2007, s. 211). K této diplomové práci probíhala analýza kvalitativní části v první řadě transkripcí rozhovorů z audio záznamu do písemné podoby. Následně byly texty vytištěny a na základě jejich rozboru a hledání společných jmenovatelů – kódů, byly stanoveny čtyři níže uvedené kategorie, které jsou následně podrobně rozebrány v kapitole 6.6.

- I. Rozhodnutí.
- II. Oblasti péče (podpůrná péče, neosobní péče, osobní péče).
- III. Podpora: podpora pečujícího (seberealizace, společenská podpora, uznání); podpora v péči (služby, informace).
- IV. Překážky (ošetřovatelské činnosti, časová náročnost, soužití).

6.5 Charakteristika respondentů kvalitativní části výzkumu

Tabulka č. 4 - Účastníci interview

Respondent	Pohlaví	Věk	Socioekonomický status	Délka péče	Rozsah péče (hodiny/den)	Příjemce péče	IADL příjemce péče	CarerQol skóre	CarerQol VAS
R1	žena	46	zaměstnaná	2	1,5	otec	20	9	7
R2	žena	75	důchodkyně	1,5	24	manžel	5	6	4
R3	žena	72	důchodkyně	2	3,5	manžel	25	10	7
R4	muž	70	důchodce	10	12	manželka	15	—	—
R5	žena	74	důchodkyně	5	3	manžel	35	10	4
R6	muž	78	důchodce	3	24	manželka	15	8	6

R1 neboli paní M., zaměstnaná ve zdravotnictví se spolu se svou matkou a dvěma bratry starala o svého onkologicky nemocného (Grawitzův tumor v terminálním stadiu) otce již 2 roky. Péči prováděla 3× v týdnu, a to v rozsahu 1,5 hodiny v daný den. Paní M. dojížděla za svým otcem 17 km, často tuto trasu překonávala vícekrát denně, protože otce často vozila na vyšetření a kontroly v nemocnici. Zdravotní sestry z agentury domácí péče dojížděly zpravidla 2× v týdnu k převazům defektů na dolních končetinách, dále k odběrům krve a měření krevního tlaku. Ze sociálních služeb využívala paní M. pro svého otce půjčovnu pomůcek.

R2 neboli paní H., ve starobním důchodu. O svého manžela pečovala v průběhu výzkumného šetření přibližně 5 let, poslední rok a půl pečovala nepřetržitě. Převzala si manžela z léčebny dlouhodobě nemocných (kde mu platila nadstandard) do domácího ošetřování. Její manžel byl z důvodu imobilizačního syndromu víceméně upoutaný na lůžko. Po bytě, ve kterém společně žili, ho manželka vozila na invalidním vozíku, pečovala o jeho základní potřeby (hygiena, vyprazdňování, stravování, aj.). Syn a dcera jí pomáhali s většími nákupy a při nutnosti transportu manžela k obvodnímu lékaři či do nemocnice. Veškerý chod domácnosti zajišťovala paní H. sama, brala to jako samozřejmost. Její manžel pobíral příspěvek na péči IV. stupně. Paní H. tento příspěvek využívala k zapůjčení pomůcek od agentury domácí zdravotní péče. Na pomoc vztahující se k péči o manžela (např. pečovatelskou) nechtěla tyto finanční prostředky čerpat, raději vše zastala sama. Zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče dojížděly 3× v týdnu převazovat bércové vředy obou dolních končetin. Dříve prováděly 3× v týdnu rehabilitaci.

R3 neboli paní Z., ve starobním důchodu, pečovala o svého onkologicky nemocného manžela (kolorektální karcinom v pokročilém stadiu) 2 roky v rozsahu 3,5 hodiny za den. Paní Z. se starala o chod domácnosti, zastávala práci na zahradě i u zvířat (slepice), bydlela ve větším domě, tudíž je práce kolem hodně. V péči o manžela jí pomáhala dcera, která zařizovala a doprovázela otce na lékařské prohlídky, prováděla větší nákupy a zařizovala administrativní záležitosti (dříve to byla starost manžela). Pokud byla potřeba mužská ruka, vypomohl syn paní Z. Manžel paní Z., odmítal provádět ošetřování kolostomie, tudíž spadal tento nelehký úkol na paní Z., která se vše postupem času naučila (od zdravotních sester z nemocnice a domácí zdravotní péče).

R4 neboli pan J., starobní důchodce se deset let staral o svoji manželku s roztroušenou sklerózou 10 let v rozsahu 12 hod denně. Jeho manželka byla poslední roky víceméně ležící, po domě, ve kterém společně žili, se pohybovala pomocí invalidního vozíku. Pan J. se víceméně staral o základní tělesné potřeby, které jeho manželka nebyla schopna v rámci sebeobsluhy zajistit sama – hygiena, oblékání, vyprazdňování, příprava jídla, aj. Než si osvojil všechny pečovatelské činnosti, jezdila k nim domů několikrát v týdnu charitní služba. V průběhu výzkumného šetření k nim dojížděly zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče zhruba 2× do měsíce. Zdravotní sestry manželce vyměňovaly permanentní močový katétr, který měla manželka pana J. trvale z důvodu močové inkontinence. V péči panu J. pomáhali potomci, hlavně dcera, jako pečující rodina fungovali velmi soudržně.

R5 neboli paní Z., starobní důchodkyně, pečovala o svého manžela 5 let v rozsahu tří hodin denně. K péči se dostala tak, že se jednoho dne její manžel, který má diabetes mellitus uhodil do Achillovy šlachy, a tím se mu vytvořila malá oděrka, která se postupem času rozrostla v celkem rozsáhlý nekrotizující defekt. Paní Z. se starala o chod domácnosti, poskytovala manželovi menší dopomoc při hygieně a oblékání, zajišťovala mu stravu. Manžel se sám staral o administrativní záležitosti rodiny a zvládl i řídit auto, tudíž i větší nákupy byli schopni provést sami. Pro paní Z. byla situace náročná zejména v tom, že se sama již léta léčila se sarkoidózou, tudíž pro ni bylo často těžké najít energii na obstarávání potřeb manžela. Vzhledem k této situaci dojížděla 1× v týdnu do jejich rodiny pečovatelka, která zajistila celkovou koupel manžela a náročnější úklid domácnosti. K ošetření defektu na Achillově šlaše dojížděly zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče 3× v týdnu.

R6 neboli pan V., starobní důchodce s elánem se tři roky se nepřetržitě staral o svoji nemocnou manželku, která měla výrazné problémy s pohyblivostí. Společně bydleli v rodinném domku s větší zahradou. Pan V. pomáhal manželce s pohybem po domácnosti, přizpůsobil interiér domu k potřebám pro její pohyblivost, pomáhal jí i s hygienou a vyprazdňováním. Ve svém volném čase navíc obstarával velkou zahradu. O příspěvek na péči zatím nežádal. Pan V. již na první dojem působil jako velice pozitivně naladěný člověk. S péčí o manželku mu pomáhala dcera, která bydlela ve stejné vesnici. Zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče dojížděly do jejich domácnosti 2× v týdnu k převazům chronických defektů dolních končetin.

6.6 Analýza kvalitativního výzkumu

Jak již bylo zmíněno výše, data z interview byla vyhodnocována pomocí otevřeného kódování, kterým byly určeny níže popsane kategorie.

Kategorie I. ROZHODNUTÍ

Většina respondentů se rozhodla, že bude péči o příbuzného provádět sama. Tak tomu bylo například u paní H (R2), kterou k pečování přivedlo to, že byl její manžel poměrně často hospitalizován. Nějaký čas pobýval i v léčebně dlouhodobě nemocných, kde mu Paní H. (R2) hradila nadstandardní pobyt, protože měla za to, že nadstandardem je myšlena lepší péče. „*Nelíbil se mi tam jejich přístup, platila jsem nadstandard, ale žádné lepší péče se mi nedostávalo, jenom pokoj s televizí a lednicí. Tak jsem si řekla, že si ho vezmu domů a postarám se o něj sama.*“ Paní M. (R1) se zase do role pečující dcery dostala automaticky: „*Rozhodla jsem se já (..), když můj otec onemocněl. Vlastně jsem se do té role dostala jaksi automaticky. Mám dva bratry a oba bydlí daleko, navíc pracuji ve zdravotnictví, takže se to ode mě očekává.*“

Kategorie II. OBLASTI PÉČE

Kategorie oblastí péče byla zvolena dle Jeřábka a kol. (2005), který stanovil tři stupně péče popsané blíže v teoretické části práce.

- **PODPŮRNÁ PÉČE**

Výhradně podpůrnou péči neposkytoval žádný z dotázaných, v tomto směru se angažovali spíše jejich příbuzní – potomci, sourozenci, vnoučata, kteří se na osobní péči podíleli minimálně. Paní M. (R1) pomáhají v péči o otce bratři a děti. Bratři „*jezdí o víkendech, ale maximálně něco nakoupí, přivezou nebo pomohou s mužskou prací v domácnosti. Občas děti vezou dědu na vyšetření.*“. Sama paní M. pak ještě uvedla, že zařizuje prohlídky u lékařů, nákupy a chystá léky do dávkovače, stará se o administrativní záležitosti. Paní H. (R2) uvedl jako poskytovatele podpůrné péče syna a vnuky: „*občas přijede syn nebo vnuci a vyvezou manžela ven*“ (na invalidním vozíku) nebo k ní zavítá vnuk záchranář, který jí podle jejích slov poradí. U pečovatelů mužů v péči o jejich manželky prováděli podpůrnou péči dcery: „*pomáhá mi dcera každý den (..), ženská ruka je prostě v domácnosti potřeba*“ uvádí pan V. (R6). Panu J (R4) „*dcera pomůže s úklidem a vařením (..), synové častěji spíš s prací na domě a zahradě*“.

- NEOSOBNÍ PÉČE

Neosobní péči prováděli v tomto kvalitativním šetření jak přímo primární pečující, tak i ostatní příslušníci rodiny. Ve všech případech byla na prvním místě hlavně péče o domácnost, úklid, vaření, zahradu. „*O domácnost se starám jenom já, pak mu (manželovi) vařím*“ uvedla paní Z. (R3). Rovněž paní Z. (R5) zastávala domácnost i stravování manžela sama.

- OSOBNÍ PÉČE

Nejvíce náročnou, tedy osobní péči prováděli všichni respondenti. Paní H. (R2) své činnosti v péči o svého manžela popsala konkrétně: „*pomáhám mu při hygieně, myju ho v posteli, na močení má cévku a na stolicí chodí na gramofon. To mu pomáhám ho jako přesunout, má hodně ochablé svaly. Po bytě ho vozím na vozíku, takže se mnou u stolu jí nebo kouká na televizi.*“ Pan V. (R6) se staral o manželku, která: „*potřebuje dopomoc při pohybu po domě, při hygieně a dalších osobních věcech*“. Pan J. (R4) a paní Z. (R5) uvedlo stejné činnosti, a to pohyb, mytí a oblékání. Paní Z. (R2) z oblasti hygieny, prováděla péči o stomii jejího manžela, kterou jí naučily zdravotní sestry z nemocnice a agentury domácí zdravotní péče, o svém manželovi uvedla, že: „*v péči o sebe si moc pomoci nenechá, pořádně se umyje a oholí, jen když má přijet dcera.*“

Kategorie III. PODPORA

PODPORA PEČUJÍCÍHO

- SEBEREALIZACE

Potřeba seberealizace, jako vrchol Maslowovy pyramidy potřeb, se vyskytla hned u několika pečujících. Například paní M. (R1) uvedla: „*snažím se sportovat, mám ráda svůj kurz angličtiny a zahrádkařím*“. Uvedla také, že i když má málo volného času, na své oblíbené aktivity si vždycky čas najde. Pan V. (R6) s pokojným úsměvem vyprávěl: „*jsem na tom ještě fyzicky docela dobře, takže dělám na zahradě a domě, to je mou celoživotní náplní, to dělám rád.*“. Pan J. (R4) se staral o svého psa a rovněž pracoval v dílně nebo na zahradě, i paní Z. (R5) odpočívala hlavně při práci na zahradě. Paní Z. (R3) je na tom podobně, jako R4, R5, v rozhovoru uvedla: „*chodím se psem na procházky a večer si dám trochu vína a koukám na televizi.*“

- **SPOLEČENSKÁ PODPORA**

Kategorie společenská podpora jde ruku v ruce s výše uvedenou kategorií podpůrná péče. Lze tedy říci, že společenskou podporu měli ti pečující, kteří měli současně i podpůrnou péči a v tomto kvalitativním šetření to byli všichni. Nejvíce o společenské opoře hovořila paní H. (R2): *„jednou týdně jezdí dcera a syn, vnuci také občas přijedou na návštěvu, je to příjemné, ale pro mě taky práce navíc. Musím uvařit, upéct, abych je pohostila. Sama přes den jezdím do města, na nákupy a vždycky se potkám s někým známým, tak si vzájemně polamentujeme a zase jedu domů.“*

- **UZNÁNÍ**

Potřebu uznání nejvíce ze všech respondentů popisoval Pan V. (R6): *„a ještě před lety jsem byl starosta, takže se dodnes účastním zasedání obce. Člověk i ví, že je potřeba i někde jinde a že si mě lidi ze vsi upřímně váží“*, v rozhovoru také uvedl: *„velkou odměnou je mi vděk a spokojenost mé ženy. Oporu mám v dceři.“* dále měla tuto podporu i paní M. (R1), která se věnovala péči o svého otce: *„díky podpoře manžela a dětí si nacházím čas na jiné myšlenky.“*

PODPORA V PÉČI

- **SLUŽBY**

Ke všem šesti respondentům dojížděly zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče, přičemž se všichni o této možnosti dozvěděli, právě indikací ošetřovatelských návštěv od praktického lékaře. Většina respondentů uváděla, že je zdravotní sestry naučily některým ošetřovatelským postupům. Vždy těm, které byly potřeba u daného případu. Například paní Z. (R3) sestry agentury společně se zdravotními sestrami z nemocnice naučily péči o stomii jejího manžela. Paní Z. (R5) využívala v péči o svého manžela i domácí pečovatelské služby – *„už teď k nám jezdí 1× v týdnu pečovatelka, na tu se můžu spolehnout, že mi pomůže. Jezdí i sestry z domácí péče.“* Do domácnosti pana J. (R4) dojížděla charitní služba a personál z domácí zdravotní péče, který zajišťoval katetrizaci močového měchýře jeho manželky. Paní M. (R1) se podělila o více specifické informace: *„přibližně 2× v týdnu k nám jezdí sestřička z domácí péče – na měření tlaku, odběry a převazy rány na noze.“* Pak také zmiňuje využívání půjčovny pomůcek, která náleží agentuře domácí zdravotní péče, jejichž služeb paní M. a její rodina využívali: *„když byl otec v horším stavu, tak jsme si v půjčovně pomůcek zapůjčili antidekubitární matraci a gramofon.“* Matraci a toaletní křeslo měla zapůjčené i paní Z. (R3). Zajímavou odpověď uvedla paní H. (R2): *„pečovatelky (myšleno zdravotní sestry) mu ob den převazují nohy a jednu dobu jezdily i na cvičení. Nabízely mi, že jezdí*

i na mytí, úklid a podobně, ale já jsem zvyklá všechno zastat sama a navíc to stojí peníze.“ přitom se při rozhovoru zmínila, že manžel pobírá příspěvek na péči a to dokonce III. stupeň, dále uvedla: *„jsem zvyklá šetřit a nemyslím si, že bych na tom ještě byla tak špatně, že bych to nezvládla.“* Pan V. (R6) využíval nejen domácí zdravotní péči, ale chválil si i dovážení obědů charitou.

- **INFORMACE**

Podporu stran informací týkajících se pečování o svého blízkého doma získávali respondenti hlavně od potomků, zdravotních sester, pečovatelek a praktických lékařů. Pan J. (R4), který se staral o svou manželku 10 let, uvedl: *„zprvu jsem vůbec nevěděl, pomohla mi hlavně dcera a taky k nám jezdila charita.“* Paní Z. (R3), jak už bylo zmíněno výše, naučily péči o stomii zdravotní sestry z nemocnice a z agentury domácí zdravotní péče. Navíc paní Z. uvedla: *„pak mi občas poradil obvodní lékař a náš lékárník“.* Paní M. (R1) v této oblasti neměla od začátku pečování větší problém: *„pracuji ve zdravotnictví, tudíž informace mám. Pokud něco nevím, vyhledám si informace na internetu nebo oslovím známé.“* A paní H. (R2) uvedla: *„pečovatelky (myšleno zdravotní sestry) si nemůžu vynachválit, ty mi vždycky poradí. Syn je lékař, ale gynekolog a vnuk záchranář, tak občas taky poradí.“*

Kategorie IV. PŘEKÁŽKY

- **OŠETŘOVATELSKÉ ČINNOSTI**

Paní Z. (R3) odpověděla na otázku týkající se soběstačnosti manžela a v čem mu musí pomáhat následující odpověď: *„V péči o sebe si moc pomoci nenechá, pořádně se umyje a oholí, jen když má přijet dcera, jinak pomalu ani nevyleze z postele. Starám se mu o vývod, na to se ani nepodívá, pak mu vařím, ale on stejně moc nejí“.* Z její výpovědi i lehce sklíčených emocí, které na ni byly při rozhovoru patrné, lze vypozařovat určitý nedostatek satisfakce z poskytování péče. Paní Z. (R3) věnovala velkou část dne péči o svého manžela, který o to možná ani tak nestojí a nedával své pečující manželce najevo žádné uznání nebo jinou zpětnou vazbu. Pan J. (R4) uvedl, že pro něj bylo těžké dostat se do role pečujícího hlavně proto, že je muž: *„zprvu bylo náročné se všechno naučit. Navíc tím, že jsem chlap, takpro to pečování nemám buňky jako ženy. Taky bylo těžké zvyknout si na tu výraznou změnu. Samozřejmě to bylo postupné, což je lepší, než kdyby se jí stal úraz.“*, podobně hovořil i druhý pečující muž – pan V. (R6) na otázku, co je pro něj nejvíce náročné odpověděl: *„na začátku to bylo naučit se všechny ty ženské činnosti (..), udělám hodně práce a nevadí mi to, ale ženská ruka je prostě v domácnosti potřeba“.* Paní Z. (R5), která se o manžela starala sama, uvedla,

že je pro ni péče občas hodně náročná: „*sama mám sarkoidózu a mám problém sama se sebou, ale musím to nějak překonat*“.

- ČASOVÁ NÁROČNOST

Pan J. (R4), kromě výše zmíněných problémů, které vyplývaly hlavně z nezkušenosti s poskytováním péče, uvedl: „*nyní je pro mě náročná nepřetržitost péče*“. Větu dokončil optimistickým „*ale na všechno se dá zvyknout*“. Pro paní M. (R1) bylo pečování nejvíce náročné z důvodu nedostatku času a dojíždění. Byla to pracující žena, která měla vlastní rodinu a dojížděla 3× v týdnu 17 km za svým otcem, jemuž věnovala hodinu a půl péči. Tato překážka mizí dalším respondentům, neboť všichni ostatní žili s příjemcem péče v jedné domácnosti a starali se o svou choť nebo choť.

- SOUŽITÍ

A právě soužití v jedné domácnosti, které zajistí, že pečující může být vždy svému příbuznému na blízku, může být i překážkou a úskalím, jak se tomu potvrdilo v tomto kvalitativním výzkumu. Paní Z. (R3) se svěřila, že „*manžel je občas dost mrzutý a protivný, to s ním pak bývá těžká spolupráce*“, podobné tvrzení nám sdělila i paní Z. (R5), na otázku co je pro ni v roli pečovatele nejvíce náročné odpověděla: „*občas ponorka. Manžel je někdy protiva a už i zapomíná, tak je těžké s ním vyjít*“, v rozhovoru také uvedla, i když jí to přiděluje víc práce, je ráda, že přijde nějaká návštěva (příbuzní, zdravotní sestry, pečovatelka) a může mluvit i s někým jiným, než s manželem. Tyto překážky jsou naprosto pochopitelné, obě respondentky žijí se svým manželem celý život a manželství s sebou přirozeně nese i určité nesnáze.

7 DISKUZE

K cílům této práce, které jsou uvedeny v teoretické části práce, byly stanoveny výzkumné otázky, jejichž interpretace bude provedena v diskuzi. Výzkumná část práce se skládala z kvantitativní studie a kvalitativní studie. Vzhledem k charakteru sledovaného souboru, lze kvantitativní část označit spíše jako průzkumnou sondu do pocitů pečujících a jejich analýza mohla být hodnocena pouze v rámci souboru.

1. Jaká je charakteristika laických pečujících?

Jak vyplývá z analýzy první části dotazníku „Identifikace laického pečujícího“. Hlavní a jednoznačné prototypy laického pečujícího sledovaného souboru jsou podle výsledků kvantitativní i kvalitativní části výzkumu ženy (v tomto dotazníkovém šetření v 80,4 %), které jsou buď dcery (31,4 %) nebo životní partnerky (29,4 %) příjemce péče. Pečujících mužů bylo v tomto dotazníkovém šetření pouze 19,6 %, přičemž 11,8 % byli synové a 5,9 % byli manželé. Vyšší procento zastoupení pečujících žen lze přisuzovat jistému zakořenění a pozůstatku modelu tradiční rodinné péče (manželství), kdy muž byl živitelem rodiny, rozhodoval o financích, investicích a rodinných plánech, zatímco žena se starala o domácnost, pečovala o děti i rodiče a udržovala dobré rodinné vztahy (Hargašová a Novák, 2007, s. 19). I samy pečující ženy uváděly, že se do této role dostali automaticky, jako například R1 (paní M.): „...*Vlastně jsem se do té role dostala jaksí automaticky. Mám dva bratry a oba bydlí daleko, navíc pracuji ve zdravotnictví, takže se to ode mě očekává.*“

Téměř shodný poměr pečujících žen a mužů uvádí ve své diplomové práci z roku 2009 i Jiří Votoček, jeho výzkumný soubor tvořilo 79,6 % žen a 20,4 % mužů. Data mezinárodního srovnávacího programu ISSP z roku 2012 ukazují, že pravidelně poskytuje rodinnou péči starší, nemocné či nemohoucí osobě 23 % z celkové populace České republiky, přičemž nadpoloviční většinou z nich (60 %) jsou podle ISSP ženy. Ve Spojených státech amerických poskytuje laickou péči 18,2 % obyvatel a konkrétně o osobu starší 50 let se stará 14,3 % populace, což je 34,2 milionů obyvatel (NAC - National Alliance for Caregiving, 2015). Poměr zastoupení pohlaví je stejný s českými statistikami, NAC (2015) uvádí zastoupení žen k mužům – 60 % ku 40 %. NAC (2015) dále uvádí, že typickou americkou pečující je žena ve věku 49 let, která se současně s prací na plný úvazek stará o svého příbuzného (nejčastěji ženu ve věku 69 let) v průměrném rozsahu 24,4 hodiny týdně, přičemž příjemci péče pomáhá ve 4,2 aktivitách z IADL. Podle Karmelitové, která v roce 2005 mapovala problematiku laických pečujících v Praze 7 a Praze 8 je typickou pečující žena, ve věku 56 let. Za typickou

pečující tohoto výzkumu se dá považovat pracující žena ve věku 52,5 let, která se stará o osobu blízkou průměrně 5,3 let v rozsahu 4,7 hodin denně (32,9 hodin týdně). Remešová (2009), která ve své diplomové práci zkoumala kvalitu života laických pečujících v olomoucké arcidiecézi, pracovala s výzkumným souborem respondentů, kteří v průměru poskytovali péči 5,18 let. Průměrná celková doba poskytování laické péče respondentů tohoto souboru činila 4,7 let.

Chceme-li o charakteristikách pečujících, kteří tvoří tento soubor hovořit konkrétněji, je třeba uvést podrobnější výsledky. Konkrétně 45,1 % pečujících bylo ve věku 60 – 75 let a 39,1 % ve věku 45 – 60, přičemž 51 % pečujících bylo ve starobním důchodu a 43,1 % ekonomicky aktivních. ISSP (2012) uvádí rovněž vyšší podíly pečujících osob v rozmezí od období mladšího středního věku a raně důchodového věku. ISSP (2012) také uvádí, že většina pečujících byla ekonomicky aktivní. Relativně vysoké počty zastoupení osob v středním věku značí tzv. sandwich generaci, kdy se pečující současně starají o své potomky i rodiče. Podle Jeřábka a kol. (2005, s. 40) je v struktuře pečující rodiny opečovávanému nejbližší jeho partner, sourozenec a potomek, dále pak snacha nebo zeť, v kruhu se ale také pohybují sousedé a přátelé. Dalším důležitým znakem osob, které se věnují péči o osobu blízkou, je soužití ve společné domácnosti. Nadpoloviční většina respondentů (56,9 %) žila v jedné domácnosti s příjemcem péče, z nich 29,4 % bylo v manželském svazku s příjemcem péče. Oddělené bydlení mělo 43,1 % pečujících, z nichž převážnou většinu (81,8 %) tvořili potomci. Co se týče společné domácnosti, o něco vyšší čísla uvádí Jiří Votoček (2009), v jeho diplomové práci žilo s příjemcem péče 72,2 % pečujících, ještě vyšší údaje uvádí ve své diplomové práci Martina Jedlinská (2008), a to celých 85 %.

2. Jaká je charakteristika příjemců péče?

Opečovávaných bylo v tomto výzkumném šetření 58,8 % žen a zbylých 41,2 % mužů. Důvodem proč jsou ženy častěji příjemcem péče, mohou být rozdílné naděje dožití u obou pohlaví. U žen je to podle ČSÚ (2013) 81,13 let, u mužů 75,23 let. Další příčinou může být také větší počet ovdovělých žen ve věku nad 65 let (žen je ovdovělých 47 %, zatímco mužů pouze 13 %). Převážná část (68,6 %) příjemců péče byla ve věkové kategorii 75 a více let (senium), 21,6 % jich bylo v kategorii 60 – 75 let (presenium). Průměrný věk příjemců péče byl 77 let, průměrný věk amerických příjemců péče je podle NAC (2015) 74,7.

Převážná většina příjemců péče (60,8 %) měla problém v oblasti pohybového ústrojí, dalšími častými zdravotními problémy příjemců péče bylo v 19,6 % nádorové onemocnění a v 17,6 % demence. Martina Jedlinská (2008) ve své diplomové práci uvádí jako 3 nejčastější zdravotní

problémy omezení pohybu, stav po CMP a demenci. NAC řadí (2015) mezi nejčastější 5 zdravotních obtíží amerických příjemců laické péče pokročilý věk (16 %), Alzheimerovu demenci (9 %), problémy s pohyblivostí (8 %), chronické rány a nádorové onemocnění (7 %). Žádný z příjemců péče nebyl soběstačný v instrumentálních aktivitách všedního života. 23,5 % bylo částečně nesoběstačných v IADL a největší část, konkrétně 76,5 % jich byla nesoběstačných v IADL. OECD (2011) uvádí, že čeští pečující pomáhají příjemci péče v IADL v 24,3 %, z dalších evropských států pomáhají nejvíce v Dánsku (40 %) a Švédsku (36,2 %). Nejvíce zasaženými kategoriemi IADL příjemců péče sledovaného souboru této diplomové práce je praní osobního prádla, nakupování, jízda dopravním prostředkem a domácí práce (72,6 %; 70,6 %; 64,7 %; 56,9 % respondentů je neschopno tyto aktivity vykonávat). Naopak méně problémovými aktivitami je telefonování (51 % samostatně) a užívání léků (23,5 % samostatně, 60,8 % s pomocí druhé osoby). NAC (2015) uvádí, že američtí příjemci péče mají největší deficit v kategorii transportu (jízda dopravním prostředkem), vykonat tuto aktivitu není schopno 78 % příjemců, nakupování není schopno 76 %, domácích prací 72 % a přípravy jídla 61 %. Z kvalitativní části výzkumu vyplývá, že laičtí pečující prováděli všechny tři formy péče podle Jeřábka (2005) – podpurná péče, neosobní péče a osobní péče. V rámci podpurné péče často pomáhali pečujícím ostatní rodinní příslušníci (potomci, partneři), jejich pomoc spočívala ve větších nákupech, transportu na vyšetření, přípravě léků do dávkovače a řešení administrativních záležitostí. Do neosobní péče lze zařadit primárně práci v domácnosti a na zahradě, vaření, menší (častější) nákupy. Dopomoc při hygieně, oblékání, stravování, vyprazdňování, pohybu po domácnosti a při péči o stomii lze zařadit do kategorie péče osobní.

Z celkového počtu příjemců péče jich 62,7 % pobírá určitý příspěvek na péči, přičemž IV. stupeň pobírá 13,7 %. ČSÚ (2014) uvádí, že se v červnu roku 2013 vyplatilo 316 819 příspěvků na péči, z toho 63 % jich dostaly ženy a 37 % muži. 53 % osob, kterým byl udělen příspěvek na péči, bylo více než 75 let.

3. Jak hodnotí laičtí pečující jednotlivé oblasti CarerQol-7D?

Za nejméně problematickou oblast CarerQol-7D lze v tomto výzkumném šetření považovat finanční problémy. 80 % pečujících nepocíťovalo finanční strádání vůbec, 17,6 % pouze do jisté míry. Pravděpodobně je to způsobeno tím, že 62,7 % příjemců péče pobíralo příspěvek na péči a 47,1 % pečujících je zaměstnaných. Ještě vyšší procento pečujících, kteří neměli finanční problémy, uvádí Hoefman a kol. (2011, s. 1021). Hoefman spolu s dalšími autory CarerQol nástroje provedli v roce 2009 výzkumné šetření u dlouhodobě pečujících

v Holandsku. Z jejich výsledků plyne, že 89,7 % holandských pečujících nemá finanční problémy v souvislosti s poskytováním péče. Problémy pečujících po finanční stránce nebyly ani v kvalitativní výzkumné části nijak zaznamenány.

Další, méně problémovou oblastí byly vztahové problémy. V tomto výzkumném šetření nemělo 52,9 % respondentů. Do jisté míry mělo problém 43,1 % pečujících. Více jak třetina pečujících, která uvedla vztahové problémy do jisté míry, žila s příjemcem péče ve společné domácnosti. Určitou míru vztahových problémů lze podložit i kvalitativní výzkumnou částí, kdy se paní Z. (R3) svěřila, že: „*manžel je občas dost mrzutý a protivný, to s ním pak bývá těžká spolupráce*“, podobné tvrzení nám sdělila i paní Z. (R5), na otázku co je pro ni v roli pečovatele nejvíce náročné odpověděla: „*občas ponorka. Manžel je někdy protiva a už i zapomíná, tak je těžké s ním vyjít*“. Podobná čísla uvádí i Hoefman a kol. (2011, s. 1021): 45,3 % holandských pečujících nemá vztahové problémy a 41,5% je pociťuje do jisté míry.

Psychické problémy pociťovalo do jisté míry 52,9 % pečujících tohoto souboru a dokonce 9,8 % jich uvedlo mnoho. Mnoho problémů měly ve všech 9,8 % případech ženy, které se v 5,9 % staraly o onkologicky nemocného partnera. Oblast psychických problémů je více probrána ve 3. výzkumné otázce.

Problémy zkombinovat pečování s vlastními aktivitami mělo 9,8 % respondentů mnoho a 39,2 % do jisté míry, přičemž 23,5 % z nich byli pracující pečující. Tuto skutečnost lze potvrdit i na základě výpovědi paní M. (R1). Svěřila se, že pro ni bylo pečování nejvíce náročné z důvodu nedostatku času a dojíždění. Byla to pracující žena, která měla vlastní rodinu a dojížděla 3× v týdnu 17 km za svým otcem, jemuž věnovala hodinu a půl péči. Podle Hoefman a kol. (2011, s. 1021) má 56,5 % holandských pečujících problémy s kombinací aktivit a pečování do jisté míry, 10,2 % jich má mnoho a 33,3% žádné.

Fyzické obtíže v souvislosti s poskytováním laické péče pociťovalo 11,8 % respondentů tohoto výzkumného souboru, 49 % je uvádělo do jisté míry a 39,2 % nemělo žádné fyzické problémy v souvislosti s poskytováním péče. Příkladem může být i výpověď paní Z. (R5), která se o manžela bez pomoci dalších osob: „*sama mám sarkoidózu a mám problém sama se sebou, ale musím to nějak překonat*“. Výsledky holandské studie uvádí, že 47,2 % pečujících má problémy s vlastním fyzickým zdravím do jisté míry a 7,4 % jich má mnoho. Naopak 45,4 % pečujících nemá zdravotní problémy žádné.

První ze dvou pozitivních oblastí CarerQol-7D je podpora v poskytování péče. Velkou podporu uvedlo 35,3 % pečujících, do jisté míry mělo podporu 37,3 %. Zároveň více než ¼ respondentů neměla podporu žádnou. Tato čísla souhlasí s I. částí nestandardizovaného dotazníku k této diplomové práci, kdy taktéž více než ¼ pečujících uvedla, že se o svého

blízkého stará bez pomoci jiné osoby. V 31,8 % pomáhali pečujícím jejich potomci. Přítomnost a význam podpory lze opět podtrhnout kvalitativní částí výzkumu, v níž většina respondentů uvedla, že mají oporu právě v potomcích, zejména v dcerách. O společenské podpoře hovořila paní H. (R2): „jednou týdně jezdí dcera a syn, vnuci také občas přijedou na návštěvu, je to příjemné, ale pro mě taky práce navíc. Musím uvařit, upéct, abych je pohostila. Sama přes den jezdím do města, na nákupy a vždycky se potkám s někým známým, tak si vzájemně polamentujeme a zase jedu domů.“ U holandských pečujících je tomu tak, že 23,6 % podporu nemá vůbec, 55,7 % ji má do jisté míry a 20,8 % má podporu velkou (Hoefman a kol., 2011, s. 1021).

Druhou pozitivní a zároveň poslední oblastí CarerQol-7D bylo naplnění pečujícího. Většinu (70,6 %) respondentů pečování naplňovalo do jisté míry, 19,6 % dokonce velmi. Pro porovnání lze uvést opět výsledky holandské studie, kdy 8,5 % pečování nenaplňovalo. Naopak 44,3 % respondentů pečování naplňovalo do jisté míry a 47,2 % naplňovalo velmi (Hoefman a kol., 2011, s. 1021).

4. Do jaké míry uvádí laičtí pečující psychickou zátěž?

K této výzkumné otázce se vztahuje jedna z domén CarerQol-7D. Na otázku týkající se psychických problémů 9,8 % pečujících uvedlo, že má psychické problémy v souvislosti s poskytováním laické péče. Více jak polovina 52,9 % respondentů uvedla problémy do jisté míry a 37,3 % jich problémy nemělo. Kristallia Pantiri použila v rámci své diplomové práce z roku 2012 také dotazník CarerQol-7D, v práci se zabývala dopadem neformální péče na laické pečující o osoby s demencí v Nizozemsku. V oblasti psychických problémů uvádí Pantiri (2012, s. 12), že dokonce 21,1 % pečujících psychické problémy v souvislosti s poskytováním péče má a 46,6 % je má do jisté míry. K porovnání jsou dostupné i výsledky CarerQol-7D, které zpracovali přímo autoři tohoto dotazníku, kteří stejně jako Pantiri z Erasmus University Rotterdam. Tito výzkumníci pracovali se souborem respondentů, kteří poskytovali dlouhodobou péči (Hoefman a kol., 2011, s. 1019). V jejich výsledcích uvádělo 6,5 % pečujících mnoho psychických problémů v souvislosti s poskytováním péče, 37,4 % respondentů mělo psychické problémy do jisté míry a zbylých 56,1 % nemělo problémy v oblasti duševního zdraví žádné (Hoefman a kol., 2011, s. 1021). Příčiny psychické zátěže pečující lze usuzovat z výsledků kvalitativní části výzkumu této práce. Může mezi ně patřit počáteční frustrace, čímž lze mínit postavení do nové role, nedostatek znalostí a zkušeností v oblasti péče o osobu blízkou. Dále to může být nepřetržitost poskytované péče, neustálý kontakt s příjemcem péče, nedostatek času (zejména u pečujících v produktivním věku),

nedostatek spolupráce příjemce péče, ale i zhoršený vlastní zdravotní stav pečovatele (pečující manželky). Mlýnková (2011, s. 7) mezi nejčastější problémy při poskytování péče řadí malé prostory (byt), zaměstnanost pečujícího a vzdálenost od příjemce péče, uvádí také, že spojením těchto faktorů často vzniká zátěž pečujícího a problémy v rodině. Jeřábek (2005, s. 14) mezi příčiny dlouhodobého psychického vypětí a stresu řadí nepřetržitost péče a téměř zanedbatelných efekt péče na prognózu příjemce péče. Jeřábek (2005, s. 14) také uvádí, že zátěž pečujících není jen v jedné oblasti, ale často zasahuje širší spektrum, tedy oblast fyzického a psychického zdraví, sociální i ekonomickou stránku.

5. V čem spatřují laičtí pečující zkoumaného souboru salutory?

Z interview, které byly v rámci této diplomové práce uskutečněny lze vyzorovat, v čem spatřují respondenti salutory. Pro pečující je důležitá seberealizace v aktivitách jako je zahrádkaření, práce okolo domu, procházky se psem, sport a vzdělávací aktivity. Například paní M. (R1) uvedla: „*snažím se sportovat, mám ráda svůj kurz angličtiny a zahrádkařím*“, uvádí, také, že i když má málo volného času, na své oblíbené aktivity si vždycky čas najde. Velmi důležitá je pro pečující také společenská podpora, o které se rozmluvila nejvíce paní H. (R2): „*jednou týdně jezdí dcera a syn, vnuci také občas přijedou na návštěvu, je to příjemné, ale pro mě taky práce navíc. Musím uvařit, upéct, abych je pohostila. Sama přes den jezdím do města, na nákupy a vždycky se potkám s někým známým, tak si vzájemně polamentujeme a zase jedu domů.*“ K hledání potěchy v uznání se trefně vyjádřil pan V (R6): „*...A ještě před lety jsem byl starosta, takže se dodnes účastním zasedání obce. Člověk i ví, že je potřeba někde jinde a že si mě lidi ze vsi upřímně váží*“ ... „*velkou odměnou je mi vděk a spokojenost mé ženy*“ Důležité salutory lze podle tohoto výzkumu spatřovat i v dostupných zdravotních a sociálních službách (domácí zdravotní péče, praktičtí lékaři, spolupráce s nemocničním zařízením, pečovatelská služba, půjčovna pomůcek) a v dostatku informací, které souvisí s poskytováním péče. Kalvach a kol. (2011, s. 167), uvádí, že rodina musí mít poradenskou, informační a odlehčovací podporu. Pod těmito pojmy si lze představit zejména znalost ošetřovatelských postupů a pomůcek, dostupnost informací, úzkou spolupráci s odbornými lékaři, zdravotnickými a sociálními pracovníky, respitní péči a služby finanční pomoci pečujícím (Kalvach a kol., 2011, s. 167). Velmi důležité je podle Kalvacha a kol. (2011, s. 167) i společenské uznání a ocenění pečujících osob.

6. Jak hodnotí pečující sledovaného souboru kvalitu života na CarerQol VAS škále?

Součástí nástroje CarerQol je kromě CarerQol-7D i CarerQol VAS škála spokojenosti (štěstí), na které pečující zvýrazňovali, jak šťastni se právě cítí. Hodnotit mohli na stupnici od 0 do 10. Průměrná hodnota na škále CarerQol VAS sledovaného souboru byla 6,2. Velmi zajímavým zjištěním je, že pečující, kteří nežili ve společné domácnosti s příjemcem péče, uváděli na CarerQol VAS škále průměrně hodnotu 7,3. Naopak, ti kteří domácnost sdíleli, měli průměrnou hodnotu o dva stupně nižší – tedy 5,3. Podobně rozdílné hodnoty lze spatřovat i v CarerQol-7D skóre u pečujících žijící společně či odděleně. V sledovaném souboru tedy lze vidět určitý vliv společné domácnosti na kvalitu života pečujícího. Tato zjištění lze podložit výsledky kvalitativní části výzkumu, kde Paní Z. (R3) uvedla: „*manžel je občas dost mrzutý a protivný, to s ním pak bývá těžká spolupráce*“, podobné tvrzení nám sdělila i paní Z. (R5), na otázku co je pro ni v roli pečovatele nejvíce náročné odpověděla: „*občas ponorka. Manžel je někdy protiva a už i zapomíná, tak je těžké s ním vyjít*“. Pro srovnání lze opět uvést výsledky z diplomové práce Pantiri která nástroj CarerQol použila u hodnocení kvality života pečujících o osoby s demencí v Nizozemsku. Výsledky z tohoto výzkumného šetření rovněž nastiňují vliv společné domácnosti na kvalitu života pečujícího. Pečující, kteří žili odděleně, měli o více než jeden stupeň vyšší průměrné hodnoty (6,9), než ti, kteří žili s příjemcem péče dohromady (5,8) (Pantiri, 2012, s. 25).

U osob, které péči osobě blízké poskytují nepřetržitě, činil průměr 5,4, což je podstatně nižší hodnocení než u pečujících méně hodin (pro pečující 0 – 3 hod. a 3 – 5 hod. byla průměrná hodnota na CarerQol VAS 6,6). Zajímavé bylo zjištění, že pečující 8 – 12 hod. měli průměrnou hodnotu na CarerQol celkem vysokou, tedy 7,6. Zapříčiněno to mohlo být tím, že v této kategorii byli právě dva muži, kteří uvedli nejvyšší hodnotu (10), ale také tím, že všichni pečující 8 – 12 hodin denně byli ve starobním důchodu, tudíž po pečování měli čas na své vlastní aktivity. Zaměstnaní pečující uváděli na CarerQol VAS škále průměrně o jeden stupeň vyšší hodnotu než pečující v penzi. Osoby poskytující laickou péči více než dva roky uváděli o 0,5 stupně vyšší hodnotu než pečující do dvou let. Toto zjištění lze opět podtrhnout výsledky kvalitativního výzkumu. Důvodem pro nižší hodnocení do dvou let může být počáteční frustrace, která je spojená s postavením do nové role, nedostatkem znalostí a zkušeností v oblasti péče o osobu blízkou. Pro příklad lze opět uvést citaci, tentokrát pana J. (R4): „*zprvu bylo náročné se všechno naučit. Navíc tím, že jsem chlap, tak pro to pečování nemám buňky jako ženy. Taky bylo těžké zvyknout si na tu výraznou změnu. Samozřejmě to bylo postupné, což je lepší, než kdyby se jí (manželce s roztroušenou sklerózou) stal úraz.*“.

Zajímavé je také zjištění, že pečující, kteří měli velkou podporu v poskytování péče, uváděli na CarerQol VAS průměrně o 0,7 vyšší hodnotu než ti, kteří neměli žádnou podporu. Hoefman a kol (2011, s. 1022) uvedl jako průměrnou hodnotu CarerQol VAS holandských dlouhodobě pečujících 7, Pantiri (2012, s. 12) hodnotu 6,3. Průměrná hodnota nezaměstnaných byla 7,05 a pracujících na plný úvazek 6,96 (Hoefman a kol., 2011, s. 1023). Pečující méně než šest let uváděli průměrně o 0,15 nižší hodnoty než pečující delší dobu. Holandští pečující, kteří v poskytování péče měli podporu, uváděli (stejně jak tomu bylo v tomto sledovaném souboru) vyšší hodnoty na CarerQol VAS škále, konkrétně o 0,47.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou laických pečujících, kvalitou jejich života a psychickou zátěží, která vzniká v souvislosti s poskytováním péče. Pro poměrně malý počet respondentů nutno kvantitativní výzkumnou část označit za průzkumnou sondu do pocitů pečujících, jejíž zjištění byly podpořeny výsledky z kvalitativního šetření. Přesto byly cíle diplomové práce, které jsou uvedeny v úvodu, splněny. V diskuzi je většina dat zjištěných kvantitativní průzkumnou sondou potvrzena subjektivními výpověďmi pečujících a citacemi z literárních pramenů. Bylo dosaženo charakterizování laického pečujícího i příjemce péče, rovněž bylo zjištěno, jak pečující hodnotí kvalitu života pomocí nástroje CarerQol, který byl pro účely této diplomové práce přeložen z anglického jazyka. Výzkumným šetřením byla stanovena určitá míra zátěže pečujících (nejen psychická). Z výsledků vyplývá, že pro pečující je náročný zejména začátek pečování, kdy se musí smířit s diagnózou svého blízkého a navíc se naučit novým a velice náročným dovednostem, které často v průběhu dosavadního života vůbec nepotřebovali. Kromě toho se musí naučit orientovat v systému zdravotně sociální péče. Muži se ve většině případů musí naučit zastat práci v domácnosti a v oblasti péče o základní životní potřeby svého blízkého, což je pro ně přirozeně náročnější, než pro ženy. V neposlední řadě byl také zjištěn pravděpodobný vliv soužití pečujícího ve společné domácnosti s příjemcem péče na kvalitu života pečujícího.

V rámci sledovaného souboru se pomoc začínajícím pečujícím dostávala zejména od praktických lékařů, personálu zdravotnických zařízení a agentur domácí zdravotní péče. Dalšími způsoby pomoci by mohly být i kurzy poskytování osobní péče anebo například setkání svépomocných skupin. Pečující by si mohli navzájem předávat zkušenosti, svěřovat své starosti, které nemusí jiní pochopit. Svépomocné skupiny by mohly působit jako silný motivační faktor. Pečující, kteří se laické péči věnovali delší dobu, hledali většinou oporu v seberealizaci – vzdělávání, sportu, práci na zahradě a se zvířaty. Důležitá pro ně byla ale i komunikace a setkání s rodinou a blízkými.

Pokud by byl v budoucnu proveden rozsáhlejší výzkum zabývající se kvalitou života českých laických pečujících, mohly by být výsledky podloženy i statistickým testováním a na základě zjištění by bylo možné zajistit efektivní podporu laickým pečujícím zejména v citlivých oblastech. Do budoucna by bylo také žádoucí nástroj CarerQol aplikovat na širší pole respondentů, zjistit tak jeho validitu a reliabilitu a následně jej uvést v platnost v rámci české laické péče. Vhodnou metodou pro další kvalitativní výzkumy v oblasti laické péče by mohly být fokusní skupiny, ve kterých by bylo možné zjistit víc konkrétních výpovědí pečujících.

9 POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné*. Kontakt 2006, **8**(2): 200 – 435. ISSN 1212-4117.
2. BERGSMA, J. a ENGEL, G. L. Quality of life: does measurement help? In: Health Policy [online]. 1988, 10. [cit. 2015-11-08], s. 267 – 279. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/13007774_Quality_of_life_does_measurement_help.
3. BROUWER Werner. B. F, N. Job. VAN EXEL, VAN GROEP B. a W. Ken. REDEKOP: The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Qual Life Res* [online]. 2006, **15**(6): 1005–1021. 2011, [cit. 2016-01-18]. Dostupný z: EBSCOhost.
4. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9037-4.
5. Centrum domácí péče: Kódy výkonů. *Home Care Services & Supplies* [online]. Praha: HCSS, 2015 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.homecare.cz/lek_kody.html.
6. COLOMBO, Ana LLENA-NOZAL, Jérôme MERCIER a Frits TJADENS. The Impact of Caring on Family Carers: Providing and Paying for Long-Term Care. *Help Wanted?* [online]. © OECD, 2011, 85 – 120 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted/the-impact-of-caring-on-family-carers_9789264097759-8-en.
7. ČESKO. Vyhláška MPSV 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 58, [cit. 2015-01-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf
8. ČESKO. Vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb. ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1998, částka 46, [cit. 2015-01-06]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>.

9. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 37, s. 1257-1289. [cit. 2015-01-07]. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.
10. Český statistický úřad. ČSÚ: *Sociální služby pro seniory* [online]. 2009 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20566069/1417-10k07.pdf/ed6c96fa-096c-42b5-a48f-832e965aa0ce?version=1.0>.
11. Český statistický úřad: Demografická statistika ČSÚ. ČSÚ: *Obyvatelstvo podle pohlaví, věku a rodinného stavu* [online]. 2013 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>
12. Český statistický úřad: Projekce 2013. ČSÚ: *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 [cit. 2015-02-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>.
13. Český statistický úřad: Senioři v České republice. ČSÚ: *Demografické charakteristiky seniorů a jejich domácnosti* [online]. 2009 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20566069/1417-10k01.1.pdf/6e856c03-74d0-44a0-8b34-5550ffe706cd?version=1.0>
14. ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
15. DVORÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
16. GUPTA, Abhaya. *Measurement Scales Used in Elderly Care*. Oxford (UK): Radcliffe Publishing, 2008. ISBN: 978-184619-266-1.
17. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
18. HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4811-5.
19. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

20. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-871-0919-9.
21. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
22. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. 978-80-247-7534-0.
23. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
24. HOEFMAN, Renske J., N. Job A. VAN EXEL, Sandra Looren DE JONG, W. Ken REDEKOP a Werner B. F. BROUWER. A new test of the construct validity of the CarerQol instrument: measuring the impact of informal care giving. *Quality of Life Research* [online]. 2011, **20**(6), 875 – 887 [cit. 2015-12-18]. Dostupný z: EBSCOhost. ISSN 0962-9343.
25. HOEFMAN, Renske J., N. Job. A. VAN EXEL, Marleen FOETS a Werner B.F. BROUWER. Sustained informal care: The feasibility, construct validity and test–retest reliability of the CarerQol-instrument to measure the impact of informal care in long-term care. *Aging & Mental Health* [online]. 2011, **15**(8), 1018 – 1027 [cit. 2016-02-26]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.575351>. Dostupný z: EBSCOhost. ISSN 1360-7863.
26. HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a doplněné vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
27. HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
28. Integrovaný portál MPSV. Příspěvek na péči. In: *Integrovaný portál MPSV*. [online], aktualizace 2. 1. 2015 [cit. 2015-01-27]. Dostupný z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
29. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1 vyd., Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

30. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-3.
31. JEDLINSKÁ, Martina. Globální strategie podpory zdraví se zaměřením na psychickou zátěž laických rodinných pečujících [online]. Pardubice, 2008. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Pavol Hlúbik. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/28890>
32. JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1640.
33. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-7038-3.
34. KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient primární péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
35. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
36. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2002. ISBN 978-80-247-0179-0.
37. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
38. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
39. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
40. MPSV. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978- 80- 86878- 65-2.
41. MPSV. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. In: *MPSV* [online], aktualizace 31. 12. 2014 [cit. 2015-11-17]. Dostupný z: www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf.

42. MPSV. Sociální služby. In: *MPSV* [online], aktualizace 6. 4. 2015 [cit. 2015-11-17]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>.
43. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
44. MZČR. Zdraví 21: Cíle 1 – 9. In: *MZČR* [online], aktualizace: 20. 1. 2008 [cit. 2015-01-17]. Dostupný z: www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf
45. National Alliance for Caregiving a AARP Public Policy Institute. *CAREGIVING IN THE U.S. Caregiver Profile: The Typical Caregiver* [online]. Srpen 2015, 1 - 2 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: http://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2015/05/Caregiving-in-the-US-2015_Typical_CGProfile.pdf
46. National Alliance for Caregiving a AARP Public Policy Institute. *CAREGIVING IN THE U.S. 2015* [online]. Červen 2015, 1 - 32 [cit. 2016-04-21]. Dostupné z: http://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2015/05/2015_CaregivingintheUS_Executive-Summary-June-4_WEB.pdf
47. NCDP ČR: *Národní centrum domácí péče* [online]. Praha, 2006 [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>
48. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 978-80-201-0076-8.
49. PANTIRI, Kristallia. *Dementia Caregiving: the construct validity of the CarerQol instrument to measure the impact of informal care among caregivers of dementia patients* [online]. Rotterdam, 2012. Diplomová práce. Erasmus University Rotterdam. Vedoucí práce Renske Hoefman. [cit. 2016-04-08]. Dostupný z: <https://thesis.eur.nl/pub/15656/Pantiri-K-355495.pdf>.
50. PIERRET, Charles R. The Sandwich Generation: Women Caring for Parents and Children. *Monthly Labor Review* [online]. 2006, **129**(9), s. 3 - 9 [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://www.bls.gov/opub/mlr/2006/09/art1full.pdf>.

51. POKORNÁ, Andrea. *Ošetřovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
52. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
53. REMEŠOVÁ, Dagmar. *Kvalita života rodinných příslušníků pečujících o seniory v olomoucké arcidiecézi* [online]. Brno, 2009. Diplomová práce. Fakulta lékařská Masarykovy univerzity, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Marie Macková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/258321/lf_m/Kvalita_zivota_screen.pdf.
54. SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
55. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
56. SOUČEK, Eduard. *Statistika pro ekonomy*. 1. vyd. Praha, Vysoká škola ekonomie a managementu, 2006. ISBN 80-86730-06-9.
57. ŠEDO VÁ, Klára. Možnosti uplatnění zakotvené teorie v pedagogickém výzkumu: rodinná socializace dětského televizního diváctví. In: *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. U, Řada pedagogická, č. 10*. Brno: Masarykova Univerzita, 2005. s. 124 – 132. ISBN 978-80-210-3891-8.
58. ŠINDELÁŘ, Michal. *Sendvičová konstelace a well-being člověka: vhled do českého terénu*. Sociální studia, Masarykova univerzita, 2014, ročník 11, 3/2014, s. 31 – 49. ISSN 1214 -813X.
59. ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEDO VÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
60. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
61. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

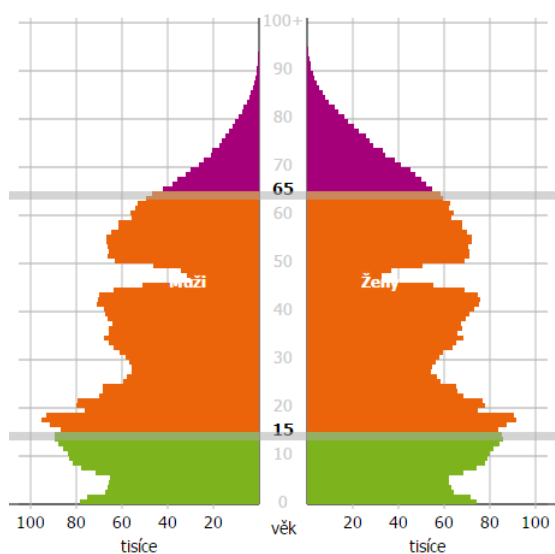
62. VOTOČEK, Jiří. *Kvalita života a sociální opora rodinných příslušníků pečujících o nesoběstačné seniory* [online]. Brno, 2009. Diplomová práce. Fakulta lékařská Masarykovy univerzity, Katedra ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Marie Macková. [cit. 2015-04-08].
Dostupné z: http://is.muni.cz/th/101121/lf_m/VOTOCEK__J._Kvalita_zivota_a_socialni_opora_pecujicich__DP_.pdf.
63. VYTEJČKOVÁ, Renata, Pavla SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Holubová JANA. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
64. Zdravotnická statistika: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/cinzdrz2013.pdf.

10 PŘÍLOHY

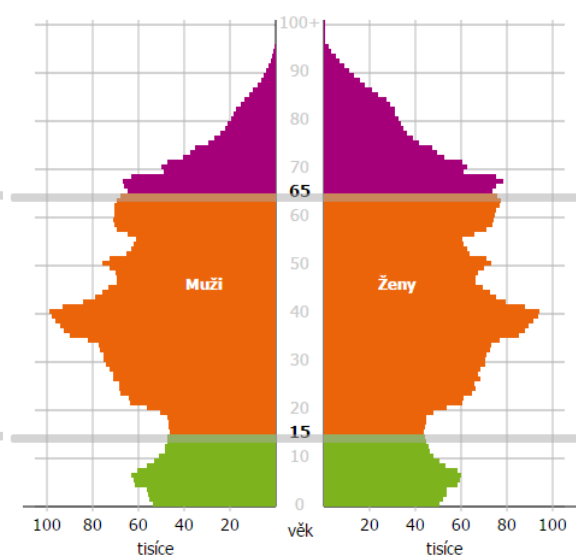
Příloha A	<i>Projekce 2013</i>	84
Příloha B	<i>Zásady OSN pro seniory</i>	85
Příloha C	<i>Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory v okrese Jičín</i>	86
Příloha D	<i>CarerQol-7D původní verze</i>	87
Příloha E	<i>Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby</i>	88
Příloha F	<i>Informovaný souhlas s kvalitativním výzkumem</i>	94

Příloha A *Projekce 2013*

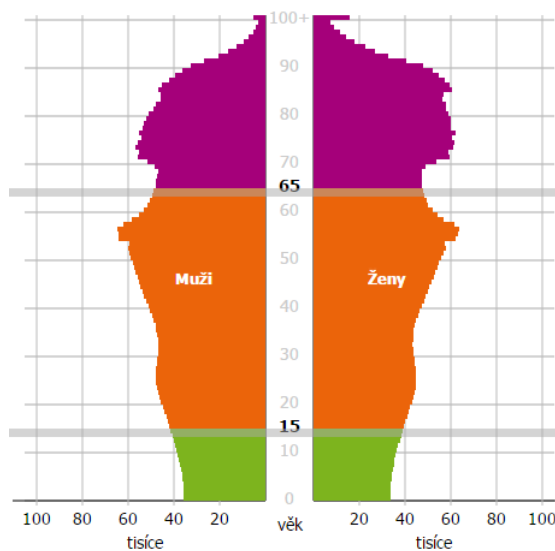
Projekce obyvatelstva k 1. 1. 1965
Česká republika



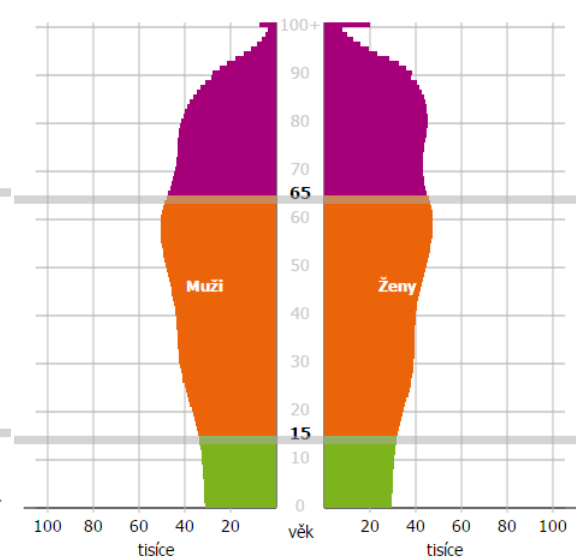
Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2015
Česká republika



Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2065
Česká republika



Projekce obyvatelstva k 1. 1. 2101
Česká republika



Český statistický úřad: Projekce 2013. ČSÚ: *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 [cit. 2015-02-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>.

Příloha B *Zásady OSN pro seniory*

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné. Některé hlavní myšlenky zásad jsou následující:

Nezávislost

Senioři by měli:

- mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
- mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem;
- mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;
- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
- žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem;
- žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.

Zařazení do společnosti

Senioři by měli:

- zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi;
- mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

Péče

Senioři by měli:

- mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti;
- mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdit propuknutí nemoci;
- měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně;
- mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;

- požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života.

Seberealizace

Senioři by měli:

- mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností;
- mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.

Důstojnost

Senioři by měli:

- žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti;
- Se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.

MPSV. Zásady OSN pro seniory. In: MPSV [online], aktualizace 11. 5. 2005 [cit. 2015-04-17]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>.

Příloha C *Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory v okrese Jičín*

Pečovatelská služba Alžběta Limberská	Domov pro seniory Jičín
Pečovatelská služba Jičín	Domov pokojného stáří Libošovice
Charitní pečovatelská služba Sobotka	Domov pro seniory Milíčevy
Charitní pečovatelská služba Jičín	Domov pro seniory Mlázovice
Pečovatelská služba spokojený domov	Denní stacionář Domovinka
Pečovatelská služba Lázně Bělohrad	Osobní asistence spokojený domov

KOLOMAZNÍKOVÁ, Ivana a Věra BAJEROVÁ. *Sociální Služby města Jičína: Výroční zpráva za rok 2012* [online]. Jičín, 2014 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: www.ssmj.cz/doc/vyrocní_zpráva.pdf

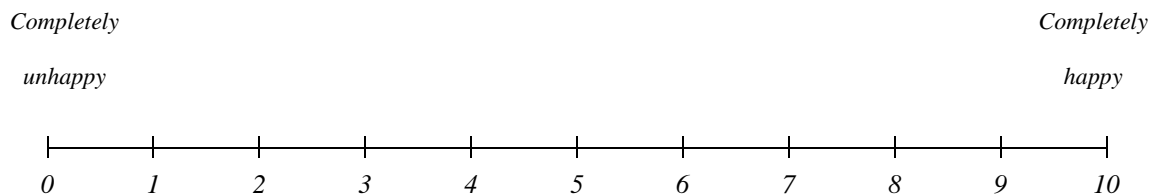
Příloha D CarerQol-7D původní verze

Please draw an "X" to indicate which description best fits your current care giving situation

- | | no | some | a lot of | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| a. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fulfillment with carrying out my care tasks. |
| b. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | relational problems with the care receiver (e.g., he/she is very demanding, he/she behaves differently, we have communication problems). |
| c. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problems with my own mental health (e.g., stress, fear, gloominess, depression, concern about the future). |
| d. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problems combining my care tasks with my daily activities (e.g., household activities, work, study, family and leisure activities). |
| e. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | financial problems because of my care tasks. |
| f. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | support with carrying out my care tasks, when I need it (e.g., from family, friends, neighbors, acquaintances). |
| g. I have | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problems with my own physical health (e.g., more often sick, tiredness, physical stress). |

CarerQol-VAS

Please draw an "X" on the scale below to indicate how happy you feel at this moment



BROUWER Werner. B. F, N. Job. VAN EXEL, VAN GROEP B. a W. Ken. REDEKOP: The CarerQol instrument: a new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Qual Life Res* [online]. 2006, **15**(6): 1005–1021. 2011, [cit. 2016-01-18]. Dostupný z: EBSCOhost.

Příloha E *Nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby*

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Pitthardová a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, magisterského oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech.

Touto cestou se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé diplomové práce. Mým cílem je zmapovat kvalitu života a stupeň zatížení osob pečujících o své rodinné příslušníky. Data získaná tímto dotazníkovým šetřením budou zpracovávána a vyhodnocena anonymně.

Není-li u jednotlivých otázek uvedeno jinak, zaškrtněte prosím pouze jednu možnou odpověď.

Děkuji za vyplnění dotazníku a Vaši spolupráci,

Bc. Markéta Pitthardová.

I. ÚDAJE O LAICKÉM PEČUJÍCÍM (O VÁS)

1. Jste: muž žena

2. Jaký je Váš věk?

3. Jaký je Váš rodinný stav?

svobodný/á

rozvedený/á

ženatý/vdaná

vdovec/vdova

4. Jste:

zaměstnaný/á

na mateřské dovolené

důchodce

studující

nezaměstnaný/á

5. V jakém vztahu jste k osobě, o kterou pečujete?

manžel/manželka

sourozenec

synovec/neteř

druh/družka

vnuk/vnučka

jiný příbuzný

syn/dcera

zeť/snacha

6. Bydlíte s Vaším příbuzným ve společné domácnosti? ano ne

7. Jak dlouho se již o příbuzného staráte?

8. Kolik hodin denně věnujete péči o Vašeho příbuzného?

**9. Kdo z rodiny Vám v péči o příbuzného pomáhá a v jakém rozsahu (počet hodin)?
Zde můžete zaškrtnout více odpovědí.**

- | | | | |
|-------------------------------------|------------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> syn | hod. | <input type="checkbox"/> bratr | hod. |
| <input type="checkbox"/> dcera | hod. | <input type="checkbox"/> partner/ka osoby, o kterou pečujete | hod. |
| <input type="checkbox"/> partner/ka | hod. | <input type="checkbox"/> o blízkého pečuji sám/sama | |
| <input type="checkbox"/> sestra | hod. | | |

10. Jakých dalších služeb využíváte? Zde můžete zaškrtnout více odpovědí.

- agentura domácí zdravotní péče
- pečovatelská služba
- osobní asistence
- půjčovna pomůcek
 - denní stacionář
 - přátelé
 - jiné, uveďte prosím:
.....

ÚDAJE O OSOBĚ, O KTEROU PEČUJETE

1. **Osoba, o kterou pečujete je:** muž žena

2. **Jaký je věk osoby, o kterou pečujete?**

3. **Jaký je hlavní zdravotní problém Vašeho příbuzného (*ne diagnóza*)**
 - problémy pohybového ústrojí
 - nádorové onemocnění
 - demence
 - onemocnění kardiovaskulárního (srdečně-cévního) systému
 - onemocnění dýchacích cest
 - diabetes mellitus (cukrovka) a přidružené komplikace
 - multimorbidita (přítomnost více nemocí)
 - stav po cévní mozkové příhodě
 - stav po úrazu
 - jiné, uveďte prosím:

4. **Pobírá Váš příbuzný příspěvek na péči, pokud ano, o jaký stupeň se jedná?**
 - ano: I. stupeň II. stupeň III. stupeň IV. stupeň
 - ne.

II. SOBĚSTAČNOST OSOBY, O KTEROU PEČUJETE

Nyní Vás prosím o vyplnění tabulky, která bude sloužit k vyhodnocení soběstačnosti osoby, o kterou pečujete. U každé činnosti zaškrtněte, na jaké úrovni ji Váš příbuzný zvládá.

Činnost	Provedení činnosti	Činnost	Provedení činnosti
Jízda dopravním prostředkem	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci, <input type="checkbox"/> s pomocí nebo doprovodem druhé osoby <input type="checkbox"/> neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	Užívání léků	<input type="checkbox"/> samostatně užívá správné dávky léku v určenou dobu <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> neschopen
Telefonování	<input type="checkbox"/> samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje <input type="checkbox"/> s pomocí nebo zná několik čísel <input type="checkbox"/> neschopen	Spravování financí (příjmy/výdaje, odesílání peněz na poštu, zacházení s kreditní kartou)	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí druhé osoby <input type="checkbox"/> neschopen
Vaření	<input type="checkbox"/> samostatně celé jídlo <input type="checkbox"/> sám si jídlo ohřeje <input type="checkbox"/> neschopen	Domácí práce (jednoduchý úklid)	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neschopen
Vyprání osobního prádla	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neschopen	Nakupování	<input type="checkbox"/> samostatně bez pomoci <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> neschopen

IV. CARERQOL

Vyhodnořte a zařkrtněte prosím jednu možnou odpověď, která svým popisem nejlépe odpovídá Vaří aktuální situaci v souvislosti s poskytováním péče.

1. Vykonávání pečovateľských činností mne:

- nenaplněuje,
- do jisté míry naplněuje,
- velmi naplněuje.

2. Vztahové problémy s příjemcem péče (například je velmi náročný/á, chová se „jinak“, máme komunikační problémy):

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám mnoho vztahových problémů.

3. Problémy se svým duševním zdravím (například stres, strach, sklíčenost, deprese, obavy z budoucnosti):

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám mnoho.

4. Problémy zkombinovat ošetrovací povinnosti s mými denními aktivitami (například domácí práce, práce, studium, rodina, volnočasové aktivity):

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám mnoho.

5. Finanční problémy kvůli mým pečovateľským povinnostem:

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám mnoho.

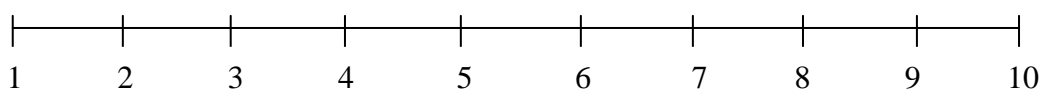
6. Podporu s vykonáváním pečovateľských povinností, když potřebuji (například od rodiny, přátel, sousedů, známých):

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám velkou.

7. Problémy s vlastním fyzickým zdravím (například jsem častěji nemocný, unavený, tělesné projevy stresu):

- nemám,
- mám do jisté míry,
- mám mnoho.

8. Prosím, označte (křížkem, kroužkem) na stupnici, jak šťastní se právě cítíte:



naprosto nešťastný/á

naprosto šťastný/á

Pokud máte nějaké výhrady či připomínky k tomuto dotazníku, uveďte je prosím zde nebo mě kontaktujte na email pitthardovam@seznam.cz.

Příloha F *Informovaný souhlas s kvalitativním výzkumem*

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami a průběhem kvalitativní výzkumné studie, která bude sloužit jako podklad diplomové práce s názvem „Kvalita života a psychická zátěž laických pečujících“, s jejímž stručným obsahem a záměrem jsem byl/a taktéž seznámen/a.

Dávám souhlas k tomu, aby výzkum proběhl formou polostrukturovaného interview, které bude nahrané pomocí mobilní aplikace za podmínek, že nahrávka nebude poskytnuta třetí osobě. Dále dávám výzkumníkovi (Markétě Pitthardové) souhlas s analýzou získaných dat a publikací výsledků v rámci diplomové práce, za podmínek že budou data zpracovávána anonymně. Všem informacím rozumím a dávám souhlas k poskytnutí rozhovoru.

Autor se zavazuje, že účastník interview může na základě svého rozhodnutí na jakoukoliv otázku odmítnout odpovědět anebo také ukončit celý rozhovor.

V

Dne

Podpis výzkumníka

Podpis respondenta