

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií, Katedra sociologie

Mgr. Lucie Moravcová

RODINNÁ PÉČE O SENIORY

Rigorózní práce

Praha 2010

Autor práce: **Mgr. Lucie Moravcová**

Vedoucí práce: **Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2010**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

MORAVCOVÁ, Lucie. *Rodinná péče o seniory*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2010. 122 s. + 4 s. přílohy v práci + 287 s. přílohy na CD. Vedoucí rigorózní práce Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Anotace

Rigorózní práce „Rodinná péče o seniory“ pojednává především o problematice domácího rodinného pečování o seniory. Soustředí se na hlavní domácí pečovatele, kteří domácí péči rodičům/partnerům poskytují, popř. organizují. Tito pečovatelé také většinou rozhodli o tom, že se o seniora bude pečovat právě v domácím prostředí, nikoli v instituci. Práce odhaluje rozhodovací procesy, které předcházejí samotné péči, dále se také zabývá samotnými počátky domácího pečování, rozebírá jeho důvody a příčiny. Práce zároveň obsahuje analýzu problémů, se kterými se pečovatelé potýkají, a následná doporučení k ulehčení jejich situace. Dále je za účelem komparace část práce věnována též rodinným příslušníkům, kteří se starají o seniora využívajícího převážně institucionální péči. Práce je v podstatě zprávou z výzkumného šetření, které probíhalo ve třech etapách: v první, analytické fázi byl sběr dat prováděn pomocí standardizovaných dotazníků v 800 pečujících domácnostech ČR, ve druhé fázi byla využita hloubková strukturovaná interview s hlavními pečovateli a ve třetí fázi byla provedena rovněž hloubková strukturovaná interview s „institucionálními pečovateli“. V úvodu jsou analyzovány a definovány hlavní pojmy týkající se problematiky domácího pečování, poté následuje pasáž věnovaná teoretickému rozboru problematiky (a sice z hlediska sociologického, sociálně-psychologického a demografického) a část věnovaná domácí péči a institucionální péči v ČR spíše z praktického hlediska. Za uvedením do problematiky je zařazena část věnovaná samotnému výzkumnému šetření a rozboru dat. Práce je uzavřena kapitolou pojednávající o hlavních zjištěních a závěrech vycházejících z výzkumu, o doporučeních pro zlepšení situace pečujících a o námětech na další výzkum.

Annotation

Thesis „Family Care for Seniors“ deals with the issue of family home help for seniors. It concerns mainly primary home caregivers who take care for their parents/partners, eventually organize this care. These primary caregivers mostly decided on caring at home (not in an institution) for senior. The work discovers decision-making processes that anticipate care-giving. It also deals with beginnings of home caring and with reasons and causes for home help. It also includes analysis of problems which caregivers have to face and recommendations for easing their situation. Also for the purpose of comparison, a small part of the thesis is dedicated to relatives who look after seniors who are taken care of by institutions mostly. Basically, the work is a report from a research which was conducted in two phases: in the first, analytical phase, data were collected with the use of standardized questionnaires from 800 Czech households; in the second phase in-depth interviews with primary caregivers and in the third phase in-depths interviews with “institutional family caregivers” were used to collect data. In the introduction you can find definitions and analysis of main concepts concerned with home help issue, theoretical analysis of the issue (from sociological, social-psychological and demographical point of view) and a part which is dedicated to practical information about home-help and institutional senior care in The Czech Republic. This introductory part is followed by a passage that concerns the research itself and data analysis. The thesis is concluded with main findings and deductions based on the research, with recommendations for improving the situation of caregivers and with suggestions for future research.

Klíčová slova

Domáci rodinná péče, senioři, pečovatelé, rozhodování o péči, altruismus, zodpovědnost za péči, rodinná péče v institucích.

Keywords

Home family help, seniors, caregivers, decision-making process for caring, altruism, responsibility for care, family care in institutions.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 15. 2. 2010

Lucie Moravcová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Hynkovi Jeřábkovi za jeho skvělé rady vycházející ze zkušenosti sociologa i pečovatele. Ráda bych také poděkovala všem respondentům za to, že mi věnovali část jejich drahocenného času.

Obsah

ÚVOD	8
1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	10
1.1 VYMEZENÍ NĚKTERÝCH DŮLEŽITÝCH POJMŮ	10
<i>Pečování</i>	10
<i>Rodina</i>	10
<i>Laický/domácí rodinný pečující</i>	10
<i>Emoce</i>	10
<i>Empatie</i>	11
<i>Institucionální rodinný pečující</i>	11
<i>Institucionální/formální péče</i>	11
<i>Profesionální pečující</i>	11
<i>Odlehčovací (respitní) péče</i>	12
<i>Domovy pro seniory</i>	12
<i>Denní stacionáře</i>	12
<i>Pečovatelská služba</i>	12
<i>Demence</i>	13
<i>Alzheimerova choroba</i>	13
1.2 TEORETICKÉ POZADÍ	14
1.2.1 SOCIOLOGICKÉ HLEDISKO	15
<i>Současné světové teorie péče</i>	15
<i>Sociální soudržnost rodiny</i>	16
<i>Postoje k domácí péči a mezigenerační solidarita v České republice</i>	17
<i>Zodpovědnost za péči v České republice</i>	18
1.2.2 SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÉ HLEDISKO	20
<i>Normy a hodnoty</i>	20
<i>Altruismus</i>	21
<i>Osobnostní charakteristiky pomáhajících</i>	22
1.2.3 DEMOGRAFICKÉ HLEDISKO	23
1.3 DOMÁCÍ A INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	24
2 VÝZKUM	26
2.1 ANALYTICKÁ FÁZE VÝZKUMU	27
2.1.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE ANALYTICKÉ FÁZE VÝZKUMU	27
2.1.2 METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR	29
2.1.3 VÝSLEDKY ANALÝZ A INTERPRETACE DAT	30
<i>Příčiny počátku péče</i>	30
<i>Důvody počátku péče</i>	31
<i>Obětování se pro péči a přizpůsobení se nové situaci</i>	34
2.1.4 SHRUTÍ A DÍLČÍ ZÁVĚRY ANALYTICKÉ FÁZE VÝZKUMU	40
2.2 KVALITATIVNÍ FÁZE VÝZKUMU (DOMÁCÍ PEČOVATELÉ)	42
2.2.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE PRVNÍ ČÁSTI KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	42
2.2.2 METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR	44
2.2.3 VÝSLEDKY ANALÝZ A INTERPRETACE DAT	46
<i>Počátky</i>	46
<i>Co se skrývá za ochotou pečovat, aneb jak se laik stane pečovatelem?</i>	49
<i>Identita pečujících</i>	55
<i>Obětování se</i>	58
<i>Potřeby a problémy z hlediska pečujících</i>	60

2.2.4 SHRNUÍ A DÍLČÍ ZÁVĚRY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU (DOMÁCÍ PEČOVATELÉ).....	70
2.3 KVALITATIVNÍ FÁZE VÝZKUMU (INSTITUCIONÁLNÍ PEČOVATELÉ)	73
2.3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE DRUHÉ ČÁSTI KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	73
2.3.2 METODIKA A VÝZKUMNÝ SOUBOR	74
2.3.3 VÝSLEDKY ANALÝZ A INTERPRETACE DAT	76
<i>Počátky</i>	76
<i>Jak vypadá pečování institucionálních pečujících?</i>	84
<i>Výhody a nevýhody obou forem péče</i>	93
2.3.4 SHRNUÍ A DÍLČÍ ZÁVĚRY DRUHÉ ČÁSTI KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU (INSTITUCIONÁLNÍ PEČOVATELÉ).....	97
ZÁVĚR.....	99
DOPORUČENÍ PRO ZLEPŠENÍ SITUACE DOMÁCÍCH PEČOVATELŮ	107
DISKUSE K VÝZKUMU A NÁMĚTY PRO DALŠÍ BĀDÁNÍ	109
RESUMĚ.....	111
SUMMARY.....	113
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	115
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	116
SEZNAM PŘÍLOH.....	121
PŘÍLOHY UMÍSTĚNÉ V PRÁCI	121
PŘÍLOHY UMÍSTĚNÉ NA CD (PŘILOŽENÉ U PRÁCE).....	121
PŘÍLOHY	123

UK FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD Teze RIGORÓZNÍ práce Tyto teze tvoří přílohu „Přihlášky ke státní rigorózní zkoušce“	
TUTO ČÁST VYPLŇUJE ŽADATEL:	
Informace o žadateli: Příjmení a jméno: Lucie Moravcová E-mail: kordulka@centrum.cz Telefon (nejlépe mobilní): 736 766 188	Razítko podatelny: Zaškrtněte zkratku institutu, na který teze rigorózní práce předkládáte: IES <input type="checkbox"/> IKSŽ <input type="checkbox"/> IMS <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> ISS <input checked="" type="checkbox"/>
Ukončený obor magisterského studia (název oboru/měsíc a rok ukončení/škola): Sociologie/24. 6. 2008/ISS FSV UK	
Předpokládaný název rigorózní práce v češtině: Rodinná péče o seniory se zřetelem na hlavní pečovatele	
Předpokládaný název rigorózní práce v angličtině: Family care for seniors with the stress on home care-givers	
Předpokládaný termín předložení práce (měsíc/rok – vzor: únor/2012): únor/2010	
Pedagog, s nímž byly teze konzultovány (příjmení, jméno, pracoviště – vzor: Mocnář, Karel, KMS IKSŽ UK FSV): Jeřábek, Hynek, KS, ISS UK FSV	
Charakteristika tématu a jeho dosavadní zpracování žadatelem (rozsah do 1000 znaků): Téma rodinné péče o seniory se dá uchopit v několika rovinách. V diplomové práci s názvem Tajemství domácí péče o seniory jsem se věnovala výzkumu domácích rodinných pečovatelů (příbuzných, kteří se o seniora starají ve svém nebo jeho domácím prostředí, odmítají instituci jakožto řešení potřeby péče o seniora). Jedním z hlavních výstupů této práce bylo potvrzení hypotézi o tom, že chování těchto pečovatelů je altruistické, a také to, že nespornou výhodou domácí péče je, že se dokáže přizpůsobit potřebám seniora, ovšem toto přizpůsobení probíhá na úkor fyzického, a velmi často i psychického zdraví především hlavního pečovatele, který musí a je ochoten pro péči mnoho obětovat. Práce zároveň obsahuje analýzu problémů, se kterými se pečovatelé potýkají, a následná doporučení k ulehčení jejich situace.	
Předpokládaný cíl rigorózní práce, původní přínos autora ke zpracování tématu, případně formulace problému, výzkumné otázky nebo hypotézy (rozsah do 1200 znaků): Cílem práce je odhalení způsobu, jakým funguje (případně nefunguje) další typ rodinného pečování o seniory - tedy takový, kdy hlavní část péče o seniora obstarává instituce. Cílem práce je také následná komparace s domácími rodinnými pečovateli. Od komparace očekávám především zasazení výpovědi domácích pečovatelů do kontextu a také jejich lepší pochopení (díky srovnání se skupinou pečovatelů, kteří se namísto domácí péče rozhodli pro péči insitucionální). Hlavním cílem této fáze výzkumu je poskytnout určitý nadhled nad výsledky diplomové práce. Cílem je zjistit, co je	

opravdu typické pouze pro domácí pečovatele a co je například společné domácím i institucionálním pečovatelům. Dalším cílem je také poskytnout konfrontaci názorů těchto dvou skupin pečovatelů na oba druhy péče. Neméně důležitým cílem je dát institucionálním pečovatelům možnost vyjádřit se, neboť se o nich hodně mluvilo v rozhovorech s domácími pečujícími.

Mezi výzkumné otázky, na které se v práci pokusím nalézt odpověď, patří: Jaký dopad má přemístění seniora z domácího prostředí do instituce na hlavního pečovatele a rodinu? Dochází v případě institucionálních pečujících k racionálnímu rozhodování, které jsme původně předpokládali u pečujících domácích? Potýkají se institucionálních pečujících s výčitkami svědomí?

Předpokládaná struktura práce (rozdělení do jednotlivých kapitol a podkapitol se stručnou charakteristikou jejich obsahu):

1. Úvod
 - a. Uvedení do problematiky pečování o seniory
 - b. Vymezení některých důležitých pojmů souvisejících s oběma formami pečování o seniory
 - c. Teoretické pozadí
 - i. Demografické hledisko
 - ii. Sociologické hledisko péče o seniory (teorie péče – oba druhy, sociální soudržnost rodiny, postoje k oběma druhům péče v ČR, výzkumy...)
 - iii. Sociálně-psychologické hledisko (normy, hodnoty, motivace, altruismus)
 - d. Domácí rodinná péče v ČR
 - i. legislativa, statistiky, klady a zápory
 - ii. výsledky z našeho předchozího výzkumu
 - e. Institucionální/ústavní rodinná péče v ČR (legislativa, statistiky, klady a zápory)
2. Výzkum
 - a. Výzkumné otázky a cíle
 - b. Metodika a výzkumný soubor
 - c. Fáze výzkumu
 - d. Výsledky analýz a interpretace dat
 - e. Shrnutí hlavních zjištění
3. Komparace
4. Závěry
 - a. Závěry
 - b. Doporučení
 - c. Diskuse k výzkumu a náměty pro další bádání

Vymezení podkladového materiálu (např. analyzované tituly a období, za které budou analyzovány) **a metody (techniky) jeho zpracování:**

K dosažení cílů provedu kvalitativní šetření pomocí hloubkových rozhovorů s institucionálními rodinnými pečovateli a seniory (pokud to jejich zdravotní stav dovolí). Při výběru respondentů budu postupovat tak, že nejprve vyberu zařízení poskytující péči a ve spolupráci s jejími zaměstnanci pak vyberu respondenty. Provedu tedy výběr úsudkem na základě kritéria dostupnosti a ochoty spolupráce na výzkumu daného zařízení. Cílem bude, aby zastoupení respondentů ve výběrovém souboru bylo rovnoměrné, co se týče ambulantních a pobytových sociálních služeb zaměřených na dlouhodobou péči o seniory. Konkrétně tedy bude výběrový soubor obsahovat polovinu respondentů z týdenních a denních stacionářů (ambulantní pobytové služby pro seniory – pečující využívající

těchto služeb se tedy nacházejí na pomezí obou výše zmíněných skupin pečujících) a polovinu respondentů

z domovů se zvláštním režimem (dlouhodobá pobytová služba pro seniory s vyšší mírou soběstačnosti) a z domovů pro seniory (dlouhodobá pobytová služba pro seniory, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby). Oporou výběru bude Registr poskytovatelů sociálních služeb [Registr poskytovatelů sociálních služeb 2008].

Základní literatura (nejméně 10 nejdůležitějších titulů k tématu a metodě jeho zpracování; u všech titulů je nutné uvést stručnou anotaci na 2-5 řádků):

FISHER, B., TRONTO, J. Toward a Feminist Theory of Caring. In ABEL, E.K., NELSON, M.K. (eds.) *Circles of Care*. Albany: State University of New York Press, 1990, p. 35-62

Fisher a Tronto se řadí mezi feministické teorie péče jako např. Graham, na jejíž práci navazují a popisují čtyři prolínající se fáze pečování. (caring about; taking care of; caregiving; careceiving)

FINE, D. M. *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st century*. New York: Palgrave MacMillan, 2007. ISBN 0-333-99339-X.

Fine ve své knize *A Caring Society?* kromě jiného popisuje nové formy péče související s novou logikou globálního kapitalismu. Tyto nové formy nazývá hybridními, spočívají ve využívání veřejných či privátně zakoupených formálních služeb k doplňování neplacené péče poskytované v kontextu rodiny a domova.

GRAHAM, H. *Caring: a labour of love*. In FINCH, J., GROVES, D. (eds.) *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. London: Routledge&Kegan, 1983, p. 13-30.

Práce Grahamové je řazena k feministickým teoriím. Její pojetí péče je důležité především v tom, že chápe péči jako proces práce z lásky (který probíhá ve dvou rovinách - péče samotná a láska).

JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, R. Hodnota rodinných vztahů pro seniory žijící v instituci. In *Když senioři potřebují pomoci. Solidární pomoc a péče o staré lidi v rodině: konference, Praha 18. 9. 2008. Sborník přednášek (CD proceedings)*. Praha: 2008.

Studie Janečkové a Novotné ukazují na význam blízkých rodinných vztahů (především kontaktu s dětmi) pro zdravý a spokojený život starého člověka žijícího v instituci.

JEŘÁBEK, H. (2007) *Family Care for Seniors as a „Labour of Love“ – New Arguments*. Paper for ESA 8th Annual Conference, 2007.

Jeřábek ve svém článku přináší nové argumenty pro hypotézu, že domácí péče o seniory je poskytována z lásky, tak jak ji popsala Grahamová. Dokazuje také, že právě domácí péče se dokáže přizpůsobit potřebám seniora.

MATOUŠEK, O. (1995). *Ústavní péče*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-76-1.

Kniha shrnuje hlavní principy fungování ústavní péče a zabývá se také jejími negativními konotacemi i dopady na pacienta.

MATOUŠEK, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON. ISBN 80-86429-19-9.

Kniha podává přehled problematiky vztahující se k instiuci rodiny a zabývá se i její

historií. Věnuje se též různým krizovým obdobím ve vývoji rodiny (jako např. nástup péče o nemohoucího člena rodiny).

MOŽNÝ, I. (2004) Mezigenerační solidarita. VÚPSV: Praha, 2004. ISBN 80-239-4279-4.

Titul představuje závěrečnou zprávu z mezinárodního srovnávacího výzkumu Hodnota dětí a mezigenerační solidarita.

NAKONEČNÝ, M. (1999) Sociální psychologie. Praha: ACEDEMIA, 1999. ISBN 80-200-0690-7.

Kniha podává přehled o současném stavu vědění v oboru sociální psychologie. Srhnuje jak teoretické, tak empirické poznatky v této disciplíně.

Domácí péče [online]. 2006 [cit. 2008-03-27]. Dostupný

z: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece>>

Dokument je věnovaný domácí péči a poskytuje podrobný přehled o této problematice. Uvádí definice, statistiky z České republiky, výhody domácí péče a zasazuje ji do širšího kontextu péče o seniory.

Diplomové a disertační práce k tématu (seznam bakalářských, magisterských a doktorských prací, které byly k tématu obhájeny na UK, případně dalších oborově blízkých fakultách či vysokých školách za posledních pět let)

JINDROVÁ, Michaela. Možnosti využití a trávení času klientů v domovech pro seniory. Praha: Karlova univerzita, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2007. 127 s. + 45 s. přílohy. Vedoucí diplomové práce Daniela Vodáčková.

KORCOVÁ, Renata. Péče o seniory a její právní úprava. Praha: Karlova univerzita, Právnická fakulta. Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení, 2007. 149 s.

LIŠKOVÁ, Irena. Sociální pomoc pro seniory: sociální služby pro seniory. Praha: Karlova univerzita, Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení, 2008. 74 s. Vedoucí diplomové práce Kristina Koldinská.

SLABÁ, Lucie. Tajemství domácí péče o seniory. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008. 95s. + 155 s. přílohy. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc.

Datum / Podpis studenta

5. 1. 2010

.....

TUTO ČÁST VYPLŇUJE GARANT PŘÍSLUŠNÉHO OBORU:			
Rozhodnutí:		Schváleno <input type="checkbox"/>	
		Neschváleno <input type="checkbox"/>	
Důvody případného neschválení práce		Téma je již zpracované <input type="checkbox"/>	
		Špatně formulované téma a cíl <input type="checkbox"/>	
		Špatně zvolená metoda práce <input type="checkbox"/>	
		Nedostatečná rešerše literatury <input type="checkbox"/>	
		Nevhodně zvolené prameny <input type="checkbox"/>	
		Nedostačující úroveň tezí <input type="checkbox"/>	
		Jiné	
		
		
Navržený konzultant	Souhlas konzultanta navrženého vedením institutu	Příjmení a jméno	Datum /Podpis
	
Návrhy na další konzultanty (v případě, že takové návrhy z jednání vedení institutu vyplynou)		Příjmení a jméno	Příjmení a jméno
	
Schválené teze převzal/a žadatel/ka		Příjmení a jméno	Datum /Podpis
	
Návrhy na oponenta: Vedení institutu na svém zasedání dne navrhlo, aby předloženou práci oponoval/a:		Příjmení a jméno	
		

Úvod

Téma rodinné péče o seniory jsem si vybrala především na základě vlastní zkušenosti osobní asistentky. Jako asistentka jsem se mnohdy setkávala s velmi smutnými životními příběhy opečovávaných (i pečujících), což mě samozřejmě nutilo zamýšlet se nad nimi. Při setkávání s ostatními asistenty či pečujícími jsem také přemítala nad tím, co vše se za pečování a samotnými osobami pečujících skrývá. Samozřejmě jsem, kromě mladých lidí, poznala i mnoho seniorů - někteří z nich měli maximální rodinnou podporu i péči, jiní zůstali téměř opuštěni. Poté se mi naskytla příležitost zapojit se do výzkumného týmu Hynka Jeřábka¹, ve kterém se pozornost soustředila na rodinnou péči o seniory. Rozhodla jsem se proto této šance využít a pokusit se lépe pochopit problematiku péče v tomto užším okruhu pečujících.

Ve své práci se snažím poodhalit roušku především domácí rodinné péče o seniory, ale okrajově také rodinné péče o seniory, kteří bydlí v institucích. Úkol je to vskutku nelehký a je na čtenáři, aby sám zhodnotil, do jaké míry se mu tajemství rodinné péče o seniory odhalí. Zajímá mě hlavně, co dělá rodinnou péči rodinnou péčí, kde je původ takového rozhodnutí a jak probíhají samotné rozhodovací procesy, zda domácí péči poskytovat či neposkytovat (existují-li nějaké). Co vede pečovatele k rozhodnutí stát se pečovatelem? Jaké faktory zde hrají roli? A jaké jsou hlavní příčiny počátku pečování? Jsou pečovatelé něčím specifičtí? Jaké má pečování dopady na hlavní pečovatele? Musejí péči něco obětovat? Podobné otázky si v druhé části práce pokládám také o rodinných pečujících, jejichž senior je umístěn v instituci. V neposlední řadě řeším otázku zodpovědnosti za péči o seniora (stát versus rodina). Práci uzavírám kapitolou s obecnými doporučeními, která jsem na základě výzkumu navrhla pro zlepšení situace domácích pečujících (potažmo opečovávaných).

Sociolog Norbert Elias ve své knize *O osamělosti umírajících* shledává, že: „*Skutečnost, že k předčasné opuštěnosti umírajících dochází nejčastěji právě ve vyvinutých společnostech, je jednou ze slabostí těchto společností, svědčící o dosud*

¹ Hynek Jeřábek vedl na FSV UK výzkumný tým zabývající se rodinnou péčí o seniory v ČR, který byl (mezi lety 2004-2008) součástí širšího výzkumného projektu sponzorovaného MPSV, grant č.: 1J 028/04-DP2: „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti“, jehož vedoucím byl Prof. PhDr. Jiří Musil, CSc.

nepříliš rozvinuté identifikační schopnosti jejich členů.“ [Elias 1998; 8] Lidé, jimiž se zabývá má práce, tedy hlavně domácí rodinní pečovatelé, jsou opakem těch, o kterých píše Elias. Oni jsou ti, kteří se rozhodli své blízké před smrtí neopustit, a starají se o ně až do doby, kdy jim jejich fyzické a psychické síly stačí, až do doby, kdy jsou schopni svoji péči poskytovat, do doby, kdy už nemají na výběr a svého blízkého musejí svěřit profesionálům. Podívejme se nyní do jejich světa o něco hlouběji...

1 Uvedení do problematiky

1.1 Vymezení některých důležitých pojmů

Pečování

„Hlavní charakteristikou pečování je, že zahrnuje osobní služby, formu tělesné práce vykonávanou jednou osobou pro jinou osobu, kterou nelze snadno zautomatizovat nebo uzpůsobit větší produktivitě tak, jako to lze u ostatních forem produkce.“ [Fine 2007; 211, přeložila L. M.]

Rodina

Možný definuje rodinu jako institucionální zajištění lidské reprodukce, které je legitimní v dané společnosti. [Možný 1999; 99-123]

Laický/domácí rodinný pečující

Domácí péče je klasifikována jako „neformální“ (tzn. nedominují v ní profesionální pečovatelé a odehrává se doma). Neformálními pečujícími jsou pak neplacení členové rodiny, partneři nebo bližší přátelé, kteří poskytují či organizují sociální a zdravotní péči pro opečovávaného, jenž je vážně nemocný nebo invalidní. [Levine 1999]

Emoce

Emoce bývají definovány jako: *„celkový subjektivní způsob reakce individua na obsah jeho prožitku, resp. stav organismu vyvolaný narušením rovnováhy s prostředím, který má pozitivní nebo negativní hodnotu a je pro organismus užitečný nebo škodlivý, který odráží vztah daného individua k působícímu vnějšímu (přír., soc., kult.) nebo vnitřnímu podnětu“* [Velký sociologický slovník 1996; 256]. V sociologii emocí převládají tři hlavní přístupy k jejich analýze: a) pocity se dějí

uvnitř osoby a jsou tělesně zakoušeny a poté interpretovány; b) pocity jsou sociálně konstruovány a význam, jenž je připisován určitému pocitu, je kulturně ovlivněn, neboť stejnému pocitu by mohly být přiřazeny různé významy (konstruktivistický přístup); c) pocity jakožto náležitost interakce mezi tělem a prostředím (interakcionistický přístup). [Marshall 1998; 190] V práci k emocím přistupuji zejména na základě prvního přístupu.

Empatie

Empatie (neboli „vcítění se“, pozn. L. M.) se objevuje tehdy, když jedna osoba prožívá emoce osoby druhé. [Feldman 1985; 246]

Institucionální rodinný pečující

Pro účely této práce jsem takto nazvala rodinné příslušníky, kteří se starají o seniora, jenž využívá převážně institucionální péči (např. je umístěn v domově pro seniory). V péči o seniora tedy dominují hlavně profesionální pečovatelé.

Institucionální/formální péče

Institucionální péči v kontextu tohoto výzkumu chápu jako veškeré formální sociální (případně do určité míry i zdravotní) služby poskytované státem či neziskovou sférou.

Profesionální pečující

Profesionální pečující jsou osoby, které poskytují formální péči a pečují v rámci svého zaměstnání.

Odlehčovací (respitní) péče

„Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.“ [Sociální služby 2010]

Domovy pro seniory

„Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.“ [Sociální služby 2010]

Denní stacionáře

„Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. ... Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.“ [Sociální služby 2010]

Pečovatelská služba

„Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí

i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.“ [Sociální služby 2010]

Demence

“Demence jsou závažné duševní choroby, jejichž základními projevy jsou příznaky úbytku kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi kognitivní funkce patří paměť, intelekt, pozornost, motivace.” [Höschlm, Libiger, Švestka ed. 2004; 468]

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující demence (50 – 60 % všech případů demence). Její výskyt roste s věkem a projevuje se zpočátku zapomínáním a ztrátou paměti. Poruchy kognitivních funkcí pak postupně degradují (dostaví se poruchy orientace v čase i prostoru, úbytek soudnosti), postižení nejsou schopni vykonávat své zaměstnání. [Höschlm, Libiger, Švestka ed. 2004; 470]

1.2 Teoretické pozadí

V práci naleznete tři základní teoretická hlediska, která jsou dle mého názoru nezbytná pro pojetí takto složitého tématu. Jsou jimi: hledisko sociologické (zastoupené hlavně teoriemi péče a tématy sociální soudržnosti rodiny a mezigenerační solidarity), sociálně-psychologické (především oblast prosociálního chování) a demografické (zachycující změny ve vývoji populace). Snažím se tak o co nejkomplexnější zachycení obrazu rodinných pečujících a problematiky domácího pečování o seniory z makro i mikro perspektivy.

Na tomto místě bych ještě ráda upřesnila, že veškerá témata zmíněná v práci jsou chápána i analyzována pouze z pozice pečovatele, který nese hlavní zodpovědnost za péči. Rodina a její zázemí je samozřejmě nezbytně důležité, ovšem v práci se záměrně soustředím pouze na hlavní pečovatele, rodinný kontext zmiňuji jen v nezbytně nutné míře.

1.2.1 Sociologické hledisko

Současné světové teorie péče

V obrovském množství teorií o pečování a pečovateli jsem se snažila vybrat ty nevhodnější a nejrelevantnější vzhledem k této práci.

Některé feministické teorie zdůrazňují chápání pečování jako procesu. **Graham** pak rozlišuje tyto dva pojmy: a) *caring about* (zajímat se o někoho, cítit za někoho zodpovědnost, cítit k někomu lásku); b) *caring for* (práce, která je součástí pomoci nebo péče o druhého). Graham zdůrazňuje, že ne vždy musí být obě tyto fáze v pečování přítomné. Chybí-li první fáze, chápe Graham takové pečování jakožto „neosobní“ nebo „nestarostlivé“ pečování, je to spíše „nepečování“ v pravém slova smyslu. *Caring about* bývá hlavní motivací k péči. Graham chápe pečování o seniora v rodině jako přirozenou součást rodinného života, které vychází z lásky pečujících k opečovávanému. Podle ní je pečování „*labour of love*“, **práce (z) lásky**. [Graham 1983, přeložila L. M.]

Podle Fisher a Tronto, které navazují na práci Graham, je důležité rozlišovat čtyři prolínající se fáze pečování: **1) „caring about“; 2) „taking care of“; 3) „caregiving“ a 4) „carereceiving“**. První fáze zahrnuje věnování pozornosti okolnímu světu, přičemž je kladen důraz na jeho kontinuitu a udržování. Fáze druhá pak spočívá v převzetí zodpovědnosti za věci, které umožňují chod světa, fáze třetí představuje konkrétní úkony a čtvrtá fáze v sobě obsahuje reakce opečovávaných na proces pečování. [Fisher, Tronto 1990; 40-45]

Fine ve své knize *A Caring Society?* kromě jiného popisuje nové formy péče související s novou logikou globálního kapitalismu. V průběhu většiny 20. století byla péče součástí prací v domácnosti, výhradně oblastí rodiny, stát do ní zasahoval jen v kritických případech. Péče byla nekvalifikovaná, neformální a neplacená práce žen. Neformální péče byla poskytována známým (příbuzným), formální péče cizincům. Tyto dvě formy péče dnes již však ztratily svoji nezávislost, a nefungují ani jako alternativy jedna ke druhé. Nové potřeby péče vedly k vytvoření nového „hybridního“ způsobu pečování, v jehož rámci jsou využívány veřejné, veřejně

dotované nebo privátně zakoupené formální služby k doplňování neplacené péče poskytované v kontextu rodiny a domova. Tyto změny se objevují v poslední čtvrtině 20. století. [Fine 2007] Lépe současné proměny zobrazuje následující tabulka:

Tabulka 1 - Zjednodušený model hybridních forem sdílené péče

	<i>Neformální</i>	<i>Hybridní formy péče</i>	<i>Formální</i>
<i>Neplacená</i>	rodinná péče, sítě neformální péče	péče sdílená rodinou a formálními službami (placenými a neplacenými)	dobrovolníci v sociálních službách
<i>Placená</i>	zaměstnanci v domácnosti, chůvy	dávky na péči, daňové úlevy, platby v hotovosti, využívání soukromé domácí pomoci	placení zaměstnanci poskytující péči, profesionálové

Zdroj: Fine, M. D. *Caring Society?* 2007, s. 201

Fine předpokládá, že v budoucnu budou existovat dvě alternativní formy pečování způsobené oddělením marginálního (málo placená podoba McDonaldizace péče bez potřeby kvalifikace, poskytující levnou, snadno dostupnou a nahraditelnou práci) a centrálního (experti požívající respektu a vysokého platu poskytující kvalifikovanou péči nedostupnou v běžné domácnosti) segmentu pracovní síly v pečování. Doposud byly tyto dvě pracovní síly chápány jako vzájemně závislé. Fine se domnívá, že s postupem času se těžiště péče přeneslo k využívání nekvalifikované péče, což souvisí se snadnou přístupností detailních informací (například přes internet). Za těchto podmínek se pak nejlépe placená profesionální práce přesune do marginálních oblastí s tím, že hlavní role těchto expertů bude spočívat pouze v konzultování a koordinování práce jejich méně placených kolegů. [Fine 2007]

Sociální soudržnost rodiny

Péče o stárnoucí rodiče či prarodiče patří k základům mezigeneračních vztahů. Jsou to především vztahy vertikální – mezi „prarodiči“ a jejich dětmi, které jsou ve své době již také rodiči. To vše má však základ v rodinné a mezigenerační solidaritě, tedy v mechanismech sociální soudržnosti, chceme-li. Jak píše Jeřábek:

„*Pomoc starému člověku v rodině je založena na poutu solidarity nebo jinak řečeno, vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje.*“ Takováto sociální soudržnost rodiny je pak podmínkou péče a pomoci starému příslušníku rodiny. [Jeřábek 2005; 7]

Existují dva druhy sociální soudržnosti: **mechanická sociální soudržnost** a **organická sociální soudržnost**. Mechanická sociální soudržnost je založena na „mechanické solidaritě“ ve smyslu Durkheimovy terminologie. Takováto soudržnost má svůj základ ve společném pochopení situace a ve společném zájmu pomoci a postarat se o staršího člena rodiny. Rodina se nejprve musí sjednotit v názoru, zda se o staršího člena chce vůbec postarat sama (či zda ho v opačném případě svěří do péče neziskových institucí či státu). Organická sociální soudržnost má pak rysy Durkheimovy „organické solidarity“. Tato soudržnost následuje tehdy, existuje-li v rodině soudržnost mechanická. Poté, co rodina přijme situaci péče o staršího člena, dochází k rozdělení rolí umožňující uskutečnění této péče, ze kterého vyplývá jistá „rolová“ závislost členů spolupracující rodiny. Organická sociální soudržnost rodiny pak v sobě zahrnuje hlavně odřeknutí vlastních priorit jednotlivých rodinných členů na úkor společných potřeb fungování rodiny jako celku. [Jeřábek 2005; 7]

Postoje k domácí péči a mezigenerační solidarita v České republice

Abych problém zasadila do širšího kontextu, je nezbytné zmínit, jak vypadají soudobé mezigenerační vztahy. V české společnosti obecně je výpomoc mezi generacemi hodnocena velmi kladně, avšak, jak zmiňuje Kuchařová ve své studii, tato výpomoc má nové podoby: „... *respondenti deklarují dobré mezigenerační vztahy i vysokou frekvenci setkávání (pomoci), na druhou stranu však zároveň také preferují oddělené bydlení (společné třígenerační soužití se vyskytuje spíše výjimečně).*“ [Kuchařová 2002; 66] O kladném hodnocení pomoci směrem k seniorům vypovídají také výsledky studie, kterou provedla Veselá. Dle jejího šetření by se pro péči o rodiče doma rozhodlo 80 % dětí. Ti, kteří by své rodiče raději svěřili do péče institucí, by tak učinili především z následujících důvodů: omezení

možnosti zaměstnání (34 %), nezvládnutí potřebné odborné péče (33 %), časová náročnost poskytované péče (20 %) atd. [Veselá 2002; 6]²

Kuchařová ve svém výzkumu objevila tři typy postojů k mezigenerační pomoci: „1/ *nesouměrně reciproční* - vzájemná pomoc je potřebná a samozřejmá věc, ale nesmí přerůst do míry, v níž zatěžuje rodinné vztahy, důraz je kladen na podporu dětí jejich rodiči (bez ohledu na fázi rodinného cyklu); 2/ *nezávislý* - mezigenerační pomoc je zátěží, vzájemná závislost není žádoucí; 3/ *reciproční* - vzájemná pomoc je přirozené právo a povinnost každé generace“ [Kuchařová 2002; 68].

Možný ve své studii mezigenerační solidarity uvádí, že v České republice nehrají při rozhodování o pomoci starším generacím roli žádné sociální determinanty jako například vzdělání, socioekonomický status či příjem. Z jeho výzkumu pak dále také vyplývá, že v české populaci existuje vysoká míra mezigenerační solidarity. [Možný 2004; 58]

Zodpovědnost za péči v České republice

Jednou z nezbytných a primárních podmínek při rozhodování o péči je zajisté připuštění si (i když třeba nevědomě) zodpovědnosti za péči. Připuštění a přijetí zodpovědnosti je také jednou z nejdůležitějších podmínek prosociálního chování. Přijetí zodpovědnosti je po uvědomění si situace/osoby, která pomoc vyžaduje, druhým krokem k chování, které přináší pomoc. [Feldman 1985; 261]

Matoušek upozorňuje, že oproti rodině v tradiční společnosti, ve které vládla plná ekonomická solidarita, rodina moderní společnosti očekává, že při zaopatřování dětí, nemocných a starých lidí převezme část této tíže stát. [Matoušek 2003; 9]

Je třeba si také uvědomit, že situace pečujících v domácí péči v České republice je velice specifická, co se týče hlediska **zodpovědnosti**. Pocit zodpovědnosti za péči o rodiče může u Čechů v mnoha případech chybět, což je dáno, jak píše Kuchařová, tím, že: „*Stát v minulosti převzal na sebe nemalou část z rodinných funkcí a rodiny se naučily na jeho pomoc spoléhat, takže staří ,s úlevou*

² Naše data získaná jak od skutečných pečujících, tak od respondentů, kterých se péče ještě nedotkla, však svědčí o tom, že respondenti nedotčení péčí (ti také tvořili výzkumný soubor studie Veselé) mají o pečování značně zkreslené představy a mnohdy vůbec netuší, jak náročné může pečování být (viz například kapitola 2.1.3).

osvobozují své děti ze závazků vůči nim a střední generace necítí vždy náležitou míru odpovědnosti za péči o stárnoucí rodiče.“ [Kuchařová 2002; 67] Jinak řečeno: Češi byli až do roku 1989 zvyklí, že se o jejich staré rodiče (a nejen o ně) staral stát. Nyní však již stát tuto funkci nevykonává tak, jak tomu bylo dřív. Nutno také podotknout, že paradoxně v době komunismu převažoval sociální kapitál nad kapitálem ekonomickým a v této době také česká rodina vykazovala nejvyšší možnou míru mezigenerační solidarity. [Možný 2004; 58]

Český Zákon o rodině stanovuje v § 87 pouze vyživovací povinnost dítěte vůči svým rodičům: „(1) *Děti, které jsou schopny samy se živit, jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují.* (2) *Každé dítě plní tuto vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkových poměrů k schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům ostatních dětí.*“ [ZÁKON č. 94/1963]

Zodpovědnost rodiny za zajištění komplexnější péče o seniora jako takové není tedy explicitně dána ani zákonem a tradice předávání péče o rodiče z generace na generaci byla narušena komunismem.

1.2.2 Sociálně-psychologické hledisko

Normy a hodnoty

„Normy jsou kulturně hodnotové vzorce, a jsou-li internalizovány (zvnitřněny jedincem), stávají se součástí osobnosti a vystupují jako hodnotová orientace.“ Umožňují člověku ospravedlňovat své jednání a vytváří v něm závazky a povinnosti. [Lašek 2006; 37] **Hodnoty** je možno chápat jakožto *„platné (tj. subjektem hodnocení uznané za platné), směrodatné významy, které určují nebo spoluurčují zaměřenost subjektu v jeho činnosti a jeho vztah ke světu. Významy jsou pozitivní a negativní, více a méně důležité a zahrnují zpravidla poznávací, citové i volní aspekty.“* [Velký sociologický slovník 1996; 376 - 377] Podle Webera jsou pro člověka objektivní jeho nejvyšší hodnoty, podle nichž žije a v něž věří. Zároveň dávají smysl a význam našemu životu a určují naše jednání. Svůj život i své jednání k nim neustále vztahujeme. [Weber 1998; 12]

Normy a hodnoty jsou z našeho hlediska důležité mimo jiné také proto, že jejich internalizací bývá vysvětlován altruismus (viz kapitola 1.2.2), a tudíž i prosociální chování. [Nakonečný 1999; 106]

Feldman zmiňuje tři hlavní normativní koncepty, které bývají základem pro vysvětlení pomáhání druhým. Jsou jimi: a) **norma sociální odpovědnosti**; b) **norma spravedlnosti**; c) **norma reciprocity**. **Norma sociální odpovědnosti** očekává, že lidé budou reagovat na legitimní potřeby druhých, kteří jsou na nich závislí, že budou pomáhat těm, kteří to potřebují. Při rozhodování o ne-/pomoci hraje důležitou roli stupeň závislosti potřebného. [Feldman 1985; 239-245] Lašek ještě dodává, že tato norma bývá nejčastěji spojována s rodiči a všemi, kteří působí jako významní druzí v rámci socializace. [Lašek 2006; 128] **Normu spravedlnosti** lze chápat ve smyslu pomoci potřebnému ke spravedlnosti. Tyto normy předpokládají, že lidé by měli být odměňováni podle svých zásluh. V rámci normy spravedlnosti probíhá rozhodování o ne-/pomoci na základě posouzení toho, zda potřebný trpí přiměřeně ke svým „zásluhám“. **Reciproční norma** pak předpokládá, že prosociální chování bude někdy v budoucnu odměněno. Zajímavé je, že čím více pomoci ten, který nyní pomáhá, dříve dostal, tím více pomoci je nyní ochoten poskytnout. Lidé tedy mají přirozenou tendenci pomoci někomu, kdo jim pomohl v minulosti. [Feldman 1985; 239-245]

Nesmíme však opomenout fakt, že sociální psychologové upozorňují na velmi nízké korelace mezi obecnými normami pomoci a pomocí faktickou (většinou nepřesáhne hodnotu 0,35). Vyšší korelace pak lze nalézt mezi specifickými osobními normami a reálným pomáháním. To také znamená, že pomáhání je vcelku citlivé na situační faktory. [Feldman 1985; 246]

Altruismus

Altruismus (řazen v kategorii „prosociálního chování“) lze definovat jako chování, které „... je prospěšné druhým, ale ne jedinci, který je provádí.“ [Hayesová 1998; 135] Jiná, kompletnější, definice pak říká, že altruismus je „*chování, při kterém jednotlivec pomáhá, a toto chování je prospěšné ostatním, ale vyžaduje sebeobětování na straně pomáhajícího*“. [Feldman 1985; 237, originál v anglickém jazyce, přeložila L.S.] Nakonečný k tomu dále dodává, že jde o jednání, které nepřináší ani materiální zisk ani egocentrické výhody, ale přináší jistý typ duchovního uspokojení (ten je dán hodnotovou regulací a orientací prosociálního chování). V rámci altruismu existují **vnitřní odměny**, kterých si pomáhající nemusí být vědom. [Nakonečný 1996; 245-248]

Altruismus bývá sociálními psychology vysvětlován internalizací hodnot nebo „generalizací sebepojetí“ (když člověk pomáhá lidem, kteří mají stejné názory jako on sám). [Nakonečný 1999; 106] Podle Heckhausena je to pak **empatická emoce**, která vyvolává altruistickou motivaci odstranit nouzovou situaci osoby, která pomoc potřebuje. [Heckhausen dle Nakonečný 1996; 245-248]

V souvislosti s obecnými teoriemi je zapotřebí si uvědomit, že prosociální chování či **pomáhání v rodině** je svým způsobem velice **specifické**, a to právě z toho důvodu, že se odehrává v rodině. Lašek upozorňuje, že prosociální chování se nejčastěji vyskytuje právě v rodinách, kde má jedinec největší motivaci pomáhat a kde také mívá pomoc charakter závazku, povinnosti či vychází z rodinných rolí. Děti, které vykazují vysokou míru empatie a ochoty pomoci vypovídají o stejném chování jejich rodičů. [Lašek 2006; 130]

Osobnostní charakteristiky pomáhajících

Mnoho výzkumů se snažilo zjistit, jaké mají charakteristiky lidé, kteří se rozhodnou pomáhat, na rozdíl od těch, kteří tak nečiní. Jsou jimi již výše zmíněná **empatie**, jakožto osobnostní charakteristika člověka, a **morální smýšlení**.³ Právě stupeň **empatie** je sociálními psychology považován za důležitou determinantu pomáhání. Lidé s vyšší schopností empatie jsou také více ochotni k pomoci. Motivace k pomáhání pak může být posilována také vidinou toho, že utrpení druhého skončí po vykonání aktu pomoci. Ovšem není jasný směr kauzality v tomto vztahu (neboť je také možné, že pomáhání může způsobovat empatii). Dokonce zde může působit nějaký třetí faktor, který způsobuje jak empatii, tak pomáhání. Ukazuje se tedy, že existuje určitý vztah mezi jistými osobnostními charakteristikami a stupněm prosociálního chování. Ovšem sociální psychologové se domnívají, že jsou to více situační faktory, které pomoc či „nepomoc“ determinují. [Feldman 1985; 246 - 251]

Samozřejmě zde jistou roli hraje také sociální „učení se“ pomoci. Nejen v dětství se učíme pomáhat prostřednictvím pozorování ostatních, kteří pomáhají, prostřednictvím příkladů/modelů pomoci, které okolo sebe pozorujeme. Pomoc samozřejmě také souvisí s výchovnou odměnou, která po ní následuje. Jinou možností je pak učení prostřednictvím morálního nabádání/napomínání v dětství. Tato „technika“ ovšem nemá tak významné výsledky jako pozorování. [Feldman 1985; 251]

Pomoc je tedy motivována jak empatií, tak normami pomáhajícího.

³ Morálka je definována jakožto „soubor **hodnot, norem a vzorů chování** pretendujících na regulaci vztahů mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a spol. skupinou i mezi spol. skupinami navzájem, které apelují na člověka jakožto člověka, nebo jej tak hodnotí, a jejichž respektování je vynucováno **sankcemi** veř. mínění, resp. podléhá neformální **sociální kontrole**, i když závažná část morálního kodexu se transformuje v řadě kultur zároveň v právní kodex“ [Velký sociologický slovník 1996; 648]. Kohlberg navrhl šestistupňový systém, který rozlišuje různé stupně uvažování o tom, co je a není morální. Podle Kohlberga každý člověk projde tímto morálním vývojem, ovšem ne každý se dostane až na jeho vrchol (poslední šestá úroveň předpokládá individuum, které se řídí zákony, protože jsou založeny na univerzálních etických principech – naopak pravidla, která tyto univerzální zákony porušují, individuum neuposlechne). Kohlberg používal různé příklady morálních dilemat, která respondentům předkládal, aby zjistil, na kterém morálním vývojovém stupni se osoba nachází. [Kohlberg citováno dle Feldman 1985; 251]

1.2.3 Demografické hledisko

V Evropě proběhl, a v některých jejích částech ještě probíhá, tzv. **druhý demografický přechod**. Výsledky tohoto přechodu lze již od poloviny 60. let sledovat především na změnách demografické reprodukce. Jeho hlavním znakem je pokles plodnosti (pod hranici prosté reprodukce, což znamená, že není zaručena početní obnova populace), zlepšování úmrtnostních poměrů, růst nesezdaných soužití, zvyšování podílů dětí narozených mimo manželství a zvyšování věku matek v době prvního porodu. To vše vede k **demografickému stárnutí populace**. Druhý demografický přechod proběhl v převážné většině evropských zemí mezi lety 1965 a 1985 (hlavně severní a západní země Evropy). V zemích bývalého východního bloku tento proces odstartoval až v 90. letech. [Kalibová 2001; 42 - 43] Rabušic upozorňuje na nutnost rozlišení mezi stárnutím biologickým (týkající se jedince)

a **stárnutím strukturálním** (týkající se populace; ta může, na rozdíl od jedince také mládnout). Populační stárnutí chápe právě jako efekt demografického přechodu. [Rabušic 2002; 3-4]

V České republice žije v současné době přibližně téměř milion a půl osob, jejichž věk přesahuje 65 let. Lidé, kteří přesáhli hranici 80 let, pak představují 3 % z celkové populace. Podle demografických propočtů by tato čísla v roce 2030 měla vzrůst na asi 23 % osob ve věku přes 65 let a 6,5 % osob ve věku přes 80 let. Při těchto úvahách se vychází z prodlužujícího se věku dožití a klesajícího trendu porodnosti. [Mašková 2004; 25-27] Tyto trendy jsou také patrné z Přílohy č. 1 (Věková struktura obyvatel ČR v roce 2002) a Přílohy č. 2 (Projekce věkové struktury obyvatel ČR v roce 2050).

Ze studie „*Disability and mortality among the oldest old*“ vyplývá, že nejvyšší stupeň pomoci vyžadují ve skupině 65-74 let 2 % osob, ve skupině 74-85 let jsou to pak 4,5 % osob a ve věkové skupině přes 85 let je to 10,4 % lidí. [Manton, Soldo 1992; 212]

Z toho vyplývá, že s prodlužováním průměrného věku dožití **roste počet osob, které jsou nesamostatné a které potřebují**, a především, co se týká ne tak vzdálené budoucnosti, **budou potřebovat rodinnou či jinou péči**.

1.3 Domácí a institucionální péče v České republice

Domácí péče

Domácí péče bývá rozdělována na domácí pečovatelskou péči prováděnou laiky - „home help“ a na domácí ošetrovatelskou péči prováděnou profesionály – „home care“. V České republice je v současné době rozvíjen systém **komplexní domácí péče**, v jehož rámci je rozsah zdravotní péče určován lékařem a potřebné sociální služby sociálním pracovníkem. [Haškovcová 2007; 59]

„Domácí péče je koncepčně zakotvená, moderní forma zdravotní a sociální péče poskytovaná v České republice od roku 1990. Dp je zaměřena na klienty, kteří by jinak byli hospitalizováni, a je poskytována v jejich vlastních domovech.“ V roce 2005 bylo takto ošetřeno více než čtvrt miliónu opečovávaných. Meziroční nárůst opečovávaných se pohybuje mezi 13 – 24 %. Uvádí se, že domácí péče je, oproti hospitalizování pacienta, 5 – 10x levnější. Mezi nesporné výhody patří právě samo domácí prostředí, které příznivě ovlivňuje psychickou pohodu člověka a tak bezprostředně pozitivně ovlivňuje imunitní systém člověka. Z fondu veřejného zdravotního pojištění je hrazena maximálně 3 x 1 hodina odborné péče denně. [Domácí péče 2006]

Co se týče legislativní stránky, domácí péče je od roku 1992 upravena několika platnými právními normami (týkají se hlavně toho, pro koho je domácí péče určena, za jakých podmínek, v jakém rozsahu a kým může být poskytována), např. v zákonu o veřejném zdravotním pojištění⁴. Úhrady domácí zdravotní péče jsou řešeny v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů. Činnost agentur domácí péče pak upravují platné právní normy. Sociální péče, kterou tyto agentury poskytují je upravena ve znění platné právní normy upravující poskytování sociální péče a pomoci. [Misconiová 2006]

V současné době se domácí péči zabývá také tzv. Komunitní plánování, což je: *„Metoda, kterou lze na úrovni obcí nebo krajů plánovat sociální služby tak, aby odpovídaly místním specifikům i potřebám jednotlivých občanů.“* Také v rámci něj se pamatuje na význam domácích pečovatелů. [Komunitní plánování – věc veřejná (průvodce) 2005]

⁴ Konkrétně: Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Domácích/laických pečovateli i profesionálních poskytovatelů se samozřejmě týkají zákony o sociálních službách. Ke dni 1. 1. 2007 vešel v platnost nový zákon o sociálních službách: **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.** K 1. 1. 2008 došlo k několika sociálním reformám (např. *„Je odstraněno zdvojení výplaty dávek. Po dobu hospitalizace nebo pobytu v zařízení určeném pro výkon trestu či nařízené ústavní léčby, který trvá celý kalendářní měsíc, je výplata příspěvku na péči zastavena.“* [Příspěvek na péči 2007])

Domácích pečovateli se nejvíce dotýká **příspěvek na péči**, což je sociální dávka, která je poskytována přímo opečovávaným. Ti jej pak mohou využít na uhrazení profesionálních sociálních služeb nebo k pokrytí nezbytných nákladů při zajišťování péče v rodině. V roce 2008 tento příspěvek pobíralo 301 800 osob (z toho bylo 208 700 ve věku 66 let a více). [Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008] Výše dávky je určena posudkovým lékařem podle toho, kolik péče opečovávaný potřebuje (existují 4 stupně: 1. stupeň 2 000,- Kč; 2. stupeň 4 000,- Kč; 3. stupeň 8 000,- Kč; 4. stupeň 12 000,- Kč). [Zákon o sociálních službách]

Institucionální péče

Pro **institucionální péči** je typické, že v rámci ní pečuje skupina profesionálních zaměstnanců o skupinu hendikepovaných lidí. [Matoušek 1995] Mezi hlavní rizika ústavní péče pak patří především tzv. hospitalismus, což je *„stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život.“* [Matoušek 1995; 107] Snížení nároků a omezení podnětů mají za následek ztrátu klientova zájmu o dění v okolním světě, zhoršování schopnosti komunikace, regresi, nepřiměřeně dlouhý spánek a další. [Matoušek 1995] K největším problémům zařízení poskytujících péči o seniory v České republice patří například jejich přílišná velikost a s tím související nedostatek personálu, nedostatečné vybavení (např. mechanické překážky omezující pohyb klientů) a mnohé další. [Veřejný ochránce práv 2007]

Statistiky MPSV ukazují, že k 31. 12. 2008 se v pobytových zařízeních nacházelo přibližně 66 100 osob (dalších cca 6 100 osob využívalo denní pobyty, např. v centrech denních služeb, denních stacionářích apod.), z toho 40 800 osob bylo ve věku 66 a více let. [Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008]

2 Výzkum

Výzkum probíhal v několika fázích a představuje kombinaci kvalitativních a analytických metod⁵. Převážná část výzkumu (analytická a první část kvalitativní fáze) probíhala jednak v rámci Výzkumného kolokvia, které na FSV UK vedl Prof. Hynek Jeřábek, CSc., a jednak jakožto součást celorepublikového výzkumu „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti“, jehož vedoucím byl Prof. PhDr. Jiří Musil, CSc. Sběr dat zajišťovala agentura SC&C (kvalitativní rozhovory použité pro tuto práci jsem z větší části provedla sama).

Výzkum probíhal celkem ve čtyřech fázích. V první fázi (v průběhu roku 2005), které jsem se ještě neúčastnila, bylo provedeno 9 hloubkových rozhovorů s pečujícími. Zkušenosti a poznatky, získané díky těmto rozhovorům, a také odborná domácí i světová literatura umožnily provedení konceptuální analýzy problematiky. Poté vznikly standardizované dotazníky, jakožto nástroje sběru dat pro druhou, analytickou⁶ fázi výzkumu (probíhala v průběhu roku 2006). Právě v době konstrukce dotazníků jsem do týmu vstoupila. Na analytickou část výzkumu navazovala opět kvalitativní fáze, v rámci níž bylo provedeno 27 hloubkových standardizovaných rozhovorů (na přelomu let 2007 a 2008). V roce 2009 jsem se rozhodla uskutečnit ještě jednu fázi výzkumu, a sice v podobě dalších 10 kvalitativních standardizovaných rozhovorů.⁷

⁵ Tento typ tzv. „smíšených výzkumů“ vychází z předpokladu komplementarity obou přístupů. „... je definován jako obecný přístup, v němž se míchají kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmatata v rámci jedné studie.“ [Hendl 2005; 60] „... vzniklá směs nebo kombinace dat a výsledků využívá síly a komplementarity jednotlivých přístupů.“ [Hendl 2005; 62]

⁶ Pojmenování „analytická“ fáze výzkumu jsem záměrně zvolila, protože tato část výzkumu, přináší (kromě pouhých statistik tak jako „kvantitativní“ výzkum) také poznání a závěry.

⁷ Uskutečnění a prepisy těchto 10 rozhovorů bylo financováno Grantovou agenturou Univerzity Karlovy v Praze (grant č. 9081/2009 s názvem Rodinná péče o seniory: doma a v institucích).

2.1 Analytická fáze výzkumu

2.1.1 Výzkumné otázky a cíle analytické fáze výzkumu

Jak jsem uvedla již na začátku této práce, zaměřuji se na rodinnou péči o seniory, konkrétně především na „laické“ pečovatele, kteří tuto domácí péči poskytují (nejčastěji děti nebo manželé či manželky/partneři či partnerky starající se ve své domácnosti, popřípadě v domácnosti opečovávaného, o svého starého příbuzného). Pro lepší přehlednost i snadnější orientaci v tématu a výzkumném problému jsem se rozhodla rozdělit si problematiku do tří částí, jejichž prostřednictvím se snažím daný problém pochopit, popsat, zanalyzovat (podotýkám, že vše je popisováno z hlediska pečujících samotných). Cílem výzkumu pak bude tyto tři oblasti zmapovat:

- A) **Počátky péče** (důvody a příčiny péče, motivace pečujících a rozhodování k péči a převzetí zodpovědnosti za ni)
- B) **Dopad na pečující** (psychické a fyzické zvládání péče, obětování se, přizpůsobení se situaci)
- C) **Řešení** (podpora a pomoc pečujícím?, zodpovědnost za péči – stát či rodina?)

V části A mě zajímají hlavně počátky rodinné péče o starého člověka v domácím prostředí. Ráda bych našla něco jako počáteční impuls péče. Zajímají mě jak objektivní příčiny počátku pečování, tak subjektivní důvody pečovatelů, neboť obě tyto oblasti se vztahují k základní výzkumné otázce, kterou si pokládám: **Co stojí za rozhodnutím respondenta pečovat o svého příbuzného v domácím prostředí (tedy za rozhodnutím nesvěřit opečovávaného do institucionální péče)? Jaké faktory toto rozhodnutí ovlivňují?**

Na základě přečtené literatury i vlastních zkušeností pak vznikly další výzkumné otázky. Mou pracovní hypotézou je představa, že těžkou a náročnou práci pečujícího nemůže vykonávat každý. Minimálně to musejí být osoby psychicky stabilní a silné. Jistě však existuje ještě mnoho dalších předpokladů společných těmto lidem. Domnívám se, že laičtí pečovatelé mají „něco“ společného, něco, co jim dovoluje vykonávat tak náročnou (jak fyzicky, tak i psychicky) práci. To „něco“

bych ve své práci ráda odhalila, i když jsem si vědoma, že je to úkol dosti náročný, ne-li nespílitelný. **Podarí se odhalit nějaké pečovatelské typy? Co vede pečovatele k rozhodnutí stát se pečovatelem? Dále bych ráda odhalila, jak vypadají samotné rozhodovací procesy, zda domácí péči poskytovat či neposkytovat?**

K počátkům péče samozřejmě neodlučitelně patří i připuštění si zodpovědnosti za ni. Na základě přečtené literatury se dále ptám: **Podle čeho se české děti/partneři rozhodují, zda o své rodiče/partnery budou pečovat doma, a přeberou tak zodpovědnost za péči v podstatě zcela na sebe, či zda svěří péči o rodiče nějaké instituci, a zodpovědnost tak z velké části převedou na stát, jak tomu v Čechách dlouhou dobu bývalo? – Jsem přesvědčena, že v pozadí takového rozhodnutí stojí hluboké morální normy, které vedou k uvědomění si a poté k faktickému převzetí zodpovědnosti, což se ve své práci také pokusím dokázat. V neposlední řadě si též kladu otázku, zda je vůbec vhodné, aby pečující přebírali zodpovědnost za péči zcela na sebe?**

V rámci části B se věnuji především tomu, jaké dopady má péče na hlavní pečovatele. Jak velkou obět' pečující péči dobrovolně odevzdávají nebo musejí odevzdat? **Základní hypotézou této části je, že jednání pečujících bude možno označit jako altruistické⁸.**

Část C by pak měla zahrnovat jednak doporučení (podložená získanými daty), jak ulehčit situaci pečujícím (a potažmo i opečovávaným), jednak vyřešení otázky zodpovědnosti za péči.

⁸ Více viz kapitola 1.2.2.

2.1.2 Metodika a výzkumný soubor

Pro svůj výzkum jsem měla k dispozici data z reprezentativního šetření dospělé populace České republiky. Jako metoda sběru dat byly použity standardizované rozhovory s dotazníkovými archy, pro něž je typické, že: představují nejvíce formalizovanou formu rozhovoru, v rámci níž je od každé osoby vyžadována stejná informace a každému respondentovi jsou kladeny stejně formulované otázky ve stejném pořadí. [Jeřábek 1992; 72] Jádrem standardizovaného dotazníku byly otázky týkající se podmínek a okolností péče o seniory v rodině v cca 800 domácnostech zahrnujících jak současné pečovatele (viz Příloha č. 11), tak ty, kteří pečovali v minulosti (viz Příloha č. 13), ale i ty, kteří nikdy nepečovali (viz Příloha č. 12). V rámci rozhovorů byly respondentům předkládány pomocné textové karty. Sběr dat probíhal v průběhu listopadu 2006 až ledna 2007 a prováděla jej agentura SC&C. Výběr respondentů (populace 18 - 69 let) probíhal následovně:

- 1) výběr volebních okrsků - stratifikace obcí podle regionu a velikosti obce;
- 2) v rámci přiděleného volebního okrsku náhodná vycházka s kvótním koncem;
- 3) skupiny s nejnižší penetrací, kvótní výběr v rámci zadané lokality.

Převážnou většinu respondentů tvořily ženy (81,2 % výběrového souboru). To ovšem není nic podivného, neboť i ze světové literatury (např. [Brody 1990]) je známo, že pečující bývají ženy. Tento fakt se dá vysvětlit tím, že sociální stereotypy obecně předpokládají, že ženy jsou více emocionální a senzitivní k potřebám druhých. Naproti tomu od mužů se očekává určitá tvrdost a asertivita. [Lašek 2006; 132] Pozice žen, jakožto pečovatelek, je také obecně chápána jako přirozená a ženám vrozená. [Rubášová in Jeřábek 2005; 44]

Data jsem analyzovala v programu SPSS. Pracovala jsem s převáženými daty (použila jsem váhu vztaženou ke třem hlavním segmentům – současným, minulým a budoucím pečovatelům).

2.1.3 Výsledky analýz a interpretace dat

Příčiny počátku péče

Nejprve je nutné se podívat, jaké jsou nejčastější příčiny péče, což má zajisté vliv na rozhodování o péči, ale také na přizpůsobování se rodiny nové situaci. Rozložení odpovědí na otázku „*Co bylo příčinou počátku péče?*“ ukazuje následující tabulka, která slouží k prvnímu orientačnímu seznámení s příčinami, které respondenti-pečující uvádějí.

Tabulka 2 - Odpovědi na otázku "Co bylo příčinou počátku péče?"

	pečující v současnosti (%)	pečující v minulosti (%)
nemoc, úraz	59	70
zhoršení fyzického zdravotního stavu	87,5	90,6
zhoršení psychického zdravotního stavu	46,4	56,3
úmrť partnera opečovávaného(ho)	24,4	20
úmrť předchozí(ho) pečující(ho)	4,1	2,1
společný domov s opečovávaným(ou)	35,1	40,3
změna finanční situace	3,9	3,2
jiné	6,1	4,2

V obou skupinách (jak u těch, kteří pečují v současné době, tak také u těch respondentů, kteří již v současné době nepečují, ale někdy v minulosti pečovali) se ukazuje, že mezi hlavní příčiny péče patří především **nemoc** (59 % současných pečujících a 70 % pečujících v minulosti uvedlo, že nemoc se podílela na nutnosti započítí péče), **zhoršení fyzického zdravotního stavu** (87,5 % současných pečujících; 90,6 % pečujících v minulosti) a **zhoršení psychického zdravotního stavu** (46,4 % současných pečujících; 56,3 % pečujících v minulosti) a **společný domov s opečovávaným(ou)** (35,1 % současných pečujících; 40,3 % pečujících v minulosti). Nutno podotknout, že rodina i sám nemocný se nové situaci přizpůsobují tím hůře, čím méně očekávaný byl příchod nemoci či úrazu. Čím méně očekávaný je vznik nemoci či úrazu, tím složitější je situace rodiny co do přizpůsobení se nové situaci. [Matoušek 2003; 117] Z tabulky je patrné, že se otázky a odpovědi překrývají. Problematiku příčinnosti pečování a jejich souvislostí snad lépe osvětlí kvalitativní data.⁹

⁹ Viz kapitoly 2.2.3 a 2.2.4.

Důvody počátku péče

Podívejme se nyní na více subjektivní stránku počátků péče, a sice na důvody, které respondenti - pečující uvedli jako ty, na jejichž základě se k péči rozhodli. Nejprve však je zapotřebí si uvědomit, co nám důvodová baterie vlastně říká? – Roli zde může hrát například tzv. kognitivní disonance. Autorem tohoto konceptu je Leon Festinger. Hlavní myšlenkou této teorie je, že člověk se dostává do stavu disonance (vnitřního napětí) tehdy, když začne vnímat nekonzistenci mezi svými postoji a chováním. Aby se zbavil napětí, změní své postoje tak, aby odpovídaly chování, či naopak. Tím dosáhne opětového stavu konzistence. [Festinger 1957] Je tedy třeba rozlišovat mezi důvodem počínání a odůvodňováním si zpětně, kterému následující tabulka odpovídá spíše:

Tabulka 3 - Odpovědi na otázku "Na základě kterých důvodů byste se rozhodl/a pečovat o své staré rodiče (nebo o rodiče partnera) přímo ve Vaší domácnosti?" (A a B); "Na základě kterých důvodů jste se rozhodl/a pečovat o své staré rodiče přímo ve vaší domácnosti?"(C)

	A (%)	B (%)	C (%)
„Protože oni mi během mého života také pomáhali, když jsem to potřeboval(a).“ (Q421)	92,3	87	89,3
„Protože manžel(ka), partner(ka) si přeje, abychom se o své rodiče postarali.“ (Q422)	73,6	68	72,2
„Protože si chci být jistý(á), že je o něho(ni) dobře postaráno.“ (Q423)	99	87,5	95,7
„Protože to považuji za samozřejmost; jsou to moji rodiče a k životu to patří.“ (Q424)	98,1	91,4	95,6
„Protože chci, aby zůstal(a) doma, dokud to jde.“ (Q425)	95,8	84,6	95,5
„Protože mi to může pomoci po finanční stránce.“ (Q426)	23	18,9	20,4
„Kvůli poutu, které je mezi námi.“ (Q427)	92,3	87,3	87,6
„Protože vím, že ji(ho) to potěší.“ (Q428)	95,2	91,2	97,2
„Protože by se rodina (lidé v mém okolí) divili, kdybych mu(jí) nepomohl(a).“ (Q429)	44,1	33,5	38
„Protože si s ní(ním) chci udržet dobrý vztah.“ (Q4210)	93	89,2	93,9

A=současní pečovatelé; B=budoucí pečovatelé; C=pečovatelé v minulosti

Z tabulky je patrné, že většina respondentů se ztotožňuje s těmito důvody pro počátek péče: **oplácení pomoci rodičům za jejich pomoc dětem v průběhu života; jistota dobré péče o rodiče; samozřejmost; přání, aby rodiče zůstali doma; kvůli poutu mezi rodiči a dětmi; kvůli potěšení rodiče** a v neposlední řadě také za účelem **udržení dobrého vztahu s rodičem**. Podstatným důvodem pro rozhodnutí o domácí péči o seniora se prokázalo být také **přání životního partnera** (souhlas okolo 70 % respondentů v každé skupině). Méně se pak projevuje postoj okolí k péči (souhlas 30 – 40 % všech respondentů). Nejméně respondentů souhlasí s tím, že by začali pečovat kvůli zlepšení své finanční situace.

Ráda bych se pozastavila u důvodu „*Protože by se rodina (lidé v mém okolí) divili, kdybych mu(ji) nepomohl(a)*“, se kterým i tak souhlasilo nezanedbatelné množství respondentů (30 - 40 %). Jak je možné, že takovýto důvod, ke kterému se obecně mnoho lidí nerado přiznává, získal vcelku vysoké procento kladných odpovědí? Dle mého názoru zde hraje důležitou roli tzv. **sociální akceptace** okolí, která je pro člověka žijícího ve společnosti velmi důležitá. Již Hume tvrdil, že se člověku vyplatí být morální, neboť tak projevuje určité ctnosti, které jsou v rámci sociálního soužití oceňovány, a to člověk potřebuje, jelikož touží po sociální akceptaci. [Hume dle Nakonečný 1999; 110-111]

Pokusila jsem se identifikovat několik **faktorů**, které reprezentují vztahy mezi proměnnými, které mezi sebou vzájemně souvisejí a jsou vyjádřeny v této baterii. Zaměřila jsem se pouze na **skupinu současných pečujících**. Provedla jsem analýzu korelací uvnitř důvodové baterie, abych zjistila, zda v rámci ní opravdu nějaký společný prvek existuje, popř. které proměnné bych měla z analýzy vyloučit. Metodu hlavních komponent jsem zvolila jako způsob extrakce faktorů (uvažuje faktory jako lineární navzájem nekorelované kombinace pozorovaných proměnných). Použila jsem pravoúhlou metodu rotace Varimax, která ponechává faktory nekorelované, což je vhodné pro jejich použití v dalších analýzách. Pro každý faktor také minimalizuje počet proměnných s vysokými zátěžemi, což v konečném důsledku znamená zjednodušení vysvětlení faktorů.

Z analýzy korelací vyplynulo, že by stálo za pokus vyřadit proměnnou Q426 („důvod po finanční stránce“), neboť některé její korelace mají opačný směr než korelace ostatních (jsou záporné) a také jsou velice slabé. Korelace mezi ostatními proměnnými jsou vcelku vysoké, což předpokládá existenci faktorů (viz Příloha č. 3).

Vyzkoušela jsem tedy faktorovou analýzu se zahrnutím finanční otázky i s jejím vyloučením. Vynecháním otázky Q426 se o přibližně 4 % zvýšila vysvětlená variabilita:

Tabulka 4 - Výsledky faktorových analýz s vynecháním a s ponecháním otázky Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující – „Total Variance Explained“

Component	Q426 zahrnuta		Q426 vynechána	
	% of Variance	Cumulative %	% of Variance	Cumulative %
1	39,381	39,381	43,776	43,776
2	15,115	54,496	13,38	57,157

Rozhodla jsem se tedy „finanční důvody“ z analýzy vynechat.¹⁰

Výsledky, které faktorová analýza poskytla, se v podstatě projevily už ve výše uvedených **frekvencích** odpovědí na tyto otázky: povšimněte si, že u otázek Q422 a Q429, tedy u proměnných vážících se ke 2. faktoru, se vyskytují zcela opačné odpovědi než u proměnných, které se podle faktorové analýzy váží k faktoru číslo 1.

Výsledky faktorové analýzy interpretuji následovně: **faktor číslo 1** představuje důvody pro péči v domácnosti o rodiče (popř. partnera) s tím, že hlavním impulsem/důvodem byl jejich vzájemný vztah a samotná péče v domácím prostředí. Je možné jej chápat jako „starost o kvalitní péči o rodiče v domácím prostředí, která je založená na vzájemném vztahu“. Tato proměnná představuje dimenzi, ve které „**důvodem je péče samotná**“. Tuto proměnnou nazvu jako „**Altruistické důvody pro péči**“. Myslím si, že v tomto faktoru jde o vztah, o reciprocitu, o rodinnou solidaritu. Při pohledu na chování pečujících z hlediska norem je jasné, že pečující uvádějící tyto altruistické důvody velmi silně internalizovali jisté společenské morální normy, jakými jsou například povinnost postarat se o své rodiče za každou cenu (viz otázky Q423 nebo Q424). Jak předpokládá také sociální psychologie, v tomto faktoru je obsažena také **emocionální stránka** pečujících (projevující se v kladení důrazu na vztah pečující – pečovatel; viz např. otázky Q423, Q427 či Q428).

V případě **faktoru číslo 2** se pak jedná o důvody jiné než samotná péče (reakce okolí, partnerovo přání) tedy něco jako „**péče samotná není důvodem**“. Tuto proměnnou nazvu jako „**Utilitaristické důvody pro péči**“.

Faktory se dají interpretovat i tak, že důvody první skupiny jsou takové, které jsou většinou považovány za „správné“, nebo jinak řečeno ty, které jsou všeobecně očekávány jako důvody pro péči doma o své rodiče. Druhá skupina pak obsahuje

¹⁰ Faktorové zátěže obou analýz naleznete v Příloze č. 4 a 5. Další statistiky důležité pro posouzení vhodnosti použití faktorové analýzy naleznete v Příloze č. 6. Všechny ukazují, že faktorovou analýzu v tomto případě použít lze.

důvody, které důvody ve skutečnosti opravdu být mohou, ale málokdo se k nim přizná.

Obětování se pro péči a přizpůsobení se nové situaci

V této části se snažím zjistit, čeho se respondenti museli kvůli péči vzdát a čeho se kvůli péči odmítají vzdát. Jak jsem již zmínila, altruismus přináší oběti (ve většině případů). Kvůli péči se naši pečující ve větší či menší míře museli „obětovat“ a vzdát se věcí nebo činností, na které byli zvyklí, což napovídá, že chování našich pečujících je **altruistické**. I když jak podotýká Nakonečný, altruismus nemůže být **zcela** nezištný (vždy existují nějaké vnitřní odměny) a nemusí nutně souviset s obětí. Jsou to však jeho hlavní znaky. [Nakonečný 1996]

Z Tabulky 5 si můžeme udělat obecnější představu o tom, čeho se naši respondenti ne-/museli vzdát. Položky, u kterých **nejvíce respondentů** uvedlo, že se jim **muselo vzdát**, jsou následující: volný čas k odpočinku, koníčky, čas na sebe, dovolená. Řekla bych, že se dají shrnout jako **čas věnovaný sobě**.

Tabulka 5 - Odpovědi na otázku „Čeho jste se musel/-a vzdát?“

	současní pečující			pečující v minulosti		
	musel/a se vzdát (%)	dobrovolně se vzdal/a (%)	nebylo třeba (%)	musel/a se vzdát (%)	dobrovolně se vzdal/a (%)	nebylo třeba (%)
zaměstnání	6,5	10,6	72,9	3	11,7	85,3
kariéry	1,9	9,7	88,4	1,2	10,4	88,4
vzdělání, studia	2,8	7,7	89,5	1,5	8,4	90,1
peněz	10,7	18,8	70,5	5,7	25,1	69,2
životního standardu	14,6	21	64,3	9,6	28,5	61,9
vztahů (kontaktů) v rodině	6,4	13,1	80,5	2,3	15,9	81,8
vztahů (kontaktů) s přáteli	9	12,2	78,8	5,8	21,3	72,9
volného času k odpočinku	22,9	36,7	40,3	17,7	50,4	32
koníčků	17,8	33,4	48,8	13,7	47,5	38,7
času na sebe	25,2	35	39,8	14,8	53,7	31,5
dovolené	21,3	29,9	48,9	13,7	39,9	46,3

Je patrné, že v každé kategorii se našlo více či méně respondentů, kteří se kvůli péči museli vzdát dané „položky“. Nejméně se respondenti podle svých slov museli vzdát vzdělání či studia. To je ovšem logické, neboť v našem souboru se vyskytovali pečující převážně ve věku 45-59 let (medián pro proměnnou věk je 51 let; minimální věk respondenta 21 let a nejstaršímu respondentovi bylo 70 let). Navíc se v této kategorii vyskytlo nejvíce chybějících hodnot (ty zahrnovaly kategorie: „*neodpověděl/a*“; „*netýká se*“; „*neví*“), tudíž je třeba brát tuto odpověď s rezervou.

Ještě lépe však situaci obětování se vykreslí analýza pečovatелů rozdělených do skupin podle toho, o jak nesoběstačného seniora pečují, tzn. podle toho, kolik hodin týdně musejí péči o seniora věnovat. Zde je obětování se více patrné.

Pro určení soběstačnosti a samostatnosti seniora (a tudíž i intenzity péče, kterou senior potřebuje) v dotazníku tým použil index **IADL**, *Instrumental Activities of Daily Living*, (měří, do jaké míry senioři zvládají instrumentální aktivity denního života, např. nakládání s penězi či nakupování) a index **BADL**, *Basic Activities of Daily Living*, (měří, do jaké míry jsou senioři schopni samostatně zvládat aktivity denního života, např. jídlo či osobní hygiena). IADL jsme měřili pomocí standardního dotazníku používaného Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (celkem 18 položek). BADL jsme měřili pomocí položek zjišťujících nesamostatnost opečovávané osoby (celkem 18 položek).

„Při analýze BADL a IADL jsme dospěli ke zjištění závislosti, která nás dovedla ke konstrukci typologie naléhavosti a potřeby péče o jednotlivé seniory. V našem souboru se nevyskytovaly osoby, u nichž bychom zjistili naléhavou potřebu osobní péče (vysoký index BADL) a zároveň nízkou potřebu instrumentální pomoci (nízký IADL). Vyšší hodnoty indexu BADL testujícího závislost seniora v základních aktivitách denního života se významně častěji objevují v případě, že senior má současně také větší množství handicapů v instrumentálních aktivitách běžného života IADL. Naopak, pokud mu běžný život testovaný indexem IADL nečiní v zásadě potíže, nenajdeme v BADL významnější problémy, četnější a významnější potřebu péče.“ [Jeřábek 2009; 252] Na základě vztahu těchto dvou indexů rozdělil Jeřábek opečovávané seniory do tří kvalitativně odlišných skupin: a) **podpůrná pomoc** (53,1 % v našem souboru; podpůrná pomoc dostatečně zabezpečeným seniorům; zahrnuje úkony jako například finanční podpora, opravy v domácnosti, doprava k lékaři apod.); b) **významná pomoc a dílčí péče** (26,9 % respondentů z našeho

souboru; jedná se o neosobní péči v podobě starosti o domácnost, vaření či praní; vyžaduje pravidelnost při provádění úkonů); c) **nezbytná osobní péče** (20 % respondentů; vyžaduje v podstatě neustálou přítomnost pečujícího a zahrnuje osobní hygienu, krmení, podávání léků, manipulaci s pacientem apod.).¹¹ [Jeřábek 2009]

Následující analýza se týká pouze respondentů, kteří **pečují v současnosti**. Na první pohled je z Tabulky 6 patrné, že se stoupající zátěží stoupají také souhlasné odpovědi na to, čeho se pečující museli kvůli péči vzdát. Skupiny pečujících o seniory, kteří potřebují nezbytnou a významnou péči (oproti skupině pečujících starajících se o seniory vyžadující podpurnou péči) dle této tabulky přinášejí více obětí péči, což podporuje hypotézu altruismu. Čím větší zátěž a čím větší péče je zapotřebí, tím více je hlavní pečující altruistický, tím více věcí nebo činností se musí či je ochoten se vzdát. V podstatě docházím k podobným závěrům jako Jeřábek ve své stati, když píše, že „*rozsah a intenzita péče poskytované seniorům jejich rodinami jsou úměrné potřebám těchto seniorů.*“ [Jeřábek 2007]

Tabulka 6 – Odpovědi na otázku „Čeho jste se musel/a kvůli péči vzdát?“

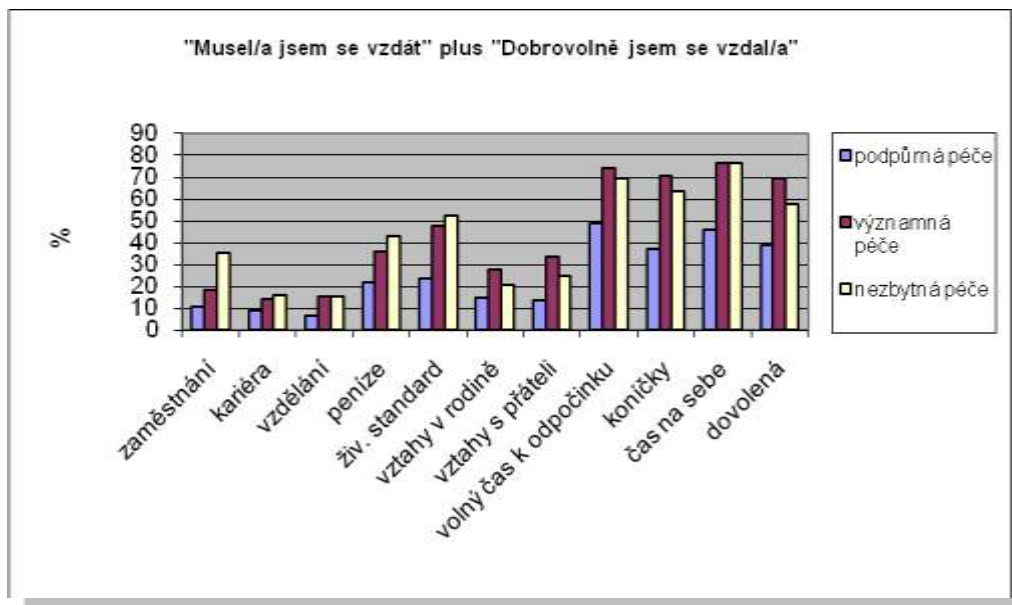
		PODPŮRNÁ PÉČE	VÝZNAMNÁ PÉČE	NEZBYTNÁ PÉČE
Q291 – zaměstnání	A	9,2	8,8	17,6
	B	1,2	9,3	17,6
Q292 – kariéra	A	7,3	12,1	13
	B	1,6	1,9	3
Q293 – vzdělání	A	3,1	15,2	10,4
	B	3,5	0	4,8
Q294 – peníze	A	16,1	23,4	20,3
	B	5,9	12,5	22,7
Q295 – živ. standard	A	14,2	29,5	28,2
	B	9,5	18,4	24
Q296 – vztahy v rodině	A	11,6	19,9	6,5
	B	3,2	7,8	13,9
Q297 – vztahy s přáteli	A	10	16,1	12,5
	B	3,3	17,7	12,3
Q298 – volný čas k odpočinku	A	34,3	38,8	40,8
	B	14,6	35,4	28,8
Q299 – koníčky	A	25,5	45,1	38,7
	B	11,6	25,5	24,8
Q2910 – čas na sebe	A	31,8	33,6	46,3
	B	14,4	42,7	30,4
Q2911 – dovolená	A	27,1	32,4	33,8
	B	11,9	37	23,8

A = odpověď „Dobrovolně jsem se vzdal/a.“ (%); B = odpověď „Musel/a jsem se vzdát.“ (%)

¹¹ Zkráceně budu dále v textu používat rozdělení: a) podpurná péče; b) významná péče; c) nezbytná péče.

Z tabulky je dále také patrné, že celkově (vezmeme-li v potaz obě odpovědi) téměř stejné procento z více zatížených skupin pečujících („významná“ a „nezbytná“ péče) vyslovilo souhlas s danými položkami (porovnáme-li tyto dvě skupiny se skupinou „podpůrné“ péče, podobnost vynikne ještě více). Rozdíl ovšem spočívá v různém vnímání „obětí“ (tedy v různém rozložení dvou souhlasných odpovědí na dané položky). Skupina nejintenzivněji pečujících („nezbytná“ péče) svoji oběť vnímá spíše jako dobrovolnou. Skupina středně intenzivně pečujících („významná péče“) se pak častěji přiklání k tomu, že oběť péči přinést musela. Domnívám se, že je tomu tak proto, že intenzivněji pečující nevnímají péči jako oběť, ba dokonce jako činnost, kterou dělají z donucení (jako činnost, kvůli níž „se musejí“ něčeho vzdát). Péči pravděpodobně vnímají jako něco přirozeného. Vnímání péče však snad lépe odhalí kvalitativní metody v další fázi výzkumu.

Pro lepší představu o „oběti“, kterou respondenti péči přinášejí, jsem sečetla odpovědi „Musel/a jsem se vzdát“ a „Dobrovolně jsem se vzdal/a“. Výsledky naleznete v následujícím grafu:



Graf 1 - Čeho se pečující vzdali?

I zde jsou dobře patrné rozdíly mezi „obětováním“ v podpůrné péči a v péči intenzivnější („nezbytné“ a „významné“). Z grafu je dobře vidět, že nejčastěji se respondenti kvůli péči vzdávají všeho, co se týká jejich osoby a odpočinku (dovolené, času na sebe, koníčků, volného času k odpočinku - všechny tyto kategorie přesahují u respondentů ze skupin významné a nezbytné péče 50 %!).

Největší rozdíl mezi skupinou s podpůrnou péčí a skupinami s péčí významnou a nezbytnou zaznamenávám v kategorii **koníčků** (přibližně 34 % rozdíl!)¹². Kategorie „čas na sebe“ je na tom podobně (rozdíl také okolo 30 %!). Stejný procentní rozdíl jsem našla i u kategorie **dovolená**. Tyto výsledky naznačují, že **pečování v intenzivnějších rovinách se odehrává na úkor osoby pečujícího** (na úkor jeho času na sebe) – a to ve velmi silném počtu. Jak jsem již výše zmínila, pečující obětuje hlavně čas, který by normálně věnoval sobě. Nyní k tomu mohu dodat, že čas obětovaný opečovávanému na úkor času věnovanému sobě, stoupá s intenzitou pečování. To mimochodem znovu potvrzuje Jeřábkovu hypotézu [Jeřábek 2007; 13] o přizpůsobování se rodiny/hlavního pečovatele potřebě opečovávaného. Jak píše Jeřábek, právě v tomto je velká výhoda rodinné domácí péče oproti péči institucionální, ovšem z výše uvedených výsledků je jasně patrné, za jakou cenu k přizpůsobování se dochází – za cenu „obětování se pečovateli“ (alespoň co se týče intenzivnější péče).

Podívejme se ještě na to, **čeho jsou pečující, podle svých slov, ochotni vzdát se**. To vyjadřuje následující tabulka, která zahrnuje procenta kladných odpovědí na otázku o tom, čeho se pečující odmítají vzdát:

Tabulka 7 - Modus odpovědí na otázku „Čeho se odmítáte v budoucnu vzdát?“ (současní pečující); „Čeho byste se odmítla v budoucnu vzdát?“ (budoucí pečující); „Čeho byste se odmítla vzdát?“(pečující v minulosti)

<i>modus</i>	současní	budoucí	v minulosti
zaměstnání	1	1	1
kariéry	2	2	2
vzdělání, studia	2	2	2
peněz	2	3	2
životního standardu	2	3	2
vztahů (kontaktů) v rodině	2	3	2
vztahů (kontaktů) s přáteli	2	3	2
volného času k odpočinku	2	3	2
koníčků	2	2	2
času na sebe	2	3	2
dovolené	2	3	2

1=odmítám/bych se vzdát; 2=neodmítám/bych se vzdát; 3=již jsem se vzdala (odpověď pro minulé a současné pečující)/podle okolností (odpověď pro budoucí pečující)

V odpovědích je patrná střízlivost/reakčnost odpovědí respondentů, kteří se s péčí již doopravdy setkali (současní pečující a pečující v minulosti), oproti

¹² Počítala jsem vždy rozdíly mezi nejvyšším procentem (u skupin „nezbytné“ a „významné“ péče) a procenty ve skupině „podpůrné“ péče. Podle toho jsem pak položky seřadila. Výsledky naleznete v Příloze č. 7.

respondentům, kteří se s péčí teprve v budoucnu setkají. Povšimněte si, že budoucí pečovatelé si ponechávají zadní vrátka v podobě volby odpovědi „podle okolností“, která byla nejčastější téměř u všech položek. Budoucí pečující nevědí, co od pečování přesně očekávat. Oproti respondentům pečujících v minulosti či v přítomnosti, kteří realističtěji odpovídají, že by se byli ochotni (neodmítali by se) vzdát téměř čehokoli. Je zajímavé, že všichni respondenti se souhlasně odmítají vzdát zaměstnání. Podle výsledků studie Veselé se děti (podotýkám, že se jedná o „nepečující respondenty“) nejvíce obávají omezení zaměstnání v případě, že by pečovaly o svého rodiče. Přibližně 66 % dcer a 77 % synů by kvůli této obavě svěřilo péči o rodiče instituci. [Veselá 2002; 7] Jak ukazují naše data¹³, jejich obavy jsou vcelku oprávněné: 35,2 % nejintenzivněji pečujících se vzdalo svého zaměstnání (z toho se 17,6 % vzdát muselo a 17,6 % se jej vzdalo dobrovolně). Ve skupině pečujících poskytujících významnou péči přišlo o práci kvůli péči celkem 18,1 % (z toho 9,3 % muselo a 8,8 % respondentů se jí vzdalo dobrovolně).

¹³ Viz Tabulka 6 výše.

2.1.4 Shrnutí a dílčí závěry analytické fáze výzkumu

Příčiny nabízejí objektivní pohled na počátek situace péče – tedy, jak počáteční situace objektivně vypadala. Z analýzy příčin vyplývá, že nejčastějšími příčinami péče v našem souboru byla **nemoc, zhoršení zdravotního a psychického stavu**.

Důvody pak nabízejí více subjektivní vzhled do situace – v souvislosti s důvody se již jedná o individuální rozhodování (obzvláště v podmínkách nastolených v České republice, kdy zodpovědnost za péči není nikde jasně definována), které následuje po vzniku příčin. Dle důvodů jsem rozdělila respondenty do 2 skupin: 1) pečující, kteří se pro péči rozhodli na základě **altruistických důvodů**; 2) pečující, kteří se pro péči rozhodli na základě **utilitaristických důvodů**. Altruistické důvody zahrnují tzv. **empatickou emoci**, představují internalizaci morálních norem a jsou zároveň nejčastějšími důvody k domácí péči o seniora, což dokazuje důležitost emocí v rámci domácí péče.

Naši pečující se chovají **altruisticky**, neboť v rámci jejich konání dochází k **obětování se**. Analýzy prokázaly, že čím větší potřebu péče senior má, tím větší „oběti“ pečující přináší. V podstatě s vyššími nároky na péči o seniory stoupá altruismus pečujících, pokud bychom altruismus „měřili“ podle toho, čeho se pečující vzdávají. Obecně bývá nejčastěji obětován čas pečujícího na sebe sama. Pečující se vzdávají času na sebe ve prospěch péče o druhého.

Hlavním zjištěním je, že **rodinná domácí péče se dokáže přizpůsobit potřebám opečovávaného**, ovšem **za cenu „obětování se pečovatele“** (alespoň co se týče intenzivnější péče). Vezměme v potaz také obrovské psychické vyčerpání, které „intenzivněji pečující“ deklarují (36,07 % pečujících ze skupiny nezbytné péče a 22,14 % pečujících ze skupiny významné péče shledává, že péči po psychické stránce nezvládají, že by potřebovali vystřídat – viz Příloha č. 8). Jak také vyplývá z výsledků Jeřábka, samostatný pečovatel je daleko více zatížen, než pokud se na péči podílí více lidí. [Jeřábek 2007; 13]

Odpověď na otázku, co by pečujícím nejvíce usnadnilo pečování, snad nalezneme v hloubkových rozhovorech. Už nyní však můžeme říci, že nejen opečovávaní, ale také pečující potřebují pomoc. Musíme si nutně položit otázku, zda je v silách rodin zvládnout takto náročnou péči. Odpovědi na tyto a mnohé další

otázky, zpřesnění a rozšíření dat analytické fáze výzkumu doufejme přinese následující kvalitativní fáze výzkumu.

2.2 Kvalitativní fáze výzkumu (domácí pečovatelé)

2.2.1 Výzkumné otázky a cíle první části kvalitativního výzkumu

Některé výzkumné otázky či hypotézy vycházejí z analýzy dat v první fázi výzkumu a snaží se ji doplnit či osvětlit (týká se především části B). Jiné otázky mají za úkol rozšířit výsledky analytické fáze o další informace (týká se hlavně části A). Další otázky pocházejí z oblasti, kterou analytický výzkum nezcela zahrnul, ale analýzy či neformální rozhovory naznačily, že by mohly být vzhledem k výzkumným cílům důležité.

V rámci přípravy na hloubkové rozhovory jsem kromě studia literatury a analýzy dat získaných z dotazníků také prováděla mnoho neformálních rozhovorů o problematice laických pečujících s respondenty, kteří mají, či někdy v minulosti měli, zkušenost s laickou péčí, ale i s těmi, kteří se o problematiku jen zajímají. Právě díky těmto neformálním rozhovorům jsem si uvědomila, že existují také odpůrci takovéto domácí laické péče, tedy zastánci profesionální péče v institucích/ústavech. Diskuse negativ a pozitiv obou druhů péče k rozhodování o péči doma/laické vs. v instituci/profesionální zajisté patří, proto jsem se rozhodla nebrat kritiky domácí péče na lehkou váhu. Hlavními argumenty proti domácí péči laiků bylo, že člověk, o nějž je pečováno v domácím prostředí, se může cítit nepotřebný či bezmocný, což vede ke zlobě a k nemožnosti starého člověka jakkoli uspokojit. Dalším negativem domácí péče může být také opačný případ, kdy si opečovávaný na péči tak zvykne, že už vlastně zapomene, co sám dovede a co ne, a prostě o sebe nechá pečovat a přestane se snažit být jakkoli samostatný. Musím přiznat, že i já, jakožto osobní asistentka, mám podobné zkušenosti. Dalším negativem domácí péče, dle mých neformálních respondentů, je jistá „izolace“ opečovávaného od okolního světa nebo vrstevníků. **Objeví se nástin podobného špatného psychického stavu opečovávaných též v hloubkových rozhovorech?**

Negativní stránky laické péče však samozřejmě lze najít také z hlediska pečujících. V tomto případě se domácí péče podepisuje především na jejich fyzickém i psychickém stavu. Nejen z tohoto důvodu jsem se rozhodla zařadit do scénáře otázku pátrající po tom, jaké výhody a nevýhody domácí a institucionální péče podle respondentů přináší.

Docházím tedy k hypotéze, že negativa domácí péče budou spočívat především ve vyčerpání pečujících a v určité formě „agresivního“ či nepřiměřeného chování opečovávaných.

V rámci hloubkových rozhovorů bych se ještě ráda vrátila k hypotéze altruistického chování pečovatelů. V analytické části výzkumu se například nepodařilo přesně zjistit, zda a jakých vnitřních odměn, tak, jak o nich hovoří v souvislosti s altruismem Nakonečný [Nakonečný 1996; 245-248]¹⁴, se pečující za své pečování dočkají. **Předpokládám, že odměny, například ve formě čistého svědomí, se ve výpovědích pečujících objeví.**

Ráda bych také více odhalila to, jak pečující samotné pečování vnímají. Výstupy analytické části výzkumu napovídají, že nejintenzivněji pečující nevnímají pečování jako „obět“. **Předpokládám tedy, že pro pečující bude péče spíše přirozenou činností než „obětováním se“.**

V souvislosti s oběťmi, které pečovatelé přináší, bych ráda zjistila více podrobností o tom, jak respondenti prožívají obětování času, který by mohli věnovat sobě, neboť právě času na sebe se dle zjištění z první fáze výzkumu muselo vzdát nejvíce respondentů.

Samozřejmě bych také ráda, pokud možno, více rozkryla altruistické důvody pro pečování, které jsem našla v datech analytického výzkumu, a příčiny pečování.

¹⁴ Viz kapitola 1.2.2.

2.2.2 Metodika a výzkumný soubor

Jako technika sběru dat byly zvoleny **hloubkové strukturované rozhovory s otevřenými otázkami**. Hloubková interview jsou nejrozšířenějšími technikami sběru dat v kvalitativních výzkumech. Jsou založena na předpokladu, že lidé jsou nejlepšími experty na své zkušenosti, a tudíž oni jsou nejpovolanejší k tomu sdělit, jak prožívají určité jevy či situace. Hloubková interview jsou vhodnou metodou především tehdy, pokud je předmětem výzkumu fenomén, který nelze přímo pozorovat. [Darlington, Scott 2002; 48-50]

Scénář k rozhovorům (viz Příloha č. 14) sestává z otázek založených hlavně na zkušenostech z předešlé, analytické části výzkumu. Otázky měly zjišťovat to, co nebylo možno potvrdit, vyvrátit či objasnit v první fázi výzkumu, ale také prozkoumat některé nové oblasti.

Hloubkové rozhovory byly vedeny převážně se stejnými pečujícími, se kterými byly prováděny standardizované rozhovory v předchozí fázi výzkumu (respondenti byli kontaktováni telefonicky). Avšak některé respondenty jsme byli nuceni nalézt pomocí metody „sněhové koule“, kdy byli pečující požádáni o kontakt na jiného známého pečujícího (s těmi pak, kromě rozhovoru, byly také dodatečně vyplněny původní dotazníky). Výběr respondentů provázela snaha o kontaktování těch, kteří poskytují nezbytnou péči (pouze 20 % z původního souboru), což se ovšem ukázalo jako problematické (z různých důvodů – smrt opečovávaného, neochota pečujícího apod.). V konečné fázi se tedy výběrový soubor skládal z respondentů ze všech skupin intenzity pečování. Jako další kritéria pro výběr zvolila agentura SC&C tyto: region (Čechy/Morava); způsob bydlení opečovávaného a pečovatele (spolu/zvlášť); typ bydlení (rodinný dům/panelový byt); velikost obce (do/nad 90 tisíc obyvatel).

Rozhovory byly realizovány vždy **s osobou hlavního pečujícího** (tzn., že nese největší zátěž v péči o seniora a je jejím hlavním koordinátorem) a uskutečňovaly se většinou v domácnostech pečujících, a sice v době od prosince 2007 do ledna 2008. Celkem bylo provedeno **27 rozhovorů o délce přibližně 1,5 hodiny**. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepsány (přepis zajišťovala agentura SC&C).¹⁵ Osobně jsem mluvila se 7 pečujícími (z toho byl

¹⁵ Přepisy a krátké field notes z první kvalitativní části naleznete na jakožto Přílohy č. 15 – 24.

jeden rozhovor pilotážní), ostatní rozhovory provedla agentura SC&C. Mezi respondenty se objevil pouze jeden muž – pečovatel.

Sebraná kvalitativní data jsem analyzovala s využitím MS-Office. Při analýze jsem využívala uzavřeného kódování, neboť jsem dopředu znala teoretický koncept, na jehož základě jsem vlastně vytvořila otázky, tudíž i kategorie. Většina kategorií tedy vznikla přímo na základě otázek z rozhovorů, jiné vznikly nově - až při samotné analýze rozhovorů.

Respondentům jsem samozřejmě před zahájením rozhovoru objasnila, k čemu výzkum slouží, a zajistila si jejich ústní souhlas se záznamem interview. Jména respondentek a respondenta, která používám v následující analýze, jsou z důvodu zachování anonymity vymyšlená.

2.2.3 Výsledky analýz a interpretace dat

Pro účely kvalitativní analýzy jsem respondenty rozdělila podle toho, zda pečují neosobně (zahrnuje běžné domácí práce jako například vaření, nakupování, praní, uklízení, doprovod seniora k lékaři a na úřady) či osobně (zahrnuje činnosti neosobní péče, a navíc úkony spojené s mytím, přebalováním či krmením). Za účelem možného porovnání jsem k analýze použila celkem 10 rozhovorů (7 svých a 3 agenturní), 5 z nich bylo s pečujícími poskytující osobní péči, 5 s respondenty poskytující neosobní péči.¹⁶

Kromě získání dat pro výzkum, měly rozhovory ještě jednu funkci, pro pečující se staly svým způsobem „terapeutickým sezením“. Sami respondenti přiznávali (většinou po ukončení interview), že rozhovor jim dal možnost konečně „se vypovídat“.

Počátky

Předpoklad existence procesu „racionálního rozhodování“, zda pečovat či ne, byl mylný. Ukázalo se, že pokud nějaký způsob rozhodování o pečování existuje, odehrává se na základě emocí, jak ukážu níže. Počátky pečování by se daly shrnout v těchto termínech: „emocionální rozhodování“ a „přizpůsobování se nové situaci“. Při emocionálním rozhodování hrají (kromě emocí) roli také vztahy k opečovávanému a vztahy v rodině, okolnosti a možnosti pečujícího či jeho rodiny, ale především pocit zodpovědnosti, jak blíže popíši v následující kapitole. Při přizpůsobování se situaci pak hraje roli hlavně to, zda péče nastupuje náhle či pozvolna, jak podotýká Matoušek [Matoušek 2003; 117-118], ale například také postižení seniora, jeho zdravotní stav či jeho mobilita. Speciální opatření i adaptaci potřebují osoby na invalidním vozíčku. V případech výpovědí respondentů, které jsem analyzovala, k péči docházelo většinou pozvolna.

Počátky péče by se daly charakterizovat jako „**přirozený vývoj podmíněný situací**“ jako například v případě paní Bohdany:

¹⁶ V průběhu analýzy jsem zvolila hranici 10 rozhovorů, které jsem využila, neboť odpovědi se nad touto hranicí začaly opakovat.

„No my jsme se sem přestěhovali dřív, než jsme začali pečovat. Protože mamka je vdova, takže jako už ty finanční prostředky už jí nestačily na to, aby mohla udržovat ten barák.“ (Bohdana).

Nebo paní Věry, která pomalé přizpůsobování detailně popisuje. Vývoj péče a úkonů, které zahrnuje, jdou ruku v ruce s vývojem zdravotního stavu opečovávaného, tedy, jak říká paní Věra: *„to vzniká tak jak de život“*:

„... to vzniklo tak nějak samovolně, a že nikdo, nikdo jako něk že bysme si sedli a to bude takle a to, prostě to vzniklo z té situace, jaká byla, no. ...“; „... když máma byla ještě zdravá, tak tam samozřejmě nebylo, nebylo že jo nic třeba, no, ale se ten její zdravotní stav zhoršoval, no, a hlavně teda nemohla na nohy, no, takže mejt schody, dojít pro něco těžkýho, dojet třeba pro mouku takový to ... No, prala teda sama akorát teda velký věci sem nosila teda já. ...“

„Tak jsem, se mu zhoršil zdravotní stav, a zůstala jsem z té práce doma.“ (Milena)

V rozhovorech jsem objevila dva druhy přizpůsobování se situaci péče: jednak přizpůsobování prostředí péči, které jsem nazvala **„technické přizpůsobování“**, a jednak přizpůsobování pečovatele a jeho rodiny péči, které jsem nazvala **„personální přizpůsobování“**.

Personální přizpůsobování

Na novou situaci péče si pečující samozřejmě museli zpočátku navyknout a mnoha věcem se naučit.

„... začátek té péče, to bylo spíš takový tam nervózní, takový napjatý. Ono asi než si člověk trošku na to to zvykne, protože i já ze začátku jsem toho měla až nad hlavu. Až nad hlavu no.“ (Zora)

Má-li hlavní pečující životního partnera, jeho podpora i částečné přizpůsobení se jsou nezbytné.

„Já mám strašně hodného manžela, takže on mě do toho vůbec nezasahuje v pohodě...“; „Když je potřeba, tak jde a pomůže bez nějakých problémů.“ (Anežka)

„... Nebo i manžel, protože mám teda to štěstí, že manžel je velice tolerantní muž...“; „... Pokud bych neměla manžela, tak to nemůžu dělat...“ (Doubravka)

Do personálního přizpůsobování spadá i nutnost vyjednat si role ve vztahu pečovatel – opečovávaný, což nebývá vždy snadné, jak respondenti přiznávají.

„... Ze začátku vlastně... Taky sem říkala, mám podíl třeba na tom, že mamka je na tom tak, jak je, protože já si myslím, teda je to moje, jo, hypotéza. Já sem se pořád

snažila, protože nařikala na nohy a todleto, tak vždycky mamí sed', nech to, já to udělám, jo? Že sem jí vlastně, místo abych jí nutila, aby něco dělala, aby se hejbal, tak jsem jí nechávala, aby zůstávala sedět. Což jsem asi neměla.“ (Alice)

„Ty pozice, ano. Protože jak říkám, tam byl ten problém, že nastěhovali jsme se k ní. Ne ona k nám, ale my k ní. To znamená, že prostě kuchyně, aby, protože jsme obě dvě dominantní postavy. Takže koho bude kuchyně, kdo bude mít vedení nad kuchyní. Tam byl taky docela problém...Takže než se tohleto zaběhlo, to trvalo chvíli. Dneska už si nepřekážíme.“ (Doubravka)

Při přizpůsobování se pečovateli a jeho rodiny situaci pečování hrají důležitou roli také různé **jiné okolnosti** (u neosobního pečování to může být například možnost uvolnit se z práce či vystřídat se v péči mezi směnami s partnerem – viz případ paní Doubravky). Okolností ovlivňující pečování je opravdu mnoho. Například o osobě pečujícího bývá „rozhodnuto“ na základě jeho možností (flexibilita práce, možnost zůstat doma – jako například Bohdana, která je současně na mateřské dovolené) a předpokladů (například také kvůli pevné vazbě mezi pečujícím a opečovávaným – jako v případě Anežky; pečující také často mívají zkušenosti se zdravotnictvím – například Bohdana a Alice).

„... Takže vy jste vlastně přijeli pečovat na přání maminky a jste to vy, kdo pečuje, protože jste na mateřský, chápu to správně?“

„No.“ (Bohdana)

„Byla sem tady, no, tak byla jsem nejbliž k ruce a, to tak nějak vplynulo. To není o tom, že bysme se o tom nějak dohadovali nebo někdo rozhod, prostě...“ (Alice)

Technické přizpůsobování

Zvláštním případem přizpůsobování je, jak jsem již uvedla, „technické přizpůsobování“, kdy se snaha rodiny či pečovateli orientuje na cíl, co nejvíce přizpůsobit prostředí opečovávanému (jedná se převážně o opatření technického rázu) za účelem poskytnout mu co největší komfort, co nejlehčí orientaci a co nejsnadnější manipulaci s různými přístroji či zařízeními.

„... maminka topí ještě v kamnech, že jo. Pořád a pořád si na nich vaří, jsou na ně zvyklí. A sporák nechtějí....“ (Anežka)

„... Dali jsme jí svůj vaříč, protože ona na plynu se bojí, takže má svůj vaříč...“ (Doubravka)

„*Já jsem musel v první řadě rekonstruovat koupelny, to bylo nezbytné...*“

(Alexander)

„*No, prostě nejvíc byl problém s tím nájezdem do baráku.*“ (Milena)

Co se skrývá za ochotou pečovat, aneb jak se laik stane pečovatelem?

Ráda bych se pokusila vypátrat, co stojí za „rozhodnutím“ stát se domácím pečovatelem. Je to úkol náročný a sami respondenti často nedokázali slovy vyjádřit, proč vlastně o svého blízkého pečují. Došla jsem k závěru, že „rozhodování“ (pokud něco takového existuje, nedá se v žádném případě hovořit o rozhodování racionálním) o péči je záležitostí především emocí (Alice: „*To je snad to je všechno jenom vo citu.*“). Jak říká Anežka, podmínkou je „**cítit potřebu pečování**“:

„*No, ale sestra je o jedenáct let mladší a ona je prostě taková, taková žije pro sebe. ... ještě necejtí tu potřebu.*“

Pečující zároveň cítí, že by „neuměli“ nebo „nemohli“ dát opečovávaného do institucionální péče:

„*Už jsem to říkala, nemůžu. Nemůžu, protože ona mě taky nedala. Nevrátila, nedala. Vařila, prala.*“ (Doubravka)

„*Stojím prostě za tím, bych je nedala,...*“ (Alice)

Zodpovědnost

Naše rozhovory potvrdily sociálně-psychologickou tezi o tom, že primární a nezbytnou podmínkou prosociálního/altruistického chování je (po uvědomění si potřebnosti pomoci druhému) **přijetí zodpovědnosti** [Feldman 1985; 261]¹⁷. Z hloubkových rozhovorů je intenzita zodpovědnosti, kterou pečující za své blízké a jejich blaho cítí, dosti patrná. Jsem přesvědčena, že v „rozhodování“ o ne-/pečování, popř. zajištění jiné péče, hraje nejdůležitější roli právě silný pocit zodpovědnosti.

Zodpovědnost za péči přijali jak pečující poskytující osobní péči, tak pečující s neosobní péčí, každý svým způsobem, podle potřeb péče. **Pocity zodpovědnosti** jsou velmi **intenzivní**. Paní Alice své pocity vyjadřuje takto:

¹⁷ Viz kapitola 1.2.2.

„Jo, prostě já se nevyspím, když mam to. Protože v tu ránu, když je někdo u mě, nebo jak se říká, já se o někoho staram, tak já mam zodpovědnost a já v tu ránu nemusim spát.“

Pocit zodpovědnosti je dokonce silnější než strach ze smrti a umírání:

„... říkám je to hrozný, že vám umře doma, ale člověk si, ví, že prostě moh dělat, že do poslední chvíle mu pomoh, tak jako.“ (Dorota)

Bohdana své rozhodnutí komentuje následovně:

„Jako nechcete to nechat na nikom jiném, abyste si nedělali sami výčitky, jo, ...“

Tento výrok přesně reprezentuje jeden z důvodů, proč pečující **přejímají veškerou zodpovědnost za celou situaci péče pouze a zcela na sebe**. Jsou přesvědčeni, že mají zodpovědnost téměř za vše (kromě odborné zdravotní péče, kterou přenechávají lékařům), co se pečování týče. Paní Věra (neosobní péče) například ospravedlňuje i to, že nestíhá vařit otcí obědy (za což cítí zodpovědnost), jelikož pracuje. Snažila se mi vysvětlit, proč nevaří obědy ona sama:

„Von si nechal vobědy vobjednává si teda přes pečovatelskou službu, protože já vopravdu eště bych nezvládla v tejdnu vařit, aby sem mu nosila nějak vobědy a vařila, protože my voba dva se stravujeme v práci, takže, a sou dlouhý šichty do pěti až, takže to jako vůbec by to.“

Podobně ospravedlňuje objednávání obědů (pro matku) například paní Ilona.

Zdá se, že pečující chápou využití sociální služby jako přenechání své zodpovědnosti někomu jinému. Stejným způsobem chápou také odpočinek. Jakmile pečující hovoří o odpočinku či přenechání části péče profesionálům, cítí potřebu ospravedlňovat svá rozhodnutí a činy. I zde se pocit zodpovědnosti projevuje velmi silně.

Silný pocit zodpovědnosti se objevuje také u respondentů, kteří využívají domy s pečovatelskou službou – ani v takovýchto situacích se své zodpovědnosti nevzdávají a do domova pravidelně dochází a o rodiče pečují. Takto pečuje například paní Bohdana. Jak sama přiznává, zpočátku se jí nápad matky jít do domova s pečovatelskou službou nelíbil, považovala za svoji zodpovědnost postarat se o ni:

„... mě to mrzelo, že chce jít do toho domova s pečovatelskou službou. Říkala jsem si, jestli to za to stojí a proč tam chce jít, že se o ni postaráme.“

Velmi důležitou dimenzí kategorie zodpovědnosti se ukázala být **kontrola nad stavem opečovávaného**:

„Já mám aspoň teď nad ní tak jakoby dozor. Když by se něco stalo, tak má hned tu pomoc, že člověk někomu zavolá.“ (Zora)

Zde se tíha zodpovědnosti projevuje snad nejintenzivněji, a to převážně u pečujících, kteří poskytují osobní péči. Pečující se bojí opustit opečovávaného a ponechat ho o samotě (kvůli riziku zranění či jiné nehody nebo potřeby opečovávaného).

„... já se nemůžu, i když ehm na chvíli můžu jít nakoupit třeba tohle, ale jako přes noc toho člověka nemůžete nechat doma jako samotného, musí pořád někdo u něj jako bejt...“ (Milena)

Pokud už se tak stane a na chvíli se vzdálí, plíživý pocit zodpovědnosti je dostihuje i v nepřítomnosti opečovávaného (snad ještě silněji). Pečující tedy svým způsobem „v duchu pečují“ i v nepřítomnosti opečovávaného. Například Ilona řeší tuto situaci následovně:

„... ten telefon mu dám ... tak mu ho nechám na stole, no a prozvoním ho a on mi zavolá zpátky. Že je v pořádku, a že za chvíli sem doma. ...“; „... protože ho tady nechci nechat samotného no. Stejně prostě bych nebyla v klidu, chápete.“

Alice svůj pobyt v lázních prožívala takto:

„... já jsem z nich neměla nic. Jednak mi nepomohly, a jednak já pořád, já nevím jak to říct, prostě já je nemam pod dohledem, nevím co se tu děje, vim, co by se mohlo stát a, jo... furt sem byla napnutá.“

Ze zodpovědnosti za péči **bývá vynechávána nejmladší generace**. Například Zora nechce na děti přenášet tíži péče:

„Já nechci ty děti nějak zatěžovat...“

Dorota přidává vysvětlení:

„Jsou mladý, že jo, tak mají ještě daleko do toho, no.“

Mladší generace tedy bývají od zodpovědnosti „uchráněni“:

„... a co se týče těch dětí, no, tak, radši myslím ne. Vzhledem k tomu, že má svojí rodinu.“ (Alexander)

Osobní povinnost, norma

Pečování je chápáno jako osobní povinnost (i když pečující toto slovo neradi používají) vůči rodičům/partnerům, povinnost ve smyslu toho, že situace je takto prostě daná a mělo by to tak být. Je to tak správné. Tato povinnost vyrůstá z příbuzenského/rodinného pouta, které mezi rodiči a dětmi či mezi manžely/partnery existuje. Je to norma.

„... jsou to rodiče nebo moji příbuzný, je to povinnost, že jo. Nebo povinnost, já to neberu jako povinnost, ale, že to tak má být ... takhle to má být, no, to víte, že by to tak mělo být všude.“ (Anežka)

„No já tvrdím, že děti se mají vždycky postarat o svoje rodiče...“; „... je to moje povinnost.“ (Alexander)

Dobry pocit a cisty svedomi

Jistou formou odměny je pro pečující dobrý pocit a čisté svědomí.

„... Dává mi to, ne že bych z toho měla radost, říká se: „máme pomáhat s radostí“, třeba je to radost, ale taková tichá radost víte.“ (Ilona)

„... to je takovej pocit, kterej byste prostě to, to nejde vyčíslit v penězích.“ (Milena)

Abychom lépe pochopili motivace pečujících, pokládali jsme jim tuto otázku: „Co Vás vnitřně posiluje? Co Vás ubíjí?“ / „Co vám péče dává a co vám bere?“ Odpovědi byly podobné výše zmíněným a nabízejí tak dobré shrnutí této části. Odměnou pečujícím je především již výše zmíněný **dobry pocit** (Věra: „... a nakonec mam z toho vždycky dobrej pocit, že sem tam šla a že sem ho vyslechla, že sem mohla tohleto pro svůj takovej nákej dobrej pocit, ne kvůli tomu, že to musím ale že to chci udělat.“) či **morální uspokojení a cisty svedomi** (Alexander: „Určité morální uspokojení, že jsem naplnil to svoje poslání, kdyby už se něco stalo do budoucna, tak si myslím, že jsem udělal, co jsem mohl.“), **radost z dávání radosti druhému** (Anežka: „... víte že se říká že má mít člověk radost, když něco dá, tak. A já si myslím, že dávám radost.“).

Labour of love

Další nezbytnou emocí, podle pečujících, je láska a umění vcítit se do situace opečovávaného (empatie). Pečující se o svého blízkého starají z lásky tak, jak o tom hovoří Graham. [Graham 1983]¹⁸ Jsou rádi, pokud mohou svému blízkému pomoci a pokud v něm dokážou vyvolat radost.

„... on má radost, jo, tak já mám taky radost. Já to dělám z lásky ne z donucení.“ (Anežka)

„Já to dělám čistě teda, že jo. Že ho mám ráda, že z lásky...“; „... To je láska. Jestli víte, co je láska. Jo. Bez tý by to nešlo. Prostě by to nešlo.“ (Ilona)

¹⁸ Více také v kapitole 1.2.1.

„Je to hrozný takhle zůstat. Když se tam podívám na ty, na ty babičky, když tam jsou jako v těch [město], je to hrozný. Říkám to je snad nejhorší, co může člověka potkat.“

(Anežka)

Samozřejmost, přirozenost, reciprocita

Pečování o rodiče či partnery je pro pečující samozřejmé a přirozené. Asi nejvýstižněji vyjádřila přirozenost svého pečování Zora:

„No tak jako je to máma, tak se jí člověk snaží pomoci, jak může.“

Ale i ostatní respondenti vyjadřují samozřejmost i přirozenost jejich pečovatelských rolí.

„To každej dělá rád a že jo to je samozřejmost.“ (Věra)

„... To jako já říkám, já to беру za normál. I když to není někdy lehký...“; „Já to беру jako přirozeně no...“ (Ilona)

V rozhovorech se objevuje také dimenze reciprocit, obzvláště u vztahů rodiče - děti. Děti by měly oplatit svoji výchovu rodičům tím, že se o ně ve stáří postarají tak, jak to naši pečující dělají.

„... no takhle to je druhá věc, jak se ty rodiče taky chovali k těm dětem, že jo. ... ale když se k nim chovali, když se o ně starali, tak přeci my se musíme postarat vo ně, jako naše děti by se jednou měly postarat zase vo nás. Bůh sud', jak dopadneme, že jo, ale mělo by to tak fungovat. Tak to kdysi fungovalo, že jo.“ (Anežka)

Postoje k „nedomáci“ péči a výhody péče domácí

Nejlépe bývá podstata věci vyjadřována ve srovnání s její alternativou či protikladem. Abychom zjistili, co je podle respondentů na domácí péči esenciální, položili jsme jim otázku na porovnání výhod a nevýhod domácí a institucionální péče (viz Příloha č. 14). Samozřejmě i tyto faktory ovlivňují „rozhodování“ o domácí péči. Institucionální péče je chápána jako „cizí“. Respondenti s oblibou popisují umístění seniorů do nějakého zařízení jako „odstrčení“ či „odložení“. Nezřídka se objevuje přirovnání k „čekárnám na smrt“. Domácí péče je v tomto smyslu **důstojnější a svobodnější.**

„... Já to v ničem jiném nevidím, protože jestli to vyperu já nebo to vypere nějaký sociální ten. Jako proto si myslím, že ten pocit jejich je, že maj z toho, já nevim, že

jsou spokojenější, že se ty děti vo ně postaraj, že jo, než že zůstanou někomu cizímu na krku.“ (Anežka)

„Přece jenom se tady nadřely a maj tady svoje zázemí a bylo by to vůči nim nefér, je tady odložit.“ (Alexander)

„Ale von asi by to špatně snášel. Jo, von chce bejt takovej svobodnej, chápete.“ (Ilona)

„... to sou čekárny na smrt, jo.“ (Milenin manžel)

Respondenti poukazují na lepší kvalitu péče, která je **emocionálně podpořená**, tudíž komplexnější, jedná-li se o domácí péči. Domácí péče se také **dokáže přizpůsobit potřebám seniora** (jak jsem zjistila též v první fázi výzkumu)¹⁹.

„Že je to pořád jenom o tom, že je to na profesní bázi, kdežto u té péče s těmi rodinnými příslušníky je to vedle té profesionality, která se časem vytvoří, je to i o citu. A to prostě je nenahraditelné. Rodina je nenahraditelná v tomhle tom.“ (Alexander)

„... nejenom zajistit základní potřeby, ale zajistit i toho ducha.“ (Věra)

„... Prostě, že mu člověk poskytne to, co on si třeba řekne, že jo, nebo to. Tam nemají jenom jeho, je jich tam zas hodně, nemůžou se jim tak věnovat jako doma, no,....“ (Dorota)

Nespornou výhodou, podle respondentů, je právě samo **domácí prostředí**, na které jsou senioři zvyklí a ve kterém se dobře orientují (pokud samozřejmě zůstanou ve svých domovech).

„No, člověk je doma, cítí se ve svém. Tam je to zase o tý psychický stránce, že to některý lidi zase těžko snášej, že ten přechod do toho domova důchodců... To vlastní prostředí je pro ty lidi určitě dobrý.“ (Bohdana)

V neposlední řadě vidí pečující výhodu v tom, že, kromě prostředí, ani hlavní **pečovatel opečovávanému není cizí**, což samozřejmě úzce souvisí s emocionální podporou při pečování, jak jsem výše zmínila, ale také s problémem intimity.

„Ale ta domácí péče, když se staraj ty děti, tak je to určitě lepší, než když se stará cizí člověk. Protože ten cizí člověk pořád má svoje. Takže to bere jako práci.“ (Doubravka)

¹⁹ Viz kapitola 2.1.3.

„Protože lidi přece jenom... každej člověk, třeba ehm ten stud nebo ty věci jiný, jo teda v tý rodině se to prostě to nějak, no a když přijde po několika hodinách třeba někdo jinej tak a ted' tam třeba dělá, nějaký starý pán a vona tam přijde mladá holka no a ted'kon má dělat intimní věci nějaký.... Vono je to trapný pro voba tedy, jo.“ (manžel paní Mileny)

Jako nevýhoda domácího pečování bývá označován **nedostatek technického či odborného zázemí** domácího prostředí.

„... když sou na to peníze, tak je to asi lepší doma, jo, když si tam můžou pořídít nějakou tu polohovací postel, když maj na všelijaký ty léky, když maji různý ty přístroje... v tom asi ty ústavní potom sou třeba víc, je to asi lepší, jo, ale ty poskytujou vopravdu jenom to základní, jako není tam to, asi je to pořád dokola.... takovou tu psychiku by mu moh dát každej a to je zase jenom doma“ (Věra)

Identita pečujících

Csikszentmihalyiho pečovatelské typy

Na základě průběhu rozhovorů samotných i jejich analýzy jsem získala dojem, že respondenti, se kterými jsem mluvila, nápadně připomínají ty, které Csikszentmihályi označuje jako „autotelické osobnosti“. Základ takových osobností tkví v pružnosti pozornosti. Takoví lidé mají schopnost těšit se z různých situací a zároveň ztlumit vnímání jiných podnětů a plně se tak soustředit na daný okamžik.²⁰ Dokážou se radovat ze situací, které by jiným lidem připadaly nesnesitelné, umějí totiž přetvořit i trýznivé podmínky v úsilí, které je jak snesitelné, tak radostné. Jinak řečeno: bezútesnou situaci promění v subjektivně kontrolovatelný prožitek. Věnují pozornost i maličkostem a nacházejí v nich možnosti pro svoji činnost. Tito jedinci v sobě našli přání mít aktivní vztah ke světu i za nepříznivých podmínek. „Někteří lidé se narodí se zaostřenějším a pružnějším neurologickým vybavením, nebo mají štěstí na rodiče, kteří v nich povzbuzovali nesobeckou osobnost, nezaměřenou výlučně na sebe.“ [Csikszentmihályi 1996; 127-140]

Převvedeno na naše pečující respondenty, bych jejich charakteristiky ještě upřesnila a doplnila takto:

²⁰ Autotelické osobnosti mají podle Csikszentmihályi větší schopnost dosáhnout stavu, který nazývá „plynutí“. Ten spočívá v optimálním prožívání situace, v němž jedinci mají kontrolu nad svou psychickou energií. [Csikszentmihályi 1996]

- Jsou to organizátoři. (Anežka: „*Vy to vždycky všechno jako zorganizujete a koordinujete, rozumím tomu dobře*“ – „*No...*“)
- Kromě „svého“ opečovávaného se starají ještě o potřebné v okolí. Tato práce je baví. (Milena: „*... jak někdo zavolá, třeba du i tak soukromě pomoct, protože vědí, jak mám zacházet s vozejkem, jako toho dotyčného, kterej je nějak jináč postiženej a todle, kam jak chytit...*“; „*... hospic mě překvapil... A tam bych šla hned dělat...*“; „*Nó, jako když potřebujou, třeba ted' pani byla jedna, co pani [jméno] mi zavolala, abych šla, a pani chtěla skákat z vokna tak sem tam za ní zašla, bylo to kousek...*“; dále také například Zora, Alice, Anežka nebo Ilona)
- Svoji roli „pečovatele o všechny“ chápou jako danou, přirozenou. Nepřemýšlí nad ní. (Anežka: „*Já si myslím, že už mě je to daný. Já nevím si myslím, že to tak má bejt, já o tom nepřemýšlím.*“)
- Jsou občansky aktivní. (Alice: „*... na městskym úřadě zasedám v sociální komisi... máme schůze tam se projednávaj ty právě takový ty starší lidi...*“; ale také například Ilona nebo Milena)
- Pečování nevnímají jako zátěž, popř. se s těžkostmi dokážou poměrně snadno vyrovnat. (Anežka: „*Já to neberu jako zátěž takhle, pro mě to není zátěž. Já to dělám, protože to dělám ráda, že jo. Jsem ráda, když jim udělám radost. Jsem ráda, když jim můžu něco donést.*“)
- Jsou optimisticky založení. (Alice: „*Všechno se dá řešit, no... Aspoň já si to myslim. I když mi můj syn říká, že jsem utopista, že si prostě idealizuju prostě svět, že nevěřim, že každej člověj je špatnej, že furt hledam v každym dobro, jo, ale, já si to tak myslim, já to tak cejtim no.*“; „*... v každým je něco dobrýho. Všechno se dá otočit vždycky k dobrýmu.*“)

Samozřejmě ne všichni pečující z našeho souboru mají všechny charakteristiky, které jsem zde vyjmenovala. Spíše bych tyto vlastnosti chápala jako škálu, na které se respondenti z našeho souboru pohybují. Někteří naplňují všechny tyto podmínky, jiní jen některé. Asi nejlepšími reprezentanty (tzn. jsou to respondenti, kteří mají nejvíce či všechny tyto charakteristiky) tohoto typu pečujících jsou především Milena a Alice. O něco méně pak Ilona nebo Zora.

Kdo je dobrým pečujícím?

V rámci rozhovorů jsme pečujícím položili též otázku, jak by měl, dle jejich názoru, vypadat ideální pečovatel²¹ (viz Příloha č. 14). Domnívám se, že nám pomohla trošku odkrýt svět pečujících a to, jak vnímají pečovatele a v podstatě i sami sebe.

Také v tomto ohledu se jasně potvrzuje koncept „práce (z) lásky“²². Respondenti zdůrazňují především **emocionální předpoklady** dobrého pečujícího, jakými jsou láska, umění vcítit se do druhého, dobrý vztah k lidem a další.

„Protože to dělá taky rád a má rád toho, o koho pečuje.“; „... musí to dělat, já nevím, no, s láskou asi.“ (Anežka)

„Hlavně cit k lidem...“; „... To je snad to je všechno jenom vo citu.“ (Alice)

„A pochopitelně člověk, kterej se... a dokáže vcítit do druhého člověka ne.“ (Milena)

Citová role, angažovanost či pocit poslání bývají zdůrazňovány ve spojitosti s finančním nedocenením pečovatelů. Dle respondentů **se nedá pečovat pro peníze, pečovat se dá pro city.**

„Jo, to sou jenom lidi, který prakticky sou pro to zanícený, který nějak to, ale většina těch lidí se potřebuje uživit svojí rodinu a aby to bylo nák finančně ohodnocený takže.“; „... by to bral jako poslání jako nákou misi nebo něco takovýho že že je mu to daný...“ (Věra)

„To víš, ne každej má to štěstí, že tim lidem se najde nákej člověk, kterej se dá se říct obětuje, nebo, no, nemusí se ani obětovat, prostě kterej nehoní kariéru a dá přednost rodině před nákou prostě, jo.“ (Milena)

Mezi hlavní dovednosti dobrého pečovatele patří umění **nedat opečovávanému najevo, že je mu na obtíž** nebo že se mu zrovna pečovat či dělat jiné úkony spojené s péčí nechce.

„... takovýhle lidi by se měly umět do toho vcítit a musej mít ohromnou trpělivost a i když jim něco nevoní nedat to v životě najevo před těma lidma...“; „... ten člověk to nesmí z něj poznat, že mu něco vadí, to by měl mít.“ (Alice)

Co se týče **vlastností**, které by měl ideální pečovatel mít, dominuje zde hlavně **trpělivost**:

²¹ V analýze jsem nerozlišovala profesionální či domácí pečovatele, neboť se představy o charakteristikách téměř nelišily.

²² Viz kapitola 1.2.1.

„Hlavně musel by být trpělivý. Protože to je někdy o nervy s těma lidma starýma.“
(Alexander),

ale také **tolerance** (Milena: „Aby to byl člověk tolerantní.“) a **silná osobnost** (Milena: „To musí bejt člověk, kterej to musí ustát, ten to musí ustát ten člověk, nemůže, nemůže prostě, jo, počítat, že sloužit ja nevim, kterej lidem, jo, trpícím, jo, a který budou slušný na něho.“).

A jak jsou na tom „profesionálové“?

Zaměstnání profesionálního pečovatele je vnímáno jako namáhavé a obdivuhodné, takové, které nemůže dělat každý (např. Anežka: „No, že klobouk dolu.“). V této otázce se objevuje velká skromnost pečujících, kteří mnohdy sami velmi odborně pečují, ovšem jsou přesvědčeni, že by zaměstnání profesionálního pečujícího nezvládli. Snad je to dáno také pověstnou úctou ke „světu profesionálů/expertů“, který je pro dnešní společnost tak typický. (Věra: „Já bych to asi nezvládla.“)

O náročnosti pečování svědčí také fakt, že pečující sami neodsuzují ty, kdo se rozhodli nepečovat o své rodiče nebo partnery doma, neboť vědí, jak těžké zvládnutí takové péče je, a podle svých slov „na to nemá každý“. Podle respondentů je však třeba rozlišovat mezi případy, kdy se děti o své rodiče/partneři o své partnery nestarají vůbec, takové jednání je totiž dle respondentů odsouzeníhodné. Z toho vyplývá, že pokud rodinný příslušník svým způsobem přijme zodpovědnost za péči a o potřebného se postará, byť tak, že mu zajistí institucionální péči, je to v očích pečujících v pořádku.

„... Neodsuzuju. Sama bych to nedoporučila. Protože vám to sebere kus života...“;
„... To opravdu je hrozně náročný...“ (Doubravka)

Obětování se

V úvodu této práce jsem definovala altruismus jako „chování, při kterém jednotlivec pomáhá, a toto chování je prospěšné ostatním, ale vyžaduje sebeobětování na straně pomáhajícího.“ [Feldman 1985; 237, originál v anglickém jazyce, přeložila L. M.] Stejně jako z dotazníků, i z kvalitativních rozhovorů je patrné, že jednání pečujících je altruistické a přináší sebeobětování se.

Čas a svoboda rozhodování o něm

Čas figuruje především v neosobním pečování, což je vcelku přirozené, neboť osobní pečující, na rozdíl od pečujících neosobních, věnují péči většinou veškerý svůj čas, tudíž přijímají pečování za své „normální“ trávení času. Neosobní pečující povětšinou nemusí věnovat péči všechn svůj čas, rozdělují ho ještě mezi další aktivity (např. chodí do práce, starají se o děti atp.), proto jej osobní pečující mohou vnímat jako nedostatkový (viz Alexander [osobní péče]: „*Tu energii. Nic jiného bych tak jako neviděl. Čas. Ten problém nevidím. Ale tu energii. To vyčerpává.*“). Jak vyplývá také z analýz první fáze výzkumu, pečující se v největší míře vzdávají všeho, co se týká času, který by mohli věnovat sobě, ale kvůli péči jej obětují. Také kvalitativní rozhovory potvrzují, že se „čas na sebe“ stává při pečování vzácným statkem. Do této kategorie spadají především **dovolená** (Bohdana: „... *nemůžu si říct teď pojedu na dovolenou, nebo teď pojedu támhle...*“), **svoboda rozhodování o vlastním čase** (Bohdana: „... *Že nemůžeme žít nějakým tím volným životem, to určitě ne...*“), **čas na sebe** (Zora: „*Já bych třeba ráda si sedla k televizi, koukala se na televizi, ale mamí zase potřebovala tu společnost, no tak jako...*“).

Pečující (hlavně ty „aktivnější“) se snaží zachovat si alespoň některé své koníčky, například Alexander, který se věnuje běhu na lyžích, nebo Milena, která chodí plavat a věnuje se šití, nebo Alice:

„Naopak, já vlastně díky tomu, že jsem se ještě víc držela doma, já vyšívám, maluju, takže já pořád sem, mam jako ty ruční práce tak ňák to...“

Aby mohli poskytovat péči, musejí se pečující (ve skupině osobní i neosobní péče) dle svých slov **vzdát** určité **svobody**, „svobody volného života“, jak výstižně podotkla Bohdana.

Vztahy s okolím

Někteří respondenti v jistém smyslu obětovali „dobré vztahy“ s okolím.

„... jsem podrážděná. Moji synové mi říkají „mamí, co se to s tebou stalo?“ já říkám „kluci já za to nemůžu, je toho na ma moc.“; „... Nebo hrozně návštěvy jí vadily. Návštěv jsme se museli vzdát.“ (Doubravka)

„... Jakmile se rozhodnete pro něco a obětujete se tomu, tak musíte z něčeho jiného ustoupit. A jak říkám, přenáší se to kolikrát na ostatní.“ (Alexander)

„No, a s těma příbuznejma se teda asi moc nestýkáte.“

„Nestýkám, protože nemůžu. Nemůžu se stýkat...“ (Ilona)

Soukromí

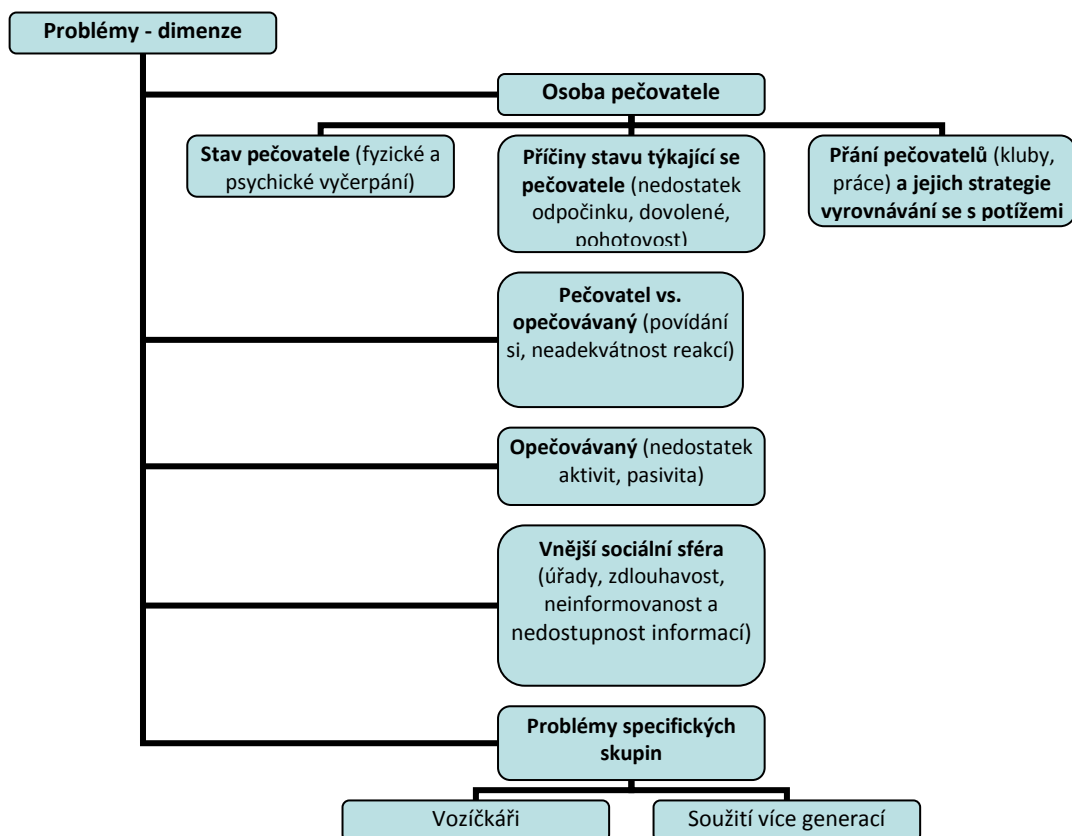
Obětování soukromí se týká převážně manželských párů (například Doubravka nebo Zora).

Pečující svých „obětí“ v žádném případě nelitují. Naučili se s omezeními danými péčí žít a chápou je jako samozřejmou součást procesu pečování.

„Je to taková překážka jako, ale člověk, když je to delší dobu, tak si člověk na to nějak zvykne, že je to součástí života, že s tím žijete.“ (Bohdana)

Potřeby a problémy z hlediska pečujících

Pečující definovali několik problematických oblastí, které jim ztěžují pečování. Pro účely analýzy jsem problémy, se kterými se pečující potýkají, rozdělila do následujících kategorií: a) problémy týkající se osoby pečovatele; b) problémy vycházející z interakce pečující vs. pečovatel; c) problémy související s potřebami opečovávaného (z hlediska pečujících); d) problémy přicházející z vnějšku (sociální sféra); e) problémy typické pro specifické skupiny. Nutno podotknout, že výše zmíněné oblasti problémů se samozřejmě prolínají a nelze oddělit jednu od druhé. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že všechny tyto dimenze mají vliv na osobu pečujícího a její stav. Pro lepší představu, jsem se pokusila nalezené dimenze a vlivy zakreslit do obrázku:



Obrázek 1 - Problémy z hlediska pečujících

Problémy týkající se osoby pečovatele

Problémy týkající se osoby pečovatele se v každém rozhovoru opakují, potvrzují je též výstupy první části výzkumu²³. Mohli bychom je rozdělit na „stav pečujícího“ (psychické a fyzické vyčerpání), „příčiny tohoto stavu týkající se pečovatele“ (nedostatek odpočinku, dovolené, neustálá pohotovost) a na „přání pečujících“ (kluby, práce).

Stejně jako v dotaznících, i v hloubkových rozhovorech respondenti deklarují fyzickou i psychickou vyčerpanost. Problém **fyzického vyčerpání a ne zcela dobrého zdravotního stavu** je znám již z dostupné literatury (např. [Jeřábek 2005; 14]). Kvalitativní rozhovory jej opět potvrzují.

Co se týká **neosobní péče**, někteří pečující nehovoří o vážnějších zdravotních problémech, spíše o únavě. Jiní ale péči po fyzické stránce zvládají hůře. (Paní Věra je v tomto ohledu výjimka, neboť už má za sebou dvojí osobní péči. Řadím ji v tomto směru tedy spíše k osobně pečujícím.) Obě skupiny mají tendenci své

²³ Viz kapitola 2.1.3.

zdravotní problémy či vyčerpání bagatelizovat nebo přecházet. Jako například Anežka:

„No, tak unavená bejvám, no, ale to asi tak moc neřeším.“

Osobní pečující pociťují zdravotní problémy poněkud intenzivněji. Osobní péče totiž bývá spojena s fyzickou manipulací s opečovávanou osobou.

„Protože jakmile lehnu, nemůžu prostě bolesti, nespím... Já sem teda teďko taky dost závislá, taky sem dřív tolika prášků nebrala.“ (Alice)

Psychickou náročnost pečování nalezneme jak ve skupině neosobně pečujících, tak ve skupině pečujících osobně s tím, že u osobních pečujících je psychická zátěž samozřejmě intenzivnější, dostává se až do roviny depresí.

„... já teda beru i antidepressiva, protože sama se sebou mam dost problém, já sem po třech operacích páteře, byla sem v láních a nic nepomohlo...“ (Alice)

„... A teď jaký máte depky...“; „... Někdy propadnu prostě do takovýho stavu, jako by vyhoření. To říkám hodně. Ale zase prostě se ňák vyškrábu... Protože to máte, to máte defakto 24 hodin denně.“; „A měla jsem i takový ošklivý myšlenky kolikrát jako takovy jaký jsou takový ty v těch různých filmech že se z té lásky zasebevražděj.“ (Ilona)

Psychická vyčerpanost může být **vyvolána například neadekvátními reakcemi opečovávané osoby**.

„Protože už to třeba hraničilo s tím, že já jsem se pokládala s psychikou. Že už to bylo na doraz. Že mi dnes a denně předhazovala to, že si mě vzala. Tam už to prostě, já už jsem to nemohla vydržet chvílema...“ (Doubravka)

Také u **psychických problémů** se objevuje **snaha tyto neprojevat**, pokud možno.

„No, jak říkám. Někdy jako úplně naprosto v pohodě a někdy toho člověk má až nad hlavu, ale to jako nedávám najevo. (smích)“ (Zora)

Pečující postrádají psychickou oporu „z vnější“:

„Jednak ty psychologové, který člověka podpořej, to tady taky schází. Jo. Který je podpořej, který jim řeknou co a jak.“ (Bohdana)

Zdravotní problémy řeší pečující samozřejmě léky (např. Dorota: *„Včera už jsem říkala, no, já nepudu ani do města, protože tady to klouzalo, no tak jsem si potom vzala prášek, tak mi to povolilo, tak jsem to dočochtala, tak ráno tady aspoň pro chleba.“*). Ale **jak se naši pečující vyrovnávají s těžkostmi psychického rázu?**

- Každý má své strategie. A je jich mnoho. Respondenti opakovaně zdůrazňovali, že jejich vyčerpání jim kompenzuje **projev radosti u opečovávaného**:

„... ale prostě když už je toho trošku na mě moc, tak sem vopravdu bych byla schopná si třeba i šáhnout na život nebo todle, ale to všechno zase potom když vidím rodiče, tak všechno tak ňák se dá.“ (Alice)

Někteří na nepříjemnosti prostě **zapomenou a „jedou dál“**.

„Já mám takovou zvláštní vlastnost. Já to zapomenu.“ (Doubravka)

Pokud pečujícím zbývá čas na **„koníčky“**, odreagovávají se při nich.

„Baví to, že mě to nahrazuje ta zahrada. Ty kytičky, rozkvetlý růže, protože jsme si to s tím manželem tu zahradu udělali opravdu pěkně, takže to. To mě to vynahrazuje.“ (Doubravka)

Pro některé respondenty je **lékem čas**.

„A co vám pak dá impuls, že se zase zvednete a pokračujete dál?“

„Já nevím, asi čas.“ (Bohdana)

Několikrát se objevila též **strategie „zavřených dveří“**, která spočívá v přerušení kontaktu s opečovávaným. Objevuje se jak v případě náhlých konfliktů (např. hádek), tak také u dlouhodobější vyčerpanosti.

„Takže říkám, oni opravdu zapojí tu svoji obrazotvornost a jedou. Takže vy buďto vydržíte anebo musíte zavřít ty dveře.“ (Alexander)

V souvislosti se zátěží a vyčerpáním se v odpovědích pečujících také objevuje **smířenost s osudem** a se svojí životní situací.

„Já prostě ten život tak беру. Tak to je.“ (Doubravka)

Dalším z problémů, se kterým se pečovatelé musejí potýkat, je **nedostatek odpočinku** (jak se opět ukázalo již v první fázi výzkumu).

„Kolikrát si říkám, že by člověk potřeboval i vyjet někam na dva dni se odreagovat úplně.“ ... (Bohdana)

S tím souvisí také potřeba a nedostatek **dovolené**:

„No že to není jako voceněný, že prostě i dyž sme doma, tak my vlastně, když to vemete my nemáme dovolenou žádnou... Protože my vlastně všude sme spolu, že jo.“ (Milena)

Ve skupině osobní péče se silně projevuje myšlenka **neustálé čtyřadvacetihodinové pohotovosti**, o které jsem se zmiňovala již v kapitole týkající se zodpovědnosti. Tato, z pohledu pečujících, forma „nesvobody“ či „svázanosti“ je

úzce propojena s intenzivním pocitem zodpovědnosti a strachu o opečovávanou osobu:

„... A nemůžete nikam jít, prostě ste doma... Prostě je to, musíte pořád bejt v pohotovosti, i v noci.“; „... tak sem tam občas za ní zajela. No, a už si moc netroufám, protože sem tam jednou odjela, přišla sem domu a [jméno manžela] ležel hodinu na zemi. Takže se taky bojím jo. Chápete, nemůžete jenom na ten nákup, jo, protože pořád ste, jo.“ (Ilona)

V rámci řešení svých potíží by pečující uvítali jakési **kluby pro domácí pečující**, tedy sdružení, ve kterých by se domácí pečující scházeli a mohli si vyměňovat své pocity, problémy apod. V takových klubech by pečovatelé viděli jistý druh opory, samozřejmě by taková setkání poskytovala i určitou terapii. Respondenti cítí potřebu sdílet starosti s lidmi, kteří mají podobné problémy.

„... kdyby bylo něco, jako je třeba diabetické klub, tak kdyby bylo něco pro tyhle ty lidi, který pečujou, aby se dostali mezi ty lidi... Pro pečující. Aby se dostali mezi lidi, aby si mohli říct svoje problémy jako, vyřikat si to. Udělat si na sebe, třeba tím, že by se dostali pryč na tu hodinku dvě, tak by se odreagovali a zase by načerpali sílu... že když si lidi dokážou popovídat, tak úplně zjistíte, že ty vaše problémy jsou prkotina. A úplně máte úplně jinej náhled na ten život a jako i vztah k tomu člověku.“ (Bohdana)

Pečující projeví též přání nalézt si **práci**, která by umožňovala jak pečování, tak menší přivýdělek (např. práce z domova). Pečující si nejsou jisti svoji finanční situací, svým zabezpečením ani svou budoucností.

„Kdyby byla aspoň nějaká jistota, když ty lidi musej zůstat doma, tak kdyby měli nějakou jistotu, že třeba když maj takhle nemocnýho člověka, že třeba aby měli možnost na půl úvazku pracovat, nebo kdyby vám ten zaměstnavatel dal nějakou záruku třeba se vrátit.“ (Bohdana)

Pečovatel versus opečovávaný

Nyní se dostáváme ke kategorii pečovatels versus opečovávaný. Zajímavým zjištěním, které rozhovory přinesly, je, že pro pečující se ukazuje být velmi náročné **„povídání si se seniory“**, to bývá často zmiňováno a paradoxně označováno jako za nejtěžší a největší „zátěž“ pro pečující:

„To třeba někdy člověk nemá náladu si povídat. A ono s ní se ani povídat nedá.“ (Doubravka)

Na rozmlouvání se seniory pečujícími totiž většinou ani nezbyvá čas. Mají-li někoho, kdo je zastoupí v této roli, získají nějaký čas „sami pro sebe“, například v té době chodí do práce jako paní Zora, která k tomu po určitou dobu využívala profesionální pečovatele:

„Já jsem potřebovala jenom to, že si s tou mamí povídají. Jinak to ostatní jsem všechno pořídila...“

Pečovatelé často pociťují **neadekvátnost reakcí opečovávaného**. Tato nepřiměřenost zahrnuje jednak jistou formu agrese opečovávaných, dále také jejich častou uzavřenost a nezájem o okolní svět či nedocnění práce pečovatele, což souvisí také s odmítáním určitých nabídek pomoci pečovatelů, jak je patrné ze slov respondentů:

„... oni začínají být agresivní, začínají, začínají být i takový jako nedůtkliví neto..., podrážděný, litujou se a právem.“ (Věra)

„... je to práce, která jako není doceněná tím dotyčným...“ (Milena)

„Protože do lázní bábu nedostanu, to říkám na rovinu ...taky bych jí ráda, že jo, když to je vždycky mamí pod' je hezky. Nemůžeš, sem mrzák, já povídám neboj já si poradím tady ten kopeček není tak vostrej tam dyť, nikam nejedu. ... A je hotovo.“ (Alice)

V souvislosti s chováním opečovávaných seniorů používají respondenti často přirovnání k chování a péči o děti - např. Alice, Alexander nebo Zora:

„Mámě je 77, takže taky má svý. Jednou to chce takhle, podruhé takhle. No a když tě neposlechne dítě, tak mu vynadáš nebo nařežeš, ale tý mamí nemůžeš. Furt po dobrým, furt po dobrým. No.. (smích)“

Potíže týkající se opečovávaného

S chováním seniorů úzce souvisí (z hlediska opečovávaných, a sice převážně v neosobní péči) **nedostatek aktivit/volnočasového programu** pro seniory. S tím ovšem jde ruku v ruce problém **pasivity starších občanů**, kterou pečující také velmi často zmiňují.

„... Ona jenom sedí a kouká. Ji vlastně vůbec nic nebaví. Ji nedonutíte. Já říkám „proč si nepustíš televizi?“ „Mě to nebaví“. Ona jak špatně slyší, tak jí to nebaví. Číst jí nebaví. Tak jsem třeba vyšívala, tak jsem do toho investovala, tak jsem jí koupila ty předtištěný ubrusy, aby vyšívala, ale jí to nebaví.“ (Doubravka)

Problémy přicházející z vnějšku

Nyní se dostávám ke kategorii „problémy přicházející z vnějšku“. Snad v každém rozhovoru je možné najít zmínku o **obtížnosti jednání s úřady**. Asi nejpálčivější je v tomto ohledu **zdlouhavost** a lačnost úřadů. Například Bohdana zažádala o příspěvek na péči. Výsledek je následující:

„Má o něj zažádáno, ale zatím jako nic se nevyřešilo. Už jsou to 4 měsíce a nic.“
... „Tak mi šlo o to, abychom měli průkazku, abychom mohli zaparkovat na místě pro invalidy.... Na to jsme čekali tři čtvrtě roku, než nám to vyřídili. Ty doby, než oni to vyříděj, to je katastrofa.“

Alice zase potřebovala vyměnit plášť v kole invalidního vozíku své matky, svoji zkušenost popisuje takto:

„... nověj plášť sem potřebovala... Co jsem absolvovala než sem sehnala čísla, na to sou snad tři různý čísla, pak jsem musela na rehabilitaci, pani doktorka mi to musela potvrdit, revizní doktoři mi to museli potvrdit, pak jsem teprve měla šanci dostat se do mety, vzít tam ten vozejk aby mi ho vopravili, což je něco příšernýho, a ten člověk bez toho vozejku bejt nemůže.“

Někteří respondenti hovoří o veliké nevěřičnosti ze strany úředníků. Takový byl například příběh paní Doroty a jejího manžela, o kterého pečuje:

„... mu na výboře říkali, no, zkuste podat odvolání. No tak jsme se odvolali, tak ho dovezli do [město], právě tam s nim jela i vnučka, ještě jsme si objednali auto, že jo. A dojeli tam, ten ho viděl a říká: „no to nemá cenu“.“

„A to jsem tam volal, jestli tam musím jet. Že nevím, jak se tam dostanu. To jste sám proti sobě, když sem nepřijedete, my to projednáme bez vás a hotovo. Tak jsme přijeli, zepředu schody, já byl na vozejku, to jsem ještě neměl tu (protézu), tak se tam nedalo zajet. Tak mě tam pouštěli dvorem. Tam byla fošna do prvního poschodí, fošna po schodech tak mě tam po těch schodech rvali nahoru. Ted'ko na mě přišla řada, otevřely se dveře, já vjedu dovnitř a pane [příjmení] nemáte na nic nárok. Já říkám, tak kvůli tomuhle jsem sem musel jezdit, jo?“ (opečováný)

Pro respondenty je téměř nemožné vyznat se v sociální sféře. Často je také obtížné získat jakékoli informace od kompetentních osob. **Neinformovanost a nedostupnost informací** považují za základní problém domácí péče z hlediska pečovatelů. Díky neinformovanosti bývají pečující i jejich „svěřenci“ ochuzeni například o zdravotní pomůcky či jiné výhody, na které mají z hlediska svého statutu nárok. Náročnost práce domácího pečovatele (z hlediska časového, fyzického

i psychického) a mnohdy technické překážky (převážně u obyvatel vesnic či menších měst) znemožňují pečujícím samostatné aktivní vyhledávání informací či vzdělávání se v sociální sféře. Respondenti například ani netuší, jaké jsou nabídky sociálních služeb:

„A dostáváte třeba nabídky nějakých služeb od nějakých organizací?“

„Organizace ne, ne já bych řekla, že tohleto nějak nefunguje, nějaký organizace. Jako aby se někdo staral, jako ani u doktora není, že by byly nějaký nabídky nebo, s tím se neseťkáte.“ (Bohdana)

Respondenti nevědí, na co mají nárok:

„No, a to sem se vlastně tak dozvěděla až k tý metě, že máma má po pěti letech nárok na nověj vozejk. Já sem se to dozvěděla, když už ho máma měla tamten sedm let. ... To právě pani doktorka taky nevěděla.“

„A na úřadě vám to taky neřekli?“

„Ne.“

„Na pojišťovně?“

„Ne.“ (Alice)

Problémy typické pro určité skupiny opečovávaných

Nyní se dostávám k problémům, které jsou typické jen pro specifické skupiny pečujících (a opečovávaných). Především u **manželů/partnerů žijících** v jedné domácnosti s opečovávaným se objevuje pocit **nedostatku soukromí** (jak ze strany pečovatele, tak ze strany opečovávaného), o kterém jsem již mluvila v předchozí kapitole:

„Spíš víc prostoru. Aby ta máma měla víc soukromí.“ (Zora)

V těchto případech o sobě dávají vědět problémy typické pro soužití více generací, jakými jsou výše zmíněný nedostatek soukromí či níže reprezentovaný problém **„dvou žen v jedné kuchyni“**:

„To znamená, že prostě kuchyně, aby, protože jsme obě dvě dominantní postavy. Takže koho bude kuchyně, kdo bude mít vedení nad kuchyní.“ (Doubravka)

Se specifickými problémy se setkáváme u **vozičkářů**, kteří, kromě „běžných problémů“ seniorů a jejich pečovatelů, **řeší problémy zapříčiněné invalidním vozíkem**. Jsou to převážně problémy **technického rázu**:

„To bylo keců kolem toho. To bylo keců, že to je zasahování do terénu a to.“ (manžel paní Doroty hovoří o výstavbě nájezdu do baráku)

„... celý to bylo prostě, že to chtělo rekonstrukci, tak sme zažádali na m.. na magistrátu vo příspěvek, voni řekli, že nam žadnej příspěvek nedaj... družstvo se od toho distancovalo... všichni v baráku brblaj, že prostě sme, že sme jako něco víc, že ten nájezd je jenom pro nás...“ (Milena)

Ale nalezneme i těžkosti způsobené nepříznivou reakcí okolí na invalidy:

„Vlastní sestra se stydí za vlastního bráchu, třeba deme ven, aby ho třeba na vozejku vezla a tak dále, tak jako prostě, ne, vem si ho, já jako, no, prostě to mě přijde ...“ (Milena)

S obtížemi kvůli vozičku se respondenti setkali i v nemocnicích, kde si personál nevěděl s takto postiženým člověkem vůbec rady.

„... to bylo neúnosné ty nemocnice, to ležel tó tak jako, už bych ho nikdy do nemocnice nedávala... ty sestry nevěděly, co s ním maj dělat, protože jako když do třičtvrtě je vohrnutej, tak voni nevědí co a jak...“; „A přišlo konzulium doktorů a sestry a teď řikali, přivezli jsme ho k posteli na vozejku, a doktoři koukali na mě a povidá, no, a jak ho tam dáte na postel, já povidám: „Bohužel já ne, jak vy ho tam dáte na postel... Tak jsem tři dni bojovala vo to, aby mu tu postel... za tři dni, to mi hlásily potom sestry v autobuse, že jako už máte manžela jako dole, že snížili mu tu postel, že moh z vozejku na vozejk přesednout“ (Milena)

Co by pečující uvítali?

V rámci kvalitativních rozhovorů jsme pokládali také tuto otázku: „Jakou profesionální pomoc byste nyní nejvíce uvítal/a? Co by Vám ve Vaší péči nejvíce pomohlo?“²⁴. Tuto otázku jsem se rozhodla zanalyzovat ještě zvlášť, mimo předchozí kategorie, neboť ji považuji za velmi důležitou. Odpovědi odrážejí problémy, o kterých pečující hovoří:

- **respitní péče** (Bohdana: „No, kdyby se člověk mohl spolehnout třeba na to, že když potřebuje někam odject, tak aby se o toho člověka mohl někdo postarat, tak aby existovala služba, na kterou byste zavolala, a tam by přišel člověk a o toho člověka by se vám postaral. Že byste mohla prostě na dvě hodinky nebo na tu dovolenou nebo tohleto.“)
- **finanční problémy** (Bohdana: „Třeba kdyby, protože už, baráček je půl matky, půl můj. My jsme teda byli nuceni, abychom ji nevyřvali z toho jejího

²⁴ Viz Příloha č. 14.

prostředí, tak když už jsme teda byli nucený se k ní nastěhovat a ten baráček předělat, aby se tam dalo fungovat dál... protože tam už opravdu nefungovalo vůbec nic, tak že by mohli vymyslet nějaký ty úvěry, takovýhleho rázu. Třeba s nějakým tím nižším úrokem.“)

- **společnost pro opečovávaného** (Věra: *„No možná, že by pomoh někdo kdo by třeba za tím tátou došel a řešil by s nim nějaký, že von by získal jeho důvěru a moh si s nim povídat... myslim si, že by mu to pomohlo, jak mě a jemu i víc, že by prostě měl někoho kdo si může s nim povídat.“)*
- **aktivity pro opečovávaného** (Věra: *„... kdyby třeba byly nějaký kluby něco takovýho, aby ho to zaujalo a von měl ten čas vyplněnej.“)*
- **vhodná práce pro pečujícího** (Alice: *„No, já bych potřebovala práci, to je jediná věc, at' mi nabídnou práci, at' seženou práci, aby lidi který se vo někoho staraj, mohli dělat teda aspoň doma.“)*

Při analýze rozhovorů jsem se samozřejmě snažila porovnávat potřeby „osobně pečujících“ a potřeby, o kterých hovoří „neosobně pečující“. Kupodivu jsem k výraznějším rozdílům mezi těmito skupinami nedospěla. Všechny dimenze, do kterých jsem kategorii problémů rozdělila, se objevují u obou typů pečujících. Snad jen co se týče psychické a fyzické zátěže, můžeme pozorovat stoupající intenzitu s náročností péče, což také potvrzují data analytické fáze výzkumu.

2.2.4 Shrnutí a dílčí závěry kvalitativního výzkumu (domácí pečovatelé)

Nyní ve stručnosti shrnu, k jakým dílčím závěrům jsem dospěla v kvalitativní fázi výzkumu.

Počátky péče

Potvrdila se hypotéza o tom, že k rozhodování o péči v racionálním smyslu nedochází, nýbrž je záležitostí silně emocionální (při čemž tento proces ovlivňují různé okolnosti jako například vztahy mezi opečovávaným a pečovatelem, vztahy v rodině, možnosti pečujícího a jeho rodiny) a vychází z intenzivního pocitu zodpovědnosti. Ten je pro „rozhodnutí“ o domácím pečování nezbytný a naši respondenti jej pociťují velice silně. O síle tohoto pocitu svědčí například to, že respondenti se cítí být odpovědni za vše, co se týká péče (přenechání některé její části profesionálním pečovatelům by znamenalo v jistém smyslu vzdání se této zodpovědnosti), a to 24 hodin denně. Ze zodpovědnosti na péči bývá omlouvána a uchráněna mladší generace.

K zodpovědnosti patří také pocit osobní povinnosti, která je dána rodinným poutem. Postarat se o rodiče či partnera je normou, k níž se pečující ujali být konformní. Mezi důvody pro domácí pečování patří pocit potřeby pečování a „odpor“ k umístění seniora do jakýchkoli jiných zařízení (to je chápáno jako jeho „odstrčení“), která na pečující působí velmi odcizeně a chladně. Pro pečující je starost o jejich seniory přirozenou, samozřejmou a reciproční. Aneb slovy pečujících: dělají to čistě z lásky.

Odměnou pečujícím bývá dobrý pocit, čisté svědomí, radost, kterou sami dali, a která se jim v jiné podobě vrací, a morální uspokojení plynoucí z toho, že dělají „co mají“, „co tak má být“.

Mezi respondenty vykryštovaly jejich specifické typy, které jsem s nadsázkou nazvala „Csikszentmihalyiho pečovatelské typy“. Mezi jejich hlavní charakteristiky patří následující: jsou organizačně schopní a této své schopnosti patřičně využívají, mimo jiné také k tomu, aby pečovali ještě o jiné potřebné (kromě svého seniora), svoji roli „pečovatele o všechny“ chápou jako přirozenou a péče pro ně není zátěží, jsou občansky aktivní a od přírody optimisté.

Péče u našich respondentů nastupovala převážně pozvolna, vyvíjela se stupeň po stupni podle stavu a potřeb opečovávaného. Při pečování dochází k přizpůsobování se opečovávanému a jeho potřebám, a sice ve dvou rovinách: v rovině personální (pečující si zvyká na svoji novou roli a učí se novým dovednostem, dochází k vyjednávání nových rolí a pozic jak ve vztahu opečovávaný - pečovatel, tak také ve vztahu pečovatel - partner/jeho rodina) a v rovině technické (nejrůznější úpravy prostředí, ve kterém opečovávaný žije, uzpůsobení přístrojů, které využívá).

K výhodám domácího pečování pak respondenti řadí především to, že tato péče je emocionálně podpořená ze strany příbuzného a také se nejlépe dokáže přizpůsobit potřebám seniora. Pečující ani domácí prostředí pak také není seniorovi cizí. Jediné nevýhody domácí péče spatřují respondenti v jejím případném nedostatečném technickém nebo odborném vybavení.

K „profesionálním“ pečovatelům chovají respondenti patřičnou úctu a často se domnívají, že oni sami by jejich zaměstnání nezvládli vykonávat.

Respondenti neodsuzují ty, kdo se rozhodli pro institucionální péči pro své blízké, neboť z vlastní zkušenosti vědí, jak je domácí pečování náročné, a podle jejich slov „na to nemá každý“. Odsouzeníhodní jsou však ti, kdo se své zodpovědnosti za péči neujali vůbec.

Dopad na pečující a řešení

Jednání pečujících jsem označila jako altruistické, neboť je prospěšné okolí a sami pečující mu přináší velkou oběť. Především péči obětují veškerý svůj čas (dovolenou, čas na sebe) a možnost rozhodovat o něm. V některých případech je nutno obětovat také dobré vztahy s okolím (ať už je to způsobeno reakcemi opečovávaného či pečovatele). U manželů/partnerů je pak v případě společného bydlení nutno obětovat své soukromí. Pečující však svých obětí nelitují, jsou součástí péče a jsou tudíž přirozené.

Potíže, se kterými se pečovatelé, dle svých slov, musejí vyrovnávat, jsem rozdělila do následujících oblastí:

a) problémy týkající se osoby pečovatele (fyzické a psychické vyčerpání [až deprese], jejímiž příčinami jsou podle pečujících: nedostatek odpočinku, dovolené, neustálá pohotovost, neadekvátnost reakcí opečovávaného; mohly by být vylepšeny těmito opatřeními: kluby pro pečující, práce pro pečující);

- b) problémy vycházející z interakce pečující vs. pečovatel (za obtížnou bývá označována především komunikace se seniorem);
- c) problémy související s potřebami opečovávaného (z hlediska pečujících: jeho pasivita a nedostatek aktivit, v případě neosobní péče především);
- d) problémy přicházející z vnějšku (hlavně obtížnost a zdlouhavost jednání s úřady a jejich častá nevstřícnost, nedostatek a nedostupnost informací a nemožnost vyznat se v sociální sféře);
- e) problémy typické pro specifické skupiny (u manželů/partnerů především nedostatek soukromí; u vozíčkářů terénní nedostatky a negativní reakce okolí).

Řešením by pro pečující, dle jejich slov, byla dostupnost (jak finanční, tak místní) a důvěryhodnost respitní péče, zlepšení finanční situace, zajištění společnosti a aktivit pro opečovávaného seniora a v neposlední řadě možnost přivýdělků/práce.

2.3 Kvalitativní fáze výzkumu (institucionální pečovatelé)

V této fázi výzkumu jsem prováděla standardizované hloubkové rozhovory s institucionálními pečovateli.

2.3.1 Výzkumné otázky a cíle druhé části kvalitativního výzkumu

Hlavním cílem této fáze výzkumu bylo poskytnout určitý **nadhled nad výsledky prvních dvou fází**, v nichž jsme studovali pouze domácí pečovatele. Cílem tohoto výzkumu je tedy do určité míry poskytnout **možnost srovnání** a tím pádem také příležitost zjistit, co je opravdu typické pouze pro domácí pečovatele a co je například společné domácím i institucionálním pečovatelům.

Dalším cílem je také poskytnout **konfrontaci názorů** těchto dvou skupin pečovatelů na oba druhy péče. Jednou z motivací k provedení rozhovorů s institucionálními pečovateli bylo také dát jim možnost vyjádřit se, neboť se o nich hodně mluvilo v rozhovorech s domácími pečujícími.

Mezi výzkumné otázky, které se v této části pokusím zodpovědět patří: Jaký dopad má přemístění seniora z domácího prostředí do instituce na hlavního pečovatele a rodinu? Dochází v případě institucionálních pečujících k racionálnímu rozhodování, které jsme původně předpokládali u pečujících domácích? Potýkají se institucionálních pečujících s výčitkami svědomí?

Tato část práce je chápána spíše jako doplňková. Měla by objasnit některé záležitosti, případně mýty, které možná mají domácí pečující spojené s péčí v institucích.

2.3.2 Metodika a výzkumný soubor

Jako technika sběru dat opět byly zvoleny **hloubkové strukturované rozhovory s otevřenými otázkami**.

Byly vytvořeny dva druhy **Scénáře k rozhovorům**. První byl určen pro rodinné příslušníky, jejichž senior je umístěn v nějaké instituci (viz Příloha č. 25). Druhý byl určen pro ty pečovatele, jejichž těžiště péče o seniora je spíše doma, ovšem za převážného využití nějakých sociálních služeb (např. stacionářů, viz Příloha č. 26). Otázky jsem sestavovala tak, aby tematicky odpovídaly otázkám ze scénáře z první části kvalitativního výzkumu (viz Příloha č. 14) za účelem budoucí možné komparace. Samozřejmě jsem zde umístila také otázky, které mají napomoci zjistit hlavní výzkumné otázky a cíle této fáze výzkumu.²⁵

Respondenty pro hloubkové rozhovory jsem vyhledávala pomocí zařízení. Jako opora výběru mi posloužil Registr poskytovatelů sociálních služeb [Registr poskytovatelů sociálních služeb 2010]. Poskytovatele jsem oslovovala především e-mailem (rozeslala jsem přes 200 e-mailových žádostí o spolupráci na výzkumu). Oslovovala jsem tyto typy poskytovatelů: denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, pečovatelské služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Kritériem výběru bylo, aby byl respondent rodinným příslušníkem seniora, který mu věnuje nejvíce času (tzn. dochází za ním do zařízení nejčastěji – alespoň dvakrát týdně). Senior měl být starší 65 let, měl být klientem daného zařízení déle než 3 měsíce a méně než 5 let a měl vyžadovat každodenní péči.

Takto se mi podařilo získat kontakt a provést rozhovory s **10 respondenty** (7 žen a 3 muži). Z toho 7 respondentů pro seniora zvolilo domov pro seniory, jedna respondentka využívala denní stacionář, jeden respondent domov s pečovatelskou službou a jedna respondentka využívala 12 hodin denně různé sociální služby pro péči o seniora v domácím prostředí. Respondenti pocházeli ze Středočeského a Jihočeského kraje, zařízení pro seniory se nacházela v různě velkých obcích. Většina respondentů se o seniora starala nejprve doma (osobní péči původně poskytovali Denisa, Jolana, Jana, Romana, Liběna; neosobní péči pak Mariana, Oliver, Hanuš, Milan, Sára). Naskytá se tedy možnost zachytit moment, kdy se senior spolu se svou rodinou rozhodli, že domácí péče už přesahuje hranice jejich

²⁵ Viz kapitola 2.3.1.

možností a že bude zapotřebí využít plně péče institucionální. Je to tedy okamžik, který u domácích pečujících ještě nenastal a pravděpodobně ani nikdy nenastane.

Rozhovory se uskutečňovaly většinou v domácnostech pečujících, případně v kavárnách, a sice v době od září 2009 do listopadu 2009. Rozhovory trvaly přibližně **1,5 hodiny**, byly nahrávány na diktafon a některé z nich poté přepsány.²⁶

Sebraná kvalitativní data jsem analyzovala s využitím MS-Office. Při analýze jsem využívala uzavřeného kódování, neboť jsem dopředu znala teoretický koncept, na jehož základě jsem vlastně vytvořila otázky, tudíž i kategorie. Většina kategorií tedy vznikla přímo na základě otázek z rozhovorů, jiné vznikly nově - až při samotné analýze rozhovorů.

Respondentům jsem samozřejmě před zahájením rozhovoru objasnila, k čemu výzkum slouží, a zajistila si jejich ústní souhlas se záznamem interview. Jména respondentek a respondentů, která používám v následující analýze, jsou z důvodu zachování anonymity vymyšlená.

Původně jsem měla naplánované rozhovory také se seniory samotnými, ovšem nakonec je nebylo možné uskutečnit, jelikož většina seniorů, o které se respondenti starali, nebyla rozhovoru schopna, případně ochotna, jej poskytnout. V takovém případě nezbyvá než spolehnout se na výpovědi těch, kteří jsou seniorovi nejbližší, těch, kteří ho mají rádi a kteří mu nejvíce rozumí, jeho nejbližších příbuzných.

²⁶ Přepisy některých rozhovorů a krátké field notes naleznete jakožto Přílohy č. 27 - 36.

2.3.3 Výsledky analýz a interpretace dat

„Domácí péče je příliš fyzicky i psychicky náročná. Ne každý má k ní vhodné podmínky. V tom případě je dobré využít institucionální služby.“

Tento výrok by se dal nazvat jakýmsi spojovacím můstkem mezi domácími rodinnými pečovateli a institucionálními rodinnými pečovateli. Převážně s ním totiž souhlasí obě skupiny. **Hlavní rozdíl** spočívá však v tom, **jak si** členové jednotlivých skupin **stanoví hranice** sebeobětování a toho, co jsou ochotni zvládnout, případně co si myslí, že jsou schopni unést z fyzického i psychického hlediska. Více se o rozlišných i společných aspektech vnímání rodinné a institucionální péče o seniory dočtete v této kapitole.

Počátky

Proces rozhodování

Příběhy, které respondenti vyprávěli o tom, co předcházelo umístění seniora do institucionální péče, byly velmi zajímavé. Zdá se, že oproti domácím pečujícím, u nichž jsme proces rozhodování nazvali emocionálním, u institucionálních pečujících má tento proces spíše racionální charakter. Pro ilustraci zde uvedu několik konkrétních příkladů.

Například o matku pana **Olivera**, která je dlouhodobě ležící, se v domácí péči staral otec do té doby, dokud nedostal infarkt.

„Ale pak táta dostal velice těžký infarkt a de facto asi i z vyčerpání, protože se nevy spal pořádně, že jo. Protože se o tuto mámu musel starat atd.“

Poté byla maminka umístěna do LDN a odtud putovala do domova pro seniory.

Také paní **Jana** se svou sestrou měly vymyšlenou zajímavou strategii péče o maminku před tím, než se Jana rozhodla plně využít služeb místního stacionáře. O matku, která trpí těžkou demencí, se sestry nejprve staraly střídavě, přičemž každá bydlí v jiném městě. Docházelo však k problémům, které byly založené především na tom, že matka utíkala a ztrácela orientaci. Jana vypráví:

„... sestra sehnala mamince domov důchodců, jenomže tam odsud utíkala, tak zařizovali všelijaký takový pásy, aby to signalizovalo, že odchází, takže takovýhle problémy, takže chtěli po sestře, aby si jí brala častěji domu a sestra z toho zase byla

špatná, že teda nemůže, že to k ničemu není. No, a nakonec to dopadlo, že jsme si jí v prosinci vzali sem.“

Jana vyřešila situaci tak, aby zároveň mohla chodit do práce – vozí mamiku do místního denního stacionáře, a toto řešení si nemůže vynachválit (*„Myslím si, že jsem se rozhodla dobře, že snad jsem to vymyslela tak, aby to vyhovovalo všem. Té babičce i nám.*“), i když vykazuje podobné znaky psychického a fyzického vyčerpání typické pro čistě domácí pečující.

Hanuš, který pečuje o svoji babičku, se jí dlouho snažil udržet doma (dle jeho slov nejdéle, jak to bylo jen možné). Fáze, kdy začal pociťovat, že se s babičkou něco děje a že bude nutné změnit současný stav, trvala asi rok. Babička začala častěji padat a i její mysl přestala být tak jasná, jako bývala. Pobývání v jejím domě osamotě pro ni začalo být nebezpečné (*„... jenomže pak se stalo to, že třeba ona v listopadu, v půlce listopadu hrabala listí, a když šla domů, tak spadla v průjezdu ve vrátnici a normálně tam přenocovala prostě natáhla si nějaký hadr na podlahu a tím si omotala nohy a zůstala tam prostě do rána a já jsem přijel dva dny na to...“*).

Hlavní impuls pro rozhodnutí o umístění babičky vypadal u Hanuše takto:

„Tak, že to bylo postupné, ale jakoby to, co mě rozhodlo bylo, že jsem si uvědomil, že babička si přestává uvědomovat svoji situaci.“; *„Kdy ona prostě určité věci už nevnímala jako nebezpečí...“*

Poté byla ve dvou různých domovech pro seniory a nyní bydlí ve třetím.

I **Denisa** se nějakou dobu pokoušela postarat se o svého manžela, který trpí Alzheimerovou chorobou, nejprve doma. Ovšem natolik ji to vyčerpalo, že se rozhodla pro pomoc profesionálů a umístění muže do místního domova pro seniory. *„... tak člověk udělá, co může, tak se vynasnažím, ale když mu to nemyslí, když prostě je agresivní, když já už sem fakt byla na práškách. V životě se nevyspím jenom na práškách, jo, protože to mě úplně voddělalo a když jsem si vzala prášky a usnula jsem, tak v tu ránu von vstal a teď tady začal po bytě prostě dělat úplný nesmysly. No, to nešlo, to bylo hrozný.“*

Také ona při vzpomínkách na domácí pečování popisuje neustálý pocit „24hodinové“ pohotovosti a nemožnost nechat manžela doma osamotě spojenou s neexistencí služby, která by jí v tomto směru vypomohla. Hlavním impulsem pro ukončení domácí péče byl pro paní Denisu jeden z mnoha útěků manžela z domova.

Rovněž **Jolana** má zkušenosti s péčí o matku, která před umístěním do domova důchodců bydlela ve svém bytě. Jolana taktéž vnímala pečování jako neúnosné, proto se rozhodla pro využití institucí.

Milanova matka bydlela sama v bytě, kam za ní pravidelně dojížděli všichni příbuzní (bydlela v jiném městě). Dodnes je vcelku soběstačná, ale jelikož se zdálo, že matka přeci jen potřebuje nějakou podporu, rodina se rozhodla využít místního domu s pečovatelskou službou, kde maminka nyní bydlí:

„... takže a pak když už to na ní začalo zmáhat a už to na ní bylo moc, tak už vlastně to nemohla zvládat, tak šla tady do té děpešky jsme to vyběhali.“

I v tomto případě několikrát došlo k pádu matky, což přispělo k rozhodnutí.

„No, tak ten impuls byl hlavně, jak říkám pokročilej věk její, fyzická kondice.“

Mariana má v domově pro seniory umístěné oba rodiče, kteří žijí spolu na jednom pokoji. Před tím bydleli v domě, kam Mariana se svým manželem museli kvůli pomoci a péči o rodiče čím dál častěji jezdit. Hlavním impulsem pro rozhodnutí o přestěhování se staly nevyhovující domácí podmínky a strach z přečkání zimy:

„A protože už ta zima byla kritická kvůli topení a vyhrnování sněhu, že jo, tak si mysleli, že už na tu zimu, aby byli tady...“

Romana, která se spolu se svými sourozenci, stará o těžce nemocnou matku, jež dosud žije ve svém domácím prostředí, ale za využití mnoha sociálních služeb, jimiž je péče pokryta téměř celý den, je nyní ve fázi rozhodování, zda a kam maminku umístit. Rozhodování jí „ulehčuje“ fakt, že matka své děti již nepoznává. Aby získala více informací, navštívila i poradenské centrum.

„... my jsme furt hleděli jenom na to, přece jí nedáme někam cizím, ale vlastně, když to ztrácí už ten, to že ona už nerozeznává, jestli jsem cizí nebo nejsem, a když bych věděla, že je vo ní s tou láskou postaráno, a my jakoby sme za ní mohli jezdit a tam prostě...“

Hranici, kdy už pro její rodinu přestává být domácí péče neúnosná, vyjadřuje také takto:

„Naše rodina chce se o ty rodiče postarat, ale dojdete potom do bodu, kdy to začne bejt strašně složitý ... kdy chcete a nevíte, jak to udělat.“

Respondenti svého rozhodnutí nelitují a kdyby mohli, rozhodli by se většinou stejným způsobem.

Rozhodování dle slov respondentů probíhalo víceméně **společně**, tedy se seniorem a dalšími sourozenci, případně příbuznými nějakým způsobem zapojenými do předchozí péče. Institucionální pečující na rozdíl od domácích pečujících měli představu o tom, co by domácí péče obnášela, nebo si to aspoň byli více ochotni připustit. Zdá se, že opravdu můžeme hovořit o „**racionálním rozhodování**“:

„Rodinná rada se nesešla, to je, no, ne s manželem jsme to prodiskutovali, že když není jiná možnost, takže to snad zvládneme, no. Věděli jsme dobře, do čeho jdeme.“

(Jana)

„A rozhodovali jste o tom společně?“

Ano.

S babičkou a těma sourozcema?“

Ano.“ (Milan)

Součástí tohoto procesu bývá mnohdy „**přesvědčování seniora**“ (který samozřejmě svůj domov opustit nechce), k němuž bývají využívány „racionální argumenty“:

„... jako samozřejmě tam byl takovej ten hroznej moment, jakože jsem ji musel přesvědčit, že ji vezmeme do toho důchod'áku.“ (Hanuš).

V rámci něj vymýšleli respondenti různé taktiky, jak seniorovi vysvětlit, že přemístění bude pro něj i pro jeho současné pečovatele opravdu tím nejlepším řešením.

„... z části to bylo, že už jsem fakt s nervama nevydržel a z části to bylo taky tím, abych jí jakoby dotlačil do toho rozhodnutí, že teda ano, že tady končím a jdu do toho důchod'áku, tak už jsem byl myslím si nepříjemnej až dost,...“ ; „A dával jsem jako důkazy, že už takhle nejde. A dával jsem důkazy, jako babi představ si, že bych tu teď nebyl, jak bys to vyřešila. Já bych si nějak poradila. Takové ty řeči...“ (Hanuš)

„No, tak von samozřejmě by tam nechtěl, jo, takže jsem mu říkala, podívej se, musíš tam jít na chvíličku, protože já jedu do [město] do nemocnice, abys tady jako, tak jsem ho takhle přesvědčovala,...“ (Denisa)

„Mami, podívej, bylo by potřeba, kdyby teda jednou jste chtěli. Vždyť já nemyslím, abyste šli hned, ale kdybyste chtěli jednou, tak by bylo potřeba, aby se tam ta žádost dala. Protože když jí tam nebudete mít, tak není pak vůbec šance se tam dostat.“ (Mariana)

„... nebo jsme si o tom povídali, já povídám, hele, mami tady na to nestačíš.“ (Milan)

Poslední fázi rozhodování představuje těžké **loučení s domovem**:
“Samozřejmě jsme to spolu obřečeli, ten poslední večer jakoby doma jsem brečel víc než ona. Teď ty kočky tam chodily, ona se s nima loučila a tak.” (Hanuš).

Důvody

Nutno podotknout, že obě skupiny respondentů vnímají svá rozhodnutí jako **nejlepší možná řešení péče o „své“ seniory**. Věří, že pro ně udělali maximum dle svých možností. Stejně jako domácí pečující i institucionální pečovatelé chápou svoji starost v termínech **reciprocity, přirozenosti**.

„... no, ale je to maminka to se tak musí brát. Musím jí to vrátit.“ (Jana)

„Já jsem si to prostě vzala, že vona mi pomáhala, když já jsem potřebovala, tak já to mám, že jí to voplácím. To je dítě nemůže v životě voplatit rodičům to, co rodiče dělali pro něj.“ (Jolana)

„Děti máme proto, aby se o nás staraly, aspoň dřív to tak bejvalo.“ (Sára)

Cítí také **povinnost** postarat se o své rodiče:

„Já jsem vždycky cítila, ať potřebovali cokoli, že jo - k doktorovi všude, tak jsem to cítila jako takovou jako povinnost, když ta máma už nemůže sama a potřebuje ten doprovod...“ (Jolana)

Mezi hlavní důvody pro rozhodnutí využít institucionální péči patří, jak jsme již zmínili v případě Mariany **nehodnost technického zázemí** pro pobývání seniora v domácím prostředí.

„A domů už zpátky, to už by. ... Nikdy se o tom nezmínila a technicky by to nebylo proveditelný.“ (Oliver)

Nejčastější motivací pro nedomácí péči je **obava ze ztráty zaměstnání a neochota vzdát se ho**:

„Aby by manželka odešla z práce, to byla jen úvaha mezi mnou a manželkou. I když v dnešní době to je taky dost ošemetný, potom zase získat práci, protože ta máma tady taky nebude věčně, že jo.“ (Oliver)

V souvislosti se ztrátou zaměstnání se samozřejmě objevují také **obavy z finanční a sociální únosnosti** domácí péče:

„No, nic jiného mi nezbylo, když jsem chtěla chodit do práce. Zase zůstat úplně doma ty sociální podmínky zas tak dobrý taky nejsou teďka...“ (Jana)

Respondenti jsou zároveň přesvědčeni, že v institucích bude seniorům poskytnuta **kvalitnější péče**, než kterou by jim byli schopni oni sami poskytnout doma.

„... protože jsem přesvědčený, že kdyby zůstala doma, tak by nemohla dostat tu péči, kterou má tady.“ (Oliver)

V jejich racionálních odůvodněních pro takové rozhodnutí nalezneme schopnost **určit si své hranice a stanovit sebeobětování, za které nejsou ochotni jít.**

„... no, a zůstat doma s maminkou to si myslím, že by bylo hrozně náročný, protože vona jak má tu změnu teďka tak se to dá, a já mám taky tu změnu.“ (Jana)

„... ale každý ti řek, že co mají takovýhle případy, že věděli, že zůstává takhle dvojice, tak většinou ten, co byl zdravěj, tak skončil ještě dřív v blázinci, než ten druhěj, protože to se nedá zvládnout, že se to nedá zvládat, že prostě skončil špatně. Někdo skončil na alkoholu, což nebyl můj případ, ale opravdu jo, že nevěděl jako to řešit a tak. Protože je to krutý, no.“ (Jana)

V některých případech **chybí** hlavním pečovatelům **podpora ze strany partnera**, která je jednou z podmínek domácí péče, jak jsme se dozvěděli výše.²⁷ Takový problém má například pan Hanuš:

„... jako obdivuju lidi, kteří to dokázali, u nás to nešlo, protože manželka řekla jednoznačně, že ne.“

nebo paní Jolana:

„Já bych se musela rozvést a žít s ní a to já jako já mámu miluju, ale já mám svojí vlastní rodinu, já mám muže, já mám dceru, já mám dvě vnoučata a těm se snažím aspoň trošku pomoci.“

U některých partnerů se dokonce objevovala žárlivost (Mariana, Jolana).

Vyhledávání informací a kritéria výběru zařízení

Součástí procesu rozhodování o výběru vhodného zařízení je samozřejmě vyhledávání informací, a to informací takových, slovy Hanuše, *„které člověk do té doby nikdy nepotřeboval“*. Na úplném počátku tedy respondenti většinou **neměli informace** o možnostech institucionální péče téměř žádné, maximálně ty, které slyšeli **od známých** – např. Jana:

²⁷ Viz kapitola 2.2.3.

„... člověk nemá přehled moc - ten stacionář, ten mi někdo doporučil. - Známy nějaký? – Hm.“

V tom, jaké informace respondent získal, tedy hrála docela velkou roli náhoda.

„Popravdě řečeno mé informace byly dost chabé. Vy přijdete, chcete podat žádost, oni vám vysvětlí, že jsou nejlepší zařízení v regionu. A s tím odcházíte...“ (Hanuš)

„Ptala jsem se známejch, který byli třeba v podobný situaci, že měli někoho dřív v domově důchodců nebo tak, jo.“ (Denisa)

Velkým pomocníkem při vyhledávání informací se některým respondentům stal **internet**: *„Pátrali jsme, hledali jsme, co vlastně funguje, na internetu jsme hledali nějaký charitativní organizace, prostě člověk si nevěděl rady s tím, protože nevíte vlastně, jakou péči poskytují, a tohle to jsme našli, že o tom někdo mluvil, že tam vozí někdo někoho svýho, no, asi, asi, no.“ (Jana)*

Naopak úřady nebo doktoři moc rad neposkytli:

„Jo, takže úřady třeba nebo?“

To moc ne, to mě nenapadlo.

Doktor?

Paní doktorka taky moc nevěděla.“ (Jana)

nebo Denisa, která hovoří o zkušenosti s lékařem:

„No, tak nejdřív si sám nevěděl rady kam, ...“

Co se týče kritérií pro výběr zařízení, jednoznačně vítězí **vzdálenost**, která umožňuje časté návštěvy seniora příbuznými.

„Ta vzdálenost teda rozhodla o tom, že jsme ji přestěhovali.“ (Hanuš)

„... takže jsem se snažila oslovit různý ty domovy důchodců, kde by bylo možné ho umístit a nakonec teda to vyšlo tady v [město], což jsem byla strašně ráda, protože tam za ním prakticky každý den můžu dojít.“ (Denisa)

„A uvažovali jste třeba ještě o nějakém jiném zařízení?“

Ne. Podívejte se, zaprvé já to tady mám blízko a oni tady jsou ještě lidi, s kterými se ještě znají, tak pro ně to je ideální.“ (Mariana)

„Horší by asi bylo, kdybychom my byli daleko a nemohli jsme tam takhle často, jo...“ (Milan)

Kromě blízkosti k příbuzným je důležité také **prostředí, do něhož je zařízení zasazeno**. Například pro Hanušovu babičku byl nejvíce vyhovující domov pro seniory, který se nacházel na venkovském prostředí, z něhož ona také původně

pocházela. Vnější lokalita je důležitá také z toho důvodu, že zde stále ještě fungují seniorovy sítě:

„Takže i tedy s těma lidma se dost znají i třeba v [město], když si sednou tady před barákem, že to mají fajn.“ (Mariana)

Přizpůsobování se seniora na nové prostředí

Fázi, kdy se senior přestěhuje do nového prostředí, popisují respondenti jako **období strachu**, kdy se báli, jak a zda si senior na nové místo zvykne:

“No, tak když se sem přestěhovala, tak jsem měl takový malý strach, jak jsem zmínil před chvílí. Protože byla zvyklá tam a tady zase nové tváře. Ale řekl bych, že se to adaptovalo až perfektně úplně.“ (Oliver)

nebo Mariana:

„Já právě měla strach, aby nebyli nějaký zatrpklý nebo to. Ale já zkraje, když jsem přišla, tak jsem tu byla třeba celý dopoledne...“

Podle názoru našich respondentů adaptaci seniora na nové prostředí nejvíce napomáhá hlavně **přístup „sester“**, ale také časté **návštěvy** (ať už příbuzných či přátel). Například Oliver na počátky, kdy převáželi maminku z LDN do domova pro seniory, vzpomíná takto:

“Sestry na ní byly za jedno hrozně hodný a za druhé třeba ty různé kamarádky v jejím věku, které za ní do [město] nejely, tak se teď za ní přišly podívat, že jo. A každou chvíli tam za někdo přijde z venku z těch kamarádek, takže to tomu pomohlo, že se rychle adaptovala...“

nebo Denisa: *„... co tu adaptaci na to nový prostředí jako ulehčilo?“*

Já myslím, že takový ten přístup těch sestřiček, že se snažily, a pan [jméno] a voni mají opravdu většina jich je báječná, že mají takový vstřícný chování, že to myslím to jako hodně tomu pomůže.“

Nedílnou součástí úspěšné adaptace na nové prostředí je pak **prostředí samo** – tedy například vyzdobený pokoj, možnost převozu aspoň některých vlastních věcí atp. Například Oliver říká:

“Takže ten pokoj má poměrně vyzdobený, nějaký poličky. Matka byla hrozně do kytiček, takže má pokoj plný kytiček, o který se teda musí starat táta nebo já, když tam přijdu.“

Jak vypadá pečování institucionálních pečujících?

V této kapitole se dozvíme, jak vypadá to, co Bowers nazývá „ochrannou péčí“, tedy péče, kterou příbuzní poskytují svým blízkým v institucích. Je to taková forma péče, která seniorům zajistí důstojnost a zachování si „vlastního já“. [Bowers in Abel, Nelson 1990; 278-286]

Respondenti své pečování jako péči v pravém slova smyslu nechápou (viz Hanuš: „*To právě není moc péče, že jo...*“).

Obecně řečeno se seniorovi snaží co nejvíce **vynahradiť domácí prostředí**, o které přišel.

„*Tak normálně, no – jako doma. Vždycky, když jsme tam přijeli. No, jenže doma se ještě muselo uklízet, jenže když tady přijde, tak to už mají tuhle péči.*“ (Mariana)

Pokud to situace dovolí, berou ho na návštěvu k sobě či k němu do jeho původního domova.

„*Jednou, dvakrát, víceméně letos to bylo jen jednou, si jí vezmeme domů.*“ (Oliver)

„*Nebo ještě i teď, když je hezky, tak babičku vezmu sem, když se může sedět venku na zahrádce.*“ (Milan)

Významnou roli v péči o seniora v instituci hraje „**povídání si**“ s ním. To je pravděpodobně věc, na kterou nemají profesionální pečovatelé a pečovatelky v institucích čas. Je to také skutečnost, kterou domácí pečovatelé označují za téměř jednu z nejtěžších součástí péče a které se snaží spíše vyhnout nebo na ni nemají čas.²⁸ Naopak institucionální pečující věnují povídání si asi nejvíce z doby, kterou se svým seniorem stráví.

„*... s babičkou si třeba někdy, pokaždé ne, dáme kafičko že jo, popovídáme si, někdy spolu jdeme třeba do zahrady se projít ...*“ (Mariana)

Podobnou aktivitou, která při domácí pečování většinou není zvládnutelná, je **chození na procházky**, pokud to ovšem stav seniora umožňuje. Jednak se tím snaží dostat seniora aspoň na chvíli do jiného, vnějšího prostředí a jednak se procházkami snaží zajistit aspoň jistou formu fyzického pohybu.

„*Takže já ji naložím do auta, vyvezu jí někam za město. Tam prostě jezdíme, vybírám si ty lesy, kde jsou asfaltky...*“ (Hanuš)

„*... ještě vloni jsem vždycky na celý odpoledne vzala ven na procházku, jenže teď už je ve stavu, že to nejde. ... Maximálně takhle, některý den je na tom lepší, že se*

²⁸ Viz kapitola 2.2.3.

takhle došouráme na chodbičku, takhle se tam jako párkrát, aby se jako trošku pohnul, ...“ (Denisa)

Pečovatelé se seniorům snaží vymýšlet **různé aktivity**, které by podpořily udržení jejich mentální či fyzické schopnosti. Sestra pana Hanuše například začala babičce kupovat omalovánky. Paní Denisa zase cvičila paměť svého muže opakováním slovíček:

„A ještě se s ním jako dalo mluvit, ještě vloni jsem se snažila si s ním jako povídat, dávat takový nějaký [cizí jazky] slovíčka, jestli si na ně ještě vzpomene, nebo jako takový hádanky, ...“

Mezi **další činnosti**, které pečovatelé dělají, pak patří nakupování pití a potravin (tím se snaží vynahradit nedobré jídlo z velkokuchyní) a dalších věcí, které senioři potřebují (např. léky, vitamíny, oblečení atp.). Provádějí ale také třeba „kontrolu ledničky“ a vyhazování starých potravin, nebo případně doplacejí částky za pobyt seniora v zařízení.

„Zkontroluju ledničku, jestli tam nemá něco zkaženého nebo takovýho a to jí vyhodím, no, když jí tam něco přinesu, tak většinou nějakou tu buchtu nebo něco k snídani, ovoce.“ (Milan)

„... my musíme doplácet do těch [město], maminka má velice malej důchod, takže bratr platí 750 a já platím 750, ...“ (Jolana)

Starají se také o **vzhled** seniora: oholení, učesání, stříhání nehtů, převklékání atd.

„Ano, беру sebou kulmu, fén a tu hlavu jí dělám. Protože aby se cítila a abych jí jako dokázala, že ještě pořád je to pěkná bába, když má tu hlavu udělanou, jo.“ (Jolana)

Co se týče návštěv nebo zapojení do péče **mladší generace**, ta je z nich **omlouvána** (vzpomeňme si, že ani domácí pečovatelé nechtěli příliš zapojovat své děti do péče)²⁹.

„Kluk můj se tam staví párkrát, jako co si bude povídat s babičkou, že jo. Víceméně ho tam musím dokopat, aby se stavil za babičkou. Holka, ta se tam staví častěji, ale přes prázdniny, teď už má taky učení a už nemá taky toho času dost, protože se vrací.“ (Oliver)

²⁹ Viz kapitola 2.2.3.

Spolupráce s institucí

Ke spolupráci mezi příbuznými seniora a představiteli instituce **nedochází**, a pokud ano, tak pouze **na minimální úrovni**, většinou **v rovině výměny informací**. Pečovatelé to vnímají tak, že je to v pořádku, že by to tak mělo být. Považují tento stav za normální. Do péče pracovníkům zařízení nechtějí mluvit, nechávají ji zcela na nich, případně problémy řeší sami. Jedním z důvodů může být i to, že nechtějí obtěžovat personál a způsobovat tak svému seniorovi zbytečné problémy.

„A spolupracujete jakoby na té péči nebo jako vůbec na té starosti o tu mámu?“

Ne, to se nedá říct.

Spíš je to na nich.

No, je to na nich.“ (Oliver)

„... konzultují to nějak s váma nebo diskutují?“

„Ne, to voni dělají, voni sami vědějí co mají dělat.“ (Jolana)

„A spolupracujete nějak s tím personálem? Na nějaký, jakýkoli úrovni.“

No zatím to nebylo potřeba, ...“ (Mariana)

Pro získání informací o stavu seniora musí většinou vycházet aktivita ze strany příbuzného.

„Takhle já informace samozřejmě mám. Ale jak je to tady zaběhlý, tak se domnívám, že se o to každý ten příbuzný musí starat sám. Když přijde na návštěvu, tak by se měl, pokud ho to teda zajímá, stavět se na sesterně a optat se, jak se ten který příbuzný má.“

Problémy z hlediska pečujících

Stejně jako domácí pečující, také institucionální pečující pozorují problémy, se kterými se „jejich“ senioři potýkají, i když je institucionální pečující samozřejmě nepocítí uží tolik intenzivně jako ti domácí.

Věčným problémem seniorů je z hlediska obou skupin pečujících **pasivita a nezájem o okolní svět**:

„Jak neslyší, tak jí ani nebaví poslouchat rádio tady už vůbec ne, televize to jenom takhle kouká, jak nechce nic dělat tak kouká, co dělám já spíš.“ (Jana)

Obrovskou citovou frustraci a zátěž prožívají ti institucionální pečující, jejichž senioři trpí **demencí či Alzheimerovo nemocí** (Jana, Denisa, Romana,

Liběna, Sára, Hanuš). Velmi těžce nesou, že senior, se kterým strávili celý život je najednou nepoznává.

„... nějak pořád se nemůže smířit s tím, že teda je někde jinde, někdy nás ani nepoznává kdo jsme, takže je to někdy problém...“ ; „dceru máme v [stát], tak ta když jako přijela, tak tu taky jako nepoznal nebo málo kdy trochu a dva vnuky, na kterých dřív lpěl docela, jo, tak teď tady byli o prázdninách, tak ty nepoznal vůbec...“ (Denisa)

V jistém smyslu svého příbuzného již „ztratili“, je jim fyzicky nablízku, ale psychicky to už není on (viz např. Liběna nebo Denisa). S Alzheimerovo chorobou jsou spojené také útky a dezorientace lidí, kteří jí trpí:

„Už je nepoznává, takže se stávalo, i když jsme třeba na chodbičce a teď von neví, do kterého toho pokoje má jít, jo, ...“ (Denisa)

Seniorům v zařízení logicky **chybí** to, co měli doma a ve svém novém domově mít nemohou, například **zvířata nebo příroda**:

„... Ale prostě jí to jako chybí. Takže navíc, když vyjdeme ven, ona hned říká ‚Tady je lepší vzduch než tam‘ a kouká kolem sebe, jako co se děje, a prostě vyloženě jí to prospívá.“ (Hanuš)

„No, a co jako vnímám, ta příroda to jí chybí hodně, ten kontakt s přírodou, takže když to jde, tak do lesa. A kontakt se zvířaty jí chybí, strašně moc.“ (Hanuš)

nebo Mariana:

„A toho pejska si nemohli tady vzít s sebou sem? - To ne. To ne, už byl tak starej a tady by ho ani mít nemohli.“

Z výpovědí institucionálních pečujících se neztratilo **přírovnání seniora k dítěti**, které používají také domácí pečující:

„Hmm, tak teď je to zpátky protože někdy to je takový tříletý dítě i v tom myšlení, tak si připadám někdy jako pečující o dítě.“ (Jana)

Typickým problémovým tématem je **strava** podáváná v zařízeních:

„... ona je teda bývalá kuchařka, tam je problém, že je šíleně mlsná. Takže jí hrozně prospěje, když jde na oběd jinam...“ (Hanuš)

Jako problematický vnímají respondenti také **vztah senior – “sestra”**. Senioři často cítí ostych nebo pracovníky institucí nechtějí “obtěžovat”, a proto mnohdy se svými přáními nebo potřebami čekají do příchodu příbuzného, případně zaměstnance, ke kterému cítí velkou důvěru, kterého pak požádají o pomoc:

„A pokud je ta sestra neochotná nebo má plno řečí nebo vám to pak vrátí, že byste po ní chtěli něco navíc, tak se mně zdá, že babička rezignovala a prostě to nedělá.“;

„Pak to ale končí tak, že ona si ty úkoly pro ně skladuje, ona si počká a doufá, že třeba večer přijde jiná sestřička nebo druhý den přijde některá z těch hodnějších sestřiček. Na ty pak to jako vysype. Tak to prostě tam chodí.“ (Hanuš),

případ Jolany matky:

„Ještě by mě zajímalo, když bysme se vrátili, jak jste říkala o tom rádiu, že neřekne setřičce. Proč si myslíte, že jí neřekne? - No, neřekne, ona nechce nikoho obtěžovat.“

nebo matky paní Mariany:

„Já tam přijdu a už má babička nadirigováno, jo, já říkám mami a dyť si můžeš říct holkám, no, přece je nebudu otravovat.“

Velký problem pak představují **vícelůžkové pokoje**:

„To je prostě vůči těm lidem strašně tak něco necitlivýho... Vemte si, že dáte dohromady dvě starý ženský, který už jiný nebudou a byly zvyklý kralovat svý domácnosti padesát, šedesát, sedmdesát let. A dáte ji na pokoj s ženskou, kde sdílí všechno od prostě záchoda, umyvadla přes rychlovarnou konvici, televizi všechno... ani v jedné té místnosti nemá ani jedna ta paní soukromí jako oproti té druhé.“ (Hanuš)

K výčtkám svědomí, které trápí některé pečovatele, nepřispívá ani vědomí toho, že **senioři se domnívali, že si je jejich potomci vezmou k sobě domů, kde se o ně budou starat** – jako například babička pana Hanuše:

„Protože to jako, abych řekl pravdu, tak ona jakoby celou dobu doufala, že někdo z nás si ji vezme k sobě...“

nebo maminka paní Jolany:

„... oni ty sestry mi říkaly, že říkala vaše maminka, že až jí pustíme domů, tak se o ní budete starat vy. A já povídám, představuje si to maminka jak? Že snad u ní budete bydlet. Takže ono se jí to rodilo v tý hlavě. Ona si zřejmě asi opravdu myslela, že já se tam odstěhuju a sem se budu chodit dívat. To už je taková ta pomatenost.“

Institucionální pečovatelé pozorují také obtíže, které jsou spojené s **„přesazením seniora z jeho přirozeného prostředí“** do zcela nového a neznámého místa. Toto vytržení seniora z jeho prostředí může mít dva rozměry – jednak je to „vnitřní prostředí“, tedy domácí prostředí seniora, a jednak je to „vnější prostředí“, tedy lokalita, kde se nachází/nacházel seniorův domov. Změny

obou druhů prostředí senior nese těžce. Pokud dojde k přemístění na obou úrovních, pak je vyrovnávání se pro starou osobu samozřejmě o to těžší.

„... a jí ty názvy říkaj pořád něco do dneška, najednou prostě je v prostředí, kde prostě je jako [město], [město] všechny ty vesnice okolo, je absolutně ztracená, navíc ti lidé jinak mluví.“ (Hanuš)

„... a nejhorší u ní je vlastně, že chce odcházet pořád někam jak je právě z toho [město] vytržená, ona se setra o ní nemohla starat, tak jsem si jí vzala já a nějak pořád se nemůže smířit s tím, že teda je někde jinde...“ (Jana)

Nejen v rozhovorech s respondenty, kteří měli před současnou institucionální péčí zkušenost také s péčí domácí (Jana, Denisa, Jolana, Mariana, Liběna, Romana), se často objevovalo téma **hlídání seniorů**. Pečovatelé si často stěžovali, že jim chyběla taková služba, která by poskytovala „hlídání seniora“ na dobu, kdy by pečující rád šel do práce nebo si potřebuje dojít nakoupit, zajít se odreagovat atp. Takovou službu nikdo z nich nenašel a dle jejich slov by pravděpodobně oddálila rozhodnutí o umístění seniora do instituce, přinejmenším by výrazně ulehčila pečování. Jako například v případě paní Denisy:

„... problém byl ten, že v [město] neexistuje služba, kdo by třeba šel na půl dne ho pohlídat, nebo na den, jo.“

nebo současný problém paní Jany:

„... takže to by mi bodlo, nebo hlídání babiček, no, tak hlídají v Ikee děti.“

Dopady na rodinu a pečovatele

Dopady přemístění seniora do zařízení na pečovatele byly různé. Většinou by se daly shrnout pod pojmem **úleva**.

„A já jsem abych pravdu řekl víc v pohodě, protože já vidím, že je o ní postaráno kdyby se s ní něco dělo, tak okamžitě je prostě po ruce pomoc.“ (Hanuš)

„Ale jak říkám: ten domov pro mě jako byla obrovská záchrana ...“ (Denisa)

Pro mnohé tato změna znamenala také **úspory financí i času** (např. Hanuš, Jolana).

Dalo by se očekávat, že institucionální pečovatelé budou trpět **výčitkami** svědomí nebo špatným pocitem, z čehož mimo jiné mají obavu domácí pečující³⁰,

³⁰ Viz kapitola 2.2.4.

o tom však institucionální pečovatelé příliš nehovořili. Můžeme se jen domnívat, do jaké míry zde hraje roli jejich umění racionálně si své rozhodnutí odůvodnit. Velmi silnými výčitkami trpí snad jen paní Jolana:

„To v noci nespím a probouzím se a furt se mi to v tý hlavě mele a -

Ještě po tom roce takhle?

To víte, že jo, to je leta už, leta.“,

kteřou odůvodnění manžela (*„... protože ta babička, ta si to neuvědomuje, kde je. Ta neví, jestli je pondělí nebo středa a jestli [jméno dcery] přijela, to neví, ale ona má všechno.“*), kvůli němuž asi matku do zařízení dala, zřejmě příliš neuspokojuje.

Pečovatelé nezaznamenali ani žádné negativní dopady na jejich **osobní vztah se seniorem**. Nastala-li nějaká změna v jejich vztahu, připisovali ji spíše zhoršujícímu se zdravotnímu stavu seniora. *„Já nevím, já bych spíš řekl, že se ten vztah změnil z pohledu s tím, jak vona zdravotně schází. Protože to není vliv toho důchod'áku jenom ...“* (Hanuš)

Někteří institucionální pečovatelé však zažívali také **negativní dopady** svého rozhodnutí. Jako například paní Jolana, jež se umístěním matky do domova důchodců dostala do nemilosti svých příbuzných, kteří jí toto rozhodnutí nemohou odpustit a kteří se domnívají, že by se měla o maminku starat doma, což ale Jolana odmítá a snaží se přijmout „racionální odůvodnění“ (viz výše v této kapitole).

Negativní dopady podobné těm, s nimiž bojují domácí pečovatelé, zažívá logicky také paní Jana, která je jim ze skupiny institucionálních pečujících nejvíce podobná (s tím výrazným rozdílem, že může chodit do práce, což by si domácí pečující většinou také přáli³¹). Jsou jimi: neustálá pohotovost, uvázanost k seniorovi, neadekvátní reakce seniora, psychická i fyzická vyčerpanost:

„Když jsem mohla někam jít, tak to bylo lepší teda, protože teďka jsem uvázaná ...“

U rodiny paní Jany lze mimochodem pozorovat také podobné rysy technického i personálního přizpůsobování jako u domácích pečovatelů, zároveň zde péče probíhá díky jejímu sebeobětování a toleranci ostatních členů rodiny³². Na rozdíl od domácích pečovatelů však nemá pocit sociální izolace od okolí (díky svému zaměstnání) a ani ještě nebyla na dně svých sil, i když se obává, že to přijde.

³¹ Viz kapitola 2.2.4.

³² Viz kapitola 2.2.4.

Zodpovědnost

Přijetí zodpovědnosti se ukázalo při rozhodování o rodinné domácí péči jako klíčové.³³ Nezbytné je také, jak jsme již zmínili, pro prosociální chování.³⁴ Ukázalo se, že **zodpovědnost za péči není cizí ani institucionálním pečujícím**, kteří se jí za žádnou cenu nezříkají, i když by se to na první pohled mohlo někomu zdát.

Jejich postoj by se dal shrnout slovy domácí pečovatelky paní Alice, která krásně vyjádřila podstatu přijetí zodpovědnosti za péči:

„Říkám já nevodsuzuju lidi, který daj ty rodiče, já nevím do toho hospicu nebo todle to, protože málokdo má povahu koukat na člověka, kterej je těžce nemocnej a a ted' se vo něj i starat jo. Protože vlastně tydle ty lidi, to je vlastně je horší jak malý děti. Jako málo kdy má na to žaludek, ale todle to.“

Odsuzuje však ty děti, které rodiči nezajistí ani institucionální péči, tedy ty, které zodpovědnost za péči nepřijaly vůbec. Naši institucionální pečující však zodpovědnost cítí, a to i tehdy, převezme-li její hlavní část za péči instituce:

„A já už jí to ted' nemůžu udělat jakože jí řeknu, hele babi, ted' seš v důchod'áku, tady se o tebe postaraj sestřičky a já si jdu já nevím co, dělat kariéru nebo tak něco.“
(Hanuš)

Stručně řečeno: podle institucionálních pečujících by měla **nést zodpovědnost za péči o seniory rodina**, ovšem ne sama, nýbrž **s dopomocí státu**, přesně tak, jak o tom hovoří také Matoušek [Matoušek 2003; 9]³⁵:

„... že v každém případě by to měla být rodina, ale přes ten stát, přes tu společnost.“
(Oliver)

nebo

„... že přirozená je rodina, no, že by měla nést péči, vždycky to tak bylo, ale jestli jsem staromódní, nevím, zdá se mi to takový divný, když někdo toho rodiče dá někam a třeba ani za ním nechodí...“ (Jana)

Někteří institucionální pečující (např. Hanuš či Mariana) se před započítím využívání institucionální péče pokoušeli využívat pomoci sousedů, ovšem ne zcela úspěšně (i když z různých důvodů). Na sousedskou pomoc tedy rodina příliš nespolehá, i když na ni zcela nezanevřela, spíše čeká pomoc od státu, a to velmi

³³ Viz kapitola 2.2.4.

³⁴ Viz kapitola 1.2.2.

³⁵ Viz kapitola 1.2.1.

výrazně. Krajním případem mých respondentů byla v tomto ohledu Jolana, podle níž (hovoří o své matce, která je v domově pro seniory):

„... a žila v době, kdy jsme jeli na dovolenou a byly potraviny na lístky, tak vona celý ráno stála na dešti, aby dostala kostku másla. V takový době vona žila a dneska? Já budu prosit a žebrat aby mi zaplatili mámě domov důchodců? To se mi vnitřně přičí, protože já si myslím, že pro tyhle ty lidi, který mají důchod malej, by ten stát měl přispívat, aby to nemuseli platit ty děti.“

Institucionální pečující, kteří měli zkušenost také s domácí péčí, vykazují podobné chápání **zodpovědnosti za péči ve smyslu „24hodinové pohotovosti“** jako domácí pečující:

„...i když nejste s tím člověkem pořád ve styku, tak pořád máte pocit té zodpovědnosti, že teda tam pořád někdo je, že musíte vědět, co dělá, jestli náhodou neodejde, pořád je tam tam zodpovědnost“ (Jana)

Břímě této tíživé zodpovědnosti z nich do velké míry **snímá instituce**. S určitou dávkou nadsázky se dá říci, že po umístění seniora do zařízení či po započetí sdílení péče s různými poskytovateli sociálních služeb, dochází k difuzi zodpovědnosti – zátěž, kterou s sebou zodpovědnost nese se jako by rozloží na více činitelů, v tomto případě tedy na poskytovatele či instituce, což přináší pečujícím obrovskou úlevu.

Institucionální pečující uvádějí velmi často jako důvod pro potřebu podělit se o zodpovědnost za péči nutnost udržení si **zaměstnání a strach z jeho ztráty**:

„... myslím si, že ta rodina by se měla postarat, a teď je zase taková situace, že lidi na to čas nemají. Já kdybych chodila na 8 hodin do práce, tak bych to taky asi nezvládla, protože ten stacionář vlastně je takhle krátce.“ (Jana)

nebo

„... většinou ta rodina pokud může, tak se postará, ale jsou situace, kdy ty lidi jsou v práci, jsou do toho malý děti a tak dále a pečovat vo ty starý lidi je strašně problematický... Takže myslím, že aby byla dostatečná síť takovýhle zařízení pro ty lidi, který opravdu nemůžou bejt doma, to myslím, že je jako jediná možnost“ (Denisa)

Výhody a nevýhody obou forem péče

Institucionální péče

Institucionální pečující vidí hlavní výhodu domovů pro seniory a podoných zařízení především v tom, že se dokáží postarat o „**nemohoucí**“ seniory. Starý člověk by dle jejich názoru měl zůstat doma co nejdéle, dokud je to únosné, pak by měla přijít na řadu instituce, kde by rozhodně neměly bydlet zdravé osoby:

„... prostě byl to nějaký proces, kdy ona začala víc padat a my jsme jako by do poslední chvíle jako můžu říct, že já jsem byl z těch, co odolávali, já jsem nebyl z těch, který by jí tlačil, já jsem naopak chtěl, aby co nejdýl zůstala v tom prostředí, kde byla vždycky, ...“ (Hanuš)

Neoddiskutovatelnou výhodou je, že instituce **přebírá část zodpovědnosti a snímá tak z pečovatele břímě „24hodinové“ pohotovosti**. Senior je v instituci pod kontrolou, pokud by něco potřeboval či se mu něco přihodilo, v zařízení je vždy personál, který mu může pomoci. To je podle institucionálních pečujících nedocenitelná výhoda, díky níž jsou mnohem klidnější.

„No, obecně pro mě to byla záchrana, jako protože vím, že tam někdo je, ve dne v noci tam je služba, že jo.“ (Denisa)

„No, největší výhoda je ta, že ten člověk je vlastně celý den pod kontrolou. ... Už jsem teď klidnější, to tamto, to jsem byla furt vynervovaná, jestli jsou v pořádku, no, ...“ (Mariana)

S tím také trochu souvisí **přítomnost nebo docházení doktora** do zařízení. Někteřím respondentům tak odpadlo odvážení seniora k lékařům (např. Oliver).

Díky zařízení **nejsou** dle mínění pečovatelů **senioři izolovaní**, neboť se nacházejí mezi svými vrstevníky. Stejně tak vnímají na zařízení jako dobré, že seniorům poskytuje **program** (i když samozřejmě záleží na tom, zda je senior ze zdravotních důvodů schopen se aktivit účastnit). Domácí pečující (převážně ti, kteří poskytují neosobní péči) považují nedostatek volnočasových aktivit pro seniora jako jeden z problémů, který souvisí s domácí péčí.³⁶ Zdá se, že v instituci tento problém odpadá, i když nesoběstační senioři se mohou zapojit jen málokdy.

³⁶ Viz kapitola 2.2.3.

„Jako aktivit je tady poměrně hodně, jezdí se na různé výlety.“; „Nebo přijedou nějaký komedianti nebo nějaký malý cirkus se dvěma psy nebo chlap s harmonikou. Každý rok se tady dělá zámecká slavnost de facto.“ (Oliver)

„... tak taky jak má tu změnu, tak už je to lepší, že když jsme o víkendu sami doma nebo i teda když jsou tady všichni ostatní, tak ten den je pro ní hrozně dlouhý a takhle ten stacionář, tím že tam něco dělají vona se trošku zabaví a je to přeci jenom pro ní změna, no.“ (Jana)

„... ještě naopak si myslím, že to pro ní bylo plus, protože přišla vlastně do kolektivu lidí stejně starých nebo mladších vo něco, že jo, tak a oni si to všichni tam povyprávěj ten život svůj jo, tak vono to chvilku trvá.“ (Milan)

„... a pak, že se dostane do společnosti těch lidí, protože tím, že bydleli tam, tak neměli s těma lidma žádný kontakt...“ (Mariana)

Jako další výhodu institucionální péče oproti péči domácí vidí respondenti to, že se seniorovi, který je jinak v podstatě zabezpečen a je o něj postaráno na úrovni základních životních potřeb, **mohou věnovat** na spíše a jen **duševní úrovni**. Mohou si s ním například povídat, chodit na procházky a v klidu užívat dalších společných chvil.

„... když se jakoby o toho člověka fyzicky nestaráte, tak si nemůžete užívat těch jakoby lepších situací, toho jeho dne, jestli mi rozumíte. ... Ve chvíli, kdy by se to obrátilo a já se o ní měl postarat od rána do večera, tak na ty procházky chodím samozřejmě sám, že jo. Abych se z toho jako vzpamatoval...“ (Hanuš)

Zároveň, co se týče **nevýhod**, jako hlavní problém vidí respondenti péči o duševní nebo nemateriální stránku člověka. Snad proto se jim také hlavně tuto péči snaží vynahradit (viz [Bowers in Abel, Nelson 1990; 278-286]).

„Takže duševně to asi nedovede poskytnout žádné zařízení, že jo. Když si každý popovídá s tím svým blízkým nebo nejbližším, tak to nedokáže nikdo nahradit. To je jasný. Co se týče duševního a je to i věřící, tak sem dochází farář. Tady funguje dole i kaple, kde jsou každou neděli bohoslužby.“ (Oliver)

Tuto nevýhodu vnímali stejně i domácí pečující – viz např. výše zmíněné výroky Alexandra (*„Že je to pořád jenom o tom, že je to na profesní bázi, kdežto u té péče s těmi rodinnými příslušníky je to vedle té profesionality, která se časem vytvoří, je to i o citu. A to prostě je nenahraditelné. Rodina je nenahraditelná v tomhle tom.“*) nebo Věry (*„... nejenom zajistit základní potřeby, ale zajistit i toho ducha.“*).

Jinou negativní stránkou pak je skutečnost, **že senior není doma**.

„Nevýhoda je úplně jasně, že ten člověk není doma, že jo. Jako každému se stýská.“
(Oliver)

„Tak jediná nevýhoda, to že nejsou doma.“ (Mariana)

Jako nevýhodu institucionální pečující vnímají také to, že **senior** si na péči příliš zvykne a přestane se snažit starat se sám o sebe - **zpasivní**.

„Že už se o sebe nechtějí starat, no ona pohodlnost je lenost.“ (Oliver)

„... tam tedy pečují až moc. Já tedy babičku nechávám, aby sama na záchod šla, aby sama si oblékla něco a tam pomáhají s obouváním se vším - já chci, aby ještě něco dělala, aby nezůstala taková ustrnulá. Tam je ta péče až přehnaná.“ (Jana)

„... prostě oni v podstatě chtěli, aby ona chodila na záchod, jen když tam ony jsou nebo když je ona zavolala. Takže to musí toho člověka zdeptat, když mu dají takhle najevo, že už je úplně vyřízený, jo. No, a argument byl ten, že by spadla.“ (Hanuš)

Domácí péče

Hranice přechodu mezi domácí a institucionální péčí jsou **stanoveny fyzickým a psychickým stavem seniora**, jeho samostatností a soběstačností. Jak jsme již zmínili v předchozí části této kapitoly, pokud je senior jen trochu mobilní, pak podle institucionálních pečujících do instituce rozhodně nepatří. Takových služeb by měl využít v případě, že péče (ve smyslu domácí) o něj začíná být příliš náročná, ve chvíli, kdy se již neumí postarat sám o sebe, případně ve chvíli, kdy svoji rodinu či své prostředí již stejně nepoznává (pak se hranice mezi institucí a domovem v očích institucionálních pečujících jako by smazává).

„Když vás nepoznává, teď je agresivní, von byl pak zlej, von byl agresivní, já ho za boha nemohla umejt, nemohla jsem ho slíct, no, to bylo strašného. A oni přeci jenom tady v tom domově, jak je tam ta doktorka [jméno], tak mají určitý prášky nebo mají nějaký kapičky, že mu dají jako na zklidnění, že tam se chová naprosto vlídně, jo.“
(Denisa)

„Pokud ty lidi jsou neschopný jako je tohle to tak...tak bych je prostě doma chtěla. ... Pokud ty lidi jsou v mezích normy tak to prosím ještě. To je fakt hrozný a vy svůj život nežijete žádnéj. Prostě žijete, to žijou oni, vy ne.“ (Mariana)

Výhodou domácího prostředí je ze své podstaty **„domov“**.

„Domácí rodinná péče pokud ten člověk je mobilní, tak asi nic nejde nahradit, aby byl doma.“ (Oliver)

Institucionální pečující chovají **domácí pečující v** patřičné **úctě**, umějí si představit, co čistě domácí péče obnáší, a proto zvolili instituci:

„Hm, to musí být hrůza. Myslím si, že ten kdo to dělá, že by zasloužil metál. Když to vidím tohle to, protože fakt jestli je někdo vázaný úplně na toho jednoho člověka, tak to fakt bych jim dala metál, protože je to fakt náročný.“ (Jana)

O **nevýhodách** domácí péče podle institucionálních pečovatelů jsme se již v této kapitole zmínili. Jsou jimi především **ztráta zaměstnání a vyčerpání hlavního domácího pečovatele**.

„... nevýhoda vzdát se své práce, ať už je to dcera nebo syn nebo ta nevěsta. To je nezanedbatelná nevýhoda.“ (Oliver)

„Nevýhody domácí péče, že se to nedá, jsou často situace, že se to nedá často zvládnout.“ (Denisa)

„... ona se jim absolutně obětuje, to není žádný život už, to prostě je život pro rodiče. To je šílený. ... takový závazek, já bych si ho prostě nevzala. Protože i když to jsou rodiče, tak to jsou ztracený roky, protože ten rodič, babka ji diktuje, hrůza prostě.“ (Mariana hovoří o přítelkyni, která pečuje doma o své rodiče)

2.3.4 Shrnutí a dílčí závěry druhé části kvalitativního výzkumu (institucionální pečovatelé)

Na závěr bychom mohli říci, že **obě skupiny pečovatelů mají pro sebe navzájem pochopení a na obou formách péče vidí pozitiva i negativa**. Domácí pečovatelé mají pro institucionální pečovatele pochopení, jelikož ne každý je domácí péči schopen zvládat. Institucionální pečující na druhou stranu vzdávají domácím pečovatelům úctu.

Co se týče uvažování a rozhodování o formě péče pro seniora, zdá se, že **institucionální pečující rozmýšlejí více racionálně, domácí pečující pak zase více emocionálně**³⁷. Institucionální pečující si umějí stanovit hranice sebeobětování, za které nejsou ochotni jít. Chtějí si zachovat zdraví, práci a „žít svůj život“. Dá se říci, že domácí pečovatelé přisuzují důležitost emocionálním složkám v rozhodování (např. **bojí se, že by měli výčitky svědomí, ale jsou fyzicky vyčerpáni, což si však zpětně ospravedlní pomocí emocí**), kdežto institucionální pečovatelé kladou důraz více na racionální složky (např. **bojí se fyzického vyčerpání, ale často mají špatný pocit nebo výčitky svědomí, které si ovšem většinou umějí racionálně odůvodnit, případně se o to aspoň snaží**). O racionálním uvažování může svědčit například i návštěva poradenských center několika respondentů.

Signálem toho, že už senior nevládá bydlet v domácím prostředí, jsou většinou **pády** (viz např. Hanuš nebo Milan). Pády jsou hlavní příčinou úrazů ve stáří (aspoň jednou za rok upadne 30 % seniorů žijících v domácím prostředí), úrazy jsou pak spojeny s dlouhodobou nemocností, mnohdy se ztrátou soběstačnosti. [Kalvach, Hrabětová 2005; 21] Také mnoho seniorů našich respondentů prošlo léčebnami dlouhodobě nemocných právě kvůli pádu a následnému úrazu (např. Jolana nebo Milan).

Adaptaci seniora na nové prostředí napomáhá především jednak **vstřícnost personálu** a jednak **udržování kontaktů z minulého neinstitucionálního prostředí**. **Čím více složek z domácího prostředí seniora se podaří přenést do nového institucionálního prostředí, tím probíhá adaptace snadněji**. K podobnému závěru došly také Janečková a Novotná [Janečková, Novotná 2008], které ukazují na význam blízkých rodinných vztahů (především kontaktu s dětmi) pro zdravý a spokojený život starého člověka žijícího v instituci. Samotná existence vztahů

³⁷ Viz kapitola 2.2.3.

s dětmi a pozitivní hodnocení kvality těchto vztahů přispívá k úspěšnému sociálnímu začlenění seniora v instituci.

Se specifickými problémy se potýkají respondenti, kteří se starají o seniora trpícího **Alzheimerovo nemocí**. Takový člověk má své zvláštní potřeby a problémy. Pečovatelé jen těžko hledali služby, které by jim pomohly při domácí péči.

Jasnou **výhodou institucionální péče** je, že je o seniora postaráno a je pod neustálou **kontrolou**. Rodině se tak velmi uleví. Zodpovědnost za zdraví a stav seniora přechází na personál, zodpovědnost za zachování „já“ si pak ponechává rodina, která se dostává do role spíše pozorovatele a dohlázele nad péčí. **Instituce je schopna seniorovi poskytnout základní péči a materiální statky, o duševní stránku** se pak většinou **starají** sami **příbuzní**, jelikož tuto složku instituce poskytnout neumí (pouze najde-li se výjimečný zaměstnanec).

Využití služby **denního stacionáře** se zdá být jako vcelku dobré řešení (viz případ Jany). Zachovává si výhody domácí péče (domácí prostředí, úzký kontakt s příbuzným), ale zároveň alespoň na určitou dobu poskytuje pečovateli i seniorovi výhody institucionální péče (sociální kontakt a aktivity pro seniora, možnost zachování práce pro pečovatele). Přesto jednou z nevýhod této formy péče stále zůstává riziko vyčerpání hlavního pečovatele a přivázanost k domovu.

Na závěr bychom mohli říci, že v institucionální péči **musí senior slevit z některých svých potřeb**, musí se tedy prostředí přizpůsobit. V případě domácí péče se seniorovi a jeho potřebám přizpůsobuje rodina a péče samotná.

Závěr

Cílem výzkumů bylo zmapovat tři oblasti pečování, do nichž jsem si problematiku rozdělila (oblasti A – C)³⁸. Kvalitativní šetření napomohlo lepšímu pochopení a obohacení dat získaných v analytické fázi výzkumu. Třetí fáze výzkumu napomohla lepšímu pochopení dat získaných v prvních dvou fázích. Nyní propojím tato dvojí data s přihlédnutím k výzkumným otázkám a zasadím je do kontextu, který nám poskytla data z poslední fáze výzkumu, a formuluji závěry vyplývající z této práce.

Začnu tedy od úplných **počátků pečování (oblast A)**. Celá tato předpočáteční fáze pečování u domácí péče probíhá zároveň s mechanismy tzv. **mechanické sociální soudržnosti** [Jeřábek 2005; 7]³⁹.

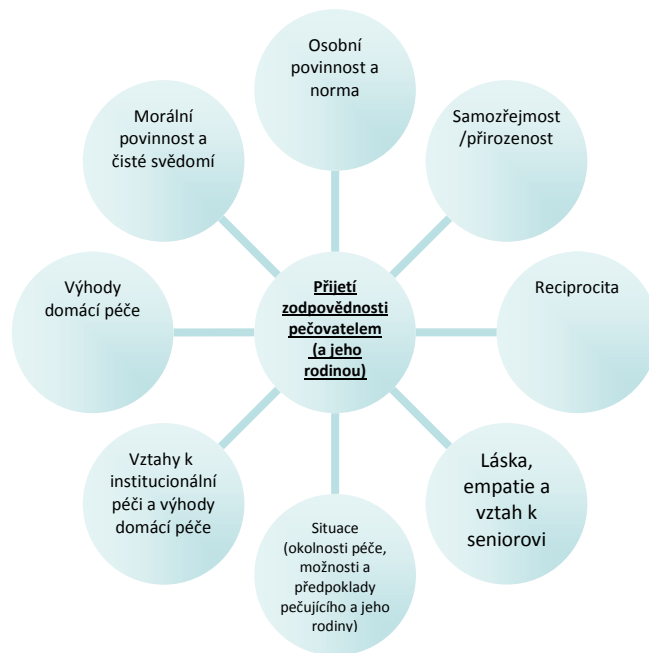
Hlavní výzkumná otázka této části zněla: Co stojí za rozhodnutím respondenta pečovat o svého příbuzného v domácím prostředí (tedy za rozhodnutím nesvěřit opečovávaného do institucionální péče)?⁴⁰ Shrňme si tedy nejprve hlavní důvody a příčiny toho, proč se respondenti rozhodli pečovat o svého příbuzného doma. Zjistila jsem, že nejčastější příčinou stavu, kdy je nutno začít o seniora pečovat bývá nemoc a s tím často související zhoršení zdravotního a psychického stavu seniora. Z dat vyplývá, že na samém počátku pečování stojí **proces emocionálního rozhodování**, na jehož základě se pečovatel (a jeho rodina) uvolí přijmout hlavní zodpovědnosti za péči o seniora. Přičemž zde hrají samozřejmě roli i jiné okolnosti, možnosti či předpoklady hlavního pečujícího a jeho rodiny, neboť pomáhání je mimo jiné citlivé na situační faktory [Feldman 1985; 251].⁴¹ Situaci snad lépe vystihne následující obrázek, v němž je patrné, co vše hraje roli při tzv. emocionálním rozhodování. Primární je přijetí zodpovědnosti.

³⁸ Viz kapitola 2.1.1.

³⁹ Více viz kapitola 1.2.1.

⁴⁰ Viz kapitola 2.1.1.

⁴¹ Více viz kapitola 1.2.2.



Obrázek 2 - Proces emocionálního rozhodování a jeho součásti

Nutno podotknout, že téměř všechny tyto položky jsem objevila také v analytické části výzkumu. Avšak byly zahrnuty pod faktorem, který jsem nazvala jako Altruistické důvody pro péči („aby o něj bylo dobře postaráno“, „kvůli poutu“, „potěší ho to“, „kvůli domácímu prostředí“, „oni nám také pomáhali“, „je to samozřejmost“, „kvůli dobremu vztahu“) a který velmi dobře dokresluje výpovědi respondentů v hloubkových rozhovorech. **Utilitářské důvody** („lidé by se divili“, „přání partnera“) se mezi odpověďmi respondentů v kvalitativní části vůbec **neobjevily**. Není se čemu divit, vždyť **altruistické důvody, podpořené tzv. empatickou emocí**, jsou, jak se ukázalo, k péči nezbytné. Při hlubší analýze faktorů rozdělených do 3 výše zmíněných skupin podle zátěže pro pečující, jsem zjistila, že Altruistické důvody převládají ve všech skupinách, nejvíce u skupiny podpurných pečujících (viz Příloha č. 9).⁴²

Použijeme-li data z Tabulky 2, můžeme tedy i položky (téměř všechny) zahrnuté v procesu emocionálního rozhodování (z Obrázku 2) seřadit podle intenzity: **po přijetí zodpovědnosti hrají nejdůležitější roli výhody, které domácí péče poskytuje, následovány samozřejmostí pečování, dobrým vztahem/láskou,**

⁴² ANOVA prokázala, že rozdíly v přiřazení se k jednotlivým faktorům mezi skupinami nejsou statisticky významné (viz Příloha č. 10).

kteřou k seniorovi pečovatel cítí, a reciprocitou. Možný dochází při zkoumání vztahu pomoci dcery starší matce k podobným závěrům: „*To, co vstupuje do hry při rozhodování se k jednání, je směs lásky, pocitu samozřejmějnosti, povinnosti i společenského a kulturního normativu.*“ [Možný 2004; 58]

Proces emocionálního rozhodování musí být nastartován **přijetím zodpovědnosti**, která se intenzivně projevuje ve všech činnostech pečovatele. Ten ji **přejímá zcela na sebe** (nepřenechá ji ani mladší generaci, ani profesionálním pečovatelům, pokud ano, tak pouze zčásti). Při přijímání zodpovědnosti, která je primární podmínkou altruistického/prosociálního chování, hraje důležitou roli také pocit **osobní povinnosti** pečovat o příbuzného/partnera. To také podotýká Lašek, když tvrdí, že pomoc v rodině má charakter jistého závazku či povinnosti, a dále také, že tato pomoc vychází z rodinných rolí. [Lašek 2006; 130] To se potvrdilo i v našich rozhovorech, neboť, jak jsem zjistila, **pečovatelé vnímají svoji roli pečovatele jako přirozenost, samozřejmějnost, reciproční proces.**

Pro pečující jsou směrodatné **normy (společenská pravidla)**, které přikazují, že děti se mají postarat o své rodiče. Péče má pro pečující normativní dimenzi. **Role pečovatele je pro ně daná, „má to tak být“.** U pečovatelů jsem našla všechny tři typy norem [Feldman 1985; 239-245]⁴³: **normu sociální odpovědnosti** (pocit odpovědnosti je u pečujících velmi intenzivní, jak prokázala analýza hloubkových rozhovorů), **normu spravedlnosti** (pečující často hovoří o tom, že opečovávaný si péči zaslouží – např. Alexander: „*Přece jenom se tady nadřeli a maj tady svoje zázemí a bylo by to vůči nim nefér, je tady odložit.*“) i **normu reciproční** (avšak pečující neočekávají odměnu za své chování v budoucnosti, je to spíše odměna rodičům/partnerům za jejich chování v minulosti).

V pečování hraje důležitou roli také **láska**, platí tudíž, že domácí pečující, kteří pečují na základě altruistických důvodů, splňují obě fáze pečování tak, jak je popisuje Graham – *caring about* i *caring for*. [Graham 1983]⁴⁴

V neposlední řadě nesmíme zapomínat ani na **vztah k institucionální péči**, který **není zrovna pozitivní**, a na to, že pečovatelé vnímají samozřejmějnost domácí pečování jako výhodnější a vhodnější pro seniora a jeho potřeby (opět hlavně z emocionálního hlediska a z hlediska lepšího přizpůsobení se potřebám seniora).

⁴³ O těchto normách jsem podrobně hovořila v kapitole 1.2.2.

⁴⁴ Více také v kapitole 1.2.1.

Pečující také shledávají, že institucionální péče nemůže poskytnout potřebnou emocionální podporu.

U institucionálních pečujících jsme pak objevili proces, který se dá nazvat spíše **racionálním rozhodováním**. Také tito pečující chápou starost o rodiče jako normu, povinnost i reciproční vztah, ovšem k zajištění péče je pro ně adekvátní a dostačující péče v instituci. I v jejich případě je nutné nejprve přijmout zodpovědnost, kterou institucionální pečující taktéž cítí, ale na rozdíl od domácích pečujících, jim nevádí podělit se o ni právě s institucí. Stejně jako domácí pečující, i institucionální pečovatelé věří, že instituce se dokáže postarat o základní lidské potřeby, ovšem není schopna poskytnout seniorovi blízkost člověka a duševní oporu. Ke stejnému závěru dochází i Bowers, když píše, že členové rodiny věří, že i nadále nesou hlavní zodpovědnost za tzv. „protective care“ (ochranná péče), jejímž cílem je ochránit pocit důstojnosti seniora a jeho pocit vlastního „já“. Věří totiž, že personál je schopen poskytnout pouze „instrumental care“, tedy jen jakousi technickou formu péče. [Bowers in Abel, Nelson 1990; 278-286]

Nejen tuto **ochrannou péči** se pak snaží seniorovi **vynahradiť** i naši institucionální pečující a to, že ji instituce nedokáže poskytnout, chápou jako jednu z **nevýhod instiucionální formy pečování**. Naopak jako **výhodu** vidí, že senior je pod neustálou **kontrolou**. **Institucionální pečující si tedy může dovolit komfort částečného sejmutí zodpovědnosti za péči o seniora, což mu poskytuje velkou úlevu.**

Posuňme se nyní k **oblasti B** věnované **dopadům péče na pečující**. Z hlediska sociální soudržnosti tato oblast spadá do rámce **organické sociální soudržnosti** [Jeřábek 2005; 7]⁴⁵.

Po nástupu stavu nutnosti péče nastupuje **proces přizpůsobování se péči**. Z obou šetření vyplývá, že rodinná/domácí péče se potřebám seniora dokáže přizpůsobit. Toto zjištění odpovídá definici rodiny podle Hargašové, která zdůrazňuje schopnost struktury rodinných vztahů proměňovat se podle potřeby a vývojových stádií rodiny. [Hargašová cit. dle Sobotková 2001; 56] Díky kvalitativnímu šetření jsem mohla vcelku detailně zjistit, jak takové přizpůsobování

⁴⁵ Více viz kapitola 1.2.1.

péči o seniora a jeho potřebám ve skutečnosti vypadá: **probíhá** jednak **na úrovni personální** a jednak **na úrovni technické**.

Díky hloubkovým rozhovorům se také podařilo zkonkretizovat okolnosti **psychického a fyzického vyčerpání** pečujících. Podle našich předpokladů se ukázalo, že kromě **nedostatku odpočinku a dovolené**, jsou zde důležitými faktory také **neadekvátnost reakcí opečovávané osoby, komunikace se seniorem a jeho pasivita a nemožnost aktivního vyžití** (v případě méně intenzivního pečování). Dále pak také **neustálá pohotovost**, kterou pečující drží, **obtížnost a zdlouhavost jednání s úřady** a v neposlední řadě také **neinformovanost** a nemožnost orientace v sociální sféře, kterou potvrzují též ostatní výzkumy pečujících (např. [Barvíková, Bartoňová 2005]). Na tomto místě bych ráda podotkla, že pečující se v mnoha případech ani nesnaží nějaké informace o státní pomoci nalézt. Snad je to také proto, že, jak píše Možný, svět rodiny bývá vnímán jako svět naší suverénní kompetence, do které nemá právo nikdo zasahovat, tedy ani stát. [Možný 1990; 9]

Analýzy poskytly důkazy pro ověření hypotézy altruistického chování pečovatelů.⁴⁶ **Z hlediska sociální psychologie je chování pečovatelů altruistické.** Zopakujme si definici altruismu dle Feldmana: „*chování, při kterém jednotlivec pomáhá, a toto chování je prospěšné ostatním, ale vyžaduje sebeobětování na straně pomáhajícího.*“ [Feldman 1985; 237, originál v anglickém jazyce, přeložila L. M.] Zároveň také altruismus přináší pomáhajícímu jistý druh vnitřní odměny. [Nakonečný 1996; 245-248]⁴⁷ Domácí pečující pomáhají. Toto jejich chování je, prospěšné seniorům⁴⁸, vyžaduje sebeobětování pečovatelů a zároveň jim přináší určité vnitřní odměny.

Potvrdila se hypotéza o tom, že **pečující svoji činnost nevnímají jako obět'**. Obětování chápou jako samozřejmou součást pečování. Spočívá především **ve ztrátě svého času**, a sice hlavně v **možnosti rozhodovat o něm**. I přesto, že data získaná v rámci první fáze výzkumu ukázala, že většina intenzivně pečujících se vzdává také svých koníčků, kvalitativní rozhovory naopak poukazují na to, že pečující se pravděpodobně vzdali koníčků, které měli před tím, než pečovat začali. V rámci nové role pečovatele si však nějaké koníčky buďto zachovali, nebo našli nějaké nové, došlo tedy k jakémusi přizpůsobení koníčků. **Čas k odpočinku či na dovolenou**

⁴⁶ Ta byla základní hypotézou části B – viz kapitola 2.1.1.

⁴⁷ Viz kapitola 1.2.2.

⁴⁸ Více viz kapitola 1.3.

však zůstává obětován a nenahrazen žádnou jinou formou. Dotazníky napovídají, že pečující také mnohdy obětují **vztahy s okolím**. Z kvalitativního šetření vyplývá, že to není tak jednoznačné. Výpovědi pečujících naznačují, že vztahy s přáteli pravděpodobně obětovány budou, kdežto vztahy v rodině budou obětovány spíše v tom smyslu, že se zhoršily. Rozhovory nám tedy poskytly možnost zpřesnit výpovědi založené na dotaznících. Oproti datům z první části výzkumu jsem také v rozhovorech objevila novou položku, které se musejí pečující vzdát, a tou je **soukromí**. O penězích či životním standardu hovoří pečovatelé až na posledním místě.

Toto **sebeobětování pečovatelů umožňuje přizpůsobení péče potřebám seniora**.⁴⁹ V analytické fázi výzkumu jsem zjistila, že **čím větší potřebu péče senior má, tím větší „oběti“ pečující přinášejí**. Tento posun je patrný také v kvalitativních datech: zaznamenala jsem, že pečující v osobní péči deklarují nepatrně větší psychické a fyzické vyčerpání.

Vnitřní odměnu pro pečující představují, podle předpokladu, **dobry pocit, čisté svědomí, potěšení z dávání radosti a morální uspokojení**.

Zaměřím-li se na **proces pečování** podrobněji, zjišťuji, že jej lze rozfázovat dle teorie Fisher a Tronto [Fisher, Tronto 1990; 40-45], která úzce koresponduje se sociálně-psychologickým pohledem na prosociální chování [Feldman 1985; 261]: **1) „caring about“**, tedy z hlediska sociálně-psychologického je splněna podmínka **uvědomění si situace/osoby, jež potřebuje pomoci**; **2) „taking care of“**, neboli **připuštění si a přijetí zodpovědnosti** za situaci; **3) „caregiving“**, konkrétní **pečování**, silně ovlivněné zodpovědností; **4) „carereceiving“**, **reakce opečovávaných** (ty jsem z hlediska pečujících v práci také zanalyzovala).

Na závěr bych se ještě ráda vrátila k otázce, **kdo tedy vlastně jsou domácí pečující?** Na základě analýzy obou druhů dat jsem našla hned několik charakteristik pro ně typických a v některých případech také odlišujících je od většinové moderní společnosti.

- Pečující **dokážou překonat strach ze smrti**, což dnešní společnost obecně nedokáže. V naší společnosti totiž dochází k vytěšňování smrti a umírajících [Elias 1998; 12-24], aneb slovy sociologa Možného: „*Smrt není více členem rodiny.*“ [Možný 1990; 90]. Naši pečující jdou v tomto ohledu proti proudu.

⁴⁹ Více viz kapitola 2.2.3.

Důkazem budiž i samotný fakt, že pečují a přejí si, aby jejich blízký mohl umřít doma, mezi svými, v domácím prostředí.

- Oproti většinové české společnosti, kde, jak píše Kuchařová, může zodpovědnost za péči o rodiče chybět [Kuchařová 2002; 67], naši pečující tuto **zodpovědnost cítí, a to velice silně**. Haškovcová ve své knize *Fenomén stáří* charakterizuje dospělost právě z hlediska umění přijmout zodpovědnost za své činy i vztahy s okolím. Odpovědi typu „Nemohu...“ považuje za výmluvy a vyzývá čtenáře k přijetí této zodpovědnosti. [Haškovcová 1990; 7] Slovy Haškovcové bychom pečující mohli s klidným svědomím označit jako **„dospělé“** nebo též jako „ty, kteří opustili roli věčně mladého“.
- Další charakteristikou, která pečující odlišuje od většinové společnosti je, že **nepřenechávají své problémy odborníkům**. Jak píše Možný, pro dnešní společnost je typické, že existují specialisté téměř na jakoukoli oblast života, což vede k demobilizaci rodiny a její péči nahrazuje péče profesionální. [Možný 1990; 10-11]
- Podíváme-li se na pečující z hlediska sociálně-psychologického, můžeme konstatovat, že **mají charakteristiky pomáhajících – empatii a morální smýšlení** [Feldman 1985; 250-251].⁵⁰

Institucionální péče se oproti péči domácí logicky nedokáže do stejné míry přizpůsobit potřebám seniora, naopak senior se musí přizpůsobit novému prostředí, což bývá obtížné. V tomto procesu mu napomůže jednak vstřícnost personálu a jednak zachování sociálních sítí i materiálních statků z neinstitutcionálního prostředí. Naopak **dopad na příbuzné** je v tomto směru spíše pozitivní. Po první fázi, kdy se objevuje strach z toho, jak bude senior zvládat přizpůsobení se na nové prostředí instituce, přichází fáze obrovské **úlevy**. Někteří pečující však trpí výčitkami svědomí.

Nyní se dostávám k **oblasti C**, tedy k **řešení otázky zodpovědnosti za péči**. Doporučeními pro ulehčení situace pečujících se budu věnovat v kapitole „Doporučení“.

⁵⁰ Více viz kapitola 1.2.2.

Mnozí sociologové, sociální politici a demografové varují před „**krizí**“, která by v **budoucnu** mohla nastat v **oblasti rodinné**, ale též **institucionální péče**. Na jedné straně stoupá počet seniorů, kterým nebudou stačit současná institucionální zařízení, tudíž tíže péče bude přenesena na rodinu. Na straně druhé pak, jak píše Možný (konkrétně o české společnosti): „*Sociální kapitál uložený do rodinné solidarity v dosud žijících generacích se vyčerpá v horizontu deseti-dvaceti let.*“ [Možný 2004; 58] Zdá se tedy, že **velké zátěži bude čelit jak péče rodinná, tak péče institucionální.**

Docházím k závěru, že **rodinná péče je zapotřebí**, neboť, jak jsem dokázala, **ta se dokáže přizpůsobit potřebám opečovávaného**. Ovšem nemůže to být pouze rodinná péče, která převezme celou zodpovědnost na sebe, neboť, jak jsem zmínila v kontextu stárnoucí populace a zvyšujícího se věku dožití, s ohledem na psychickou i fyzickou vyčerpanost pečujícího a na oběť, kterou péči přináší, je toto téměř nemožné. **Je tedy zapotřebí, aby byla rodinná péče podporována** – ať státem či neziskovými nestátními organizacemi, avšak **se zachováním primární zodpovědnosti rodiny**, respektive hlavního pečovatele. Je jasné, že pravděpodobně bude muset vzniknout nějaká forma pečování, která bude stát někde mezi institucionální a rodinnou péčí. K podobným závěrům dochází také Michael D. Fine, podle nějž by **péče měla přestat být chápána jako zodpovědnost pouze individua, nýbrž by měla být vnímána také jako sociální zodpovědnost.** [Fine 2007; 214] Myslím si, že i výsledky mých analýz tuto teorii podporují. Tím se také dostáváme k úvodu této práce a k otázce po zodpovědnosti za péči o seniory. Primární zodpovědnost by měla zůstat na rodině (neboť, jak vyplynulo z analýz, rodinní pečující ji velmi silně pociťují a nenechají si ji odebrat). Sociální zodpovědnost za péči by se měla projevit především v péči o domácí pečovatele a v usnadnění jejich pečování (konkrétně například formou lepší finanční i lokální dostupnosti různých sociálních a zdravotních služeb).

Doporučení pro zlepšení situace domácích pečovatелů

Na začátku této kapitoly bych ráda upozornila, že jakožto socioložka, zde předkládám pouze možné směry návrhů řešení, na jejichž základě by pak mohly být vytvořeny nástroje sociální politiky, proto je zapotřebí brát je s rezervou z hlediska sociálně politické odbornosti. Tyto náměty jsou podloženy výzkumným šetřením a návrhy samotných pečujících. Návrhy by bylo samozřejmě potřeba dále rozpracovat.

Naše rozhovory s domácími pečujícími sice **nepotvrdily Matouškovu tezi** o tom, že oproti rodině v tradiční společnosti, ve které vládla plná ekonomická solidarita, rodina moderní společnosti očekává, že při zaopatřování nemocných a starých lidí převezme část této tíže stát [Matoušek 2003; 9]⁵¹, ale pomoc „zvenčí“ potřebují.

Trendem ve vyspělých zemích je ubírání se k **hybridním formám péče**, v rámci nichž se rodina i veřejné služby podílejí na pečování. Současný trend směřuje k chápání péče jakožto práce, která by měla být placená, a tento trend bude v budoucnu ještě zesilovat. Stejnému tlaku bude podléhat také neplacená, většinou ženská, domácí péče. V konečné podobě zmizí umělé rozlišení mezi prací a péčí. [Fine 2007; 212 - 222] Vzhledem k demografické situaci i ekonomickým tlakům je jasné, že pečování bude v budoucnu ležet především na bedrech rodiny. Vzhledem k demografickému (prodlužující se věk seniorů atp.) vývoji populace je možné předpokládat, že tento nátlak bude ještě sílit, a tudíž bude muset být zmírňován pomocí ze strany státu (a jak plyne z analýz, již současní pečovatelé vzdorují obrovskému tlaku vycházejícímu hlavně z jejich vyčerpání a přetěžování). Východisko bych v tomto případě viděla v podpoře hybridních forem pečování, které zahrnují společnou formální i neformální péči, tudíž zachovají domácí pečování s tím, že ulehčí zátěži domácích pečovatелů.

Na základě dat a jejich analýzy se domnívám, že je zapotřebí zavést v České republice **systém péče o domácí pečovatele**. V konkrétní rovině bych pak navrhovala **spolupráci pečujících rodin s psychologem**. Pečující s velkou psychickou zátěží potřebují psychickou podporu, jak sami říkají (viz např. Bohdana: „*Taky by nebylo špatný třeba nějaký kurzy, když třeba někdo zůstane takhle s tím člověkem nečekaně a musí se o něj postarat, tak třeba nějaký kurz... Jednak ty*

⁵¹ Naopak se tato teze potvrdila u institucionálních pečujících.

psychologové, který člověka podpořej, to tady taky schází. Jo. Který je podpořej, který jim řeknou co a jak.“). Obzvláště v počátcích pečování, kdy se situaci péči teprve přizpůsobují, by byla tato pomoc vhodná.⁵² O nutnosti faktické pomoci i psychické podpory pečujícím rodinám (které pečují o těžce nemocné) hovoří také například Haškovcová. [Haškovcová 2007; 59]

Neméně důležitá je pak změna v jednání a fungování úřadů a systému sociálních služeb. Zde by bylo zapotřebí především **překonat informační bariéru**, která pečujícím znesnadňuje jejich činnost. Jako řešení bych viděla **vytvoření registrů pečujících** v různých oblastech (např. krajích) a **na jejich základě informovat cílovou skupinu pečujících** o možnostech i povinnostech, které jako pečovatelé mají, ale také o tom, jak se vyznat v sociální sféře jako takové. Tato myšlenka mě napadla při seznamování se s projektem nazvaným „Místa pro zaregistrování OZP do databáze IZS hl. m. Prahy“, který slouží k vytvoření registru všech vozičkářů (osob se zdravotním postižením) na území hlavního města Prahy pro použití v integrovaném záchranném systému v Praze. K vytvoření databáze si město najímá tzv. „registrátory“, kteří projdou nejprve školením a poté sami aktivně vyhledávají cílové osoby. [Projekt 2007] V případě pečujících by takovou roli mohli plnit „**informátoři**“. Informátor by byla osoba (například z neziskové sféry), která by vytvořila podobný registr domácích pečovatelů a měla na starost určitý počet z nich. Za svými „klienty“ by informátor docházel a poskytoval jim informace. Současně by vyhledával nové domácí pečující. Měla by také vzniknout průběžná **informační kampaň pro pečující či „zelená linka“**, kde by se mohli na cokoli zeptat. Důvodem těchto opatření je hlavně to, že pečující nemají většinou možnost, čas ani síly sami aktivně vyhledávat informace potřebné k vyznání se v sociální sféře. Informátor by však mohl vyřešit i další problematiku oblast, oblast izolace pečujících a potřeby sdílet své zkušenosti s podobně situovanými lidmi. Pečující by uvítali **vznik klubů**, ve kterých by se mohli scházet s lidmi s podobným osudem a zkušenostmi. Informátor by mohl takové informace zprostředkovat a snadno by mohl zorganizovat taková setkání.

⁵² K podobným závěrům dospěla též Sobotková ve své studii pěstounských rodin, které jsou také podrobeny obrovské psychické zátěži. Podle Sobotkové by se tak dalo předejít mnoha problémům, s kterými se pěstounské rodiny potýkají. [Sobotková 2003]

Diskuse k výzkumu a náměty pro další bádání

Je důležité si uvědomit, že první, analytická část výzkumu byla prováděna v době, kdy platil ještě starý zákon o sociálních službách, kdežto druhá, kvalitativní část již probíhala v době platnosti nového zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách). Předpokládám však, že data jsou dostatečně srovnatelná a komplementární, neboť se domnívám, že změny vyplývající z úpravy právní normy budou moci být výrazněji pocíťovány až po určité době, kdy bude mít systém dostatek času na „zaběhnutí“ a usazení. I když samozřejmě některé změny se pečujících dotkly bezprostředně po vstoupení nového zákona v platnost, jako například nový „příspěvek na péči“.

Vysoká komplexnost problematiky pečování a její propojenost s velkým množstvím různých témat mě přivedly na mnoho námětů a nápadů pro pokračování a navázání na výsledky této práce. Výsledky, k nimž jsem zde dospěla, mě utvrdily v názoru, že bych se mohla ubírat správným směrem, pokud bych dokončila svůj původní záměr, tedy **porovnání laiků a profesionálů**. Porovnání přístupů laických a profesionálních pečujících by mohlo přinést velmi zajímavé a, jak ukazují data, též obohacující výsledky. Při analýze obou typů dat mi na mysl opakovaně přicházela **hypotéza o seberealizaci**, kterou jsem ovšem v této práci z mnoha důvodů (metodologických, tematických, teoretických apod.) nerozebírala. Domnívám se totiž, že laičtí pečující se v péči spíše neseberealizují, kdežto profesionální pečující se v péči budou seberealizovat pravděpodobněji. K této představě jsem dospěla na základě následující úvahy: laici mají mnohem menší svobodu v rozhodování a svobodu volby, dalo by se říci, že jsou šťastní, ale spíše z donucení okolnostmi, neboť svůj osud pečovatele si dobrovolně nevybrali (v tom smyslu, že si nevybrali, že jejich blízký bude nemocný/nemohoucí a že se o něj budou „muset“ starat). Oproti tomu profesionální pečující si svoji práci povětšinou zvolili sami a dobrovolně. Rozdílné možnosti pak mají také, co se týče odpovědnosti, kterou jsem určila jako primární předpoklad pro péči u laických pečujících. **Profesionálové mají svobodu a volbu v tom, kolik zodpovědnosti na sebe vezmou a kolik zodpovědnosti ponechají na rodinných členech**. Laici takovouto svobodou v tomto ohledu neopývají. Tuto hypotézu též jistým způsobem podporují kvalitativní data (např. Bohdana: „*Jako co se týká v rodině, tak určitě ne, to není seberealizace. Já třeba*

sama bych chtěla pokračovat v práci jako pečovatelka, ale to je něco jinýho. Když je to o cizího člověka, tak je to něco jinýho, tam se můžete seberealizovat. Ale v tý rodině, to je něco jinýho. To je takovej začarovanej kruh, to jste jak z kopce, jdete. Jenom v rodině, jste v uzavřeným kruhu, nikam se nedostanete. Jako když se staráte o cizího člověka...“).

Má rigorózní práce se soustředila především na domácí pečující a jejich situaci obecně. V rámci dalšího zkoumání by bylo zajisté zapotřebí **zasadit problematiku do širších rodinných kontextů**. Například prozkoumat rodiny pečujících ve spolupráci s oborem psychologie. Tento výzkum by mohl být propojen s výzkumem sociologickým, kdy by se pozornost věnovala všem členům užší rodiny, a nikoli již pouze hlavním pečovatelům samotným. Vhodné by jistě bylo například provést polostandardizované či hloubkové rozhovory s bližšími členy rodiny. Jeřábek ve své stati již naznačuje prvotní výsledky či předpoklady toho, kudy by se výzkum rodinného kontextu domácích pečovatelů mohl ubírat. Jeřábkovy analýzy dají tušit velkou flexibilitu a kohezi rodiny nejspíše v podobě již výše zmíněné organické solidarity. [Jeřábek 2007]

V plánech pro budoucí výzkumy by pak samozřejmě neměly chybět ani rozhovory se seniory samotnými. Tak by se doplnila trojice hlavních aktérů v péči o seniory (příbuzný/domácí pečovatel – profesionál – senior) a poskytla by komplexní obraz pečování.

Resumé

Cílem práce je poodhalit roušku tajemství domácí rodinné péče o seniory. Snažím se nalézt odpovědi na otázky, co vede pečovatele k rozhodnutí pečovat? Proč se tyto lidé rozhodli převzít zodpovědnost za péči o své rodiče/partnery na sebe? Jaké jsou objektivní příčiny péče a jaké subjektivní důvody pečovatelů? Výzkumné oblasti jsem rozdělila následovně: 1) počátky péče; 2) dopady na pečující; 3) řešení situace z hlediska zodpovědnosti za péči a doporučení k ulehčení situace pečujících. V neposlední řadě rozebírám problémy, se kterými se domácí pečovatelé potýkají. K doplnění výpovědí domácích pečovatelů využívám také rozhovory s příbuznými, jejichž senior je umístěn v instituci.

Abych problematiku teoreticky uchopila co nejkompexněji, použila jsem tři různé teoretické pohledy na ni: hledisko sociologické, hledisko sociálně-psychologické a hledisko demografické. V rámci sociologického pojetí péče jsou nejrelevantnější teorie Graham („labour of love“), Fisher a Tronto (čtyřfázový proces péče) a globální pohled na péči a pečovatele, který poskytuje Fine. Počáteční fáze a následné přizpůsobování se nové situaci lze vhodně uchopit pomocí Jeřábekova konceptu mechanické a organické sociální soudržnosti rodiny. V rámci sociálně-psychologického hlediska se zabývám především koncepty altruismu a prosociálním chováním obecně. Z demografického hlediska je nejdůležitější stárnutí populace a zvyšující se věk dožití (tzv. demografická transice spočívající ve snižování vysokých měr porodnosti i úmrtnosti).

Výzkum probíhal v několika fázích. Nejprve byly prováděny hloubkové rozhovory za účelem lepšího konceptuálního pochopení problematiky. Poté probíhala analytická fáze výzkumu (prosinec 2006), jejímž jádrem bylo reprezentativní šetření dospělé populace ČR. Sběr dat probíhal pomocí standardizovaných dotazníků o podmínkách a okolnostech péče o seniory v rodině v cca 800 domácnostech (600 v současnosti pečuje nebo v minulosti pečovalo o nesoběstačného seniora; kontrolní soubor 200 osob se rozhodl pro institucionální péči o staršího člena své rodiny). Na tuto část výzkumu navazovala opět kvalitativní fáze (prosinec 2007 - leden 2008), v níž byla data získána prostřednictvím hloubkových rozhovorů (se scénářem a otevřenými otázkami) převážně s intenzivně pečujícími. Pečující byli většinou stejní jako v případě dotazníkového šetření. Ostatní byli dohledáni metodou sněhové koule. Poslední fáze, opět kvalitativní, pak probíhala

v roce 2009, kdy byly provedeny hloubkové rozhovory s „institucionálními pečujícími“.

Data prokázala platnost hypotézy o tom, že chování pečovatelů je altruistické (podle kritérií přínosu oběti, vnitřní odměny a pomoci druhým). Pečující se ve velké míře péči obětují, což vede k jejich psychickému a fyzickému vyčerpání, zároveň to však umožňuje přizpůsobení péče potřebám seniora. Přizpůsobování se situaci péče probíhá na úrovni personální (hlavního pečovatele a ostatních členů rodiny) a na úrovni technické (přizpůsobení prostředí a vybavení domácnosti potřebám seniora a pečování). Péče přináší pečovatelům jistý druh vnitřní odměny (dobrý pocit, čisté svědomí). Rozhodování se ukázalo být jako emocionální, v němž primární roli hraje přijetí zodpovědnosti za opečovávaného a nastalou situaci. Pocit zodpovědnosti pečujících se intenzivně prolíná všemi oblastmi péče. Dalšími důležitými faktory procesu emocionálního rozhodování je vnímání péče jako samozřejmosti či jako recipročního procesu. Roli hrají také vztah s opečovávaným a negativní smýšlení o institucionální péči. Faktorová analýza ukázala, že existují dvě skupiny důvodů pro domácí péči. Ty jsem nazvala jako „altruistické“ (samozřejmost, láska, reciprocita) a „utilitaristické“ (okolí, partner). Prokázalo se, že péče probíhá ve dvou aspektech pečování tak, jak je popisuje Graham, a je ji tedy možno nazvat jako „labour of love“ (práci (z) lásky). Při porovnání výpovědí domácích a institucionálních pečovatelů jsem došla k závěru, že rozhodnutí o umístění seniora do instituce předchází spíše racionální rozhodování. Institucionální pečovatelé mají také jinak stanovené hranice sebeobětování pro péči o seniora.

Na základě analýz docházím k závěru, že rodinné péče je zapotřebí, neboť se dokáže přizpůsobit potřebám opečovávaného. Zodpovědnost za ni by měla zůstat v rukou rodiny (vzhledem k intenzivnímu pocitu zodpovědnosti pečovatelů), avšak je zapotřebí domácí pečovatele podpořit (vzhledem k jejich fyzickému i psychickému vyčerpání) - například prostřednictvím podpory „hybridních forem péče“ tak, jak je definuje Fine. V práci uvádím též doporučení, jak ulehčit situaci domácích pečovatelů.

Summary

The aim of this work is to discover the secret of home help for seniors. I try to search answers for questions asking about what is it that drives the care-giver to decide to become a care-giver. Why did these people decided to take the responsibility of caring for their parents/partners on their own? What are objective causes of the care need and what are subjective reasons of care-givers? I divided research areas as following: 1) beginnings of home help; 2) impacts on primary caregivers; 3) solution of the situation taken from the point of view of responsibility for care and recommendations how to ease the situation of primary caregivers. Last but not least, I deal with problems that home caregivers need to face. As a completion to the statements of home care-givers, I use interviews with respondents whose seniors live in an institution.

In order to get the most complex theoretical view on this issue, I used three different theoretical perspectives: sociological perspective, social-psychological perspective and demographic perspective. In the frame of sociological perspective, the most relevant theories are the following: Graham's „labour of love“, Fisher and Tronto's four-stage process of caring and the global view on care and care-givers with witch Fine provides us. It is appropriate to conceive the beginning phase of caring and the following process of adjusting to the situation of care with Jeřábek's concept of mechanic and organic social cohesion of family. In the frame of social-psychological perspective, I emphasize concepts of altruism and prosocial behaviour. Concerning the demographical perspective, the most important is the concept of demographic transition which includes the processes of decreasing natality and mortality.

The research was divided into two phases. First of all, some in-depth interviews were made to get a better conceptual look at the issue. Then the analytical phase followed (December 2006) the core of which was a representative research of adult population in The Czech Republic. Standardized questionnaires about conditions and circumstances of home help for seniors in 800 households in The Czech Republic were used as a method of data collection. This phase was succeeded by second qualitative research phase (December 2007 – January 2008) which concurred on the findings of earlier phases and used in-depth interviews with primary caregivers as a method of data collection. Interviews were made with the

same respondents as in the analytic phase. Some of them were found with the help of snow ball method. Last phase (also qualitative) was conducted in 2009. In-depths interview were made with so called „institutional family caregivers“ (relatives whose senior lives in institution).

Data analysis has verified my hypothesis that primary caregivers behave altruistically (according to the following criteria: sacrifice, inner recompense and helping to others). Care-givers sacrifice themselves a lot which leads to their physical and psychical exhaustion, but on the other hand it enables the adjustment of care to senior needs at the same time. The adjustment proceeds on two levels: personal level (primary care-giver and other family members) and technical level (adjusting of environment and equipment of the household to senior and care needs. Care-giving brings inner recompense to care-givers (good sensation, clear conscience). The decision-making process showed to be emotional. Accepting the responsibility for the situation and care-receiver is the primary act in the process of decision-making. Caregivers' feel of responsibility dissolves intensively in all areas of care. Other important factors of emotional decision-making process are perception of care as a matter of fact and as I reciprocal process. Relation that care-giver has with senior and negative attitudes towards institutionalized forms of care are also important while deciding. Factor analysis revealed two kinds of reasons. I called them “altruistic” (matter of fact, reciprocity, love) and “utilitaristic” (partner, environment) reasons. I found out that care-giving has two phases of which Graham talks. Therefore, we can call it “a labour of love”. While comparing the statements of home and institutional care-givers I found out that the decision of moving senior into an institution is anticipated by rather “rational” decision-making process. Moreover institutional care-givers determine different level of self-sacrifice than home caregivers.

I also found out that home-help is irreplaceable, because it can be adopted on the needs of senior. Responsibility for care should stay at family members (with regard to caregivers' intense responsibility feeling), but they need to be supported from outside as well (with regard to caregivers' physical and psychical exhaustion) – for example by supporting of what Fine calls “hybrid forms of care”. I also list several recommendations that could ease the situation of primary caregivers.

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obrázek 1 - Problémy z hlediska pečujících

Obrázek 2 - Proces emocionálního rozhodování a jeho součásti

Tabulka 1 - Zjednodušený model hybridních forem sdílené péče

Tabulka 2 - Odpovědi na otázku "Co bylo příčinou počátku péče?"

Tabulka 3 - Odpovědi na otázku "Na základě kterých důvodů byste se rozhodl/a pečovat o své staré rodiče (nebo o rodiče partnera) přímo ve Vaší domácnosti?" (A a B); "Na základě kterých důvodů jste se rozhodl/a pečovat o své staré rodiče přímo ve vaší domácnosti?"(C)

Tabulka 4 - Výsledky faktorových analýz s vynecháním a s ponecháním otázky Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující – „Total Variance Explained“

Tabulka 5 - Odpovědi na otázku „Čeho jste se musel/-a vzdát?“

Tabulka 6 – Odpovědi na otázku „Čeho jste se musel/a kvůli péči vzdát?“

Tabulka 7 - Modus odpovědí na otázky „Čeho se odmítáte v budoucnu vzdát?“ (současní pečující); „Čeho byste se odmítla v budoucnu vzdát?“ (budoucí pečující); „Čeho byste se odmítla vzdát?“(pečující v minulosti)

Graf 1 - Čeho se pečující vzdali?

Seznam použité literatury

BARVÍKOVÁ, J., BARTOŇOVÁ, J. Příběhy pečujících rodin. In *Problematika – generace 50 plus: II. mezinárodní konference, Třeboň 6. -7. 10. 2005. Sborník přednášek*. Třeboň: 2005, s. 97-107.

BOWERS, B. Family Perceptions of Care in a Nursing Home. In ABEL, E.K., NELSON, M. K. (EDS.) *Circles of Care*. Albany: State University of New York Press, 1990, p. 278-289.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *O štěstí a smyslu života*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-139-5.

BRODY, E. M. *Women in the Modele: Their Parent-Care Years*. New York: Springer Publ., 1990.

DARLINGTON, Y., SCOTT, D. *Qualitative research in practice. Stories from the field*. Buckingham: Open University Press, 2002. ISBN 0-335-21147-X.

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

FELDMAN, R. S. *Social Psychology. Theories, Research, and Applications*. USA: McGraw-Hill, 1985. ISBN 0-07-020392-X.

FESTINGER, L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. California: Stanford University Press, 1963.

FISHER, B., TRONTO, J. Toward a Feminist Theory of Caring. In ABEL, E.K., NELSON, M.K. (eds.) *Circles of Care*. Albany: State University of New York Press, 1990, p. 35-62.

FINE, D. M. *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st century*. New York: Palgrave MacMillan, 2007. ISBN 0-333-99339-X.

GRAHAM, H. Caring: a labour of love. In FINCH, J., GROVES, D. (eds.) *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. London: Routledge&Kegan, 1983, p. 13-30.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2007) *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. (1990) *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-415-X.

HENDL, J. (2005) *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HÖSCHLM, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. (ed.) (2004) *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, spol. s r.o.; ISBN 80-900130-7-4.

JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, R. Hodnota rodinných vztahů pro seniory žijící v instituci. In *Když senioři potřebují pomoci. Solidární pomoc a péče o staré lidi v rodině: konference, Praha 18. 9. 2008. Sborník přednášek (CD proceedings)*. Praha: 2008.

JEŘÁBEK, H. (2009). Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*, 2009, Vol. 45, No. 2: 243–266.

JEŘÁBEK, H. (2007) *Family Care for Seniors as a „Labour of Love“ – New Arguments*. Paper for ESA 8th Annual Conference, 2007.

JEŘÁBEK, H. a kol. (2005) *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005.

JEŘÁBEK, H. (1992) *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-662-5.

KALIBOVÁ, K. *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0222-9.

KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ E. *Senior a já... ..já a senior?* Společnost přátelská všem generacím, 2005.

KUCHAŘOVÁ, V. *Život ve stáří*. Praha: SOCIOKLUB – VÚPSV, 2002.

LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2006. ISBN 80-7041-907-5.

LEVINE, C. Home Sweet Hospital: The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Agencies. *Journal of Ageing and Health*, 1999, vol. 11, no. 3, p. 441 – 359.

MANTON, K. G., SOLDI, J. G. Disability and mortality among the oldest old. In SUZMAN, R. M., WILLIS, D. P., MANTON, K. G. (eds.) *The Oldest Old*. New York: Oxford University Press, 1992.

MAŠKOVÁ, M. Evolution of Social Care Services for Older Population in the Czech Republic. In POTŮČEK, M., MAŠKOVÁ, M., OCHRANA, F., KUCHAR, P. *Czech Welfare State: Changing Environment, changing institutions. Český stát veřejných sociálních služeb: měnící se prostředí, měnící se instituce*. Praha: CESES FSV UK, 2004, p. 23-39.

MARSHALL, G. (ed.) *Dictionnary of SOCIOLOGY*. Oxford: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-280081-7.

MATOUŠEK, O. (1995). *Ústavní péče*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON. ISBN 80-86429-19-9.

MOŽNÝ, I. (1990) *Moderní rodina*. Brno: Blok, 1990. ISBN 80-7029-018-8.

MOŽNÝ, I. (1999) *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-75-3.

MOŽNÝ, I. (2004) *Mezigenerační solidarita*. VÚPSV: Praha, 2004. ISBN 80-239-4279-4.

NAKONEČNÝ, M. (1996) *Motivace lidského chování*. Praha: ACADEMIA, 1996. ISBN 80-200-0592-7.

NAKONEČNÝ, M. (1999) *Sociální psychologie*. Praha: ACEDEMIA, 1999. ISBN 80-200-0690-7.

RABUŠIC, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* Praha: VÚPSV, 2002.

RUBÁŠOVÁ, M. Solidarita v rodině: generové role v péči o závislé osoby. In JEŘÁBEK, H. (ed.) *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES, 2005, p. 42-48.

SOBOTKOVÁ, I. (2001) *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

SOBOTKOVÁ, I. (2003) *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-62-4.

Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV (2007). *Tisková zpráva. Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv.

VESELÁ, J. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům*. Praha: VÚPSV, 2002. ISBN 80-239-0294-6.

WEBER, M. *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-48-8.

ZÁKON č. 94/1963 Sb., Zákon o rodině.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ZÁKON č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

ZÁKON č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

Domácí péče [online]. 2006 [cit. 2008-03-27]. Dostupný z: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece>>

Komunitní plánování – věc veřejná (příručka) [online]. Praha: 2005 [cit. 2008-03-27]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/847>>

MISCONIOVÁ, B. *Nejčastější otázky a odpovědi* [online]. 2006 [cit. 2008-03-27]. Dostupný z: <<http://www.domaci-pece.info/existuji-pravni-normy-upravujici-poskytovani-domaci-pece>>

Počet obyvatel v zařízeních sociální péče (pohyb obyvatel) v České republice a v krajích ČR - 1. část [online]. Praha: 2006 [cit. dne 2008-08-15]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/kapitola/3201-05-za_rok_2004-3a0>

Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 [online]. Praha: 2006 [cit. dne 2008-03-25]. Dostupný z: <[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF00501F0D/\\$File/4020rrg2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF00501F0D/$File/4020rrg2.pdf)>

Projekt „Místa pro zaregistrování OZP do databáze IZS hl. m. Prahy“ [online]. Praha: 2007 [cit. 2008-03-25]. Dostupný z: <<http://www.nrzp.cz/projekt-mista-pro-zaregistrovani-ozp-do-databaze-izs-hl-m-prahy/>>

Příspěvek na péči [online]. Praha: 2007 [cit. 2008-03-27]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4768>>

Registr poskytovatelů sociálních služeb[online]. Praha: 2008 [cit. 2009-08-22]. Dostupný z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=71F2FCEC5B85DDB0197759DAA477CB66.node1?SUBSESSION_ID=1263120445294_1>

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí [online]. Praha: 2009 [cit 2010-01-26]. Dostupný z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7870/rocenka_2008b.pdf>.

Sociální služby [online]. Praha: 2010 [cit. 2010-01-10]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

Seznam příloh

Přílohy umístěné v práci

Příloha č. 1: Věková struktura obyvatel ČR v roce 2002 (graf)

Příloha č. 2: Projekce věkové struktury obyvatel ČR v roce 2050 (graf)

Příloha č. 3: Korelační analýza důvodové baterie (současní pečující) (tabulka)

Příloha č. 4: Výsledky faktorové analýzy s ponecháním otázky Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující -, „Rotated Component Matrix“ (tabulka)

Příloha č. 5: Výsledky faktorové analýzy s vynecháním Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující, „Rotated Component Matrix“ (tabulka)

Příloha č. 6: KMO and Bartlett's Test(a) (tabulka)

Příloha č. 7: Rozdíly mezi skupinami „nezbytná péče“ a „významná péče“ a skupinou „podpůrná péče“ (v %) (tabulka)

Příloha č. 8: Opodovědi na otázku "Jak zvládáte péči po psychické stránce?" (rozděleno do skupin podle intenzity péče) (tabulka)

Příloha č. 9: Jak silná je utilitaristická dimenze pečování u 3 cílových skupin? (tabulka)

Příloha č. 10: Jsou dimenze pro všechny skupiny obdobné, nebo se liší? (tabulka)

Přílohy umístěné na CD (přiložené u práce)

Příloha č. 11: Dotazník A (pro současné pečující) použitý v analytické fázi výzkumu (text)

Příloha č. 12: Dotazník B (pro budoucí pečující) použitý v analytické fázi výzkumu (text)

Příloha č. 13: Dotazník C (pro pečující v minulosti) použitý v analytické fázi výzkumu (text)

Příloha č. 14: Scénář k hloubkovým rozhovorům – 1. fáze kvalitativního výzkumu (text)

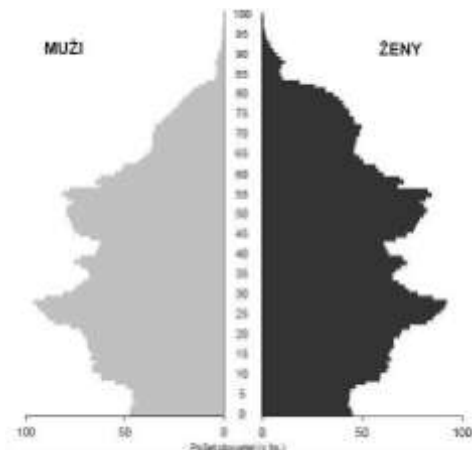
Příloha č. 15: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Věra (text)

- Příloha č. 16: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Bohdana (text)**
- Příloha č. 17: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Alice (text)**
- Příloha č. 18: „Field notes“ k rozhovoru – Doubravka* (text)**
- Příloha č. 19: „Field notes“ k rozhovoru – Ilona* (text)**
- Příloha č. 20: „Field notes“ k rozhovoru – Milena* (text)**
- Příloha č. 21: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Zora (text)**
- Příloha č. 22: Přepis rozhovoru – Anežka (text)**
- Příloha č. 23: Přepis rozhovoru – Alexander (text)**
- Příloha č. 24: Přepis rozhovoru – Dorota (text)**
- Příloha č. 25: Scénář k hloubkovým rozhovorům (instituce) – 2. fáze kvalitativního výzkumu (text)**
- Příloha č. 26: Scénář k hloubkovým rozhovorům (stacionář) – 2. fáze kvalitativního výzkumu (text)**
- Příloha č. 27: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Oliver (text)**
- Příloha č. 28: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Jana (text)**
- Příloha č. 29: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Hanuš (text)**
- Příloha č. 30: „Field notes“ – Liběna (text)**
- Příloha č. 31: „Field notes“ – Sára (text)**
- Příloha č. 32: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Mariana (text)**
- Příloha č. 33: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Denisa (text)**
- Příloha č. 34: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Jolana (text)**
- Příloha č. 35: „Field notes“ a přepis rozhovoru – Milan (text)**
- Příloha č. 36: „Field notes“ – Romana (text)**

* Z důvodu zachování anonymity jsem se rozhodla zveřejnit pouze některé přepisy hloubkových rozhovorů. Někteří respondenti se mi svojí životní situací i svým životním příběhem zdáli příliš odhalitelní, proto u některých uvádím pouze polní poznámky, u ostatních pak poznámky i přepisy (přepisy prováděla agentura SC&C). Jména i názvy byly z důvodu zachování anonymity zcela pozměněny, popř. vyňaty.

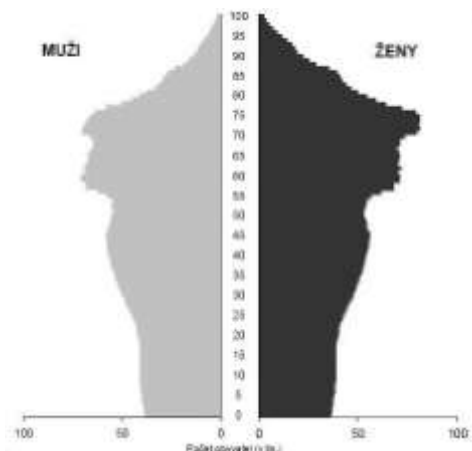
Přílohy

Příloha č. 1: Věková struktura obyvatel ČR v roce 2002 (graf)



Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz

Příloha č. 2: Projekce věkové struktury obyvatel ČR v roce 2050 (graf)



Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz

Příloha č. 3: Korelační analýza důvodové baterie (současní pečující) (tabulka)

	Q421	Q422	Q423	Q424	Q425	Q426	Q427	Q428	Q429	Q4210
Q421	1,000	,209	,391	,407	,317	,128	,455	,383	,117	,389
Q422	,209	1,000	,188	,068	,155	,189	,100	,166	,254	,189
Q423	,391	,188	1,000	,575	,584	,002	,558	,547	,099	,494
Q424	,407	,068	,575	1,000	,514	-,053	,368	,335	,069	,409
Q425	,317	,155	,584	,514	1,000	-,004	,437	,435	,116	,462
Q426	,128	,189	,002	-,053	-,004	1,000	,045	,033	,366	,098
Q427	,455	,100	,558	,368	,437	,045	1,000	,612	,078	,555
Q428	,383	,166	,547	,335	,435	,033	,612	1,000	,156	,587
Q429	,117	,254	,099	,069	,116	,366	,078	,156	1,000	,268
Q4210	,389	,189	,494	,409	,462	,098	,555	,587	,268	1,000

Příloha č. 4: Výsledky faktorové analýzy s ponecháním otázky Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující -, „Rotated Component Matrix“ (tabulka)

	Component	
	1	2
Q423	0,82049	0,020597
Q427	0,77104	0,061029
Q428	0,74856	0,138266
Q425	0,734733	0,017436
Q4210	0,728149	0,261169
Q424	0,711564	-0,08963
Q421	0,600338	0,211885
Q429	0,090736	0,767176
Q426	-0,0662	0,762073
Q422	0,169457	0,573928

Příloha č. 5: Výsledky faktorové analýzy s vynecháním Q426 (finanční důvody pro domácí péči), současní pečující, „Rotated Component Matrix“ (tabulka)

	Component	
	1	2
Q423	0,818523	0,053244
Q427	0,778411	0,052521
Q428	0,738467	0,189059
Q425	0,731704	0,055788
Q424	0,717866	-0,07584
Q4210	0,714285	0,306499
Q421	0,60341	0,192455
Q429	0,059362	0,798683
Q422	0,109304	0,750521

Příloha č. 6: KMO and Bartlett's Test (a) (tabulka)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,855
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	236,586
	Df	36
	Sig.	,000

Příloha č. 7: Rozdíly mezi skupinami „nezbytná péče“ a „významná péče“ a skupinou „podpurná péče“ (v %) (tabulka)

koníčky	33,5
čas na sebe	30,5
dovolená	30,4
Živ. standard	28,5
volný čas k odpočinku	25,3
zaměstnání	24,8
peníze	21
vztahy s přáteli	20,5
vztahy v rodině	12,9
vzdělání	8,6
kariéra	7,1

Příloha č. 8: Odpovědi na otázku "Jak zvládáte péči po psychické stránce?" (rozděleno do skupin podle intenzity péče) (tabulka)

		%
podpurná péče	nečiní mi obtíže	75,27
	zvládám ji s obtížemi	15,96
	psychicky je to pro mě obtížné; potřebuji povzbuzení a podporu	7,94
	po psychické stránce ji nezvládám; častokrát „odpadnu“	0,84
významná péče	nečiní mi obtíže	42,9
	zvládám ji s obtížemi	34,97
	psychicky je to pro mě obtížné; potřebuji povzbuzení a podporu	21,33
	po psychické stránce ji nezvládám; častokrát „odpadnu“	0,81
nezbytná péče	nečiní mi obtíže	30,34
	zvládám ji s obtížemi	33,59
	psychicky je to pro mě obtížné; potřebuji povzbuzení a podporu	27,42
	po psychické stránce ji nezvládám; častokrát „odpadnu“	8,65

Příloha č. 9: Jak silná je utilitaristická dimenze pečování u 3 cílových skupin? (tabulka)

Péče	Dimenze	Průměrné faktorové skóre
podpurná	Altruistické důvody pro péči	0,041164
	Utilitaristické důvody pro péči	-0,04775
významná	Altruistické důvody pro péči	0,08027
	Utilitaristické důvody pro péči	0,027714
nezbytná	Altruistické důvody pro péči	0,308923
	Utilitaristické důvody pro péči	0,245135

**Příloha č. 10: Jsou dimenze pro všechny skupiny obdobné, nebo se liší?
(tabulka)**

ANOVA		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Altruisticke duvody pro peci	Between Groups	,816	2	,408	,538	,586
	Within Groups	59,141	78	,758		
	Total	59,957	80			
Utilitaristicke duvody pro peci	Between Groups	,961	2	,481	,445	,642
	Within Groups	84,132	78	1,079		
	Total	85,093	80			