

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

Katedra sociální práce



Bakalářská práce

Anna Hašplová

Potřeba krizové intervence u neformálně
pečujících

Necessity of Crisis Intervention for
informal caregivers

Poděkování

Tímto bych chtěla srdečně poděkovat PhDr. Olze Havránkové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích k vypracování bakalářské práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. května 2019

Anna Hašplová

.....

Anotace a klíčová slova

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá krizovou intervencí u osob pečujících o jejich blízké (tzv. neformálně pečující). Teoretická část práce pojednává o neformálně pečujících, jejich kvalitě života, krizi, typologií krizí, průběhu krize a pomoci v krizi. Dále se zabývá krizovou intervencí, jejími principy, formami, možnostmi a využitím. Praktická část je zaměřena na analýzu a vyhodnocení dotazníků vyplněných neformálně pečujícími osobami z České republiky.

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na potřebu pomoci neformálně pečujícím v krizových situacích, které často péči provázejí. V rámci praktické části své práce bylo mým cílem zmapovat potřebu krizové intervence a prostředků, které pečující v krizi využívají, ať už se jedná o formální či neformální podporu od blízkých, tak i o svépomoc v krizi.

Klíčová slova

Krize, neformální pomoc v krizi, svépomoc, formální pomoci v krizi, krizová intervence, intervent, prezenční krizová intervence, distanční krizová intervence, neformálně pečující, krize u neformálně pečujících, kvalita života

Annotations and keywords

Abstract

The main topic of this bachelor thesis is crisis intervention for people taking care of their close ones (informal caregivers). This paper focuses on informal caregiving for elderly, sick or disabled family members and personal crisis which is habitually accompanying long term caregiving. The theoretical part is focused on informal caregivers, quality of life of informal caregivers, crisis, typology of crisis, help during a crisis and crisis intervention (its principles, forms, possibilities, and application). Practical part contains an analysis and evaluation of questionnaires filled in by informal caregivers from the Czech Republic.

The aim of my bachelor thesis is to point out the need to help informal caregivers in crisis situations that often accompany care. In the practical part of my work, my goal was to research the necessity of crisis intervention and the means that caregivers use in the crisis, be it formal or informal support from loved ones, as well as self-help in crisis.

Keywords

Crisis, informal support in crisis, self-help, formal support in crisis, crisis intervention, crisis intervention worker, crisis intervention F2F, telephone and online crisis intervention, informal caregiver, crisis of informal caregivers, quality of life

OBSAH

Obsah	6
Předmluva	10
Úvod.....	11
Teoretická část.....	12
1 Krize.....	12
1.1 Příčiny vzniku krize.....	13
1.1.1 Tabulku stresových životních událostí	13
1.2 Typologie krizí	15
1.2.1 Badlwinova typologie krizí	15
1.3 Průběh krize	20
1.3.1 Caplanův model krize	20
1.3.2 Tabulka č. III - Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů	21
1.3.3 Vnitřní a vnější faktory průběhu krize	22
1.3.4 Determinanty průběhu krize	24
1.4 Způsoby řešení krize.....	25
1.4.1 Přirozené mechanismy	26
1.4.2 Strategie, kterých lze vědomě využít	26
1.5 Pomoc v krizi	27
1.5.1 Formální	28
1.5.2 Neformální.....	28
1.5.3 Svépomoc	29
2 Krizová intervence	30
2.1 Definice krizové intervence	31
2.2 Principy krizové intervence.....	31
2.3 Formy krizové intervence	32
2.3.1 Prezenční	32
2.3.2 Distanční	34
2.4 Fáze krizové intervence	34
2.5 Cíle	36
2.6 Profese využívající krizové intervence	36
2.7 Pracovník krizové intervence	37
2.7.1 Požadavky na pracovníka krizové intervence.....	37
2.7.2 Výčet znalostí, dovedností a schopností pracovníka krizové intervence ..37	
2.7.3 Právní aspekty.....	38
2.7.4 Stručný přehled nejdůležitějších právních předpisů týkající se sociálněprávní problematiky krizové intervence.....	39
3 Neformální péče.....	41

3.1	Neformálně pečující.....	42
3.2	Náročnost péče o osoby blízké.....	42
3.3	Sandwichová generace.....	43
3.4	Příspěvek na péči.....	43
3.4.1	Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2017.....	45
3.5	Kvalita života	46
3.5.1	Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání 48	
3.5.2	Vztah vnějších a vnitřních kvalit života	48
3.5.3	Historie pojmu kvality života	48
3.5.4	Kvalita života neformálně pečujících.....	49
3.5.5	Krize u neformálně pečujících.....	52
	Praktická část.....	54
4	Výzkum	54
4.1	Přehled výzkumů u neformálně pečujících	54
4.2	Operacionalizace: operacionální definice	57
4.3	Objekt výzkumu	58
4.4	Metody výzkumu.....	58
4.5	Výzkumné otázky	58
4.6	Hypotézy	59
4.7	Výsledky výzkumu	60
4.7.1	Jaké je Vaše pohlaví?	60
4.7.2	Jaký je Váš věk?	61
4.7.3	Máte momentálně práci?	62
4.7.4	Jak momentálně pracujete?.....	63
4.7.5	Jaký je Váš stav při nezaměstnání?.....	64
4.7.6	O kolik osob jste v životě pečovali (mimo běžné péče o své potomky)?..	65
4.7.7	O kolik osob pečujete nyní?	66
4.7.8	O koho nyní pečujete?.....	67
4.7.9	Kolik Vašich blízkých Vám s péčí pomáhá (rodina, přátelé apod.)?	68
4.7.10	Kdo Vám při péči o blízkého pomáhá?	69
4.7.11	Pomáhá Vám s péčí nějaká organizace?.....	70
4.7.12	Jakou službu pro pomoc při péči využíváte?	71
4.7.13	Zažili jste někdy v souvislosti s péčí o blízkého osobní krizi?	72
4.7.14	Mohli jste se při krizi obrátit na někoho z Vašich blízkých?.....	73
4.7.15	Kdo Vás při osobní krizi podpořil?.....	74
4.7.16	Využili jste v krizi někdy profesionální pomoci?	75
4.7.17	Jakou profesionální pomoc jste využili?	76
4.7.18	Z jakých důvodů jste nevyhledali profesionální pomoc?	77

4.7.19	Pokud byste věděli, kde a jako profesionální pomoc hledat, využili byste této pomoci?.....	79
4.7.20	Proč byste profesionální pomoci nevyužili?.....	80
4.7.21	Co Vám pomohlo krizi překonat?.....	81
4.7.22	Jaká je Vaše prevence proti podlehnutí krizi?	82
4.8	Závěr Výzkumu.....	83
5	Závěr	85
6	Seznam použité literatury	87
6.1	Seznam použitých zákonů.....	89
6.2	Seznam citované literatury.....	89
6.3	Seznam citovaných internetových zdrojů	91
6.4	Seznam citovaných zákonů	92
7	Seznam grafů	93
8	Seznam tabulek	95
9	Seznam příloh	96
10	Přílohy	97
10.1	Příloha I – Dotazník: Krize při péči o blízkého.....	97
10.2	Příloha II. - Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů	101
10.3	Příloha III – Baldwinova typologie krizí – tabulka	102
10.4	Příloha IV – Tabulka životních událostí Holmes & Rahe.....	104
10.5	Příloha V- Caplanův model krize	105
10.6	Příloha VI – Stručný přehled nejdůležitějších právních předpisů týkající se sociálněprávní problematiky krizové intervence	106
10.7	Příloha VII - Strategie zvládnání stresu	115

Seznam zkratk

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

RIAPS – Regionální Institut Akutních Psychosociálních Služeb

ÚP – Úřad práce

EU – Evropská unie

ČR – Česká republika

ONOOÚ – Obecným nařízením o ochraně osobních údajů

GDPR – General Data Protection Regulation

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

PŘEDMLUVA

S problematikou potřeby podpory neformálně pečujících jsem se poprvé setkala již před lety v předchozích praxích, v přímé práci s osobami s těžkým kombinovaným postižením či seniory. Uvědomila jsem si, jak je cílová skupina neformálně pečujících velmi opomíjena, přitom si pozornost nejen sociální práce, ale i další mezioborové podpory více než zaslouží. V mém současném zaměstnání zaměřeném na podporu pečujících, jsem si vyslechla mnoho příběhů, které, jak se říká, “napsal sám život”. Uvědomila jsem si, že právě ti, kdo pečují pečující o své blízké velmi často v návaznosti na tuto roli prožijí osobní krizi. Tématikou krizové intervence jsem se ve svém volném čase zabírala již dříve a tento rok jsem absolvovala kurz základů krizové intervence, na který mám v plánu v budoucnosti navázat. Rozhodla jsem se tedy spojit otázku potřeby krizové intervence u pečujících o jejich blízké a současně prozkoumat a vyhodnotit svá pozorování a zkušenosti z pracovního prostředí i na pestřejším vzorku respondentů.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí, a to části teoretické a praktické.

V teoretické části se zabírám pojmem krize, jejím vymezením, příčinami, průběhem, typologií a způsoby jejího zvládnutí. Způsoby zvládnutí představují svépomoc, neformální pomoc a pomoc formální, která plynule navazuje na druhou kapitolu teoretické části - krizovou intervenci. V pasáži o krizové intervenci se zabírám její definicí, principy, formami, fázemi a cíli. Třetí oddíl je věnován roli neformálně pečujících, kvalitě života obecně i modely kvality života u neformálně pečujících a specifiky krize u této cílové skupiny.

V praktické části zjišťuji pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření spojitost mezi péčí o blízkého a proděláním krize. Objasňuji důvod výběru metody, definuji výzkumný vzorek a prezentuji výzkumné otázky a hypotézy, na které se v závěru pokouším odpovídat.

Volila jsem odbornou literaturu zaměřenou na krizovou intervenci, kvalitu života a neformální péči. Informace z těchto zdrojů jsem se pak pokoušela propojit do unikátní kombinace znalostí o krizové problematice u neformálně pečujících.

Citace odborné literatury jsem prováděla dle normy ISO 690 v harvardském stylu.

ÚVOD

Přestože cílová skupina neformálně pečujících má v naší zemi v poslední době větší pozornost, její podpora stále není dostačující.

Neformálně pečujícími rozumíme pečující o své blízké. Do neformální péče se zpravidla nezahrnuje běžná péče o potomky. Pro účely mé práce tuto skupinu omezují na pečující o blízké v domácím, přirozeném prostředí.

Role a postavení pečujících v České republice nejsou dostatečně legislativně ukotveny, což má za následek nedostatečnou podporu adresovanou přímo neformálně pečujícím. S argumentem, že je postačující vymezení této cílové skupiny ve vyhlášce 505/2006 Sb. ve třetím paragrafu ve čtvrtém odstavci nesouhlasím. Neformálně pečující se často potýkají s problémy, které z absence legislativního vymezení vyplývají. Jedná se o problémy spojené například s příspěvky na péči, které nejsou adresovány jim, ale osobám závislým na péči a podobně.

Jak jsem již zmínila v předmluvě, rozhodla jsem se svou práci věnovat potřebě propojení profesionální podpory v krizi s cílovou skupinou neformálně pečujících. Právě četnost krizí u neformálně pečujících tuto potřebu profesionální krizové intervence demonstruje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KRIZE

Pojmem krize pochází z řeckého κρίσις – krisis (řec. „κρίσις“, lat. „crisis“).

Řecké krisis je odvozeno od slovesa κρίνω – krinó znamenající rozlišovat, soudit.

Dle Yvonney Lucké (2003) v antickém Řecku koncept krisis značil soudní proces, který vrcholí rozhodnutím, obratem ať již pozitivním, tak i negativním směrem. (Lucká in Matoušek, 2003)

V současné uspěchané době se pojem krize stal „moderním“ a hojně využívaným výrazem. V každodenním životě slyšíme a čteme o hospodářské, ekonomické, politické krizi, krizi hodnot společnosti, krizi středního věku, rodinné krizi. Ve sportovních rubrikách čteme titulky jako „Krise vrcholí! Český mužský tenis padá na dno, je na tom nejhůře v historii“ nebo „krize Slavie nadále trvá“ apod.

Definicí pojmu krize se zabývá v odborné literatuře i vědeckých člancích mnoho autorů. Z uvedených příkladů výše vidíme, že pojem krize má mnoho významů a použití, proto bych chtěla hned na úvod vymezit definici krize, ze které dále ve své práci vycházím. Pro svou práci jsem se rozhodla zvolit vymezení pojmu krize dle Vymětala. Ten definuje krizi jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem. (Vymětal J., 1995)

„Obecně krize značí vyvrcholení nějakého děje směřujícího k nutné a neodkladné změně (obratu, katastrofě).“ (Lucká in Matoušek, 2003, s. 119)

Krize je přirozenou a nedílnou součástí života. Skýtá velký potenciál pro růst osobnosti. Nese potenciál velké změny, a tak může být příležitostí, ale i rizikem a hrozbou. Na krizi je ovšem možné nahlížet kladně pouze s časovým odstupem nebo z venku, například z pozice krizového intervenanta. Jedinec v krizi má omezené vnímání (tzv. tunelové vidění) a tudíž v tu chvíli není schopen na ni nahlížet jako na potenciaálně kladnou příležitost.

1.1 Příčiny vzniku krize

Příčiny vzniku krize rozdělujeme dle Thoma na vnější a vnitřní příčiny.

U příčiny krize z vnějších vlivů se jedná o krize z důvodu ztráty, volby, anebo změny. U vnitřní příčiny vzniku krize se jedná o reakci na nezvládnutí jednotlivých vývojových úkolů. Dalším vnitřním spouštěčem krize může být selhání ne zcela vhodného regulačního mechanismu tzv. „náhradního opatření“ neboli řeckým výrazem jev označovaný pojmem hybris. Toto náhradní opatření je časově omezeno a slouží zejména pro udržení plynulého vývoje i za nepříznivých podmínek. Náhradní opatření může přestat vyhovovat postupně či náhle. (Vodáčková, 2012)

Krize nastává v okamžiku neúčinnosti tohoto náhradního mechanismu, jedinec si uvědomuje nastalý problém, který není ovšem schopen konstruktivně řešit.

1.1.1 Tabulku stresových životních událostí

„Zátěžovou situaci lze definovat, jako takovou, která u daného jedince vyvolává stav nadměrného zatížení nebo ohrožení. Spojeného s úbytkem uspokojení, ohrožující jeho celkovou tělesnou i duševní pohodu.“ (Vágnerová, 2004, s. 265)

V roce 1967 psychiatři Thomas Holmes a Richard Rahe přezkoumali lékařské záznamy u více než 5000 pacientů, aby zjistili, zda stresové události mohou potencionálně způsobit onemocnění. Pacienti byli požádáni, aby vytvořili seznam 43 životních událostí na základě relativního skóre. Mezi jejich životními událostmi a jejich onemocněním byla zjištěna pozitivní korelace.

Na základě tohoto výzkumu vytvořili stresovou stupnici, kterou tvoří seznam 43 stresujících životních událostí. Každé životní události je přiřazena určitá hodnota stresovosti.

Tabulka č. I - Životní události způsobující stresovou zátěž u dospělých

Životní událost	Body
Úmrtí partnera, partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchýní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrtí, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek (např. dopravní) a jeho projednávání	11

(Holmes & Rahe, 1967)

Podle součtu bodů událostí uplynulých v posledním roce zjistíme míru ohrožení stresovou zátěží.

Jedná se pouze o orientační hodnoty, jelikož každý jedinec konkrétní situace a události prožívá jiným způsobem a s různou intenzitou.

- Skóre 300+: Riziko onemocnění.
- Skóre 150-299: Riziko onemocnění je snižené o 30 % z výše uvedeného rizika.
- Skóre <150: Riziko nemoci je jen mírné.

Upravená stupnice byla vytvořena také pro nezletilé jedince (viz příloha č. IV). Podobně jako škála pro dospělé je stresovost životních událostí v předchozím roce porovnána s hrubým odhadem, jak stres ovlivňuje zdraví.

1.2 Typologie krizí

V literatuře a odborných článcích se můžeme setkat s různými klasifikacemi krizí například dle způsobu manifestace, podle průběhu či závažnosti krize. Já jsem si pro svou práci zvolila klasifikaci dle doktora Bruce A. Baldwina.

1.2.1 Baldwinova typologie krizí

Doktor Baldwin vytvořil klasifikaci krizí dle stupně závažnosti. V této typologii krizí máme 6 tříd, kde se vzestupně zvyšuje závažnost krize a původ stresu přechází z vnějšího na vnitřní zdroj.

Částečně podobnou klasifikaci krizových situací navrhuje český psycholog J. Vymětal (1995), který rozlišuje krize:

- Vývojové a traumatické
- Krize zjevné
- Krize latentní
- Akutní krize
- Chronické krize

(Vymětal J., 1995)

Typologie krizí dle Baldwin (Baldwin in Pasquali, 1989):

Situační krize

O situační krizi hovoříme v případě, kdy se jedinec dostane do nepředvídatelného stresu, vlivem určité události, která jej silně zasáhne. Jedná se zejména o hrozbu ztráty či ztrátu samotnou. Může se jednat například o ztrátu blízké osoby. Dále do této kategorie spadá změna, například změna v postavení v zaměstnání, přestěhování se, rozvod či rozchod apod. Třetím spouštěčem situační krize může být volba. Volba mezi partnery, studiem či zaměstnáním atp. V tomto typu krize hovoříme zejména o vnějších faktorech, které krizi spustí. Intenzita krize vždy odpovídá individuálnímu nahlížení a prožívání situace.

Krize z očekávaných životních změn – tranzitorní krize

Tranzitorní krize neboli krize z očekávaných životních změn vychází z předvídatelného vývoje v daných vývojových fázích, kdy jedinec musí čelit překážkám a naplnit cíl nutný pro vývoj a růst. V knize *Krizová intervence* od Vodáčkové a kol. se můžeme dozvědět, že krize lze dále definovat v rámci života jedince či v životním cyklu rodiny. (Vodáčková, 2012)

Vývojové fáze jedince

Koncept periodizace vývojových stadií Erika Eriksona je dnes nedílnou součástí vývojové psychologie. Erikson vychází z Freudova pojetí. Stádia však prodlužuje na celý život a teorii obohacuje o sociální rozměr. Každý věk se vyznačuje určitým vývojovým úkolem, řadou překážek, které jsou typicky dány pro určitý věk pro nárok na růst a zrání. Tyto překážky je třeba překonat, aby člověk získal potřebnou zkušenost a mohl se posunout do další vývojové fáze.

Tabulka č. II - Etapy lidského života dle Eriksona

Věk	Rozvíjená ctnost	Konflikt
0–2 roky	naděje	důvěra vs. nedůvěra
2–4 roky	vůle	samostatnost vs. stud a nejistota
4–5 let	cíl	iniciativa vs. vina
5–12 let	schopnost	činnost vs. pasivita
13–19 let	věrnost	sebeuvědomění vs. zmatení rolí
20–39 let	láska	intimita vs. izolace
40–64 let	péče	rozvoj vs. stagnace
65 a více let	moudrost	vyrovnanost vs. zoufalství

(Baštecká, 2003)

Ráda bych vyzdvihla důležitost již první etapy *důvěra versus nedůvěra*, kterou podporuje i myšlenka teorie attachmentu neboli teorie citové vazby, také známá jako teorie přilnutí, která byla formulována v roce 1969 Johnem Bowlbyem a Mary Ainsworthovou.

Základní prvek attachmentu spočívá v hledání ochrany a fyzického i emočního uspokojení dítěte pečující osobou. Na základě této zkušenosti si pak jedinec nese pocit důvěry či nedůvěry k sobě, blízkým i celému světu. (Bowlby, 2010)

Na základě této zkušenosti a důvěry k sobě samému i k okolí je jedinec v krizi schopen nebo naopak neschopen se o tuto jistotu a zkušenost opřít, ať již co se týče svépomoci nebo ochoty a důvěry pomoc vyhledat a přijmout z venku.

V případě, že jedinec daný úkol a překážky nepřekoná neboli jeho potřeby nejsou naplněny, bude jej tento deficit provázet celým životem.

O potřebách a jejich donaplnění se můžeme více dozvědět z práce Alberta Pessa a jeho manželky Diane Boyden-Pesso.

Dozvídáme se, že potřeby jsou možné v průběhu života doplnit. Nelze ovšem, aby si potřeby doplnil jedinec, kterému schází. Musí se vždy jednat o doplnění od druhé osoby blízké či terapeuta.

Základní vývojové potřeby člověka dle Pessa:

- Potřeba místa
- Potřeba sycení
- Potřeba podpory
- Potřeba ochrany
- Potřeba hranic (limitů)

(Pesso, 1990)

Čímž plynule přecházíme do rodinného životního cyklu.

Rodinný životní cyklus

Rodina je systém primárních vztahů, které se přirozeně nevyhnutelně ovlivňují. Z čehož vyplývá, že i vývojové fáze jednotlivých členů rodiny musí zákonitě ovlivňovat jak každého člena rodiny jako samostatného jedince, tak i celý rodinný systém a jeho dynamiku. Jedná se o

změny, kterým se rodina musí přizpůsobit, má-li úspěšně fungovat. Naplňovat cíle jednotlivých svých členů i cíle společné.

V knize *Dětská klinická psychologie* (Říčan & Vágnerová, 1991) dle Duvellové (1977) a Flecka (1976) se dočteme, že rodinný životní cyklus můžeme rovněž dělit do osmi vývojových fází.

- Manželský pár bez dětí
- Rodina plodící děti
- Rodina s předškolními dětmi
- Rodina se školními dětmi
- Rodina s adolescenty
- Rodina vypouštějící mladé dospělé ven
- Rodiče ve středním věku
- Stárnoucí členové rodiny

Část změn se odehrává nezávisle na vědomém rozhodnutí jedince a naopak. K některým změnám je člen rodiny tlačěn okolím a určitou vývojovou fází, která je v rámci vývoje časově vymezena a omezena. V tomto období je dotyčný nucen k určitému rozhodnutí, které jeho osobu i život rodiny ovlivní, a to i když se rozhodne neudělat nic. (Vodáčková, 2012)

Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru

Tento typ krize je podnícen neočekávanými silnými spouštěči z okolí, které osoba v krizi není téměř absolutně schopna kontrolovat. Trauma je spojeno s osobním významem události, intenzitou a časovým hlediskem. Zde dělíme trauma na dva typy, a to šokové trauma a vývojové trauma (například neadekvátní zacházení s dětmi – nepřiměřené tresty, týrání apod.)

U šokového traumatu se jedná pro představu například o živelnou pohromu, smrt blízké osoby či znásilnění apod.

Reakce na trauma můžeme základně dělit do dvou odvětví, a to na alfa neboli aktivní reakci tzv. „útok nebo útěk“ a beta neboli pasivní reakci „mrtvý brouk“.

U tohoto typu krize je vhodné brát na zřetel, že se jedná o velmi intenzivní spouštěče z okolí, na které osoba postižená krizí nejspíše nemá vytvořený vzorec chování a je zde potřeba nejprve zpracovat šok z události. Šok z události je ideální prožít ve zmíněné alfa neboli aktivní reakci ovšem s dohledem a v bezpečném prostředí. Beta reakce je vývojově starší formou reakce a můžeme se s ní setkávat zejména jako s reakcí na hlubší trauma, reakcí například na násilí.

Pokud traumatizovaná osoba prochází pasivní reakcí, je vhodné, aby jí například krizový intervent pomohl bezpečně uvolnit energii a transformovat reakci na variantu aktivní, a tak se mohl šok zpracovat v bezpečném prostředí. (Paulík, 2017)

Krize zrání, vývojové

Vývojovou krizí je krize z vnitřní příčiny, která přichází na rozdíl od tranzitorní krize nečekaně, nikoliv v daném období. Jedná se o krizi, která přichází, pokud tranzitorní krize neproběhla v pořádku, ať již z důvodu potřeby náhrady či potřeby dokončení tranzitorní fáze. Důvodem pro nevhodný průběh tranzitorní krize může být například situace, kdy dítě zastává funkci chybějícího rodiče v *mezeře v rolích*. Osoba ve vývojové krizi dosycuje potřebný prožitek a plní vývojový úkol, který v daném období vyřešila pouze dočasným způsobem či přeskočila úplně. Typickým příkladem může být tzv. *krize středního věku*.

Na rozdíl od zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda, který zdůrazňoval ve vývoji osobnosti zejména důležitost raného dětství, zakladatel analytické psychologie Carl Gustav Jung vyzdvihuje důležitost změn i v pozdějším období lidského života, jelikož jsme po celý život motivováni zrát, zlepšovat se a rozvíjet.

Dle Junga jsem v první polovině života zaměřeni především na okolí, začleňujeme se do společnosti a učíme se naše role v ní, jak již v užší socializaci v rodině, tak i v širších kruzích společnosti. Druhá polovina života by pak měla být zaměřena dovnitř, tento fokus by měl směřovat k integraci všech vědomých a nevědomých složek osobnosti. Tuto integraci Jung nazývá individuací. Individuaci můžeme chápat jako cíl stát se sám sebou „stát se bytostným Já“.

„Člověk by se jistě nestal sedmdesátníkem nebo osmdesátníkem, kdyby tato dlouhověkost neodpovídala smyslu jeho druhu. Proto i jeho životní odpoledne musí mít svůj smysl a účel a nemůže být jen jakousi žalostnou přítěží dopoledne.“ (Jung, 2001, s. 51)

Krize pramenící z psychopatologie

Obecně můžeme říci, že osoby s duševním onemocněním mají horší výbavu na zvládnání zátěžových stresových situací. Krize může mít původ v neřešených nebo náhradně dočasně řešených vývojových úkolech. Spouštěčem krize tedy mohou být i faktory, které jsem jmenovala výše a to ztráta, změna, volba či neadekvátně zvládnutý vývojový úkol. Tyto faktory jsou však v tomto typu krize umocněny senzibilitou jedince či nestabilitou rodinného systému. Tímto typem krize bývají zasaženi zpravidla jedinci s poruchou osobnosti, závažnými neurotickými obtížemi či látkovými závislostmi. (Vodáčková, 2012)

1.3 Průběh krize

Dle průběhu a manifestace může krize dělit na akutní a chronické. Akutní krize má jasně časově ohraničený začátek a konec, její průběh je velice bouřlivý a zjevný. Naopak u chronické krize nejsme schopni jasně určit její začátek ani konec, řádově trvá až několik let a její průběh není navenek zdaleka tak zřejmý. Hranice mezi akutní a chronickou krizí nejsou jasně vymezeny, není výjimkou, že se krize při nedostatečném ošetření transformuje do druhého typu. Vrcholící chronická krize se stává akutní, a naopak nevyřešená akutní krize se může chronifikovat a transformovat se tak na dlouhodobý stav krize.

Krize můžeme dále dělit na zjevné a latentní dle kritéria uvědomění krize jedincem, který jí prožívá. Zjevnou krizi si jedinec plně uvědomuje a její skutečnost přijímá. Jedná se například o závažné somatické onemocnění, které nelze přehlížet. Oproti tomu latentní krize si jedinec neuvědomuje. Tyto krize se často projevují útekem k jednostrannému stylu života, nadměrné pracovní aktivitě, závislostem apod. (Vymětal J., 1995)

1.3.1 Caplanův model krize

Výsledkem práce Caplana (1964) bylo vymezení čtyř fází krize popsaných níže.

1. V prvotní fázi se jedinec potýká s krátkodobým nepozorovaným zvýšením napětí, které vede k autentickému řešení problému.
2. Druhou fází je plně uvědomované napětí, které vede k vědomému řešení formou “pokus – omyl”.
3. Ve třetí fázi se jedná o další zvýšení napětí, úzkosti a nepohody, které vede k hledání nových řešení.
4. Čtvrtou fází rozumíme zintenzivnění napětí a dezorganizaci psychiky. V tomto případě je již nutná intervence z vnějšku. Osoba ve čtvrté fázi krize si již s danou situací není schopna poradit sama a ve většině případů je již nutná profesionální podpora.

(Pasquali & Arnold, & DeBasio, 1989)

1.3.2 Tabulka č. III - Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů

	Hans Selye	Gerald Caplan	Johan Cullberg	Mardi Jon Horowitz	Elisabeth Kübler-Rossová
1	Poplachová reakce šok, zmatek, útlum, mobilizace zdrojů, obnova obrany ne vždy účelná	Mírné neuvědomované zvýšení napětí snahy o uplatnění automatických mechanismů řešení	Šok krátké trvání, snaha mobilizovat energii, převažuje zaměření spíše na emoce než na problém	Výkřik silná emocionální odezva, panika, zmatek, pocity slabosti, deprese	Popírání šok a odmítání reality pouze dočasné
2	Rezistence relativní zklidnění, rozvoj specifických obranných aktivit, obnova homeostázy	Pokračující uvědomované zvyšování napětí zmatek, uvědomění problému, pocit nedostatečné kontroly, řešení pokusem a omylem	Odezva trvání 4–6 týdnů, mobilizace osvědčených mechanismů, často využívány drogy, spíše nižší efektivita	Popření nevědomé odmítání traumatických skutečností, snaha o vytěsnění, selektivní vnímání, apatie, útlum, poruchy spánku	Hněv/agrese zlost na zdravotníky, na zdravé lidi, na nespravedlnost apod.
3	Vyčerpání (při neúspěšné rezistenci) trvalé vypětí, pohotovost, negativní důsledky, zhroucení až smrt	Další nárůst napětí prožívání diskomfortu, úzkosti, mobilizace úsilí, hledání nových řešení	Zpracování trvání i několik měsíců, snaha mobilizovat rezervy, úspěšná adaptace nebo rozvinutí psychopatologie	Intruze myšlenky na kritické události se vtírají a převládají, poruchy efektivity, vyčerpání	Smlouvání hledání zázračných léků, léčitelů, diet apod., ochota zaplatit cokoliv
4		Další nárůst napětí při neúspěšné adaptaci, hluboké psychologické změny, dezorganizace nutná podpora z venku		Vyrovnaní jedinec zvažuje různé možnosti ve snaze vyrovnat se s příčinami krize	Deprese pocit marnosti snahy o změnu stavu, smutek a strach
5				Smíření přijetí události a jejich výsledků bez negativních emocí	Smíření přijetí a vyrovnání se se situací

(Paulík, 2017, s. 102)

1.3.3 Vnitřní a vnější faktory průběhu krize

Tabulka č. IV - Vnitřní a vnější stresory

Tělesné stresory	Hlad, žízeň, bolest, námaha...
Emocionální stresory	Obavy, strach, úlek, nejistota, zloba...
Kognitivní stresory	Negativní myšlenky, starosti, postoje, očekávání, fantazie...
Fyzikální stresory	Hluk, oslnění, tma, chlad, horko, vlhkost vzduchu, tlak...
Bio-chemické stresory	Kofein, nikotin, tablety, alkohol, nedostatek kyslíku...
Komplexní stresory	Konfliktní situace, časový nátlak, dopravní zácpa, pracovní požadavky, změna, odloučení, spor, nemoc, kritika, osamělost...

(Vymětal Š., 2009, s. 113)

Průběh krize ovlivňuje řada vnějších i vnitřních faktorů. V každodenním životě se může jedinec běžně setkávat se spouštěči stresu, záleží pak na konkrétním jedinci, zdali tento preciptor krizi spustí. Jak již krize samotná, tak i její spouštěče jsou totiž velmi subjektivní záležitostmi. Síla a rozsah zasažení kritickou situací závisí jak na intenzitě působícího vnějšího faktoru, neboli spouštěče krize, stejně jako na individuálních vlastnostech jedince. Zvládnutí krize ovlivňují osobní kvality, jako zkušenosti s překonáním jiné krize, přístup k náročným životním situacím a schopnost je konstruktivně řešit. Dále závisí na psychické odolnosti, individuálním vnímání a hodnocení dané kritické události (výzva vs. hrozba). Průběh krize ovlivňuje také aktuální rozpoložení krizí zasažené osoby. To se odvíjí od zdravotního stavu, únavy, stresu a přetížení v profesionálním i studijním životě i v životě osobním. Intenzitu krize ovlivňuje i sociální zázemí neboli do jaké míry má jedinec podporu v krizi ve svém okolí.

Americké autorky Silverová a Wortmanová (1980) zveřejnily analýzu empirických studií o vlivu náročných životních situací. Výsledky této analýzy můžeme shrnout do tří hlavních bodů:

1. Reakce lidí na krizi není předvídatelná. S větší pravděpodobností se dají očekávat stavy jako šok, popření a deprese, ale ne každý z těchto stavů se musí zákonitě u každé osoby v krizové situaci objevit.
2. Do jisté míry se u zpracovávání krize nachází shoda určitých na sebe navazujících fází, kterými jsou: šok, popírání, hněv a agrese, deprese, akceptace.

(Špatenková, 2004a)

Model Kübler-Rossové

Druhý bod se prakticky shoduje s modelem pěti fází smutku známým také jako pět fází umírání švýcarsko-americké psycholožky Kübler-Rossové. Tyto fáze jsou cyklické a nemusí nutně probíhat v tomto pořadí. Pro jedince, který těmito stádii prochází, může být však nápomocné pro zpracování zármutku či v našem případě krize již jen uvědomění v jaké z fází se aktuálně nachází.

- **Popírání** (denial)
- **Hněv** (anger)
- **Smlouvání** (bargain)
- **Deprese** (depression)
- **Smíření** (acceptance)

(Kübler-Ross, 2012)

3. Závěry klinických šetření vyvrací obecně přijímaný předpoklad (laické) veřejnosti, že se jedinci po určité době s kritickou událostí zvládnout vyrovnat. Šetření dokumentuje, že řada jedinců se nikdy s neblahou neočekávanou událostí nevyrovná.

(Špatenková, 2004a)

1.3.4 Determinanty průběhu krize

Přestože je krize charakteristická svou subjektivností, nalézáme určité společné determinanty v reakcích na krizi.

Společné determinanty reakce na krize

Věk

Věk určuje psychologickou problematiku dle dané vývojové etapy, ve které se jedinec nachází. Jedná se o osobní i společenské očekávání na základě sociálních rolí. Věk ovlivňuje i vyšší rizikovitost ve vztahu k určitým typům řešení krizí (například děti, dospívající osoby, ale i osamělí senioři mají větší sklon k sebevražedným tendencím).

Pohlaví

Ženy oproti mužům poměrně hojně vyhledávají institucionalizovanou formu psychosociální pomoci, obecně jsou považovány za emotivnější a sdílnější (potřeba ventilace problému a emocí). U mužů se pak shledáváme s tendencí problémy spíše držet v sobě a nesdílet je. Muži častěji utíkají k alkoholu, práci (až workoholismus) či sexuální aktivitě.

Životní situace

Životní situací rozumíme soubor faktorů zahrnující materiální, pracovní a rodinnou situaci, zázemí apod.

Zdravotní stav

Zdravotním stavem rozumíme míru vah psychického i fyzického zdraví.

Zhoršený psychický i fyzický stav z důvodu nemoci, dlouhodobý nedostatek spánku, jídla či odpočinku snižuje odolnost vůči ohrožení psychické rovnováhy a schopnost zvládnutí krizových situací.

Osobnostní faktory

Osobní faktory chápeme především jako souhrn osobních kvalit, jakožto zejména charakter, temperament, emoční stabilitu či naopak labilitu, extroverzi nebo introverzi, adaptabilitu a v tomto kontextu i odolnost vůči zátěži apod.

Schopnost zvládat náročné životní situace

Zde hovoříme především o obranných mechanismech a coping (vyrovnávacích) mechanismech.

Dřívější nevyřešené krize

Krize, které se jedinci v minulosti nepodařilo zpracovat, oslabují schopnost řešit krize, které v životě později přijdou.

Spolupůsobící krize

Jedná se o sekundární krize, které přichází v citlivém období do primární krize, která narušila psychickou, fyzickou, sociální i spirituální pohodu jedince. Sekundární krize mohou průběh i projevy primární krize prohlubovat, prolongovat, komplikovat i chronifikovat. Můžeme tedy čekat hlubší prožívání krize u jedince, kterému se překrývá primární a sekundární krize v daném čase. Může se jednat například o seniora odcházejícího do starobního důchodu, kterému současně odchází děti z domova. (Špatenková, 2004a)

Naděje

Tento determinant popisuje notoricky známé a pravdivé přísloví *naděje umírá poslední*. Říčan v knize *Cesta životem o naději* mluví jako o „*nejhlubší a nejmocnější síle, která v nás je*“. (Říčan, 2004 s. 378)

Náboženské přesvědčení

Eminentním zdrojem naděje a víry při boji s krizí může být i náboženské přesvědčení.

Sociální opora

V neposlední řadě důležitou roli při podpoře v krizi může nést i podpora sociální. (Špatenková, 2004a)

1.4 Způsoby řešení krize

Podle Caplana (Caplan in Pasquali a kol, 1989) je řešení krize závislé na třech hlavních bodech:

- realistickém odhadu precipitujících událostí
- dosažitelnosti podpůrné sítě
- dosažitelnosti vyrovnávacích (coping) strategií jedince

Přestože některé krizové situace mohou být naprosto novou situací, v průběhu života si na základě zkušeností každý jedinec vyvíjí zmíněné vyrovnávací strategie, kterých může později v případě potřeby využít, rozvinout je nebo si vypracovat zcela nové. U vrozených vývojových strategií však musíme brát na paměť, že jsou vývojově staré, a tak nejsou vždy zcela ideálním způsobem zvládnání situace. Tyto přirozené reakce mohou někdy jedinci v dané situaci

nevyhovovat a musí mobilizovat své síly ještě navíc k boji s touto jeho přirozenou reakcí na danou zátěžovou situaci. (Vodáčková, 2012)

1.4.1 Přirozené mechanismy

Předpokládejme, že každý jedinec je vybaven schopností nacházet postupy, které jej vyvedou ze zvyšující se tenze zátěžové situace. Dle Caplana je u první a druhé fáze krizového stavu právě svépomoc stěžejní kapacitou pro zvládnutí krizové situace.

Jak jsem již zmínila výše, mezi přirozené mechanismy zvládnutí zátěžové situace patří i vyrovnávací (coping) strategie odvozené od základních reakcí aktivních (útok a útek) či pasivních (ochromení). Těchto strategií si je každý jedinec vědom v jiné míře, a tak i každý jedinec je jinak schopen s nimi pracovat. Mohou být tedy jak adaptivní, tak i maladaptivní.

Mezi přirozené ochranné mechanismy spadá regrese, disociace a skotomizace.

Regrese je nevědomý přechodný obranný mechanismus, kdy se jedinec navrátí do již prožitých primitivnějších mentálních stádií vývoje.

Disociací rozumíme odloučení od reality. Odloučení od reality může být v různé míře. Od mírného odloučení od bezprostředního okolí až po závažnější odloučení od fyzických a emočních prožitků. (Vodáčková, 2012)

Pojem **skotomizace** vychází od slova skotom neboli výpadek části zorného pole. Jedná se o obranný mechanismus vytvářející tzv. „slepá místa“, která jedinec nebere na vědomí a popírá je. Tento mechanismus můžeme pozorovat zejména u jedinců, kteří prožili události, které nejsou schopni přijmout a integrovat. (Hartl & Hartlová, 2010)

1.4.2 Strategie, kterých lze vědomě využít

Při vyrovnávání se se zátěží může jedinec využít i vědomých prostředků, které jsou prospěšné a zdravé. Dle Vodáčkové (2012) dělíme tyto adaptivní vědomé strategie do čtrnácti hlavních oddílů.

1. Kontakt s pocity, schopnost ulevit si pláčem, hněvem, zorientovat se v ambivalentních pocitech, respektovat emoce u druhých lidí
2. Schopnost sdílet a sdělovat
3. Dobrý kontakt s tělem
4. Kontakt s vlastními potřebami

5. Vědomí vlastních hranic – např. říkat souhlas či nesouhlas podle vlastních potřeb
6. Orientace v situaci s využitím dostupných prostředků a informací
7. Schopnost využít vlastní starší zkušenosti
8. Schopnost využít existence a zkušenosti blízkých lidí
9. Schopnost využít potenciálu přirozené komunity
10. Schopnost využít vzorců kolektivního chování
11. Inspirace literárními příběhy
12. Otevřenost neobvyklým tvořivým řešením, zapojení fantazie
13. Víra a naděje
14. Smysl utrpení

(Vodáčková, 2012)

1.5 Pomoc v krizi

Pomoc v krizi můžeme základně dělit na formální a neformální.

Formální pomocí rozumíme profesionální pomoc, která je odborně zaštitěna. Formální pomoc přichází na řadu, pokud je krize v takové fázi, že jedinec zasažený krizí není schopen si ji sám nebo s pomocí blízkého okolí vyřešit. Neformální laickou pomoc můžeme dále dělit na svépomoc a pomoc od blízkých osob (rodiny či přátel).

Mnoho těžkých životních situací většina lidí nepochybně překonala bez profesionální krizové pomoci. Důvody pro nevyhledání profesionální podpory mohou být různé a zda nakonec jedinec vyhledá či nevyhledá profesionální pomoc, je podmíněno několika aspekty. Jedná se například o schopnost využít vlastní potenciál pomoci sobě samému, možnosti podpory od blízkého okolí, či dostupnost, kapacitu a kvalitu služeb v lokalitě, které jsou potencionálnímu klientovi dostupné.

1.5.1 Formální

Formální neboli profesionální pomoc v krizi si klade za cíl poskytnout snadno dosažitelnou profesionální podporu, a především včasnou pomoc osobám, které se ocitli v obtížné životní situaci, jež nejsou schopni sami řešit.

„§ 60

Krizová pomoc

(1) Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. “

(Zákon č. 108/2006 Sb.)

Formy formální krizové pomoci

Formy krizové pomoci můžeme dělit do šesti základních skupin, a to:

- Ambulantní forma
- Hospitalizační forma
- Forma terénní pomoci
- Forma pomoci v přirozeném prostředí jedince zasaženého krizí
- Telefonická forma
- Elektronická forma

(Vodáčková, 2012)

1.5.2 Neformální

Neformální neboli laická pomoc v krizi vychází z prosociálnosti (tendence k pomáhajícímu jednání, jednání ve prospěch druhého), která je přirozenou součástí lidské psychosociální výbavy.

Neformální podpora v krizi má velký význam a spoléhají se na ni i odborné koncepce. U tohoto typu podpory má nezastupitelný význam rodina, a to i pokud v běžné situaci rodinné vztahy nejsou ideální. Jedinec v krizi má totiž i v případě částečně narušených rodinných vazeb silnou tendenci upnout se na rodinné příslušníky. V krizi nemůžeme opomenout ani důležitost vztahů s přáteli a známými (kolegy, sousedy, spolubydlicími apod.). Smyslem neformální podpory blízkých je zejména vytvoření, pokud možno bezstresového prostředí, ve kterém má jedinec prostor na vyslechnutí, pochopení a empatii. (Lucká in Matoušek, 2003)

1.5.3 Svépomoc

Svépomocí rozumíme pomáhání si sobě samému vlastní silou bez cizího přispění. (Hartl & Hartlová, 2010)

Dle Caplana je zejména u prvních dvou fází krize právě svépomoc stěžejní kapacitou pro její řešení. (Vodáčková, 2012)

Jedinec si v rámci svépomoci pomáhá přesunutím pozornosti od krize k jiným aktivitám a tendencím. Jedná se například o následující:

Zaměření se na náhradní aktivitu

U jedinců v krizi můžeme často pozorovat sklon k aktivitám naprosto nesouvisejících s prodělávanou krizí. Například (zejména u mužů) to může být nadměrný výkon práce až workoholismus, u žen se jedná zejména o nadměrné nakupování či poklizení a u mladých jedinců v krizi potřebu se zvyšuje potřeba chodit s přáteli ven (nevydrží doma).

Tendence něco změnit

Tendence něco změnit bývá u osob v krizi vedena touhou změnit alespoň to, co změnit mohou. Jedná se například o radikální změny v životním stylu, cestování, změny partnerů, stěhování se apod.

Nárazová tendence k abúzu (alkohol, psychofarmaka apod.)

Kýženým cílem při této strategii je pro jedince postiženého krizí „necítit“ beznaděj, smutek, ohrožení apod.

Tendence vyhledávat magické praktiky

U osob v krizi můžeme často pozorovat větší lnutí k alternativním praktikám, církvím, sektám apod. založené na domněnce, že pomoc přijde „zázrakem“ zvenčí.

Sklon k potlačení tíživých vzpomínek

Obecně u osob v krizi můžeme pozorovat tendenci k potlačování těžkých vzpomínek a k tzv. dennímu snění. (Lucká in Matoušek, 2003)

2 KRIZOVÁ INTERVENCE

„Krizová intervence je odborná metoda, která vychází z lidských přirozených forem pomoci a podpory v krizi a rozvíjí je prostřednictvím cílených, odborných a reflektovaných postupů.“
(Vodáčková in Matoušek, 2013, s. 259)

Krizová intervence je v současné době již přijímanou formou krátké terapie, která je volbou pro mnoho lidí, kteří se snaží lépe zvládat životní stres. (Baldwin, 1980)

Základním a hlavním nástrojem krizové intervence je rozhovor, jehož délka je závislá na stavu klienta. Většinou se jedná o klasickou terapeutickou 50 minutovou schůzku.

Strukturu rozhovoru dělíme do čtyřech nebo sedmi kroků. Rozdělení dle čtyř kroků se sestává z posouzení, plánování, provedení a vyhodnocení. (Vodáčková, 2012)

„Sedmistupňový model fází krizové intervence podle Robertse (2000)

- 1. Naplánuj a proved' krizové posouzení – zejména ohrožení života.*
- 2. Rychle vytvoř dobrý vztah.*
- 3. Urči hlavní problémy (včetně „poslední kapky“).*
- 4. Zabývej se pocity – aktivně naslouchej.*
- 5. Vytvářej a zkoumej různé možnosti řešení (např. co se klientovi osvědčilo dříve).*
- 6. Vytvoř a pojmenuj plán činnosti.*
- 7. Vytvoř hodnotící plán a dohodu“*

(Foitová, & Lorenc, 2009, s. 37)

Krizová pomoc má podobně jako zdravotní a sociální podpora několik forem (ambulantní, lůžkovou, terénní, domácí, telefonickou a elektronickou formu). (Vodáčková in Matoušek, 2013)

Podpora v krizi u ambulantní formy z pravidla trvá jedno až tři sezení, mezi kterými bývají obvykle několikadenní prodlevy. (Vodáčková, 2012)

Krizovou pomoc poskytují zejména krizová pracoviště a krizová centra.

Krizová pracoviště můžeme nalézt téměř ve všech krajích České republiky. Nabízejí ambulantní, avšak ne nepřetržitý program. Oproti tomu krizová centra mají nepřetržitý provoz, ale není jich na území České republiky mnoho. Dvě krizová centra jsou v hl. m. Praze (RIAPS

a Centrum krizové intervence v Bohnicích) a další krizová centra v republice jsou po jednom lokalizována v Brně, Ostravě a v Ústí nad Labem.

Terénní krizové služby se v naší zemi začínají teprve rozvíjet. Jedná se o krizové služby reagující na individuální i hromadná neštěstí (např. povodně). V terénu pomáhají také psychologové hasičských záchranných sborů, a to zejména obětem mimořádných událostí. K terénní krizové intervenci velkým dílem přispívá i občanské sdružení Psychosociální tým s celorepublikovou působností. Existují i terénní služby, které se zaměřují na podporu pro cílovou skupinu duševně nemocných osobám (např.: Psychosociální intervenční tým, Fokus z. ú.).

Telefonická a elektronická krizová pomoc je v České republice zastoupena linkami důvěry. Původně se jednalo pouze o telefonickou podporu, nicméně v posledních letech linky důvěry rozšířily svou působnost i na různé formy krizové podpory online (webové stránky a chat). Některé z linek nabízejí svou podporu nepřetržitě a díky podstatě distanční podpory může být pomoc poskytnuta pro celou populaci. Některé linky důvěry mají i svou specializaci na konkrétní cílovou skupinu (senioři, děti a dospívající, rodiče, nemocní – Linka AIDS pomoc apod.). (Vodáčková in Matoušek, 2013)

2.1 Definice krizové intervence

Pro potřeby své práce jsem se rozhodla vybrat si jednu z mnoha definic v odborné literatuře, a to definici doktorky Vodáčkové uvedené v publikaci *Krizová intervence*.

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovi minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková, 2012, s. 60)

2.2 Principy krizové intervence

Základními principy formální pomoci v krizi je **dostupnost** (týká se informací o krizové pomoci, bezodkladnosti intervence, nepřetržitosti pracovní doby, bezprahovosti intervence, případně její mobilitou a citlivým a profesionálním přístupem k osobitosti a diverzitě jedince),

princip **individuality krize** (respekt k tomu, že prožívání krize je vysoce individuální záležitostí), princip **komplexnosti péče** (v krizových centrech působí multidisciplinární týmy odborníků), princip **vnitřní bezbariérovosti** (jedná se o uspořádání a vzhled interiéru zařízení ve kterém je krizová intervence poskytována, interiér může klienty služby zneklidňovat nebo naopak působit bezpečně a navozovat pocit klidu) a **princip návaznosti** služeb a péče o klienta. (Vodáčková, 2012)

2.3 Formy krizové intervence

Verze formální pomoci v krizi můžeme základně klasifikovat do dvou primárních podob, a to dle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem, na prezenční a distanční formu pomoci.

2.3.1 Prezenční

Prezenční formu krizové intervence tváří v tvář můžeme dále dělit na tři základní podoby, a to ambulanci pomoc, hospitalizaci a terénní a mobilní služby.

Ambulantní forma

V případě, že jedinec v krizi osobně navštíví nebo již pravidelně navštěvuje odborníka či odborné pracoviště, které se specializuje na pomoc v krizi, hovoříme o takzvané ambulanci formě krizové intervence.

Ambulantní pomoc může být poskytována i formou stacionáře. V těchto specializovaných stacionářích je jedinci v krizi poskytnuta intenzivní a komplexní péče. Z toho důvodu tvoří stacionáře vhodný mezikrok při přechodu z hospitalizace do domácího prostředí.

Ve všech případech ambulanci pomoci je ovšem důležitým předpokladem schopnost klienta do zařízení nebo k odborníkovi docházet. Ambulantní formu péče můžeme volit v situaci, kdy jedinec není mimo zařízení přímo ohrožen nebo je schopen problémům do jisté míry sám úspěšně čelit.

Forma hospitalizace

Krizová pomoc ve formě hospitalizace (krátkodobý pobyt ve vybraných zařízeních) je určena jedincům, kteří jsou ve svém domácím prostředí přímo ohroženi a jejich krizový stav by se tak nejspíše pouze prohluboval. Hospitalizace trvá z pravidla pouze pár dní, maximálně pak týden. Lůžka pro jedince v krizi nabízí krizová centra, nemocnice, diagnostické ústavy, domovy pro seniory a další.

Forma terénní služby

Terénní podpora v krizi má několik podob, které můžeme rozdělit do čtyř podkapitol.

Forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí

Forma krizové pomoci v přirozeném prostředí je jednou ze specifických metod terénní služby.

Krizová pomoc v přirozeném prostředí je jednorázovou nebo opakovanou podporou určenou jedinci, který je natolik indisponován, že není schopen službu pro podporu v krizi osobně vyhledat. Může se jednat o podporu pouze pro jedince v krizi nebo i další členy jeho rodiny.

Doprovod klienta

Terénní forma pomoci pro klienta v krizi může být formou doprovodů klienta k lékaři, k soudu, na polici, do krizového centra apod. Cílem této podpory je poskytnout klientovi podporu i dohled pro jeho bezpečí.

Návštěva klienta

Terénní krizový pracovník může svou podporu poskytovat i v rámci návštěv zařízení, ve kterých je klient aktuálně hospitalizován (krizové centrum, nemocnice apod.) nebo které pravidelně navštěvuje (např. stacionář).

Forma terénní služby při mimořádných událostech

Při této formě krizové intervence jsou mobilní týmy vysílány do oblastí postižených přírodními katastrofami. Pomáhají obyvatelům těchto míst zpracovat šok, emoce a pocity prožívané při náročné situaci. Podporují navrácení kompetencí a schopností jedincům konstruktivně těžkou životní událost řešit. (Vodáčková, 2012)

2.3.2 Distanční

Distanční forma pomoci v krizi představuje případ, kdy krizová intervence je dispozičně prostorově vzdálená od klienta. Jedná se zejména o telefonický či elektronický kontakt.

Telefonická

Telefonická forma distanční pomoci v krizi, jak již název napovídá, nabízí podporu klientům v krizi skrze telefonickou komunikaci s krizovým interventem. Tento typ podpory obvykle zajišťují linky důvěry. Může se jednat o obecnou linku důvěry nebo o linku důvěry, která je specializována na určitou problematiku či cílovou skupinu. Jedná se například o linky důvěry zaměřené na pomoc dětem a mladistvým, u kterých jsou zásady krizové intervence v určitých ohledech odlišné od práce s dospělými osobami.

Elektronická

Internetová pomoc v krizi je stále poměrně novou a moderní formou krizové intervence. Vzhledem k stále více rapidně rostoucímu počtu uživatelů internetu, a obecně přesunu fokusu na život na sociálních sítích. Internet jako nové komunikační médium nabízí i nové možnosti krizové intervence. (Veselý in Špatenková, 2004b)

2.4 Fáze krizové intervence

Při práci s klientem v krizi je třeba věnovat se těmto procesním krokům krizové intervence.

Okamžitá redukce ohrožení

Hned od prvního kontaktu s klientem v krizi je nutné citlivě vnímat všechny signály, které by mohly poukazovat na nebezpečí jak pro klienta, tak i jeho okolí včetně krizového intervenanta. V tomto případě pracovník nesleduje pouze psychické projevy, jako například projevy psychotického stavu. Rozpoznat začínající projevy psychotického stavu může být náročné, jelikož projevy doprovázející reakce na stres mohou být v některých ohledech velmi podobné. V tomto případě je vhodné poskytnout klientovi prostor a bezpečné prostředí, dokud se krize lépe neprobarví, aby výsledkem špatného posouzení nebyla zbytečná hospitalizace klienta. Intervent se zaměřuje i na somatickou stránku jedince. Pozoruje, jestli klient není zraněný či intoxikovaný a zda nepotřebuje akutní lékařský zásah.

Dalším velmi důležitým úkolem v úvodní fázi intervence je pro pracovníka zjistit, zda není krizí ohrožen někdo další. Osoba v krizi, která přišla na pracoviště, si nemusí být schopna plně uvědomovat rizika této situace pro okolí (např.: dítě, které zůstalo doma s násilným partnerem apod.)

První odhad situace a její posouzení

Ve druhé fázi je důležité vnímavě pozorovat klientovi schopnosti komunikace a jakých prostředků komunikace využívá. Intervent pozoruje, do jaké míry je jedinec v krizi orientovaný v čase, prostoru a obecně v realitě. Snaží se dozvědět kdy a jak krize začala, co jí přesně spustilo a co vedlo k vyvrcholení. Zjistit tyto informace se však zdaleka ne vždy podaří, zejména u prvního setkání. Obtížný případ může představovat například mlčící klient. Pak je důležité, aby intervent klienta podpořil svojí přítomností, verbální i neverbální komunikací a poskytl pocit opory.

V této fázi hovoří pracovník s klientem i o jeho zkušenostech a vlastních zdrojích, kterými se mu předešlé krize v minulosti podařilo zvládnout.

Formulace hypotézy

Krizový intervent na základě úvodního kontaktu a dostupných informací, které mu klient sdělil nebo je pracovník vyzoroval, vytvoří hypotézu o spouštěči i průběhu krize. Zhodnotí klientovu schopnost využít vlastních kompetencí a svépomoci v krizi.

V této fázi krizový intervent následně posuzuje, je-li situace řešitelná v rámci krizové intervence, nebo by bylo vhodné klienta navázat na jiné služby či odborníky.

Intervence

Ve fázi samotné intervence pracovník zjišťuje pohled na krizi očima jedince, který jí prožívá, co sám považuje za precipitor krize, jak vnímá její průběh apod. Díky propojení hypotézy intervanta a klienta lze najít konsensus a lépe tak navzájem komunikovat a pracovat na zvládnutí krizové situace.

Ze strany intervanta je důležité ujistovat klienta, že jeho prožitky a pocity v této náročné situaci jsou naprosto pochopitelné a je v pořádku, že může prožívat i negativní pocity. Intervent se snaží v klientovi opakovaním podpůrných vět vzbuzovat naději na zvládnutí krize. Vytváří pro jedince v krizi bezpečné prostředí, kde může sdílet své emoce dle svých potřeb, tempa a možností. Pocit bezpečí navozuje pracovník tím, že nekomunikuje verbálně ani neverbálně překotně, své neverbální projevy popisuje a vysvětluje („odmlčel jsem se, protože přemýšlím nad tím, co mi sdělujete“, „teď jdu ke stolu pro tužku“ apod.). Tento postup předchází rozvoji paranoidní percepce.

V rámci práce s jedincem v krizi lze citlivě a erudovaně využít také nástroje fyzického kontaktu. Bezpečné využití tohoto neverbálního nástroje komunikace však vyžaduje

specializovaný výcvik. Díky regresi, kterou zejména jedinci v těžkých krizích prožívají, je tento nástroj velmi podpůrný. Klienti v těchto stavech mnohdy sami od pracovníka fyzický kontakt vyhledávají.

Intervenci pracovník ukončuje v momentě, kdy je klient v rámci možností kompetentní autonomně zvažovat možnosti a varianty řešení situací ve své blízké budoucnosti. V případě, že je potřeba volit nezbytná opatření, je klient schopen za spolupráce s interventem volit vhodné varianty. Klient je orientován v realitě a je si nejen vědom situace, ale je i schopen následky situace přijímat a dokáže vyjádřit a procítit své emoce.

Krizová intervence bývá ukončována z pravidla rekapitulací a souhrnem možností klienta co dělat v případě zhoršení. Klient odchází se sdělením, že v něj má pracovník důvěru, že krizi zvládne překonat. (Lucká in Matoušek, 2003)

2.5 Cíle

Cíle krizové intervence jsou:

- Strukturovat a zpřehlednit prožívání jedince zasaženého krizí
- Zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v chování klienta
- Redukovat nebezpečí
- Zmírnit riziko prohlubování krize
- Umožnit jedinci návrat do stavu před krizí, povzbudit pokrizový růst
- Podpořit osobu v krizi k opětovnému získání jeho kompetencí řešit problém

(Vodáčková in Matoušek, 2013)

2.6 Profese využívající krizové intervence

Krizová intervence je využívána napříč nejrůznějšími profesemi. Nejedná se pouze o psychologickou podporu v rámci krizových center, jak si mnozí představují. Krizová intervence bývá využívána i v oborech školství, zdravotnictví, sociální práce, v duchovní sféře a dalších. Primárně mluvíme o pomáhajících profesích, nicméně principy a metody krizové intervence mohou být použity přeneseně i v dalších oborech a profesích.

Postupů a zásad krizové intervence využívá například i Policie České republiky, Armáda České republiky, Hasičský záchranný sbor a další.

2.7 Pracovník krizové intervence

Krizový intervent může být profesionál, odborník, laik nebo dobrovolník. Pojmy odborník a laik bývají někdy mylně zaměňovány za pojmy profesionál a dobrovolník, jedná se však o kombinace těchto čtyř okolností (profesionál: odborník/laik, dobrovolník: odborník/laik).

Česká asociace pracovníků linek důvěry ve svých stanovách vymezuje, kdo může být považován za odborníka. Jde o odbornosti lékař, lékař psychiatr, psycholog, speciální pedagog, středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník, střední zdravotnický pracovník a duchovní. Mezi odborníkem v roli profesionální nebo dobrovolné je prakticky jediným rozdílem, zda dostává či nedostává za odvedenou práci plat.

Za laika bývá považován pracovník v jiné než výše uvedené profesi s dosaženým minimálně středoškolským vzděláním. Jak na dobrovolné, tak i na profesionální úrovni musí mít laik absolvován specializační výcvik krizové intervence (popřípadě kurz telefonické krizové intervence). (Vodáčková, 2012)

2.7.1 Požadavky na pracovníka krizové intervence

Pracovníkem krizové intervence může být prakticky kdokoliv. U profesionálního pracovníka odborné krizové intervence je však požadováno odpovídající vzdělání zejména v pomáhajících profesích. Dalšími předpoklady intervanta jsou dovednosti, schopnosti a znalosti v přímé práci s klientem. Jedná se zejména o umění vedení rozhovoru s klientem, ale i práci se sebou samým (sebereflexi) nebo schopnost spolupráce s dalšími odborníky například v rámci multidisciplinárního týmu.

2.7.2 Výčet znalostí, dovedností a schopností pracovníka krizové intervence

- Dovednost navázat kontakt s klientem krizové intervence v situaci specifické náročným rozpoložením klienta
- Komunikační dovednosti (verbální i neverbální)
- Schopnost udržet navázaný kontakt a vztah s klientem po potřebnou dobu krizové podpory
- Dovednost aktivního naslouchání a dalších důležitých technik při rozhovoru
- Znalost technik vedení rozhovoru
- Schopnost učinit první odhad situace
- Schopnost rychlého vyhodnocení ohrožení – vůči sobě (pracovníkovi)

- Schopnost rychlého vyhodnocení ohrožení – u klienta (např. potřebný lékařský zákrok)
- Schopnost rychlého vyhodnocení ohrožení ze strany klienta vůči okolí (může být potřebná hospitalizace klienta pro bezpečí jeho i okolí)
- Znalost sebeobrany
- Znalost první pomoci
- Dovednost dokázat pracovat pod časovým tlakem
- Odolnost vůči stresu
- Dovednost hlídat si hranice a limity při práci s klientem
- Schopnost sebereflexe
- Schopnost pracovat samostatně, ale i kooperovat s dalšími odborníky týmu a návaznými institucemi
- Containment (schopnost obsáhnout, pojmout vše co klient řeší, aniž by téma pracovníkovi asociovalo nezpracovaná osobní témata) a znalost jeho hranic
- Dovednost práce se zakázkou, kterou klient přináší
- Dovednost motivovat klienta k práci na ukončení krizové situace
- Schopnost empatie
- Schopnost orientovat se v potřebách klienta a plánovat postup práce
- Kreativita v konstruktivním řešení krizových situací klientů
- Schopnost podporovat klienta k navrácení kompetencí do jeho rukou
- Znalosti návazných služeb pro klienty
- Dovednost vedení dokumentace a znalost o povinnostech a omezeních předávání informací
- Schopnost odhadnout vhodný čas ukončení podpory (zcela nebo předání do jiné například dlouhodobější péče)

(Špatenková 2004b, Vodáčková 2012)

2.7.3 Právní aspekty

Specifickým požadavkem na pracovníka krizové intervence je znalost právního rámce. Orientace v právní problematice je velmi důležitou výbavou interventa, jelikož napomáhá v řešení různých dilemat, která při práci s klienty mohou vyvstat. Dává pracovníkovi jistotu a odbornou kompetenci. Napomáhá při procesu práce s klientem a ochraně klienta i samotného pracovníka.

Do základních právních aspektů intervence řadíme *mlčenlivost*, *ochranu osobních údajů* a *oznamovací povinnost*.

Mlčenlivost

Všechny informace mezi klientem a interventem jsou důvěrné a bez souhlasu klienta nesmí být zpřístupněny dalším institucím ani jednotlivým osobám. Mlčenlivostí se řídí i další pracovníci, se kterými krizoví interventi v rámci týmu nebo návaznosti služeb kooperují.

Pracovníci krizové intervence často spolupracují například se sociálními pracovníky (řešení finanční nouze, sociálně právního poradenství, zařizování azylových lůžek apod.) Mlčenlivost sociálních pracovníků je ukotvena nejen v etických kodexech, ale i v zákoně konkrétně § 100 zákona č. 108/2006 Sb. (Trnová in Špatenková, 2004b)

Ochrana osobních údajů

Zpracováním a ochranou osobních údajů se na našem území dříve zabíral zákon č. 101/2000 Sb., který byl poměrně nedávno zrušen a nahrazen Obecným nařízením o ochraně osobních údajů, zkráceně ONOOÚ. Celým názvem Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Nařízení je častěji známo pod zkratkou GDPR z General Data Protection Regulation. Od 25. května 2018 obecné nařízení představuje nový právní rámec ochrany osobních údajů v evropském prostoru, stanovovat pravidla pro zpracování osobních údajů, včetně práv subjektu údajů (fyzické osoby). (Ministerstvo vnitra České republiky, ©2019)

Oznamovací povinnost

O oznamovací povinnosti pojednává především § 8 trestního řádu *Poskytování informací o trestním řízení a osobách na něm zúčastněných* (Zákon č. 141/1961 Sb.), § 367 trestního zákoníku *Nepřekažení trestného činu* (Zákon č. 40/2009 Sb.) a § 368 *Neoznámení trestného činu* (Zákon č. 40/2009 Sb.).

2.7.4 Stručný přehled nejdůležitějších právních předpisů týkající se sociálněprávní problematiky krizové intervence

Krizová intervence se řídí a orientuje především níže vypsányými zákony, vyhláškami a nařízeními. Tyto dokumenty se v posledních letech často novelizují. Přesný soupis posledních novelizací dle informací k 04.05.2019 uvádím v příloze číslo VII.

(Vysvětlivky zkratk: Z = zákon, V = vyhláška, Sb. = sbírka):

- Z č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Z č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

- Z č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí
- Z č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník
- Z č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- Z č. 40/2009 Sb., nový trestní zákoník
- Z č. 141/1961 Sb., trestní řád
- Z č. 273/2008 Sb., zákon o Policii České republiky
- Z č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- Z č. 582/1991 Sb., zákon České národní rady o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Z č. 589/1992 Sb., zákon České národní rady o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- Z č. 111/2006 Sb., zákon o pomoci v hmotné nouzi
- Z č. 110/2006 Sb., zákon o životním a existenčním minimu
- Z č. 155/1995 Sb., zákon o důchodovém pojištění
- Z č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců
- Z č. 117/1995 Sb., zákon o státní sociální podpoře
- Z č. 592/1992 Sb., zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Z č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Z č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)
- Z č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- V č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

(Ošancová in Vodáčková 2012, Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online] ©[cit. 04.05.2019])

3 NEFORMÁLNÍ PÉČE

„Neformální péče“ je termín, který není pevně vymezen. Neexistuje univerzálně platná definice pojmu neformální péče či neformálně pečující. V odborných publikacích, různých národních legislativách či výzkumech nalezneme několikero rozdílných výkladů těchto termínů. Žádný však který by mohl obsáhnout vše a poskytnou tak obecnou definici.

Ve výstupní analytické zprávě o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR z roku 2015 se můžeme v textu od Hany Geissler dočíst, že neformální péče obecně zahrnuje jakoukoliv starostlivost ve směru k osobě, která není již schopna své potřeby naplnit sama a zároveň tato opečovávaná osoba není zaštitěna žádnou institucionální podporou profesionální péče.

Pojem neformální péče bývá někdy nahrazován pojmy rodinná nebo laická péče. Tato záměna ovšem není vždy možná, jelikož pojem rodinná péče je ze své podstaty užším termínem než neformální péče.

V českém prostředí pojem neformální péče zahrnuje pomoc druhé osobě na široké škále spektra pomoci. Můžeme hovořit o neformální péči od drobných nákupů až po 24hodinovou péči o nesoběstačnou osobu. (Geissler, 2015)

Pro potřeby své práce definuji neformální péči takto:

Neformální péče, to znamená laická neplacená péče je poskytována rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy či dobrovolníky, kteří pečují o osoby, které nejsou samy schopny uspokojit své základní životní potřeby.

Z údajů od Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (zkráceně OECD z angl. Organization for Economic Co-operation and Development) vyplývá, že neformální pečovatelé tvoří markantní většinu poskytovatelů péče, a to přibližně 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče. (Colombo, 2011)

Osoba blízká

„Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.“ (Zákon č. 89/2012 Sb.)

Přestože zákon jako osobu blízkou nepovažuje tetu či strýce, já jsem pro potřebu své práce rozšířila obsah pojmu osoby blízké i o sourozence rodičů či jejich potomky (bratrance a sestřenice).

3.1 Neformálně pečující

Stejně tak, jako neformální péče, ani neformální pečovatelé nejsou jednotně definovanou skupinou. Obecně řečeno se jedná o skupinu jedinců, kteří se rozhodli pečovat o své blízké (například seniory či osoby se zdravotním znevýhodněním), kteří již nejsou schopni postarat se o sebe bez dohledu a pomoci druhé osoby. O neformální péči hovoříme, pokud péče probíhá v domácím prostředí. Primárním cílem neformálně pečujících je zajištění důstojných podmínek života v domácím či jiném přirozeném prostředí jejich blízkým, o které pečují.

Přestože se v poslední době začíná pečujícím osobám věnovat pozornost, je jim věnována jen okrajově v rámci koncepčních a strategických dokumentů (na národní, regionální i lokální úrovni). Markantním problémem je, dle názorů expertů, pro neformálně pečující zejména nedostatečné vymezení jejich postavení v legislativě, z čehož vychází nedostatečně cílená podpora této oficiálně neukotvené cílové skupině. Nevymezení cílové skupiny neformálně pečujících komplikuje poskytování sociálních služeb přímo pečujícím osobám, nejedná se tudíž pouze o problematiku ve finanční podpoře.

Překážky v celoplošné podpoře pečujících činí zejména různorodost této cílové skupiny (pečující o seniora a pečující o handicapované dítě z povahy péče řeší jiné překážky a problémy spojené s péčí).

Řada pečujících se dostává z důvodu péče až do existenčních problémů. Vlivem fyzické i psychické zátěže mnohdy dochází k zhoršení jejich zdravotního stavu, k čemuž přispívá i fakt, že pečující osoby velmi často zanedbávají své pravidelné zdravotní prohlídky a další potřeby. Náročnost péče tkví i ve velké finanční zátěži. Dávky jako příspěvek na péči, speciální pomůcky či mobilitu často zcela nepokryjí reálné výdaje. Dalším stěžejním problémem je, že se pečující, z důvodu nutnosti být opečovávané osobě neustále na blízku, mnohdy dostávají až do absolutní sociální izolace. (Geissler, 2015)

3.2 Náročnost péče o osoby blízké

Péče o osoby, které jsou již nesoběstačné, je sama o sobě velmi fyzicky i psychicky náročná. Avšak pokud se jedná o péči o osobu blízkou, dosahuje náročnost péče ještě vyšší intenzity a psychické zátěže.

„Péče o členy rodiny je často spojena s nutností omezit zapojení do pracovního trhu: snížit počet hodin věnovaných zaměstnání či zaměstnání úplně opustit. Poskytování péče s sebou často nese závažné sociální, ekonomické a psychologické dopady. Péče o dlouhodobě nemocné, zejména vysoce intenzivní péče, má negativní dopady na psychické i fyzické zdraví pečujících osob a pečovatelé mohou čelit zvýšenému riziku chudoby [Colombo et al. 2011; Vitaliano et al. 2003; Marks et al. 2002]. Větší dopady na psychické zdraví má přitom péče o nejbližší příbuzné [Marks et al. 2002]. S náročností péče roste i pocíťovaná psychická i finanční zátěž. Výše vnímané zátěže závisí i na tom, zda je péče v rodině sdílena a podílí se na ní více členů rodiny [Jeřábek 2009].“ (Klímová Chaloupková, 2013, s. 108)

3.3 Sandwichová generace

Termínem sandwichová generace se označuje specifický fenomén, kdy osoby v produktivním věku pečují o zatím ne zcela osamostatněné děti a zároveň přicházejí již do role pečujících o své stárnoucí rodiče. Fenomén v současné době nabývá relevance v kontextu demografických změn (děti se rodičům rodí v pozdějším věku a zároveň se prodlužuje věk dožití rodičů střední generace). Sandwichová generace pro nás vyznačuje specifickou cílovou skupinu pečujících. Náročnost role pečujících nespočívá pouze v obtížích při péči o více osob najednou, ale také ve velmi odlišných nárocích na péči (dospívajících) dětí a stárnoucích rodičů. Zároveň se z pravidla jedná o ekonomicky aktivní jedince, kteří s péčí musí skloubit i zaměstnání. (Hasmanová Marhánková, 2011)

3.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je poměrně nově zavedený příspěvek pro osoby starší jednoho roku závislé na pomoci se zvládnutím základních životních potřeb. Příspěvek na péči byl zaveden zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006), který vešel v účinnost v lednu roku 2007. Stupeň závislosti na péči druhé osoby se hodnotí dle počtu základních životních potřeb, které jedinec bez dopomoci druhé fyzické osoby není schopen naplnit. Těchto deset hodnocených okruhů (*mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost – tento poslední bod je hodnocen pouze u zletilých osob*) je ukotveno ve vyhlášce 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. (Zákon 108/2006 Sb.)

Tabulka č. XIV - Příspěvek na péči

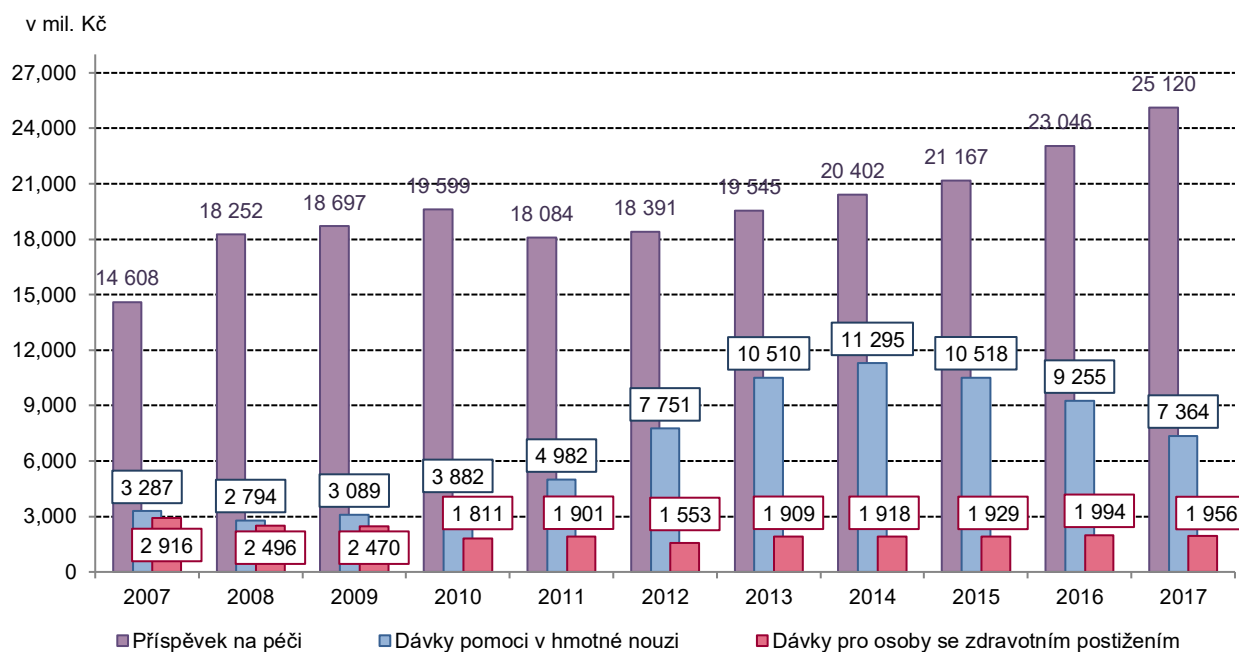
Stupeň závislosti	Osoby mladší 18 let		Osoby starší 18 let	
	Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku	Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku
I. (lehká závislost)	3	3300 Kč	3 - 4	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4 - 5	6600 Kč	5 - 6	4400 Kč
III. (těžká závislost)	6 - 7	9900 Kč/ 13 900 Kč	7 - 8	8800 Kč/ 12 800 Kč
IV. (úplná závislost)	8 - 9	13 200 Kč/ 19 200 Kč	9 - 10	13 200 Kč/ 19 200 Kč

V roce 2019 vchází v účinnost ve dvou vlnách novela zákona o sociálních službách, ve které se navyšuje částka příspěvku na péči ve třetím a čtvrtém stupni závislosti pro osoby, o které je pečováno v domácím prostředí. (Veselíková, ©2019)

V souvislosti s tématem mé bakalářské práce je příspěvek na péči důležitý především proto, že umožňuje finančně náročné zajištění sociálních služeb, jako je pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služba a další. Rozložení péče o blízkou osobu závislou na péči i na formální podporu předchází vyhoření a krizi neformálně pečující osoby.

3.4.1 Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007 – 2017

Graf č. I - Výdaje na příspěvek na péči, dávky pomoci v hmotné nouzi a pro osoby se zdravotním postižením



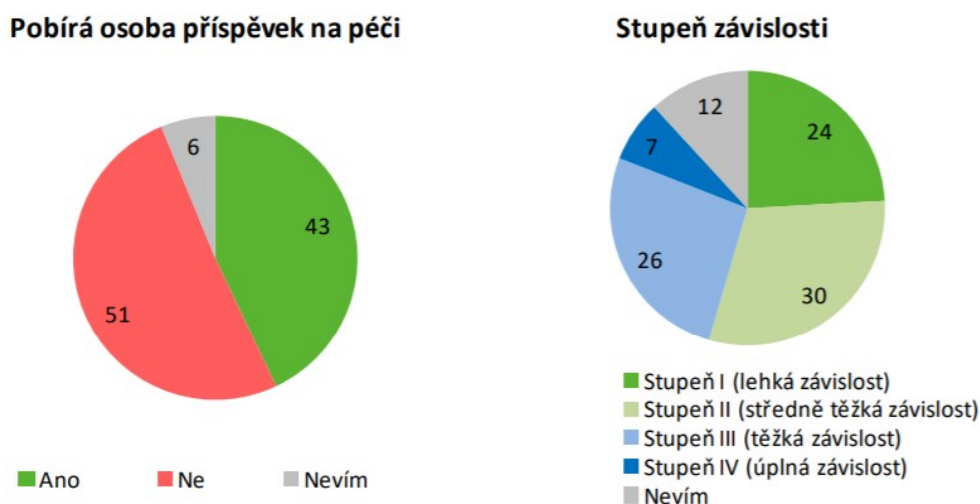
(ČSÚ, ©2018)

Z grafu jsou pro nás patrné především dvě důležité informace. Za prvé počet osob pobírajících příspěvek na péči stále roste, nicméně i přesto, jak se dozvíme z následujících grafů, pobírá příspěvek na péči jen zlomek opečovávaných osob, které by na něj mohly mít nárok. Za druhé jedná se o zdaleka nejvyšší položku, co se týče v porovnání s dávkami pomoci v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc) či dávkami pro osoby se zdravotním postižením (příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku), jakou stát poskytuje.

Ze statistické zprávy MPSV o vyplacených dávkách vyplývá, že v lednu roku 2019 příjemci příspěvku na péči čítali 361 700 osob, kterým bylo vyplaceno 2 184,1 milionu korun. (MPSV, ©2019)

Graf č. II a č. III

Následující grafy demonstrují poměr osob pobírajících příspěvek na péči a výše stupně závislosti, které vycházejí ze závěrečné zprávy z roku 2018 z dotazníkového šetření, které proběhlo v rámci projektu „Podpora neformálních pečujících II“.



„Přibližně polovina závislých osob pobírá příspěvek na péči. Jsou to překvapivě častěji závislé osoby ve věku do 35 let, které potřebují péči z jiných než věkových důvodů. U nich je podíl osob pobírajících příspěvek dokonce 75 %. U osob, u kterých je důvodem péče pokročilý věk, je podíl pobírajících příspěvky pouze 25 %. Je tedy evidentní, že příspěvky na péči pobírají především (a nikoliv překvapivě) ti, jejich obtíže jsou spojeny s diagnostikovaným fyzickým nebo psychickým postižením.“ (Fond dalšího vzdělávání, ©2018)

3.5 Kvalita života

S pojmem kvalita života se setkáváme v řadě oborů. Jedná se zejména o obory, které se zabývají člověkem, jeho životem, sociálními problémy a jejich dopady na život jedince. Mluvíme například o oborech: antropologie, biologie, demografie, ekologie, ekonomie, filosofie, medicína, pedagogika, psychologie, sociologie, sociální práce, a dalších.

V současné době je termín natolik rozšířený v laické i vědecké sféře, že obsáhnout veškerou literaturu k tomuto tématu je prakticky nemožné. Jiří Mareš v práci *Kvalita života u dětí a dospívajících* z roku 2006 uvádí, že v momentě, kdy zadal do bibliografické databáze klíčová slova kvalita života v angličtině („*quality of life*“), zobrazila se mu nabídka statisíce prací. Jeho rešerše ke dni 2. 11. 2006 nám ukazuje výsledky databázi: Proquest 163 029 citací, Scirus

148 723 citací, Scopus 84 188 citací, MEDLINE 82 430 výsledků, Web of Knowledge 76 301 citací, Current Contents 47 703 citací a EBSCO 34 650 citací.

Z těchto čísel nám vyplývají dva základní poznatky. Zaprvé obrovský zájem odborné veřejnosti o tematiku kvality života, zadruhé nemožnost uchopení a obsažení termínu pouze jedním oborem, jedním autorem či jednou metodou, tak aby pojetí bylo jednotné a zároveň respektovalo potřeby jednotlivých disciplín. Nejsou a vzhledem k povaze společenských věd ani nemohou být přijaty obecně platné definice, které by přesáhly úzký odborný fokus jednotlivých tvůrců a mohly tak být obecně přijaty. Musíme tedy akceptovat fakt, že pojem kvalita života je multifaktoriální a multidimenzionální a ze své podstaty se vzpírá definičnímu uchopení. Můžeme však uvést alespoň tři základní směry, které se při aplikaci termínu obecně využívají.

1. **Objektivní** souhrn indikátorů (např. životní podmínky a jejich kvalita na konkrétním území a v konkrétní kultuře).
2. **Subjektivní** souhrn indikátorů (např. kvalita „cesty životem“ daného jedince)
3. **Kombinace** objektivních a subjektivních faktorů kvality života.

Jelikož, jak jsem již uvedla, je pojem těžce jednotně uchopitelný, vznikly tendence pojem sofistikovaněji vnitřně rozčlenit. Jeden z těchto pokusů provedl Jiří Mareš. Musíme však brát v potaz, že se jedná pouze o jednu z mnoha definicí, a tak ani tu nemůžeme brát jako obecnou a absolutní. Mareš uvádí výsledky Cumminse z roku 1996, který zanalyzoval 32 odborných článků a našel 351 oblastí (včetně opakování), které rozřídil do sedmi obecnějších skupin:

1. Materiální zabezpečení
2. Zdraví
3. Produktivita
4. Velmi dobré mezilidské vztahy
5. Pocit bezpečí
6. Komunita
7. Emoční pohoda

(Michalík, 2011)

3.5.1 Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

Tabulka č. XV - Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

Objektivní životní podmínky	Subjektivní životní podmínky	
	Dobrá	Špatná
Dobré	Pohoda	Disonance
Špatné	Adaptace	Deprivace

(Michalík, 2011, s. 34)

Vztah mezi objektivními a subjektivními životními podmínkami není kauzální. Nemůžeme tedy automaticky předpovídat, že pokud jsou dobré životní podmínky, musí zde být i dobrá kvalita života a naopak. (Michalík, 2011)

3.5.2 Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

Ruut Veenhoven (narozen 1942) je nizozemský sociolog, průkopník a světová autorita ve vědeckém studiu štěstí ve smyslu subjektivního požitku života. Tento autor doporučuje rozlišovat mezi příležitostmi pro kvalitní život a kvalitním životem samotným. Dále doporučuje rozlišovat mezi vnitřními a vnějšími kvalitami života a jejich charakteristikami. (Michalík, 2011)

Tabulka č. XVI - Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

	Vnější kvalita života (prostředí)	Vnitřní kvalita života (jedinec)
Životní šance, životní příležitost	Příhodnost prostředí pro život	Životaschopnost jedince, viabilita
Výsledek života, podoba života	Užitečnost života	Porozumění vlastnímu životu

(Michalík, 2011, s. 35)

3.5.3 Historie pojmu kvality života

Termín kvalita života se poprvé objevuje ve 20. letech dvacátého století, jakožto označení vybrané skupiny jevů. Američtí autoři, jako například SNOEK, F.H. 2000, s. 279-316, se domnívají, že pojem kvalita života byl odborně použit až v díle amerických ekonomů. Jedná se zejména o dílo *The Affluent Society* 1958 (do českého jazyka přeloženo v roce 1967:

GALBRAITH, J.K. *Společnost hojnosti*. Praha: Svoboda). V této práci Galbraith kritizuje ideu nepřetržitého nárůstu průmyslové výroby, jakožto zdroje blahobytu.

Do širšího povědomí se tento termín dostává však až o 40 let později za vlády prezidenta L.B. Johnsona, jakožto souhrnný pojem pro sociálně-politické cíle americké vlády.

Prezident Lyndon Baines Johnson v roce 1964 prohlásil:

“Cíle nemůžeme poměřovat výši našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.” (Michalík, 2011, s. 32)

V originálním znění: *“The task of the Great Society is to ensure our people the environment, the capacities, and the social structures...to pursue their individual happiness. Thus, the Great Society is concerned not with how much, but with how good – not with the quantity of goods but with the quality of their lives.”* (Johnson 1964)

Na evropském území byl pojem brzy na to také přijat jako běžný. H. Hnilicová v kapitole Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví (strany 205–216) v práci Kvalita života a zdraví (Payne J. a kol. Praha: Triton 2005) uvádí, že termínu na evropském území poprvé v 70. let využíval ve svém politickém programu německý kancléř W. Brandt. (Michalík, 2011)

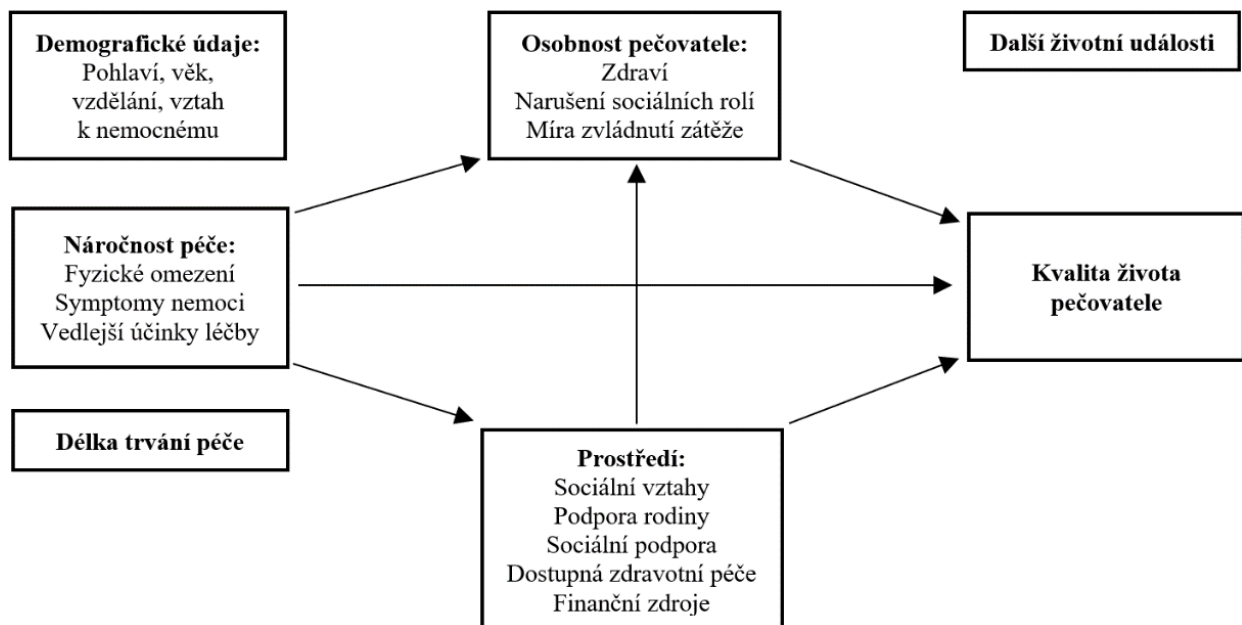
3.5.4 Kvalita života neformálně pečujících

Kvalita života běžného člověka a pečujícího obsahuje stejné souhrnné faktory, ale liší se důležitost těchto jednotlivých oblastí.

Ve fyzické rovině potřebují pečující více odpočinku a spánku, kterých se jim nedostává. Po psychické stránce jsou zatěžováni stresem, nervozitou, obavami, strachem o opečovávaného, depresí a pocitem bezmoci. V sociální oblasti je pro ně oproti běžnému člověku důležitější podpora rodiny. Kvalita života pečujících bývá hluboce ovlivněna spirituální podporou, ze které pramení naděje, smysluplnost a výsledně i spokojenost se životem. (Vaňurová in Řehulková, 2008)

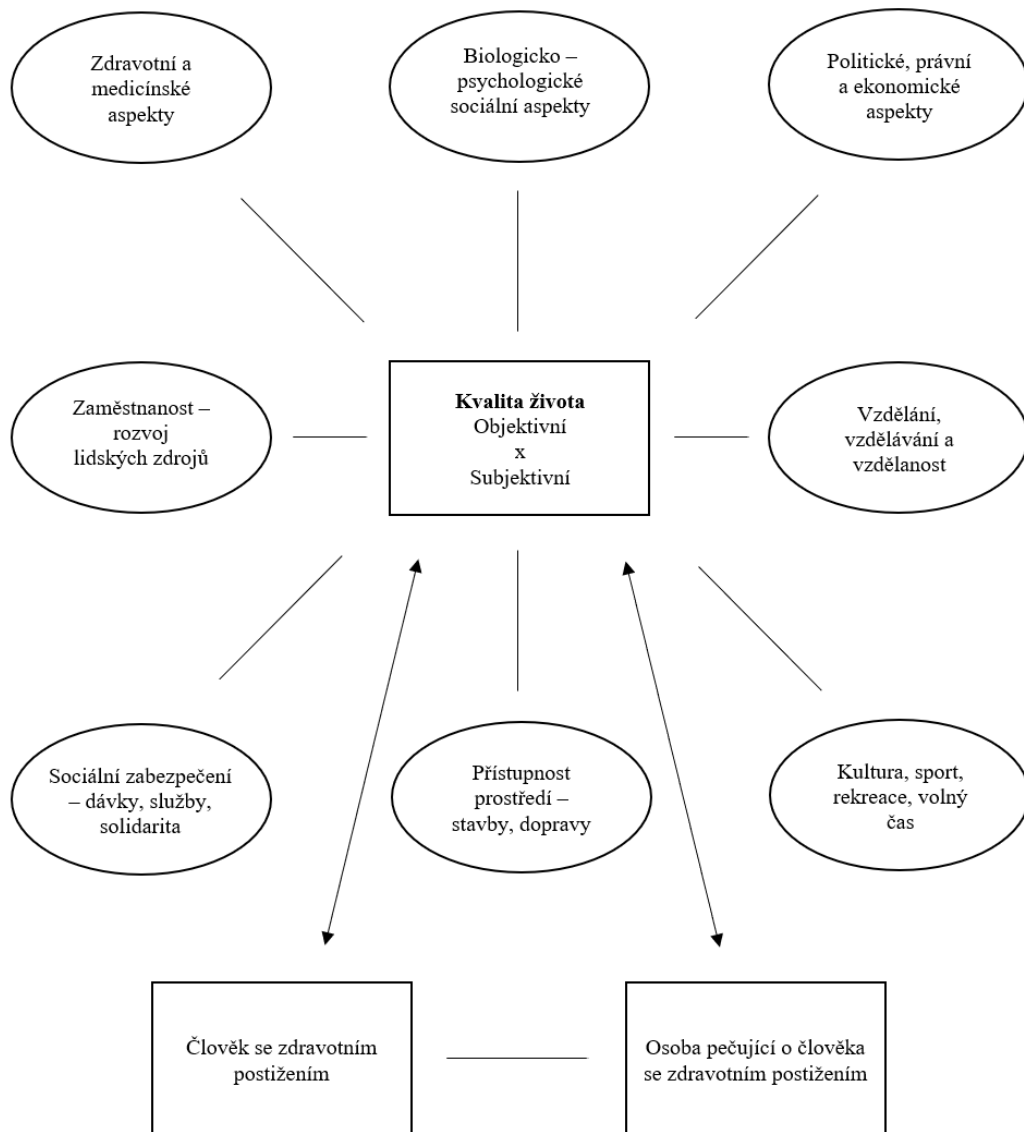
Jako vzor pro posouzení kvality života pečujících o své blízké můžeme použít model, který vytvořil White et al. (Řehulková, 2008). Tento model byl vytvořen konkrétně pro pečující o osoby po mozkové mrtvici. Je možné ho však aplikovat v širším měřítku obecně na skupinu neformálně pečujících.

Model demonstruje multidimenzionální charakter kvality života a poukazuje na důležitost a vzájemné působení sociálních rolí pečujícího na jeho kvalitu života.



(Vaňurová in Řehulková, 2008, s. 45)

Model oblastí ovlivňujících kvalitu života osob se zdravotním postižením a osob pečujících



(Michalík, 2011, s. 40)

„Obecně přijímaným faktem vážícím se k moderní (postmoderní) společnosti tzv. západního typu je zaměření na fenomén kvality života, který je přijímán jednak ve své obecné (makrosociální) podobě, ale i subjektivní variantě vážící se k místu, subjektu, skupině, osobě.“ (Michalík, 2011, s. 40)

Právě díky pojmu kvality života jejího měření a hodnocení jsme schopni objektivně hodnotit a porovnávat jinak velmi obtížně srovnatelné hodnoty. V praxi se setkáváme s výzkumy hodnotícími kvalitu života, jak v rámci jednotlivých zemí, tak i v konkrétních společensko-ekonomických systémech.

Jak jsme si již uvedli výše, obecná definice pojmu kvality života neexistuje. Obsah tohoto pojmu však můžeme definovat souhrnem dat a informací zejména v těchto oblastech:

- Životní prostředí
- Dostupnost služeb a podpory
- Zajištění bezpečí a ochrany
- Zaměstnanost
- Dostupnost zdravotní péče
- Ekonomické zaopatření
- Volný čas a rekreace

A další socio-demografické a bio-psychické a spirituální údaje o vybavenosti jedince.

Velký význam při interpretaci těchto dat má i subjekt prožívání. Jeho subjektivní hodnocení je rozhodně významným faktorem, který nelze přehlížet. (Michalík, 2011)

3.5.5 Krize u neformálně pečujících

Řada neformálně pečujících je z důvodů chybějící komplexní péče a podpory velmi přetížena. Nejsou informováni o možnostech finanční podpory ani formálních službách a jejich vhodné kombinaci.

V Praze, na rozdíl od jiných lokalit České republiky, je sice poměrně velké množství terénních služeb, které jsou zaměřeny na péči o opečovávané osoby (organizace nabízející osobní asistenci, pečovatelské služby, odlehčovací služby a další), nicméně z kapacitních důvodů jsou nedostupné a čekací lhůty mohou být až několika měsíční.

Neznalost či nedostupnost služeb a celková neinformovanost má za následek, že pečující většinou nemívají vybudovanou síť kombinované péče (formální i neformální) a péče o blízkého je závislá pouze na nich. Tato role je velmi fyzicky i psychicky náročná. Není výjimkou, že pečující z důvodů časové vytíženosti a psychického vyčerpání odsouvá svůj osobní i pracovní život na druhou kolej. Důsledkem toho bývá vyhoření a stav krize, jelikož nezbyvá prostor ani čas na psychohygienu pečujícího. V případě, že pečující nemá zdroje

podpory při krizi ve svém okolí nebo její intenzita nezvladatelně vygradovala je potřebná profesionální pomoc. Práce s neformálně pečujícími v krizi má svá specifika. Například je velmi podpůrné, když intervent ničím nesnižuje kompetenci pečujícího. Oceňuje jeho kvality, pomáhá mu vynořit se z pocitů selhání, které si navozuje svými vnitřními třeba výchovou získanými vzorci nebo na něj doléhají z vnějšího okolí od těch, kteří místo pomoci nabízejí soudy, hodnocení a vlastní naprosto nekompetentní rady – jedno jestli laické nebo pod pláštíkem "odbornosti".

Celkové situaci nenapomáhá ani fakt, že v naší republice není dostatečně legislativně ukotvena role pečujících o blízké osoby, tak aby finanční a profesionální podpora v podobě služeb mohla být poskytována přímo této cílové skupině. Lepší legislativní ukotvení cílové skupiny a zaměření služeb a podpory na neformálně pečující by mohla výsledně působit i preventivně a pečující by se nedostávali tak frekventovaně na hranice svých sil.

Problematická je i neuspokojivě systémově nastavena mezioborová spolupráce a návaznost služeb. Jedná se především o chybějící provázanost a kontinuitu zdravotních a sociálních služeb.

Laický pečující bývá z profesionální péče vylučován i přesto, že právě spolupráce s rodinnými příslušníky a podpora jejich neformální péče se v praxi potvrdila, jako důležitá složka léčebné intervence. (Janečková, Dragomirecká, Jirkovská, 2017)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na potřebu pomoci pečujícím o jejich blízké (neformálně pečujícím) v krizových situacích, které často péči provázejí. V rámci praktické části své práce jsem si dala za cíl zmapovat potřebu krizové intervence a prostředky, které pečující v krizi využívají. Ať se již jedná o formální či neformální intervenci od blízkých nebo o svépomoc v krizi.

Následující text shrnuje výsledky mého výzkumu uskutečněného formou dotazníkového šetření u neformálně pečujících osob na téma krize a krizové intervence.

4.1 Přehled výzkumů u neformálně pečujících

V tabulce (viz níže) můžeme vidět souhrn výzkumů zaměřených na cílovou skupinu neformálně pečujících. Žádný z těchto výzkumů však nekombinuje cílovou skupinu pečujících o jejich blízké a pravděpodobnost jejich krize v návaznosti na náročnost péče. Z toho důvodu jsem se rozhodla svou praktickou část tomuto zatím poměrně neprozkoumanému spojení cílové skupiny a problematiky věnovat.

Tabulka č. XVII - Přehled výzkumů u neformálně pečujících

Autoři (rok)	Studie/soubor	Metoda	Témata
Bužgová, Endelová (2010)	N = 86, z toho 64 žen	standardizovaný dotazník subjektivní kvality života	oblasti kvality života vztahující se k péči; spokojenost s péčí
Dohnalová a Hubíková (2013)	N = 37, z toho 10 profesionálů + 27 neformálních pečujících z Brna; 145 brněnských respondentů výzkumu VÚPSV ve vybraných lokalitách	polostrukturované individuální a skupinové rozhovory; sekundární analýza kvantitativních dat z výzkumu VÚPSV	dopad péče na pečující, poskytování péče a zaměstnání, podpora pečujícím
Dudová (2013)	N = 26 žen 50–72 let pečujících o své matky	hloubkové biografické rozhovory	genderové stereotypy; role pečovatelky, rozdělení aktivit; dopad péče na pečující; kolize práce a péče
Fond dalšího vzdělávání (FDV 2015, Šimoník 2015)	Podpora neformálních pečovatelů N = 858 pečujících o osoby v 2. až 4. stupni závislosti	dotazníkové šetření (CAPI)	sociodemografické charakteristiky pečujících; komu a kde poskytují péči; rozsah péče; informovanost; příspěvek na péči; kolize práce a péče
Fond dalšího vzdělávání (FDV 2015, Geissler a kol. 2015b)	Podpora neformálních pečovatelů N = 109; 44 expertů + 65 pečujících	kvalitativní výzkum, řízené skupinové rozhovory	motivy respondentů k péči, dopady péče na pečující; přínosy péče; informovanost, podpora pečujícím; společenské uznání
Jeřábek a kol. (2013)	Solidarita a pomoc v rodině, N = 800 domácností v ČR + 27 pečujících	dotazníkové šetření + hloubkové rozhovory	četnost péče o nesoběstačného seniora v rodině, postoje k péči, charakteristiky pečujících rodin, motivace, důvody a dopady péče
Jeřábek a kol. (2013)	Rodinná soudržnost v péči o seniora, N = 435 pečujících + 7 FG	individuální a řízené skupinové rozhovory (focus group)	mezigenerační solidarita, modely rodinné soudržnosti
Klímová Chaloupková (2013)	Rodina a zdraví, výběrové šetření ISSP, N = 1804, pravděpodobnostní výběr občanů ČR 18+	standardizovaný rozhovor	četnost péče o staré, nemocné nebo nemohoucí členy rodiny; sociodemografické charakteristiky pečujících
Kotrusová, Dobiášová	N = 23 rodinných pečujících	hloubkové rozhovory	dopad péče na pečující; kolize práce a péče; strategie zvládnání péče; potřeba

a Hošťálková (2013)			podpory a využívání formálních služeb
Křížová, Janečková, Běláček (2016), pro Diakonii ČCE	N = 200 pečujících, celá ČR, ve spolupráci s pečovatelskou službou a Diakonii ČCE	dotazníkové šetření	sociodemografické charakteristiky pečujících; komu a kde poskytují péči; doba poskytování péče; dopad péče na pečující; motivace k péči; ukončení péče
STEM/MARK (2015) pro Diakonii ČCE	Sociální a zdravotní služby v obcích s rozšířenou působností, N = 187 představitelů obcí	dotazníkové šetření, cílené telefonické oslovení respondentů	nedostatky v nabídce služeb, podpora pečujících rodin, návaznost a spolupráce služeb, koordinátor podpory
Sýkorová (2007)	Moravskoslezská studie, N = 317 seniorů a 294 příslušníků střední rodinné generace 18 participantů kvalitativní studie seniorů	polostrukturované rozhovory; kvalitativní hloubkové rozhovory a pozorování	příbuzenská podpora; autonomie; mezigenerační vztahy
Valenta a Michalík (2008)	N = 225, neformální pečující v Praze	dotazníkové šetření, proporcionální stratifikovaný výběr	sociodemografické charakteristiky pečujících; dopady péče na pečující; přínos péče; podpora okolí a rodiny; společenské uznání
Veselá (2002) VÚPSV	studie VÚPSV N = 1085 seniorů 60+ N = 1156 dětí seniorů 60+ (kvótní výběr ČR)	strukturovaný rozhovor	ochota pečovat; postoje k zabezpečení stáří; příprava na stáří; dopad péče na pečující
Vidovičová, Rabušic (2003)	Evropský srovnávací výzkum PPA II, reprezentativní soubor české dospělé populace N=1062, z toho N = 212 respondentů z podsouboru osob ve věku 45–59 let	dotazníkové šetření, náhodný výběr	interakce dospělých dětí s jejich starými rodiči, pomoc rodičům; názory na aktivní a pasivní formy péče o seniory

(Janečková, Dragomirecká, & Jirkovská, 2017, s. 45-46)

4.2 Operacionalizace: operacionální definice

Hlavní hypotéza: Náročnost péče o blízkou osobu se často stává spouštěčem krize.

Koncept: Neformálně pečující

Dimenze: pečující v minulosti o blízkou osobu, pečující o blízkou osobu umístěnou v pobytovém zařízení, profesionálně pečující, v současné době pečující o blízkou osobu v domácím prostředí

Nominální definice neformálně pečující osoby: Osoba pravidelně pečující o osobu blízkou v domácím prostředí, která má sníženou soběstačnost a její situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Osobou se sníženou soběstačností rozumíme osobu, která nezvládá minimálně 3 základní potřeby dle deseti okruhů hodnocení příspěvku na péči nebo li dosahuje hranice pro přiznání prvního stupně závislosti a má nárok na příspěvek na péči.

Základní životní potřeby:

Okruhy:

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost (u osob starších 18 let)

Indikátory: množství osob, o které neformálně pečující pečuje, hodinová dotace péče, stupeň závislosti opečovávané osoby a potřebný rozsah péče

Konkrétní proměnné: kolik hodin týdně potažmo denně pečující stráví péčí o blízkého, jaký je stupeň závislosti opečovávané osoby, v kolika okruzích a konkrétních potřebách potřebuje dohled, dopomoc či pomoc v plné míře vyžaduje

Operacionální definice: Člověk je neformálně pečující osobou o osobu blízkou v domácím prostředí, pokud péči věnuje minimálně 10 hodin týdně a opečovávaná osoba dosahuje při nejmenším prvního stupně závislosti. Osobu blízkou rozumíme vymezení dle občanského zákoníku (§ 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Domácí prostředí neboli přirozené prostředí pro opečovávanou osobou rozumíme domácnost, ve kterém byla osoba závislá na péči druhé fyzické osoby zvyklá bydlet v době kdy byla soběstačná případně, pokud toto z důvodu výše závislosti nelze naplnit můžeme považovat za přirozené prostředí sdílenou domácnost s pečující osobou.

4.3 Objekt výzkumu

Výzkumný vzorek tvoří 39 neformálně pečujících, kteří vyplnili mnou vytvořený webový dotazník.

Jelikož se jedná o specifickou skupinu, mým cílem bylo získat alespoň 30 vyplněných dotazníků. Nakonec jich bylo vyplněno 39, tudíž výši návratnosti hodnotím kladně.

Většina oslovených respondentů žije na území hlavního města Prahy. Veškerý výzkumný vzorek je tvořen českými občany.

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2019.

4.4 Metody výzkumu

Pro tento empirický výzkum jsem si zvolila metodu kvantitativního výzkumu a jako formu sběru dat jsem zvolila online dotazník. Cílem bylo potvrdit mou hlavní hypotézu: Náročnost péče o blízkou osobu se často stává spouštěčem krize.

Dotazník byl vytvořen tak, aby se některé otázky zobrazovaly dle předchozích odpovědí, pro lepší relevantnost otázek a odpovědí.

4.5 Výzkumné otázky

1. Dostávají se neformálně pečující v kontextu péče o blízkého do osobní krize?
2. Je potřeba krizové intervence u neformálně pečujících?
3. Dostává se neformálně pečujícím potřebná formální pomoc v krizi?
4. Mají neformálně pečující zájem o profesionální pomoc v krizi?
5. Co neformálně pečujícím pomáhá krizi zvládnout?
6. Co neformálně pečujícím pomáhá v prevenci krize?

4.6 Hypotézy

Hlavní hypotéza

Náročnost péče o blízkou osobu se často stává spouštěčem krize.

Hypotéza 1

Neformálně pečujícím se nedostává potřebná profesionální podpora v krizi.

Hypotéza 2

U neformálně pečujících je potřebná krizová intervence.

Hypotéza 3

Zhruba polovina neformálně pečujících nebude chtít profesionální pomoci využít.

Hypotéza 4

Neformálně pečujícím pomáhá krizi zvládnout podpora rodiny či jiných blízkých osob a volný čas pro sebe.

Hypotéza 5

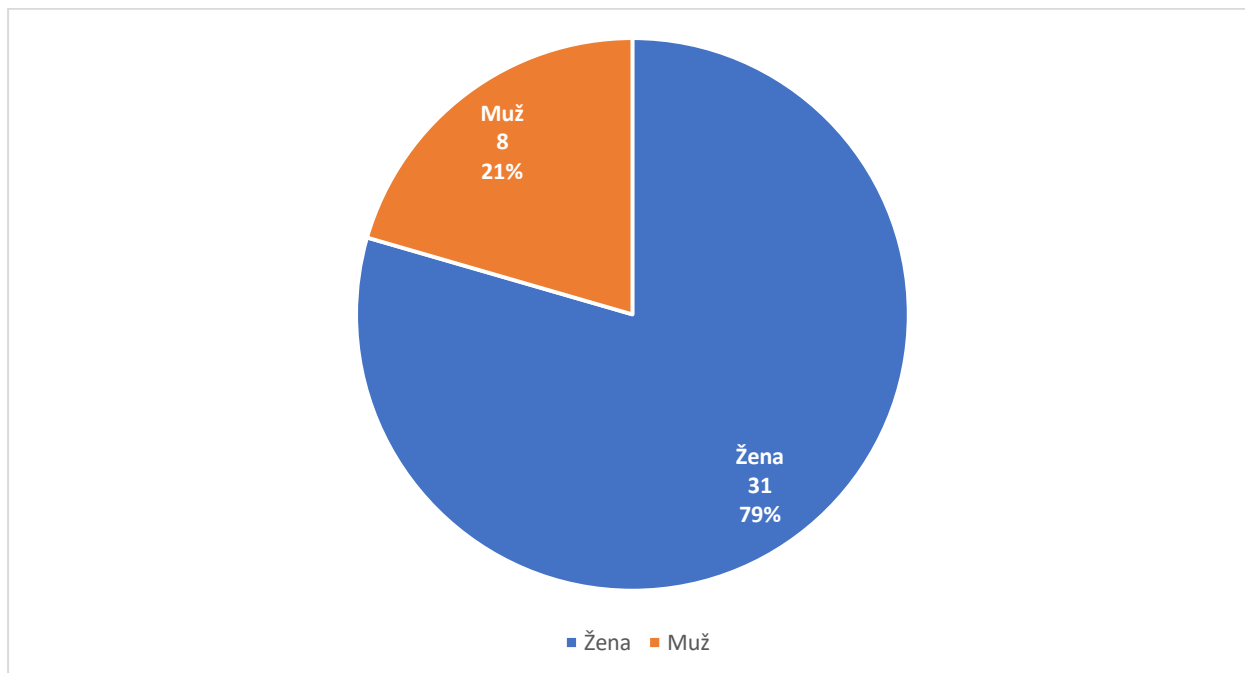
Neformálně pečujícím pomáhá v prevenci krize vhodně rozdělená péče mezi formálními a neformálními složkami péče o blízkého. To vytvoří podpůrný systém a péče tak nestojí pouze na jedné osobě, díky čemuž má pečující prostor i na svůj osobní život.

4.7 Výsledky výzkumu

4.7.1 Jaké je Vaše pohlaví?

39 odpovědí

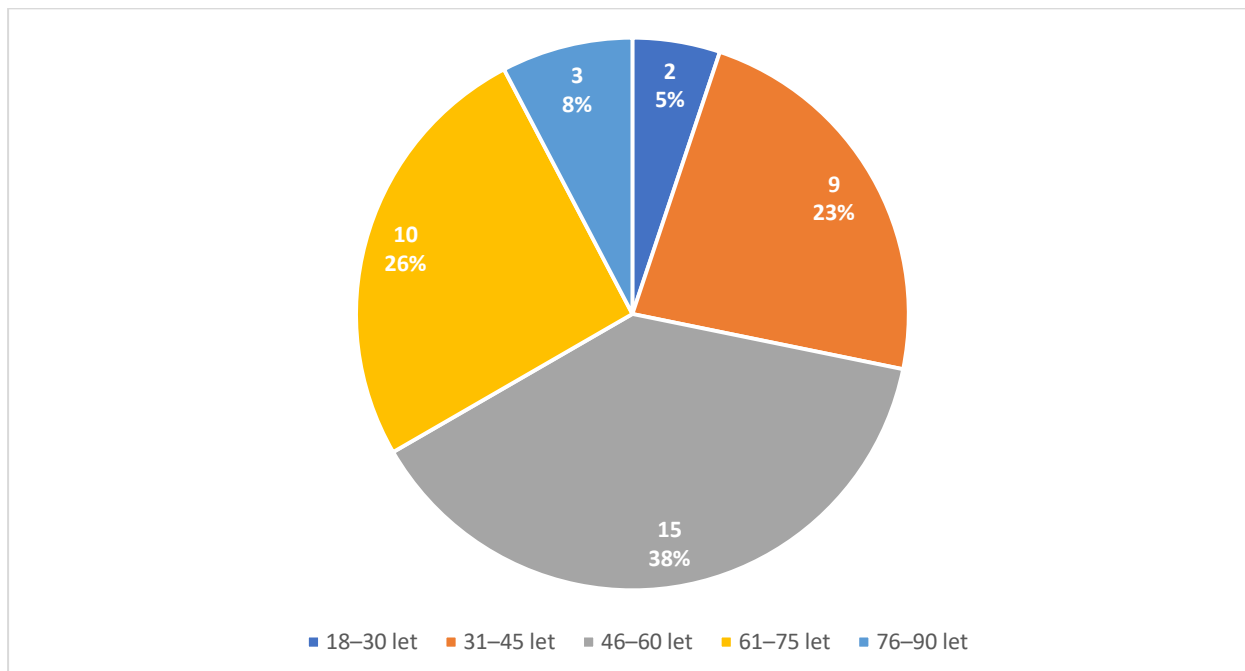
Graf č. IV – Pohlaví respondentů



4.7.2 Jaký je Váš věk?

39 odpovědí

Graf č. V – Věk respondentů

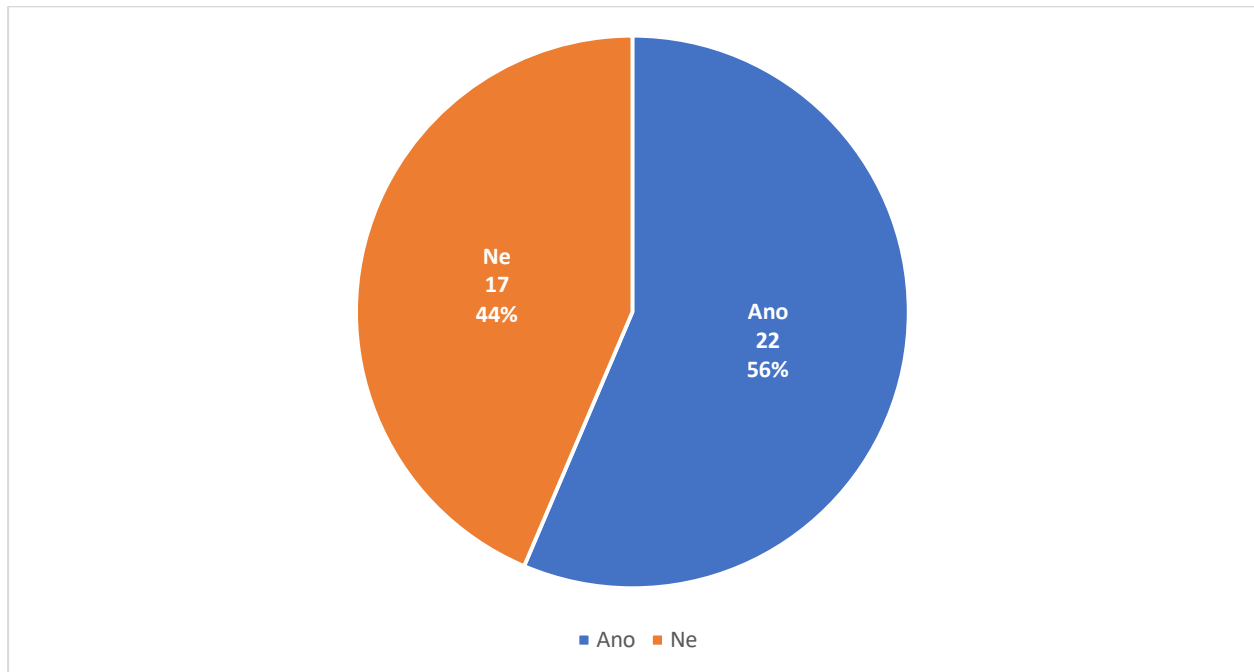


Výsledky mého dotazníkového šetření znázorňují, že ženy poskytují 79 % péče oproti 21 % péče poskytované muži. V 38% většinou převažují pečující ve středním věku. Výsledky těchto dvou úvodních otázek v zásadě odpovídají i porovnání s výsledky širokoplošných statistik. Z těchto statistik vzešly informace, že téměř dvě třetiny dlouhodobé péče jsou na území České republiky poskytovány ženami ve středním nebo raném důchodovém věku, mezi 35 a 64 rokem. (Klímová Chaloupková, 2013)

4.7.3 Máte momentálně práci?

39 odpovědí

Graf č. VI – Ekonomická aktivita respondentů



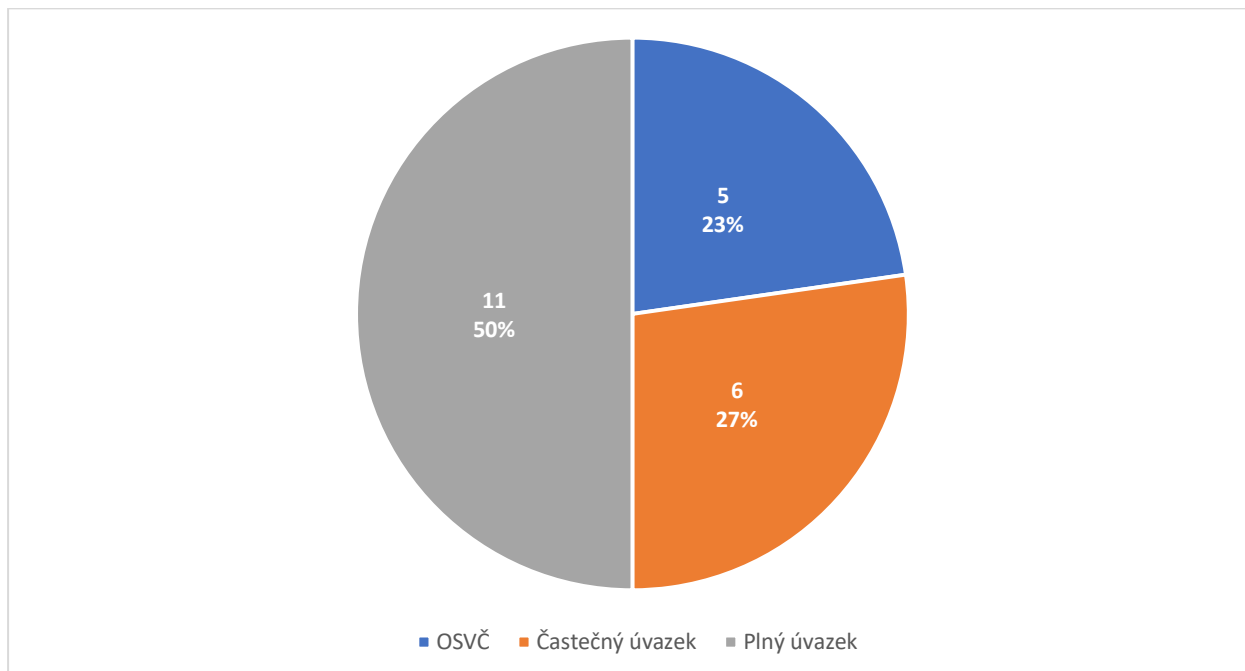
Graf číslo šest ke třetí otázce dotazníku demonstruje stav zaměstnanosti neformálně pečujících. Ukazuje rozložení zhruba půl na půl - 56 % zaměstnaných versus 44 % nezaměstnaných.

Data, která vzešla z odpovědí dotazníku, naznačují, že většina pečujících osob v produktivním věku je ekonomicky aktivní a jsou nuceni skloubit péči o opečovávanou osobu se svým zaměstnáním.

4.7.4 Jak momentálně pracujete?

22 odpovědí

Graf č. VII – Typ úvazku ekonomicky aktivních respondentů



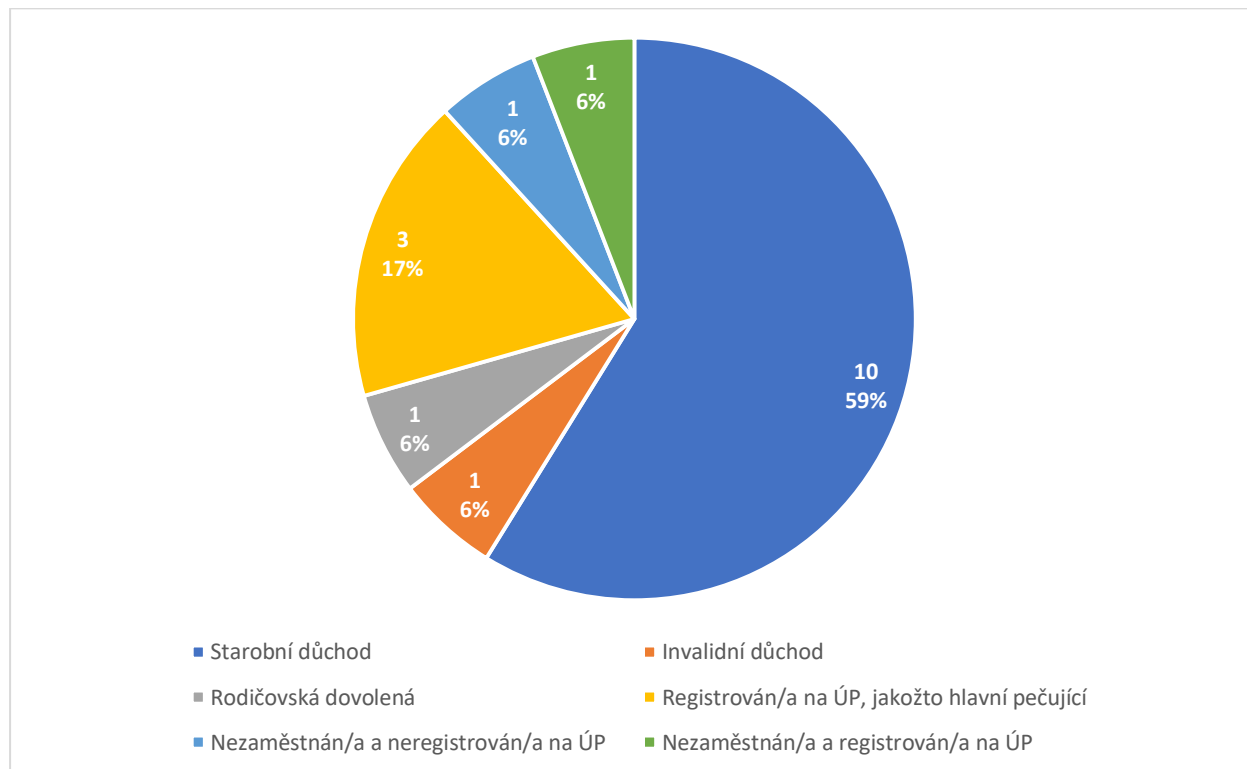
V grafu číslo sedm můžeme vidět, že pouze polovina pečujících o osobu blízkou pracuje na plný úvazek. Zhruba jedna třetina (23 %) pracuje jako OSVČ což pečující osobě dovoluje větší flexibilitu, jak časovou, tak místní (například, pokud tomu povaha práce dovoluje práci z domova). Zbývá třetina (27 %) pak pracuje na zkrácený úvazek z důvodu časové náročnosti péče.

Pečující jsou často nuceni vyžádat si u zaměstnavatele možnost alternativních flexibilních úvazků. Může se jednat o nežádoucí krácení úvazku, které může ohrozit ekonomickou stabilitu pečujícího samotného i jeho rodiny.

4.7.5 Jaký je Váš stav při nezaměstnání?

17 odpovědí

Graf č. VIII – Stav ekonomicky neaktivních respondentů

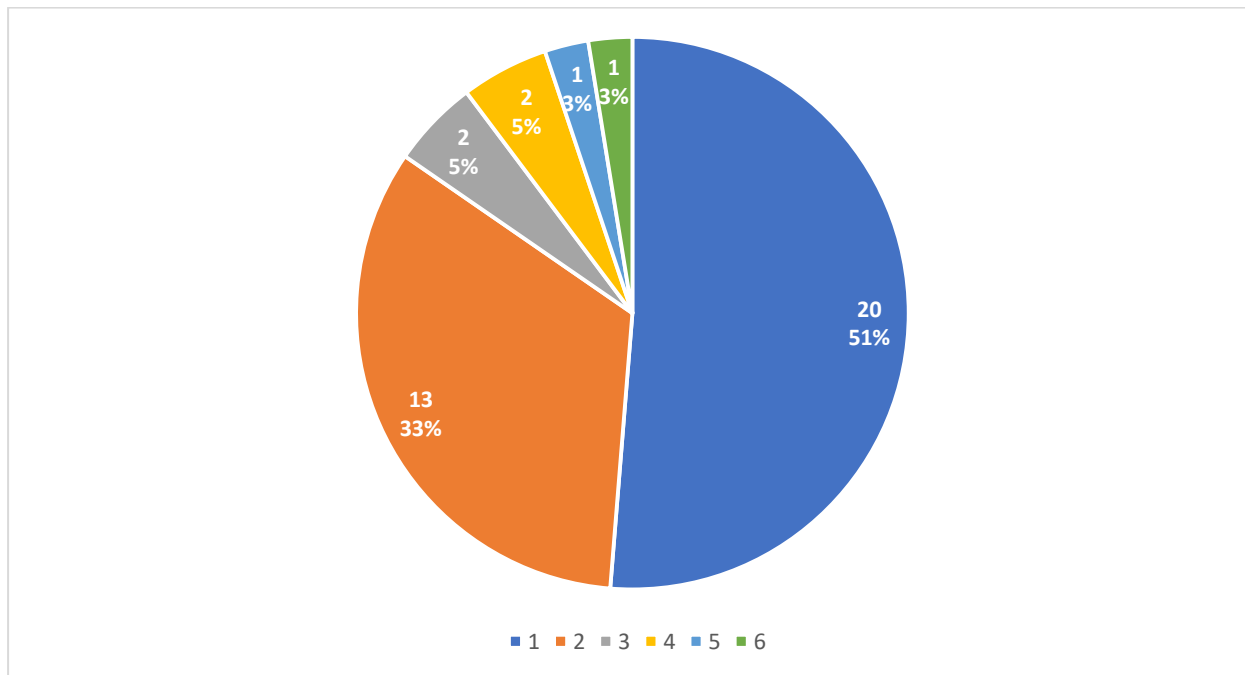


Z výsledků dotazníkového šetření (viz graf č. VIII výše) vychází, že valná většina respondentů, kteří nejsou ekonomicky aktivní pobírá starobní či invalidní důchod. Téměř pětina dotazovaných je registrována na úřadu práce, jakožto hlavní pečující.

4.7.6 O kolik osob jste v životě pečovali (mimo běžné péče o své potomky)?

39 odpovědí

Graf č. IX – Počet opečovávaných osob v průběhu života neformálně pečujícím respondentem

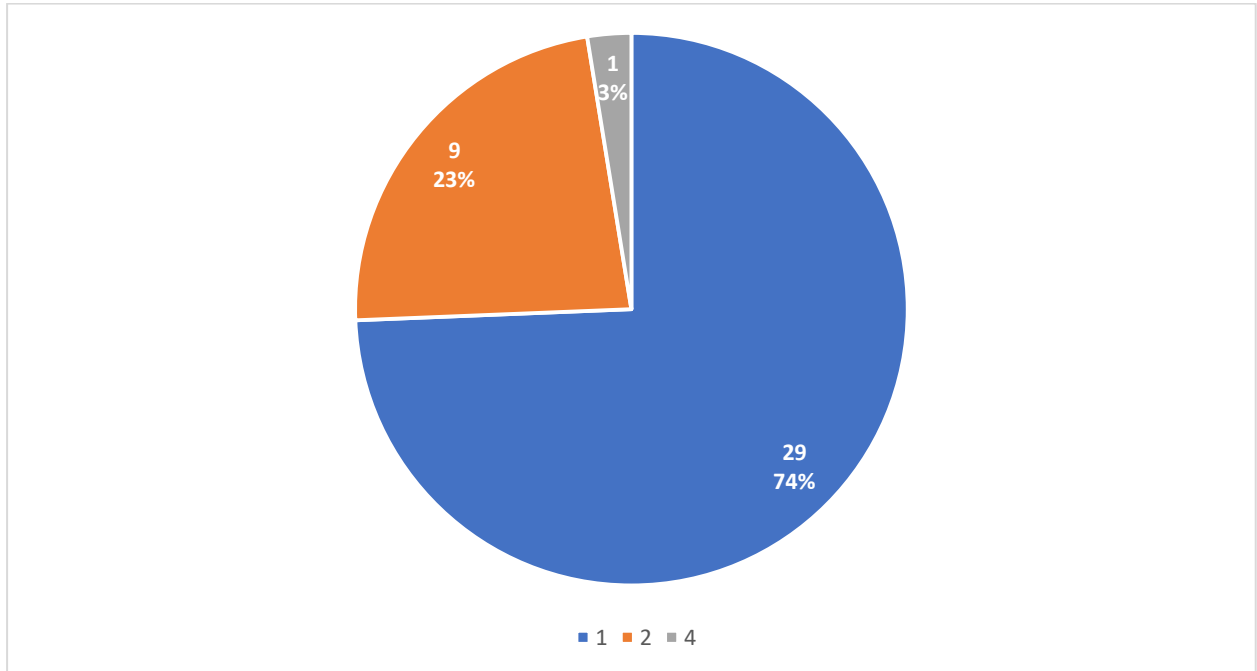


O jednu osobu pečovalo v průběhu svého života dvacet respondentů, tedy lehce přes polovinu dotazovaných. Třicet tři procent pečovalo o dvě osoby závislé na péči, o tři nebo o čtyři osoby v průběhu života pečovali v obou případech dva respondenti. O pět i o šest osob blízkých pečoval vždy jeden respondent.

4.7.7 O kolik osob pečujete nyní?

39 odpovědí

Graf č. X – Počet opečovávaných osob v současné době neformálně pečujícím respondentem

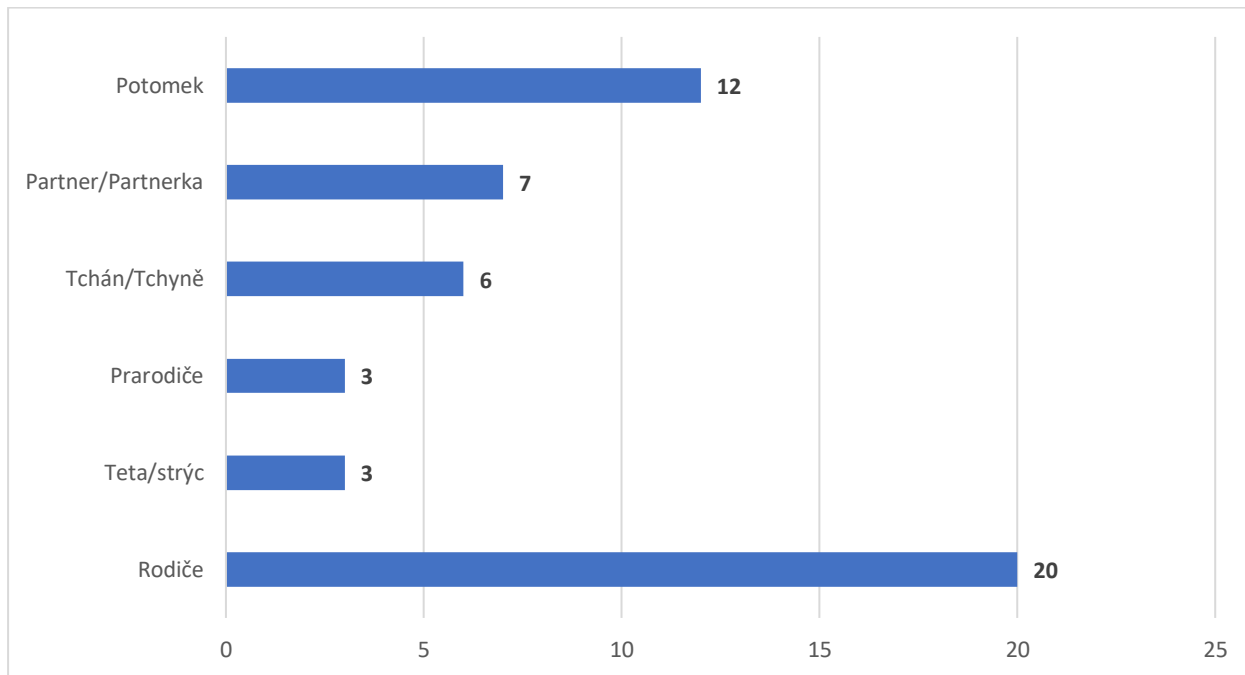


Z výše uvedeného grafu vyplývá, že nejvíce respondentů pečuje o jednu osobu, o dvě osoby pečuje devět z dotazovaných. O čtyři osoby pečuje pouze jeden respondent, což je z důvodu fyzické, psychické i finanční náročnosti ojedinělé.

4.7.8 O koho nyní pečujete?

39 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XI – Vztah opečovávané osoby k neformálně pečujícímu respondentovi (v současné době)

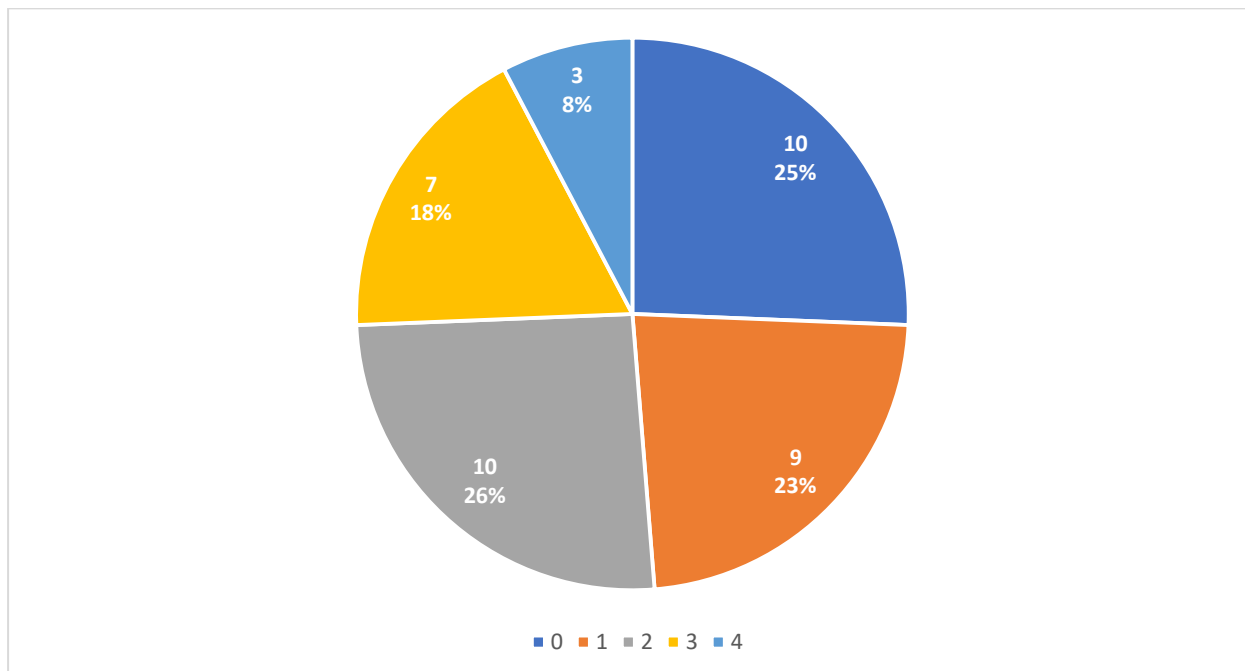


Z grafu výše můžeme vyčíst, že zhruba polovina respondentů pečuje o své stárnoucí rodiče. Dvanáct respondentů pečuje o své handicapované potomky, sedm respondentů pečuje o svého partnera, šest o tchána či tchýni. O tetu či strýce pečují tři respondenti a stejný počet dotazovaných se stará o své prarodiče.

4.7.9 Kolik Vašich blízkých Vám s péčí pomáhá (rodina, přátelé apod.)?

39 odpovědí

Graf č. XII – Počet blízkých osob pomáhajících pečujícímu při péči

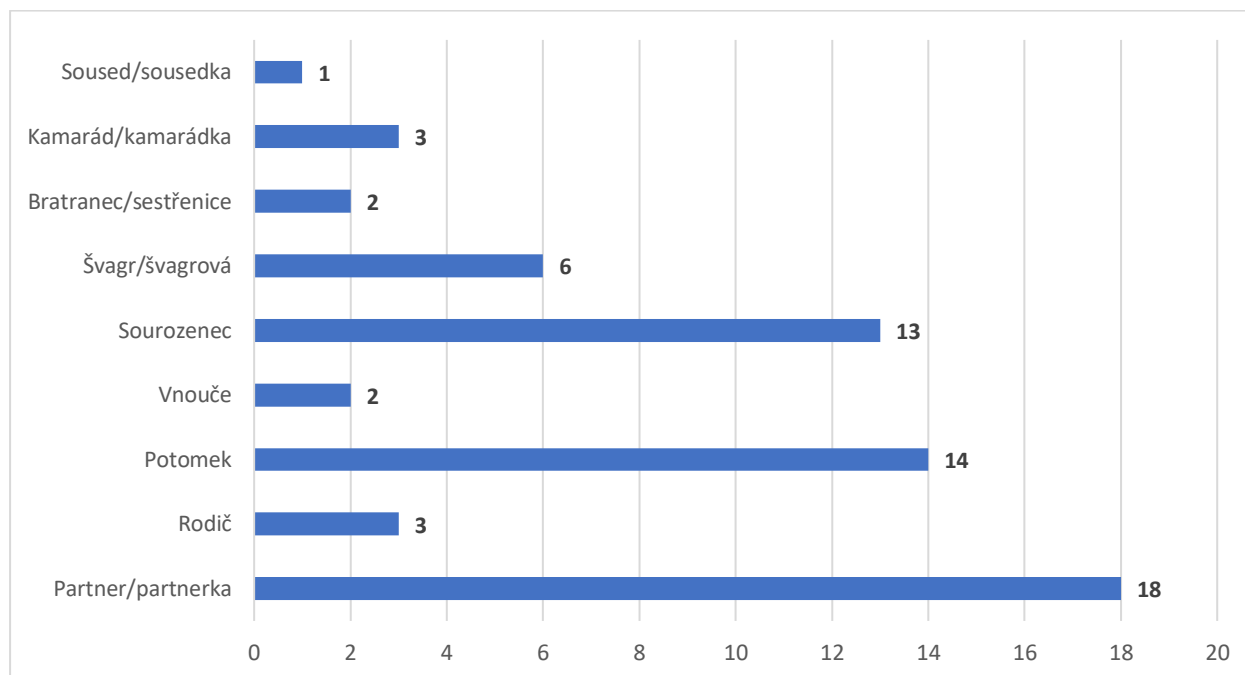


Z grafu číslo dvanáct vyplývá, že jedna čtvrtina respondentů se stará o osoby vyžadující péči sama bez jakékoliv pomoci. Dvaceti třem procentům dotazovaných s péčí pomáhá jedna osoba. Dvaceti šesti procentům pomáhají dvě osoby, osmnácti procentům tři osoby a jen osmi procentům pomáhají čtyři blízké osoby. Vhodně rozložená neformální péče mezi rodinné příslušníky, přátele a známé zabezpečí prevenci krize a vyhoření hlavního pečujícího.

4.7.10 Kdo Vám při péči o blízkého pomáhá?

29 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XIII – Vztah blízké osoby, která při péči pomáhá, k neformálně pečujícímu respondentovi

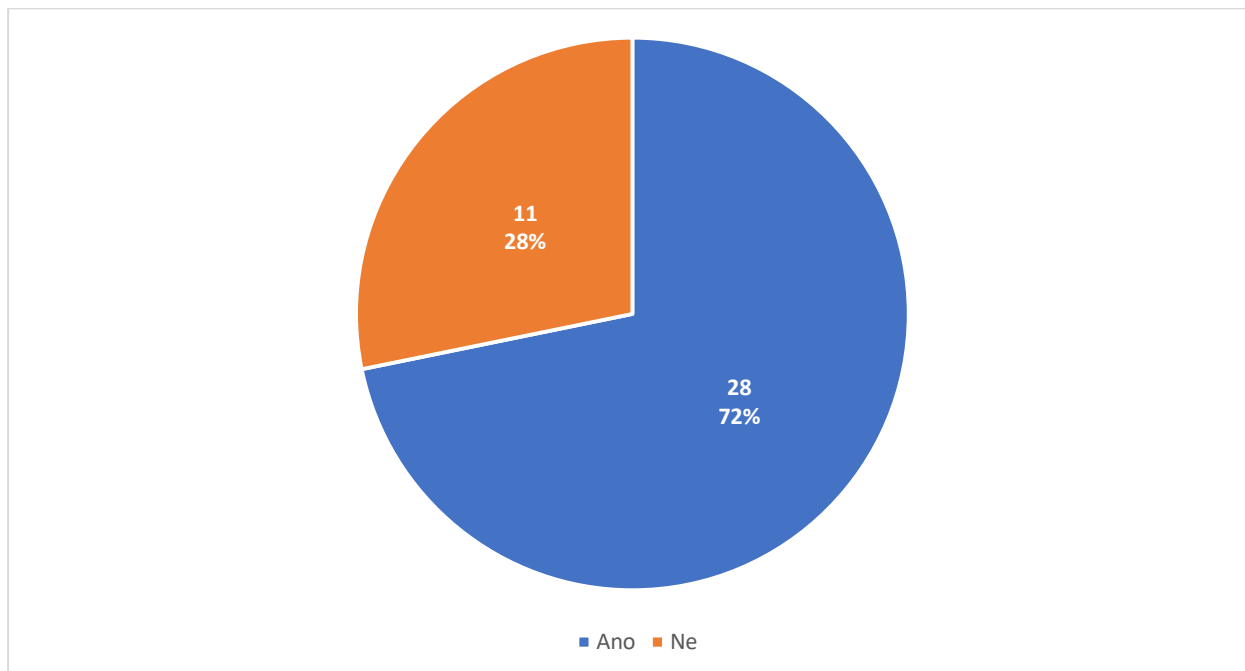


Graf znázorňuje, že více než polovině respondentů pomáhá s péčí partner nebo partnerka. Potomci a sourozenci patří také mezi obvyklé pomáhající blízké osoby. Čtrnáct respondentů uvedlo, že s péčí jim pomáhá jejich potomek a třinácti respondentům pomáhají s péčí sourozenci. Čili většinu péče a podpory obsáhne blízká rodina. Sousedé, přátelé a vzdálenější rodina poskytují podporu při péči jednomu až třem pečujícím z mého výzkumného vzorku.

4.7.11 Pomáhá Vám s péčí nějaká organizace?

39 odpovědí

Graf č. XIV – Využití formální pomoci při péči

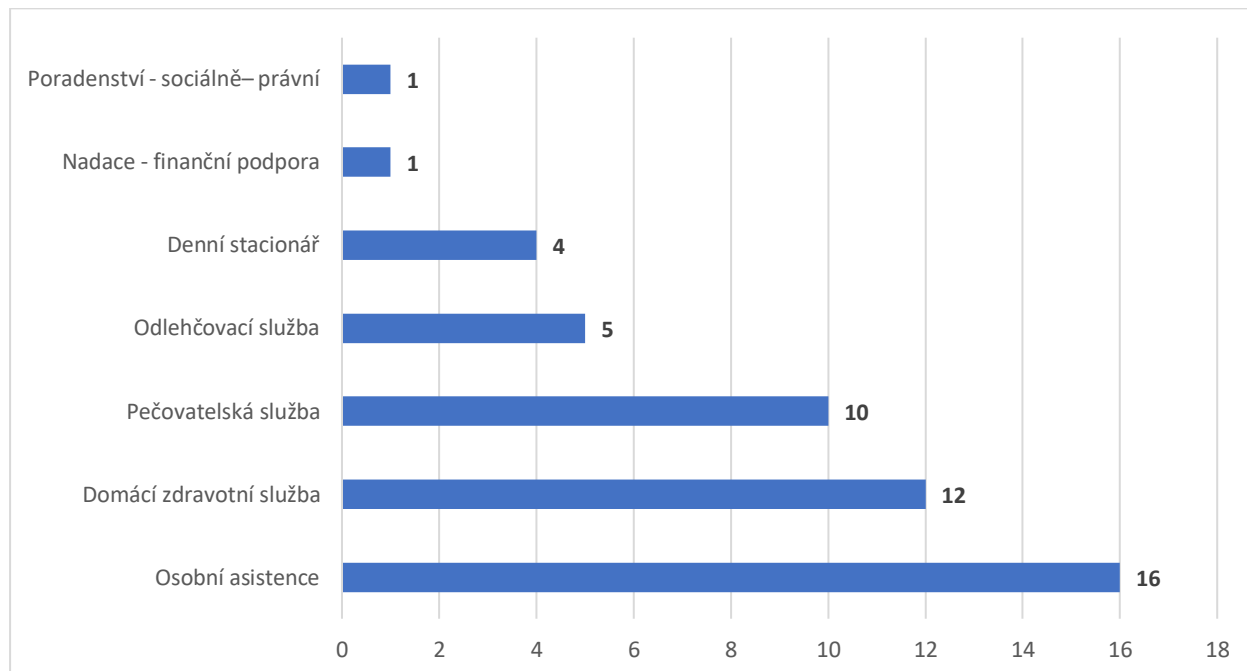


Formální pomoci při péči využívá 72 % z dotazovaných. Sedmdesát dva procent se může zdát na první pohled, jako vysoké procento, nicméně jelikož rozložení péče je pro prevenci krize u pečujících zásadní i zbylých dvacet osm procent pečujících bez formální pomoci je z tohoto pohledu příliš vysoké číslo. V rámci dlouhodobého poskytování péče je velmi důležité péči formální a neformální vhodně kombinovat. Právě rozložení neformální péče nejen v rámci rodiny, ale i v kombinaci s formálními složkami je pro udržení fyzické i psychické pohody hlavního pečujícího stěžejní.

4.7.12 Jakou službu pro pomoc při péči využíváte?

28 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XV - Typ využité formální podpory při péči

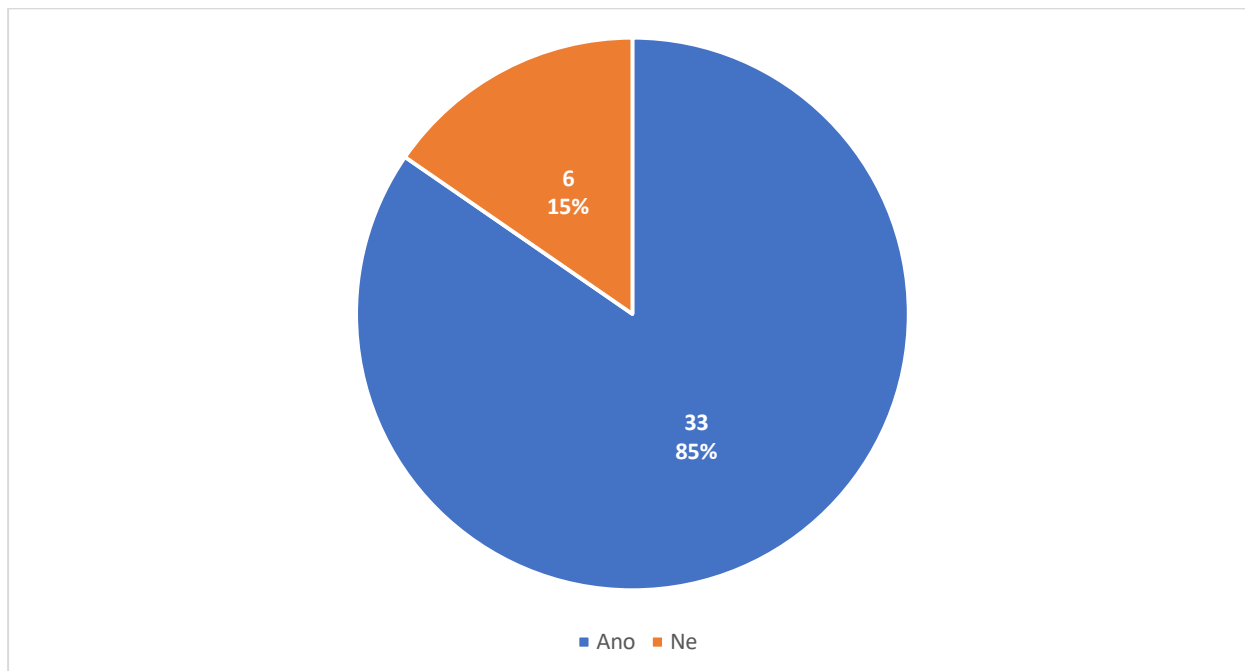


Z grafu číslo patnáct plyne, že více než polovina respondentů využívá k péči formální podporu ve formě domácí zdravotní služby. Velké procento respondentů využívá osobní asistence, pečovatelské či odlehčovací služby. Je zajímavé, že pomoc denního stacionáře využívá poměrně malé procento dotazovaných, i přes to, že se jedná o levnější formu péče a pobyt zde je dobrou prevencí proti sociální izolaci opečovávaného. Zde pravděpodobně hraje roli problém s dopravou.

4.7.13 Zažili jste někdy v souvislosti s péčí o blízkého osobní krizi?

39 odpovědí

Graf č. XVI – Prožití osobní krize v souvislosti s náročností péče o blízkou osobu

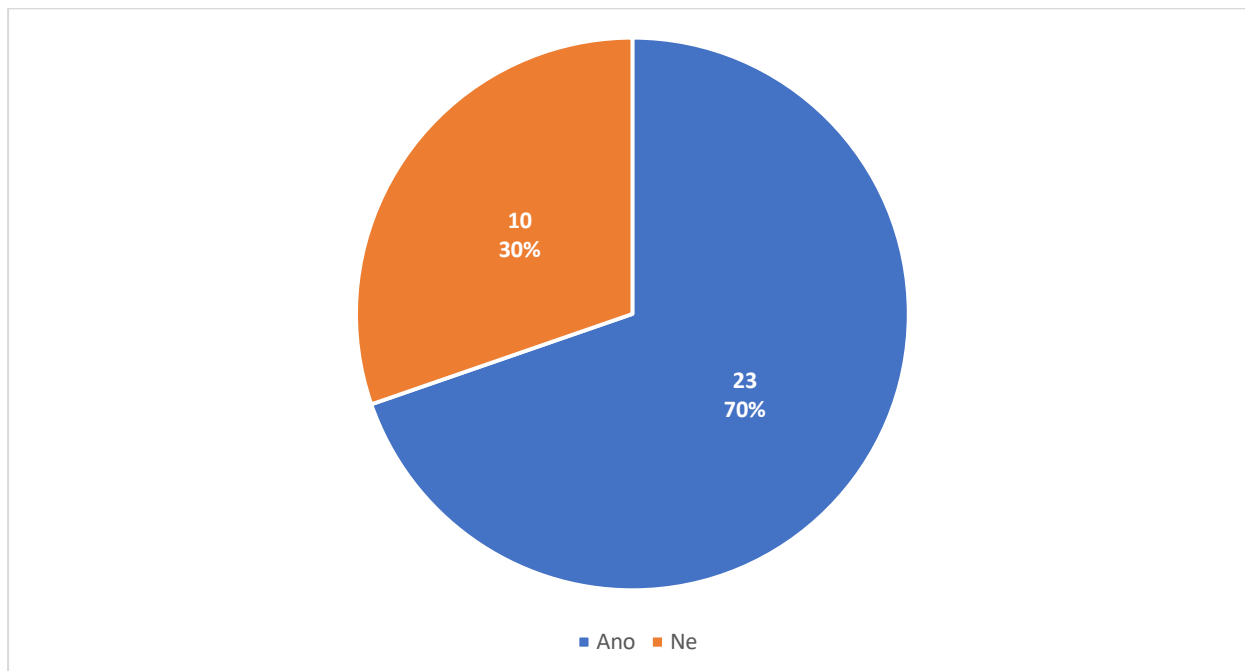


Krizí prošlo 85 % dotazovaných pečujících. Je možné vidět souvislosti v prožité krizi u osob, které uvedli, že s péčí jim nepomáhá žádná osoba blízká ani instituce zajišťující formální péči o opečovávanou osobu. Tyto osoby zpravidla ani nevyhledali profesionální pomoc pro sebe v této psychicky náročné situaci. Absence profesionální pomoci v péči ovšem není jediný důvod k propuknutí krize, jedná se často o nedodržování zásad duševní hygieny, hranic při péči o blízkého a pravidelně vyhrazeného času pro samotné pečující. V kombinaci těchto faktorů fyzické i psychické únavy a izolace při péči zátěžové situace často přejdou až do těžké krize.

4.7.14 Mohli jste se při krizi obrátit na někoho z Vašich blízkých?

33 odpovědí

Graf č. XVII – Podpora od blízkých osob při krizi pečujícího

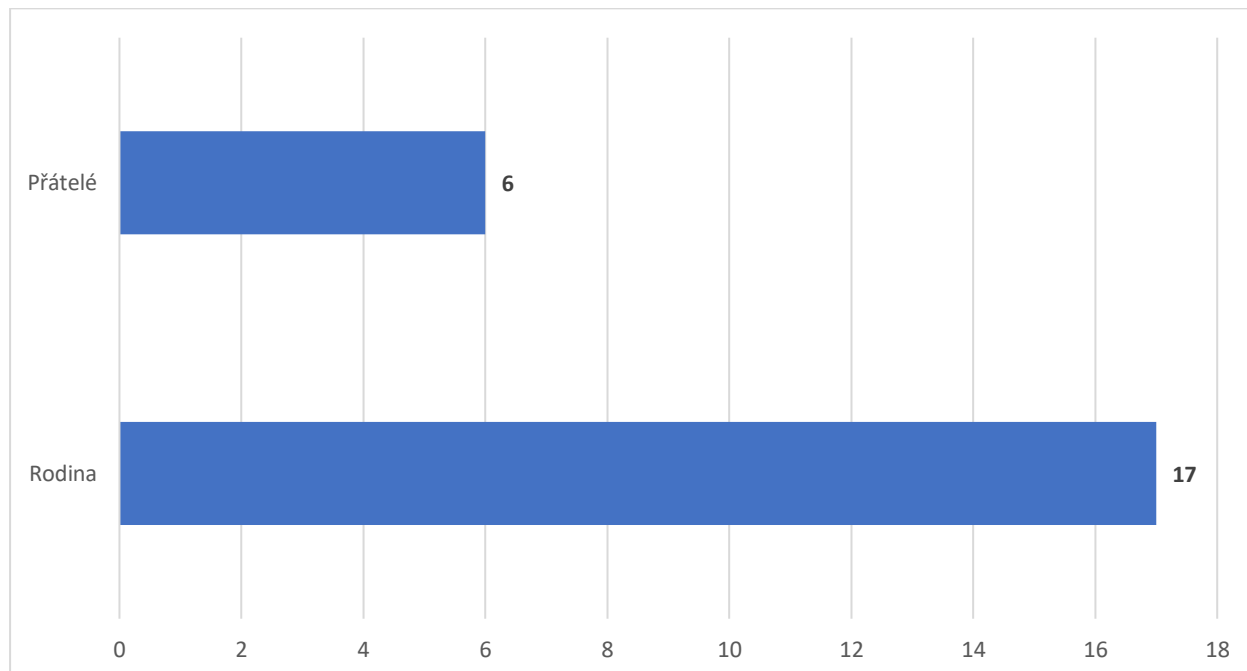


Pro zvládnutí krize je neformální krizová intervence poskytnutá blízkými významným podpůrným faktorem. Z tohoto grafu vyplývá, že 70 % dotazovaných tuto podporu obdrželo. Nicméně 30 % pečujících zůstalo v krizi bez podpory blízkých. Ideální a žádoucí je, aby neformální podporu v krizi dostalo 100 % pečujících, aby se kvůli absenci neformální pomoci v krizi nedostali do fáze, kdy budou potřebovat již profesionální krizovou péči.

4.7.15 Kdo Vás při osobní krizi podpořil?

23 odpovědí

Graf č. XVIII – Kdo pečujícího v průběhu krize podpořil

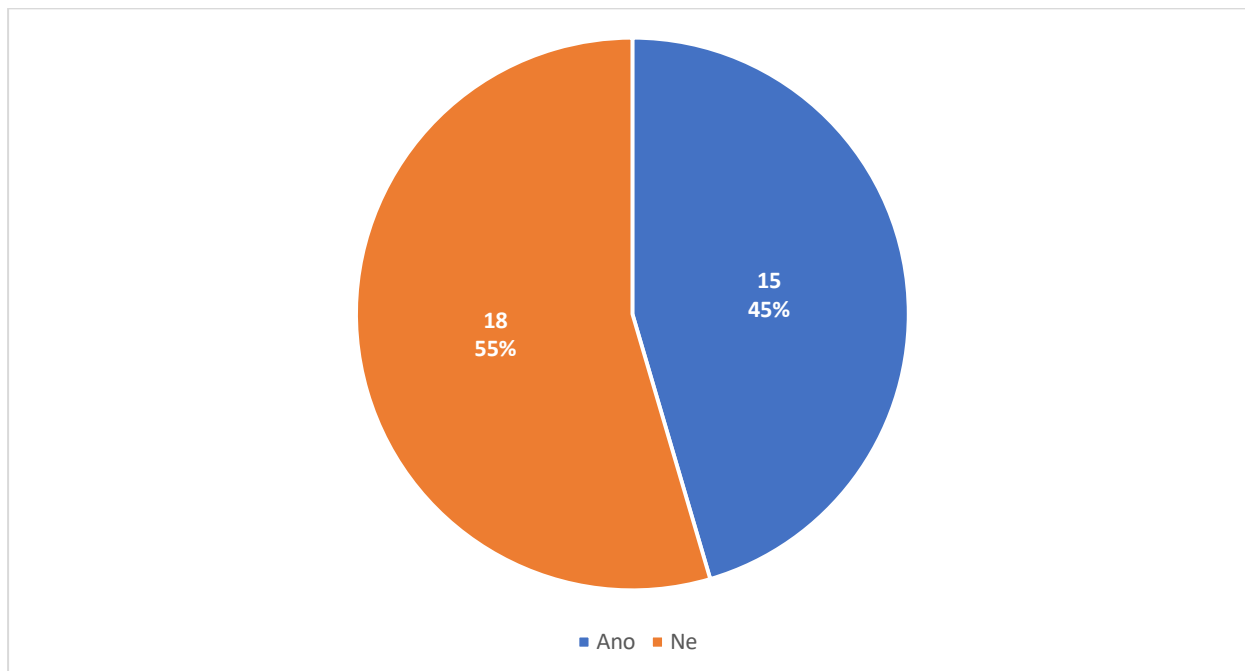


Otázku číslo patnáct zodpovídalo dvacet tři respondentů z celkového počtu třiceti devíti. Tedy pouze ti respondenti, kteří v předešlých otázkách uvedli, že se v důsledku náročnosti péče do krize dostali a v jejím průběhu jim byl oporou někdo z blízkých. U otázky volili odpověď, kdo z blízkých jim byl onou oporou – rodinný příslušník nebo přítel. Byla zde i možnost dopsat vlastní odpověď v rámci odpovědi „jiné“ nebo zaškrtnou obě tyto možnosti. Překvapující je, že těchto možností nikdo nevyužil a všichni zvolili jednu odpověď rodina nebo přátelé. Výsledky dotazníku nám ukazují, že zhruba dvěma třetinám dotazovaných pečujících byla oporou rodina. Zbývá třetina dotazovaných se v krizi obrátila na přátele.

4.7.16 Využili jste v krizi někdy profesionální pomoci?

33 odpovědí

Graf č. XIX – Využití profesionální pomoci v krizi

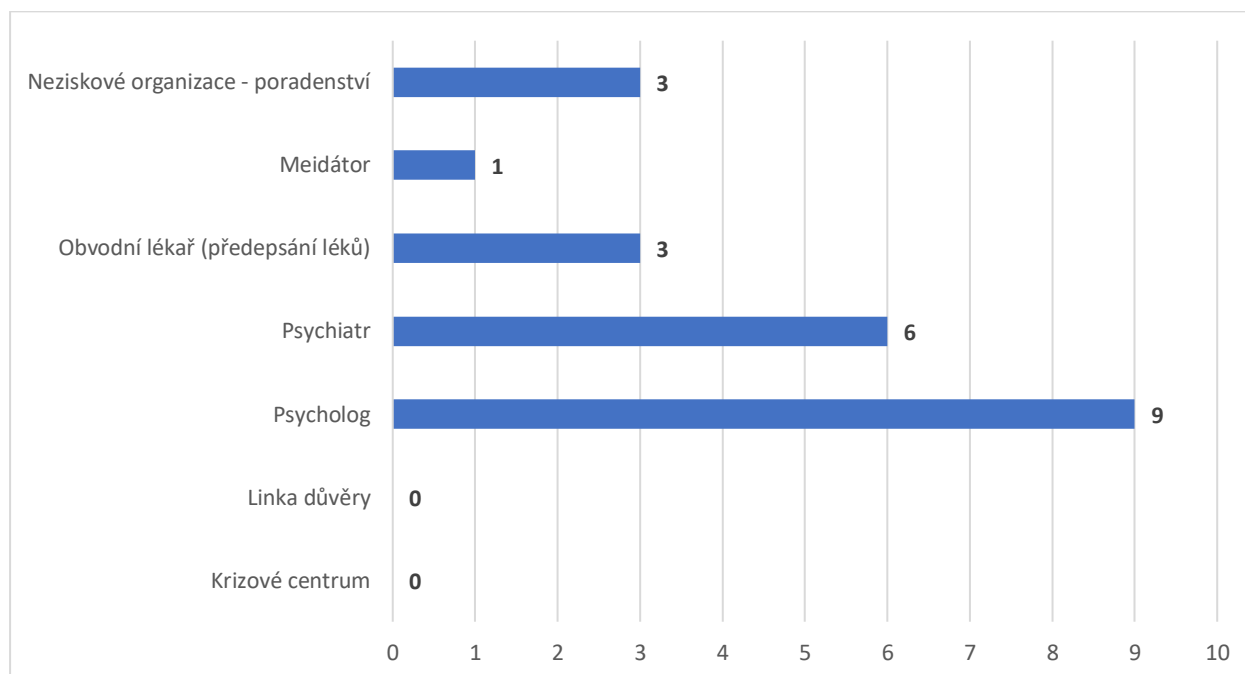


Více než polovina (55 %) pečujících respondentů profesionální pomoci v krizi nevyužila. Naopak patnáct osob profesionální pomoc při své krizi již využilo. Informace o tom, jakou profesionální podporu respondenti využili nebo jaké důvody měli pro nevyužití odborné pomoci v krizi, jsou uvedeny ve výsledcích odpovědí na následující čtyři otázky.

4.7.17 Jakou profesionální pomoc jste využili?

15 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XX – Typ využití profesionální pomoci v krizi

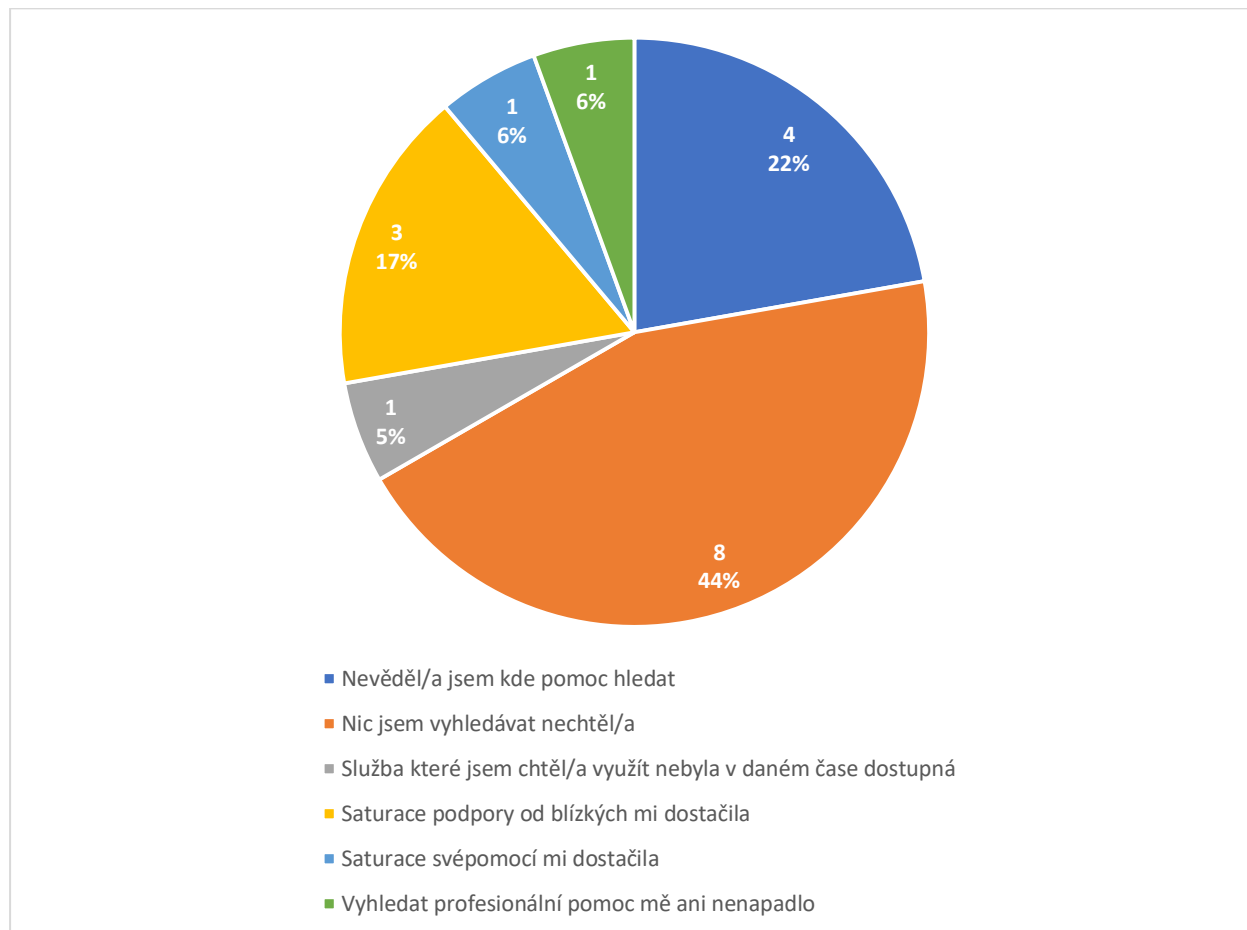


Ze souhrnu výsledků čtyř výše uvedených grafů vyplývá, že pečující osoby se při osobní krizi častěji obrací na blízké osoby než na profesionální podporu. Zároveň se více obrací na rodinu než přátele. Profesionální pomoc vyhledala méně než polovina respondentů, a to nejčastěji ve formě psychologa. Přesto, že právě linky důvěry či krizová centra jsou zaměřená na podporu v krizi, žádný z pečujících, který si krizi v důsledku náročnosti péče prošel, tyto podpory nevyužil.

4.7.18 Z jakých důvodů jste nevyhledali profesionální pomoc?

18 odpovědí

Graf č. XXI – Důvod nevyužití profesionální pomoci v krizi



Z grafu výše vidíme, že skoro polovina (44 %) osob profesionální podporu nemá zájem využít, což odpovídá mé hypotéze č. 3. V hypotéze číslo tři jsem předpokládala, že polovina pečujících osob v krizi nebude chtít z různých osobních důvodů, jako například špatné zkušenosti, tohoto typu podpory využít. Dvacet dva procent pečujících nevědělo, kde profesionální krizovou pomoc hledat. Z následujících výsledků a grafů se dozvíme, kolik procent pečujících by odbornou pomoc uvítalo a jednalo se pouze o neznalost, a kolik respondentů by ani při erudovanosti o možnostech těchto služeb odborné podpory nechtělo využít a z jakých důvodů.

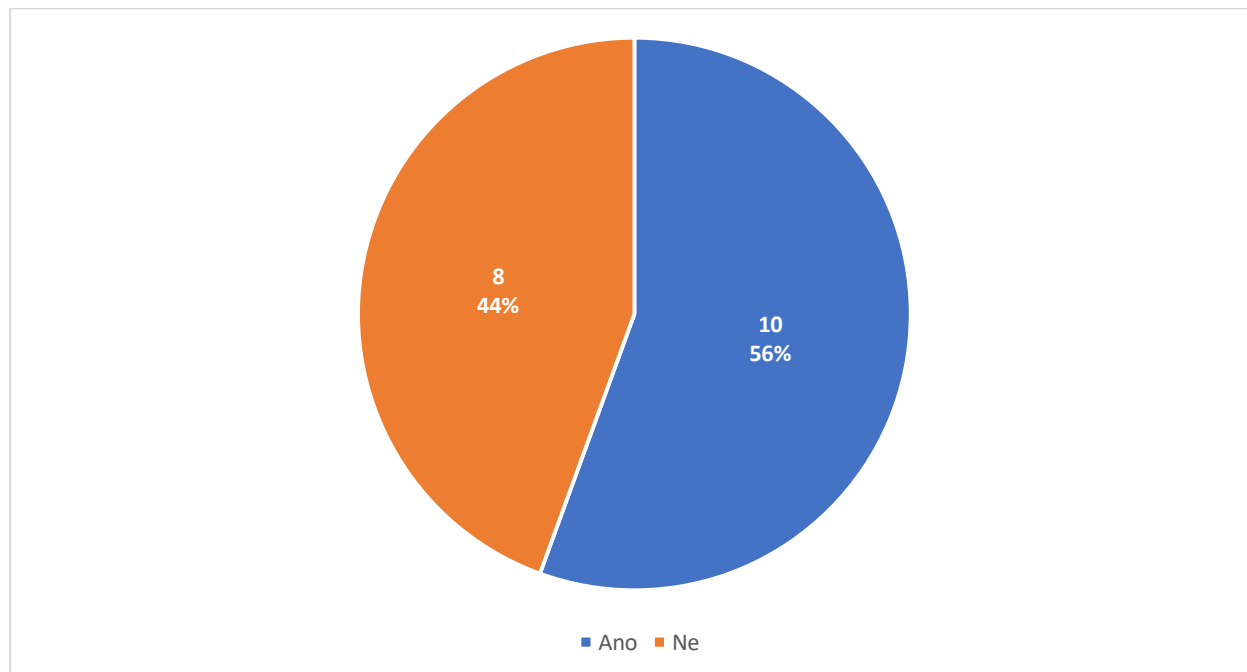
Dalších 23 % osob nevyužilo profesionální podpory, jelikož jim pomohla primární svépomoc (6 %) či podpora od blízkého okolí (17 %). Pouze jeden respondent (6 %) z dotazovaných pečujících, kteří v průběhu krize profesionální podporu nevyhledali, uvedl, že ho tato možnost ani nenapadla.

Jeden respondent pak odpověděl vlastní odpovědí, že profesionální podpory využít chtěl, ale jelikož daná odborná pomoc které chtěl využít, nebyla v daném čase a místě dostupná, nemohl podpory využít.

4.7.19 Pokud byste věděli, kde a jako profesionální pomoc hledat, využili byste této pomoci?

18 odpovědí

Graf č. XXII – Ochota přijmutí profesionální pomoci v krizi při znalosti, jak pomoc vyhledat



Výše uvedené grafy přináší zajímavý poznatek. Z osmnácti respondentů, kteří se při krizi na odbornou péči neobrátili by přes polovinu dotazovaných (56 %) této podpory využilo, kdyby věděli, kde tuto pomoc hledat. Což přináší otázku, jakým způsobem by se neznalost pomoci v krizi u pečujících měla řešit. Specifikem a problémem této skupiny neformálně pečujících je, že o valné většině z nich ani nevíme. Ze závěrečné zprávy Fondu dalšího vzdělávání Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“ z roku 2018 vyplývá, že příspěvek na péči pobírá pouze 25 % pečujících, z čehož dále plyne, že pouze o čtvrtině pečujících stát „ví“. Dlouhodobým problémem a otázkou tedy je, jak zacílit na pečující, o kterých stát, město ani žádná nezisková organizace neví a nemůže jim tak být ani nabídnuta či poskytnuta žádná odborná psychologická podpora v krizi.

Zbylých osm respondentů by ani v případě, že by věděli, kde a jak mohou odbornou pomoc při průběhu krize získat, by si tento typ podpory nezvolili. Důvody respondentů k nevyužití profesionální podpory viz níže.

4.7.20 Proč byste profesionální pomoci nevyužili?

8 odpovědí

Tabulka č. XVIII

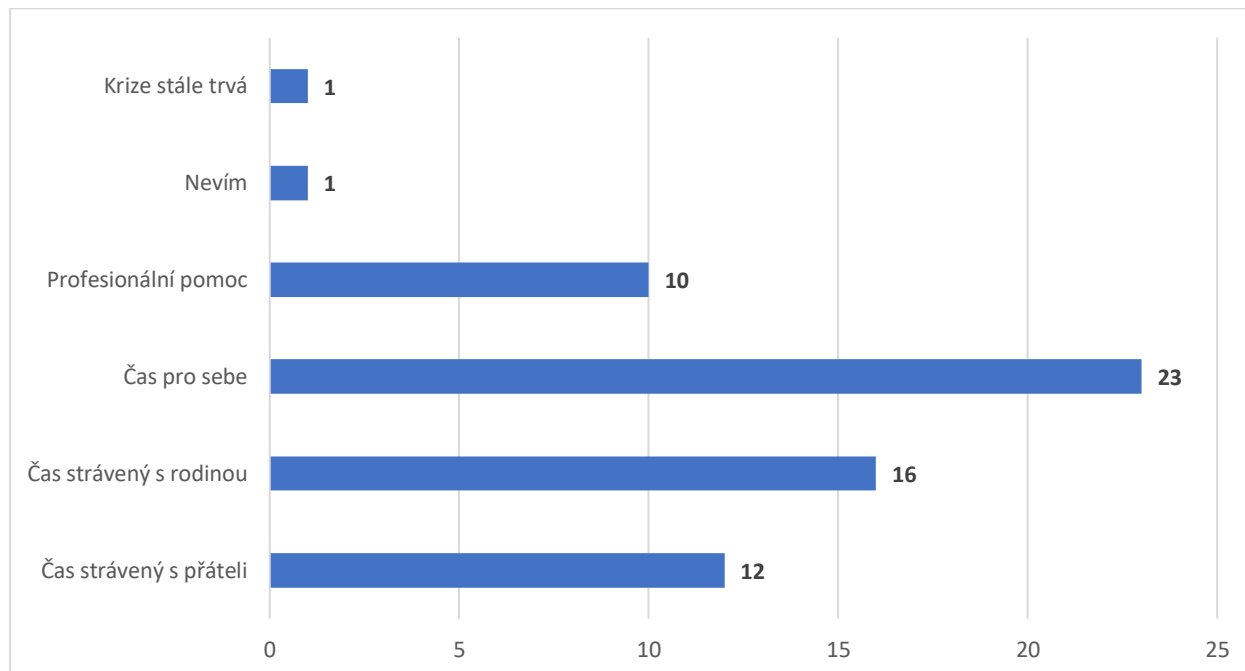
Mám špatné zkušenosti. Od počátku jsem slyšela od profesionálů, že selhávám a místo pomoci se mi dostávalo kritiky a "oceňování". Když se posléze potvrdilo, že není problém ve mne, ale v nemoci mého dítěte, tak rady odborníků byly stejně zdrcující jako jejich neschopnost pomoci člověku v krizi
necht' se svěřovat, nedůvěra vůči naučeným reakcím profesionálů, nedostatek času
zatím jsem krizi zvládla za pomoci rodiny
rodina pomáhá
jsem zvyklá řešit vše sama
Zkusila bych se s ním popasovat sama
Rodina se má starat
Otázka mi nesesdla. Krize třeba za chvíli pomine.

Odpovědi ukazují občasnou nedůvěru k pomoci odborníků, nebo předpoklad či touhu zvládnout krizi sám nebo za pomoci rodiny. U pečujících v krizi je ceněn citlivý přístup a pochopení. Neochota využít odbornou pomoc v krizi u dvou respondentů vychází ze špatné zkušenosti. Osobě v krizi, v tomto případě pečujícímu ve zranitelné situaci, nevhodná pomoc odborníků může velmi uškodit. Tato zkušenost může pečující zbavit důvěry a ochoty přijímání podpory z venku i v budoucích zátěžových až krizových situacích, ve kterých by jim kvalitní odborná podpora mohla velmi pomoci. Jeden z osmi respondentů, kteří by profesionální podpory nechtěli využít ani v případě, že by věděli kde a jak odborníky kontaktovat, pak uvedl, že mu otázka nesesdla, jelikož zastává názor, že krize sama časem pomine.

4.7.21 Co Vám pomohlo krizi překonat?

33 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XXIII – Nápomocné faktory k překonání krize

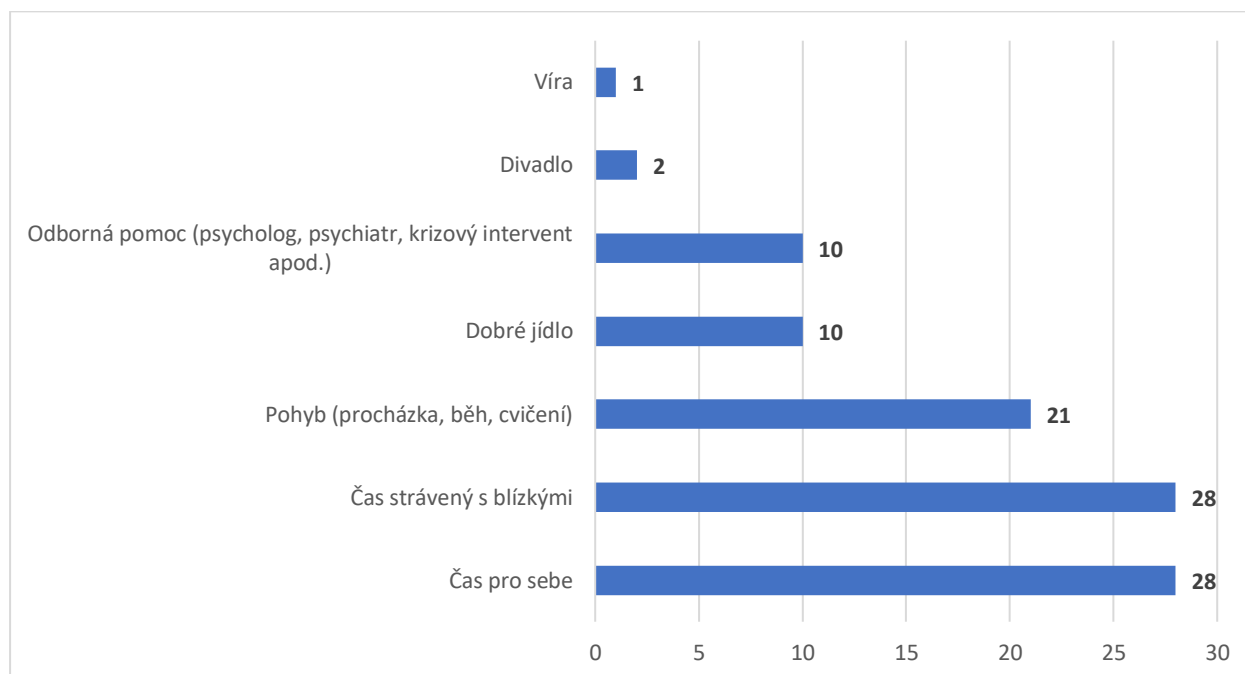


Výše uvedený graf ukazuje, že pro více než polovinu respondentů je k překonání osobní krize důležité mít čas sám pro sebe. Dalším pomocným faktorem pro zvládnutí osobní krize je čas strávený s rodinou a přáteli. Čtvrtině dotazovaných pomohla ve zvládnutí krize profesionální pomoc. V rámci dotazníku uvedlo patnáct respondentů, že se při krizi na profesionální pomoc obrátili. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že odborná pomoc pomohla pouze dvěma třetinám, tedy deseti respondentům. V rámci možnosti dopsat vlastní odpověď v možnosti „jiné“ jeden z respondentů uvedl, že se mu z krize dostat podařilo, nicméně neví, jaký faktor mu byl nápomocný. Jeden dotazovaný uvedl, že u něj krize stále probíhá.

4.7.22 Jaká je Vaše prevence proti podlehnutí krizi?

39 odpovědí - možno zaškrtnout více možností

Graf č. XXIV – Typy aktivit, které pečujícím pomáhají v prevenci krize



Zde je zajímavé, že se ve výsledcích ukazuje, že se většinou nejedná pouze o jeden faktor prevence, ale jde převážně o kombinaci minimálně dvou až tří podpor zejména pak času pro sebe a se svými blízkými. Čas pro sebe i čas strávený s blízkými využívá jako prevenci krize dvacet osm pečujících. Dvacet jedna respondentů využívá rekreaci v podobě pohybu a deset dotazovaných se obrací k dobrému jídlu. Pouze deset respondentů uvedlo, že jako prevenci podlehnutí krizi využívá profesionální psychologickou podporu. A to i přesto, že v rámci profesionální podpory mohou ventilovat pocity beznaděje, strachu, nedocenění opečovávanou osobou, psychického vyčerpání a dalších, které péči často provázejí. Pro prevenci krize u neformálně pečujících osob je velmi důležitá psychohygiena a vhodně nastavené hranice péče, kterou poskytují. V rámci možnosti dopsání své vlastní odpovědi jeden pečující uvedl, že prevenci krize pro něj skýtá víra a dva respondenti uvedli kulturní zážitek v podobě divadla.

4.8 Závěr Výzkumu

Výsledky výzkumu potvrdily můj předpoklad a hlavní hypotézu, že náročnost péče o blízkou osobu se často stává spouštěčem krize u pečujících. V důsledku fyzického i psychického vyčerpání z péče o blízkého se do krize dle odpovědí dostalo 85 % respondentů, ale méně než polovina vyhledala odbornou pomoc. Z výstupních dat dále vyplývá, že se nejedná pouze o neochotu odborné pomoci využít, ale i o pouhou neznalost, kde služby vyhledat. Překvapivou informací pro mne bylo nulové využití krizových center nebo linek důvěry, které se na zvládání krizových stavů specializují. Téměř polovina respondentů se rozhodla nevyužít profesionální péči v krizi. Tato informace reaguje na mou hypotézu číslo tři, že „Zhruba polovina neformálně pečujících nebude chtít profesionální pomoci využít.“ Příčiny tohoto rozhodnutí byly různé, od dostatečného ošetření krize svépomocí nebo za pomoci blízkých osob až k příčinám pramenícím ze špatných zkušeností.

Důležitým výstupem ze získaných dat je informace, že přes polovinu respondentů (56 %), kteří formální pomoci nevyužili, by o ní měli zájem, kdyby věděli jak ji vyhledat. Tato informace svědčí o tom, že naprostá většina dotazovaných pečujících si krizi prošla a více jak polovina tak učinila bez profesionální podpory. Zároveň potvrzuje hypotézy číslo jedna i dva a tedy, že profesionální pomoci se pečujícím v krizi nedostává a krizová intervence je potřeba.

Ve své hypotéze číslo čtyři předpokládám nezastupitelnou důležitost svépomoci a neformální pomoci blízkých vedoucí ke zvládnutí krize. Necelé tři čtvrtiny dotazovaných uvádí, že jim byli blízcí (nejčastěji rodinní příslušníci) oporou. Na základě kombinací odpovědí na několik otázek v dotazníku lze usoudit, že ve výsledku pečujícím nejvíce pomohlo vyhradit si čas pro sebe, načerpat síly a díky svépomoci krizi překonat. Čas na sebe a se svými blízkými se ukazuje jako důležitý prvek jak při zvládání krize, tak i pro její prevenci.

Na základě předpokladu, že čas pro sebe je důležitou prevencí krize u vytížených pečujících, jsem sestavila hypotézu číslo pět: “Neformálně pečujícím pomáhá v prevenci krize vhodně rozdělená péče mezi formálními a neformálními složkami péče o blízkého. To vytvoří podpůrný systém a péče tak nestojí pouze na jedné osobě, díky čemuž má pečující prostor i na svůj osobní život.“ Přestože pomoc několika služeb s péčí o blízkého v kombinaci s pomocí v rodině a mezi přáteli není jistou cestou k vyhnutí se krizi, z výsledků vychází informace, že se jedná o nápomocný faktor. Všichni z dotazovaných, kteří uvedli, že osobní krizi neprošli, měli na rozdíl od těch, kteří krizi prošli, zastoupení mezi několika blízkými nebo alespoň v rámci sociálních či zdravotních služeb. Získaná data zároveň ukazují, že pro prevenci krize

je důležitější podpora a zastoupení v neformální sféře mezi jejich blízkými. Ti, co krizi neprodělali, měli z pravidla více zdrojů podpory a zastoupení mezi svou rodinou a přáteli. Překvapivě i v případech, kdy pečující s pomocí o blízkou osobu závislou na péči pomáhala pestrá škála formálních služeb, ale chyběla podpora blízkých, krize vždy přišla, což potvrdilo zásadnější důležitost neformální podpory.

5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce je poukázat na potřebu odborné pomoci neformálně pečujícím, pro které často bývá jejich náročná role pečujících o blízké osoby precipitorem osobní krize. Chtěla bych upozornit na absenci směřované odborné pomoci pro tuto cílovou skupinu, jak s překonáním již probíhající krize, tak především s její prevencí.

V teoretické části práce jsem se věnovala problematice krize, hovořila jsem o jejích příčinách, typologii, manifestaci i způsobech jejího zvládnání. V další části jsem se zaměřila na práci s krizí, jejími principy, formami, fázemi i cíli. Třetí teoretickou část jsem věnovala cílové skupině neformálně pečujících. Zabývala se pojmem kvality života obecně i ve vztahu k neformálně pečujícím, specifiky krize a práci s krizí u neformálně pečujících osob.

V praktické části jsem se věnovala výstupům z kvantitativního výzkumu, který jsem na téma potřeby krizové intervence pro neformálně pečující zpracovala. V úvodu praktické části jsem doložila soupis českých výzkumů zacílených na neformální pečovatele. Žádný z těchto výzkumů ovšem není zaměřen na pravděpodobnost krize z důvodu zátěže pečujících či zmapování, zda je psychologická podpora v krizi pro pečující dostatečná a dostupná. Definovala jsem výzkumný vzorek, zdůvodnila výběr použitých metod a uvedla výzkumné otázky a hypotézy. V závěru této části jsem podrobně popsala výstupy ze získaných dat mého dotazníkového šetření.

Výsledky potvrdily mé hypotézy, že osoby pečující o blízké se do krize kvůli náročnosti péče často dostávají. Chybí dostatečně cílená odborná pomoc pro prevenci krize i při již probíhající krizi. Data poukázala na skutečnost, že neformálně pečující by o odbornou podporu v krizi zájem měli, ale překážkou jim byla neznalost o možnostech této pomoci.

Mým stěžejním cílem bylo potvrdit mou hlavní hypotézu, že se neformálně pečující v důsledku náročnosti péče dostávají do krize a byla by zde tudíž vhodná cílená profesionální pomoc. Odpovědi na tuto hlavní i mé vedlejší hypotézy jsem získala, a tak jsem svého cíle dosáhla.

Má snaha poukázat na tuto problematiku v propojení krizové pomoci pro neformálně pečující je sice ojedinělá, ale doufám, že v budoucnosti bude jedna z mnoha. Nepružně reagující státní správa a sociální politika, bývá neformálně pečujícím částečně nahrazována alespoň svépomocnými skupinami, ve kterých mají prostor pro sdílení pocitů, přijetí a pochopení i sdílení rad a tipů. Svépomocné skupiny nejsou rozhodně zanedbatelnou silou, nicméně si

myslím, že je na místě pečující o blízké podpořit i legislativně a odborně ze strany státu a společnosti.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BALDWIN, Bruce A. (1980). *Styles of crisis intervention: Toward a convergent model*. Professional Psychology, 11(1).

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005. Psyché. ISBN 80-247-0708-X.

BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0811-2.

DOLEŽALOVÁ, Pavla, Barbora ORLÍKOVÁ, Ladislav KÁŽMER, Barbora DRBOHLAVOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Trauma v dětství a adolescenci: průvodce pro pedagogy*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017. ISBN 978-80-87142-32-5.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

ERIKSON, E.H.: *Dětství a dospělost*. Praha 2002 Říčany, P.: Praha 1990

ERIKSON, Erik H. a Joan M. ERIKSON. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. Psychologie P. ISBN 80-7106-291-X.

FDV. *Jak podpořit neformální pečovatele*. Publikace pro pracovníky veřejné správy. 2015.

GOLDBERG, Susan, Roy MUIR, R., & John KERR. (Eds.). (1995). *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.

HNILICOVÁ, Helena, ed. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*, Kongresový sál hotelu Aurora. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-866-2520-6.

KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-800-5

KLÍMOVÁ, Jarmila. *Krize v ordinaci*. Praha: Konzultační a terapeutický institut Praha, 2006. ISBN neuvedeno.

MOHAPL, Přemysl. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis, 33 (1992). ISBN 80-7067-127-0.

Pojem krize v dnešním myšlení. 1. Praha: Filozofický ústav AV ČR, 1992. ISBN 80-7007-034-x.

PESSO, Albert Pessa. Letní škola, Storling Woodr. 2008 in PESSO, Albert, Diane BOYDEN-PESSO a Petra VRTBOVSKÁ. *Úvod do Pessa Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2009. ISBN 978-80-86620-15-2.

ŘÍČAN, Pavel a Marie VÁGNEROVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Avicenum, 1991. ISBN 80-201-0131-4.

SIMON, Fritz B. a Helm STIERLIN. *Slovník rodinné terapie: přehled, kritika a integrace systémově terapeutických pojmů, konceptů a metod*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-1-X.

Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. ISBN 978-80-86640-46-4.

TOMALOVÁ, Petra, Jaromír MAŠTALÍŘ a Pavlína DUPALOVÁ. *Co je dobré vědět? ...při péči o nemocné dítě...: specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5145-9.

TOMALOVÁ, Petra, Pavlína DUPALOVÁ a Jan MICHALÍK. *Jaké to je?... slyšet o nemoci svého dítěte...: sociální a psychická podpora rodičů dítěte v domácí péči se závažnou a nepříznivou diagnózou*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4852-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VEENHOVEN, Ruut. *The Four Qualities of Life*. *Journal of Happiness Studies*, 2000 vol. 1, no. 1. ISSN 1389-4978

6.1 Seznam použitých zákonů

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník. Zákony pro lidi – *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 04.05.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

Zákona č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník (nový). Zákony pro lidi – *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 01.04.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi - *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 15.03.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

6.2 Seznam citované literatury

BALDWIN, B.A., *A paradigm for the classification of emotional crises: implications for crisis intervention*, American Journal of Orthopsychiatry, 1978, 48 (3).

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. Paris: OECD, 2011. OECD health policy studies. ISBN 9789264097582.

FOITOVÁ, Zuzana a Jan Lorenc. *Možnosti krizové pomoci pro lidi s psychózou*, 2009, Psychiatr. Praxi, 10(1).

GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie et al. 2015a. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání.

HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Matky samoživitelky a jejich situace v České republice: „Sandwichová generace“ – kombinování práce a péče o závislé členy rodiny (dětí a seniory)*. 2011

HOLMES, Thomas H. a Richard H. RAHE. *The Social Readjustment Rating Scale*. Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11(2), 213-218. ISSN 0022-3999

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

CHROMÝ, Karel a Radim HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

JANEČKOVÁ, Hana, Eva DRAGOMIRECKÁ a Blanka JIRKOVSKÁ. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století*. Czech [online]. 2017. ISSN 12136204.

JUNG, Carl Gustav. *Duše moderního člověka*. Vyd. 2. Brno: Atlantis, 2001. ISBN 80-7108-213-9.

KLIMPL, Petr. *Krizová intervence: ohlédnutí po dvaceti letech*. Psychiatr. Praxi, 2009/11/01 2009, vol. 10, no. 5.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*, 2013. Data a výzkum-SDA Info, 7(2).

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3357-2.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.

PASQUALI, Elaine Anne, Helen Margaret ARNOLD a Nancy DEBASIO. *Instructor's manual and test bank to accompany Mental health nursing*. 3rd ed. St. Louis: C.V. Mosby Company, c1989.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

ŘEHULKOVÁ, Oliva. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie]*: 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-262-0772-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004a. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004b. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd 1. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-246-0841-9.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7

VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“, *Závěrečná zpráva z šetření*, Fond dalšího vzdělávání, 2018.

6.3 Seznam citovaných internetových zdrojů

Co je GDPR – Ochrana osobních údajů. Ministerstvo vnitra České republiky [online]. Copyright ©2019 Ministerstvo vnitra České republiky. Všechna práva vyhrazena. [cit. 04.05.2019]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/co-je-gdpr.aspx>

PESSO, Albert. *The Effect of Pre and Perinatal Trauma*. Hakomi Journal. 1990, (8). Dostupné také z: <http://www.hakomiinstitute.com/Forum/Issue8/EffectsPreTrauma.pdf>

VESELÍKOVÁ, Monika, *Příspěvek na péči 2019. Od dubna vyšší | Peníze.cz*. Peníze.cz - Půjčky, Kurzy měn, Akcie, Hypotéky, Bydlení, Daně [online]. Copyright © 2000 [cit. 10.03.2019]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/socialni-davky/403189-prispevek-na-peci-2019-od-dubna-vyssi>

VESELÍKOVÁ, Monika, *Příspěvek na péči. Od příštího roku vyšší* | Peníze.cz. Peníze.cz - Půjčky, Kurzy měn, Akcie, Hypotéky, Bydlení, Daně [online]. Copyright © 2000 [cit. 13.02.2019]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/socialni-davky/402368-prispevek-na-peci-od-pristiho-roku-vyssi>

Vybrané údaje o sociálním zabezpečení - 2017 | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. 2018 Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2017>

Holmes And Rahe *Stress Scale Calculator*. MDApp – Your Source Of Medical Algorithms, Scores And Calculators [online]. Copyright ©2017 [cit. 11.04.2019]. Dostupné z: <https://www.mdapp.co/holmes-and-rahe-stress-scale-calculator-253/>

Zákony pro lidi – *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění*. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 04.05.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

6.4 Seznam citovaných zákonů

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákony pro lidi – *Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 01.04.2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

7 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. I – Výdaje na příspěvek na péči, dávky pomoci v hmotné nouzi a pro osoby se zdravotním postižením

Graf č. II a č. III – Poměr osob pobírajících příspěvek na péči a výše stupně závislosti

Graf č. IV – Pohlaví respondentů

Graf č. V – Věk respondentů

Graf č. VI – Ekonomická aktivita respondentů

Graf č. VII – Typ úvazku ekonomicky aktivních respondentů

Graf č. VIII – Stav ekonomicky neaktivních respondentů

Graf č. IX – Počet opečovávaných osob v průběhu života neformálně pečujícím respondentem

Graf č. X – Počet opečovávaných osob v současné době neformálně pečujícím respondentem

Graf č. XI – Vztah opečovávané osoby k neformálně pečujícímu respondentovi (v současné době)

Graf č. XII – Počet blízkých osob pomáhajících pečujícímu při péči

Graf č. XIII – Vztah blízké osoby, která při péči pomáhá, k neformálně pečujícímu respondentovi

Graf č. XIV – Využití formální pomoci při péči

Graf č. XV – Typ využití formální podpory při péči

Graf č. XVI – Prožití osobní krize v souvislosti s náročností péče o blízkou osobu

Graf č. XVII – Podpora od blízkých osob při krizi pečujícího

Graf č. XVIII – Kdo pečujícího v průběhu krize podpořil

Graf č. XIX – Využití profesionální pomoci v krizi

Graf č. XX – Typ využití profesionální pomoci v krizi

Graf č. XXI – Důvod nevyužití profesionální pomoci v krizi

Graf č. XXII – Ochota přijmutí profesionální pomoci v krizi při znalosti, jak pomoc vyhledat

Graf č. XXIII – Nápomocné faktory k překonání krize

Graf č. XXIV – Typy aktivit, které pečujícím pomáhají v prevenci krize

8 SEZNAM TABULEK

Tabulka I – Životní události způsobující STRESOVOU ZÁTĚŽ U DOSPĚLÝCH

Tabulka II – Etapy lidského života dle Eriksona

Tabulka III – Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů

Tabulka IV – Vnitřní a vnější stresory

Tabulka V – Z č. 262/2006 Sb., zákoník práce – novela zákona

Tabulka VI – Z č. 582/1991 Sb., zákon České národní rady o organizaci a provádění sociálního zabezpečení – novela zákona

Tabulka VII – Z č. 589/1992 Sb., zákon České národní rady o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti – novela zákona

Tabulka VIII – Z č. 155/1995 Sb., zákon o důchodovém pojištění – novela zákona

Tabulka IX – Z č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců – novela zákona

Tabulka X – Z č. 117/1995 Sb., zákon o státní sociální podpoře – novela zákona

Tabulka XI – Z č. 592/1992 Sb., zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění – novela zákona

Tabulka XII – Z č. 592/1992 Sb., zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění – novela zákona

Tabulka XIII – Příspěvek na péči

Tabulka XIV – Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

Tabulka XV – Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

Tabulka XVI – Přehled výzkumů neformální péče

Tabulka XVII – Důvody neochoty využít profesionální pomoci v krizi pečující

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Dotazník

Příloha II – Přehled typologií krizových fází dle vybraných autorů

Příloha III – Baldwinova typologie krizí

Příloha IV – Tabulka životních událostí Holmes & Rahe

Příloha V – Caplanův model krize

Příloha VI – Stručný přehled nejdůležitějších právních předpisů týkající se sociálněprávní problematiky krizové intervence

Příloha VII – Strategie zvládání stresu

10 PŘÍLOHY

10.1 Příloha I – Dotazník: Krize při péči o blízkého

Vážení,

touto cestou si dovoluji obrátit se na Vás s prosbou o několik minut Vašeho času na vyplnění následujícího dotazníku určeného pro mou bakalářskou práci na téma „Potřeba krizové intervence u neformálně pečujících“.

Dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro potřeby mé práce.

Vyberte prosím u každé otázky odpověď, která nejlépe odpovídá Vašemu stavu či postoji. Pokud žádná neodpovídá přesně a v odpovědi je možnost „jiné“ vypište prosím Vaši odpověď.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Anna Hašplová

Základní údaje:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2. Jaký je Váš věk?

Dělení věku jsem uvedla dle doporučení u dospělosti dle Světové zdravotnické organizace WHO: (Machová, 2016)

- a. období plné dospělosti 18–30 let
- b. období mladého věku 31–45 let
- c. období středního věku 46–60 let
- d. období stárnutí 61–75 let
- e. období starého věku 76–90 let
- f. období stařecké nad 90 let

3. Máte momentálně práci?

- a. Ano (přechod na otázku 4.)
- b. Ne (přechod na otázku 5.)

4. Jak momentálně pracujete?

- a. Na plný úvazek (přechod na otázku 6.)
- b. Na částečný úvazek (přechod na otázku 6.)
- c. Jako brigádník/brigádnice (přechod na otázku 6.)
- d. Jako OSVČ (přechod na otázku 6.)
- e. Jiné – vypište (přechod na otázku 6.)

5. Jaký je Váš stav při nezaměstnání?

- a. Nejsem zaměstnán/na a jsem registrován/na na úřadu práce jako hlavní pečující
- b. Nejsem zaměstnán/na a jsem registrován/na na úřadu práce
- c. Nejsem zaměstnán/na a nejsem registrován/na na úřadu práce
- d. Jsem na rodičovské dovolené
- e. Jsem již ve starobním důchodu
- f. Pobírám invalidní důchod
- g. Jiné – vypište

6. O kolik osob jste v životě pečovali (mimo běžné péče o své potomky)?

- a. 1
- b. 2
- c. Jiné – vypište

7. O kolik osob pečujete nyní?

- a. 1
- b. 2
- c. Jiné – vypište

8. O koho nyní pečujete?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Rodiče
- b. Tetu/strýce
- c. Prarodiče
- d. Tchyni/tchána
- e. Partnerku/partnera
- f. Potomka
- g. Jiné – vypište

9. Kolik Vašich blízkých Vám s péčí pomáhá (rodina, přátelé apod.)?

- a. 0 (přechod na otázku 11.)
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. Jiné – vypište

10. Kdo Vám při péči o blízkého pomáhá?

- a. Partner/partnerka
- b. Rodiče
- c. Potomci
- d. Vnoučata
- e. Přátelé
- f. Jiné – vypište

11. Pomáhá Vám s péčí nějaká organizace?

- a. Ano
- b. Ne (přechod na otázku 13.)

12. Jakou službu pro pomoc při péči využíváte?

- a. Zdravotní domácí službu
- b. Osobní asistenci
- c. Pečovatelskou službu
- d. Odlehčovací službu
- e. Stacionáře (denní, týdenní)

13. Zažili jste někdy v souvislosti s péčí o blízkého osobní krizi?

Osobní krizí je myšlen například pocit, že je toho na Vás už příliš nebo že už nevíte jak dál a podobně.

- a. Ano
- b. Ne (přechod na otázku 22.)

14. Mohli jste se při krizi obrátit na někoho z Vašich blízkých?

- a. Ano
- b. Ne (přechod na otázku 16.)

15. Kdo Vás při osobní krizi podpořil?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Rodina
- b. Přátelé
- c. Jiné – vypište

16. Využili jste v krizi někdy profesionální pomoc?

- a. Ano
- b. Ne (přechod na otázku 18.)

17. Jakou profesionální pomoc jste využili?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Krizové centrum
- b. Linku důvěry
- c. Psychologa
- d. Psychiatra
- e. Jiné – vypište

18. Z jakých důvodů jste nevyhledali pomoc?

- a. Nevěděl/a jsem kde hledat
- b. Nic jsem vyhledávat nechtěl/a
- c. Jiné – vypište

19. Pokud byste věděli, kde a jak profesionální pomoc vyhledat, využili byste této pomoci?

- a. Ano (přechod na otázku 21.)
- b. Ne

20. Proč byste profesionální pomoci nevyužili?

Text stručné odpovědi

21. Co Vám pomohlo krizi překonat?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Čas s přáteli
- b. Rodina
- c. Čas pro sebe
- d. Profesionální pomoc
- e. Jiné – vypište

22. Jaká je Vaše prevence proti podlehnutí krizi?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Udělám si čas sám/sama na sebe
- b. Popovídám si s mým blízkým
- c. Pomáhá mi pohyb (procházka, běh, zacvičit si apod.)
- d. Dám si něco dobrého k jídlu
- e. Chodím k odborníkovi (psycholog, psychiatr, krizový intervent apod.)
- f. Jiné – vypište

10.2 Příloha II. - Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů

	Hans Selye	Gerald Caplan	Johan Cullberg	Mardi Jon Horowitz	Elisabeth Kübler-Rossová
1	Poplachová reakce šok, zmatek, útlum, mobilizace zdrojů, obnova obrany ne vždy účelná	Mírné neuvědomované zvýšení napětí snahy o uplatnění automatických mechanismů řešení	Šok krátké trvání, snaha mobilizovat energii, převažuje zaměření spíše na emoce než na problém	Výkřik silná emocionální odezva, panika, zmatek, pocity slabosti, deprese	Popírání šok a odmítání reality pouze dočasné
2	Rezistence relativní zklidnění, rozvoj specifických obranných aktivit, obnova homeostázy	Pokračující uvědomované zvyšování napětí zmatek, uvědomění problému, pocit nedostatečné kontroly, řešení pokusem a omylem	Odezva trvání 4–6 týdnů, mobilizace osvědčených mechanismů, často využívány drogy, spíše nižší efektivita	Popření nevědomé odmítání traumatických skutečností, snaha o vytěsnění, selektivní vnímání, apatie, útlum, poruchy spánku	Hněv/agrese zlost na zdravotníky, na zdravé lidi, na nespravedlnost apod.
3	Vyčerpání (při neúspěšné rezistenci) trvalé vypětí, pohotovost, negativní důsledky, zhroucení až smrt	Další nárůst napětí prožívání diskomfortu, úzkosti, mobilizace úsilí, hledání nových řešení	Zpracování trvání i několik měsíců, snaha mobilizovat rezervy, úspěšná adaptace nebo rozvinutí psychopatologie	Intruze myšlenky na kritické události se vtírají a převládají, poruchy efektivity, vyčerpání	Smlouvání hledání zázračných léků, léčitelů, diet apod., ochota zaplatit cokoliv
4		Další nárůst napětí při neúspěšné adaptaci, hluboké psychologické změny, dezorganizace nutná podpora z venku		Vyrovnění jedinec zvažuje různé možnosti ve snaze vyrovnat se s příčinami krize	Deprese pocit marnosti snahy o změnu stavu, smutek a strach
5				Smíření přijetí události a jejich výsledků bez negativních emocí	Smíření přijetí a vyrovnání se se situací

(Paulík, 2017, s. 102)

10.3 Příloha III – Baldwinova typologie krizí – tabulka

Typologie krize	Kategorie	Příčina	Intervence
Situační (dispoziční) krize	Třída 1	Krize způsobena vnějšími nebo situačními faktory. Akutní epizodické potíže dočasné povahy.	Ujasnit a definovat situaci. Poskytnout informace a vedení. Nabídnout podporu a intervenci nebo poradenství či terapii.
Přechodové (tranzitorní) krize	Třída 2	Krize způsobena očekávanými přechody z jedné životní fáze do druhé. Krize v rámci života jedince nebo rodiny. Dají se anticipovat.	Ujasnit a definovat přechod. Pomoci klientům porozumět, pochopit a prozkoumat změnu a její význam. Objasnit pochopit změnu sociálních rolí. Hledat alternativy. Podpořit nové aktivity. Poradenství týkající se anticipovaných změn.
Traumatické krize	Třída 3	Krize způsobená náhlou traumatickou událostí, která se nedala předvídat. Nemožnost nebo neschopnost ventilace emocí.	Podpořit uznání ztráty. Rozeznat význam ztráty. Poskytnout podporu. Mobilizovat stávající sociální oporu. Dovolit vyjádření pocitů viny. Dovolit a podpořit ventilaci emocí a truchlení. Odpoutat se od ztraceného objektu. Podpořit vzpomínání.
Vývojové krize	Třída 4	Vyplývají ze psychodynamiky jedince. Nevyřešení základních vývojových úkolů.	Manifestace problému. Vytvoření klimatu, v němž by klient přijal krizi jako vývojovou výzvu. Podpořit (uklidnit) a získat ke spolupráci sociální okolí pacienta. Podpora klienta v řešení stávajících vývojových úkolů. Podpora klienta při budování vlastní identity a hledání vlastní „životní“ cesty.
Psychopatologická krize	Třída 5	Krize způsobená zvýšenou zranitelností nebo vnitřní psychopatologií. Psychopatie urychluje nebo komplikuje krizi.	Uznat již existující psychopatologii. Nepodporovat závislost a další regresí. Omezit krizovou intervenci na stabilizování nebo obnovení funkce. Koordinovat krizovou práci s dlouhodobým léčebným plánem. Odkázat na další léčbu podle indikace.

<p>Krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc (neodkladné krizové stavy)</p>	<p>Třída 6</p>	<p>Krize způsobená psychiatrickým stavem. Ztráta kontroly. Možná abúzus alkoholu. Možné sebevražedné představy nebo vražedné výhrůžky.</p>	<p>Posoudit rychle situaci. Stabilizace klientova stavu. Redukce nebezpečí – zasáhnout v zájmu ochrany jedince a ostatních osob. Získat lékařské, psychiatrické a jiné podpůrné zdroje. Koordinovat krizovou práci s dlouhodobou léčbou. Odkázat na další péči podle indikace.</p>
---	----------------	--	--

(Špatenková, 2004, s. 30-32)

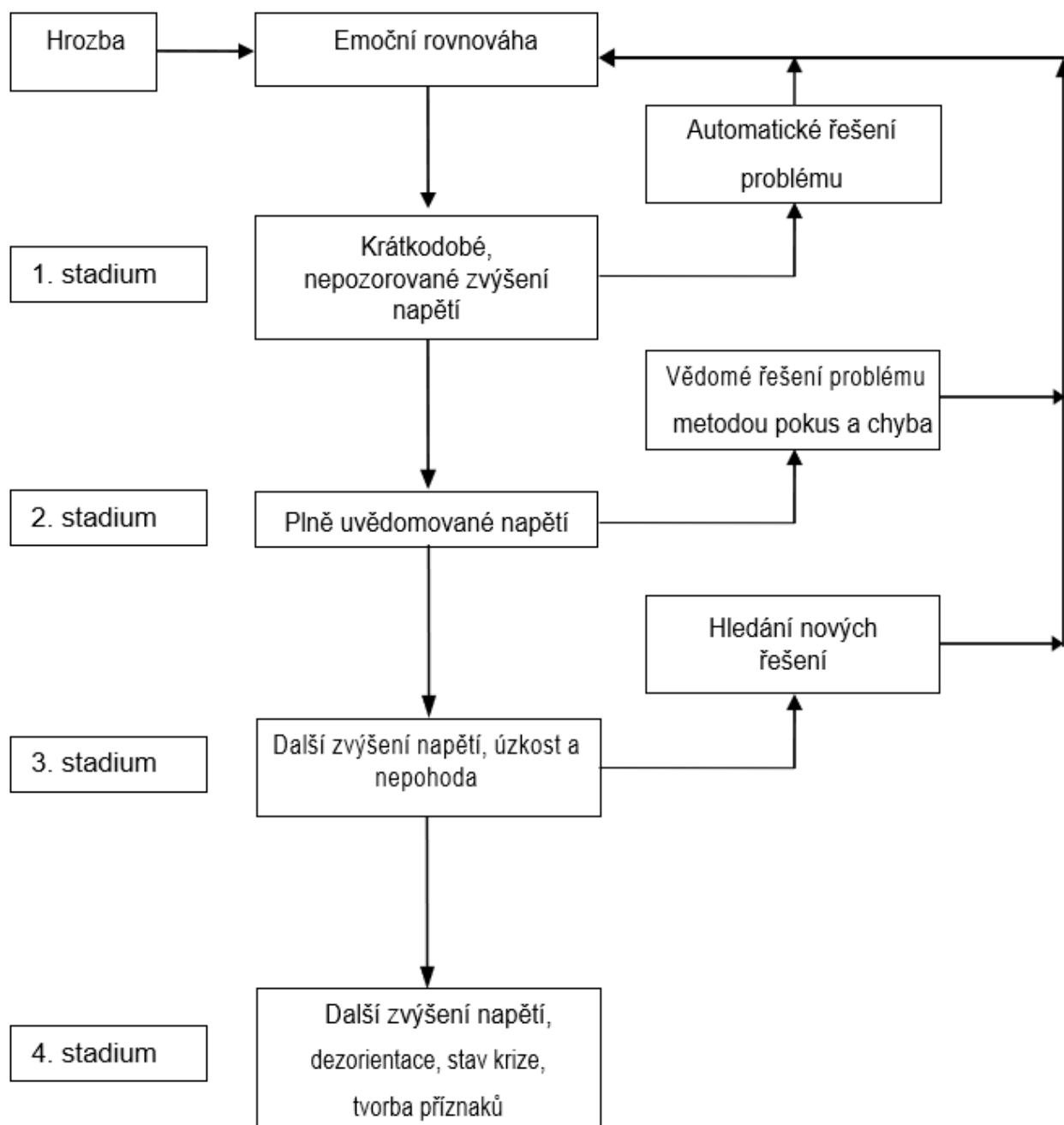
10.4 Příloha IV – Tabulka životních událostí Holmes & Rahe

Životní události způsobující stresovou zátěž u nezletilých jedinců

Životní událost	Body
Úmrtí rodiče	100
Neplánované těhotenství / potrat	100
Oženit se/ vdát se	95
Rozvod rodičů	90
Získání viditelné deformity	80
Otcovství	70
Odsouzení rodiče na výkon trestu delšímu než 1 rok	70
Separace rodičů	69
Úmrtí bratra či sestry	68
Změna v přijímání vrstevníky	67
Neplánované těhotenství sestry	64
Zjištění, že byl/a adoptován/a	63
Svatba mezi rodičem a nevlastním rodičem	63
Úmrtí blízkého přítele	63
Vrozená viditelná deformita	62
Vážné onemocnění vyžadující hospitalizaci	58
Propadnutí a opakování ročníku	56
Nevykonávání volnočasové aktivity	55
Hospitalizace rodiče	55
Odsouzení rodiče na výkon trestu delšímu než 30 dní	53
Rozchod s přítelem/ přítelkyní	53
Začínat chodit na rande	51
Dočasné vyloučení za školy	50
Započatí užívání alkoholu či drog	50
Narození bratra či sestry	50
Zvýšení četnosti hádek rodičů	47
Ztráta práce rodiče	46
Markantní osobní úspěch	46
Změna ekonomického statusu rodiče	45
Přijetí na vysokou školu dle vlastního výběru	43
Být v maturitním ročníku	42
Hospitalizace sourozence	41
Zvýšená absence rodiče v domácnosti	38
Odstěhování se sourozence ze sdílené domácnosti	37
Začlenění třetí dospělé osoby do rodiny	34
Přijmutí za plnohodnotného člena církve	31
Snížení četnosti hádek rodičů	27
Snížení četnosti hádek s rodiči	26
Otec či matka započíná pracovat	26

(MDApp, ©2017)

10.5 Příloha V- Caplanův model krize



(Klimpl, 2009, s. 235)

10.6 Příloha VI – Stručný přehled nejdůležitějších právních předpisů týkající se sociálněprávní problematiky krizové intervence

(Vysvětlivky zkratk: Z = zákon, V = vyhláška, Sb. = sbírka):

Z č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

Poslední novela zákona:

Ústavní zákon č. 98/2013 Sb.

Ústavní zákon, kterým se mění ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů.

Platnost od: 25. 04. 2013

Účinnost od: 01. 06. 2013

Z č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Poslední novela zákona:

Ústavní zákon č. 162/1998 Sb.

Ústavní zákon, kterým se mění Listina základních práv a svobod.

Platnost od: 13. 07. 1998

Účinnost od: 01. 01. 1999

Z č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

Poslední novela zákona:

Zákon č. 200/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Platnost od: 12. 07. 2017

Účinnost od: 01. 01. 2018

Z č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník

Poslední novela zákona:

Zákon č. 171/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o distribuci pojištění a zajištění.

Platnost od: 16. 08. 2018

Účinnost od: 01. 12. 2018

Z č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Poslední novela zákona:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Z č. 40/2009 Sb., nový trestní zákoník

Poslední novela zákona:

Zákon č. 287/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 13. 12. 2018

Účinnost od: 01. 02. 2019

Z č. 141/1961 Sb., trestní řád

Poslední novela zákona:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Z č. 273/2008 Sb., zákon o Policii České republiky

Poslední novela zákona:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Z č. 262/2006 Sb., zákoník práce

Poslední novela zákona:

Tabulka č. VI

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
44.	01. 07. 2019	32/2019 Sb.	Budoucí znění
43.	01. 01. 2019 – 30. 06. 2019	333/2018 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Vyhláška č. 333/2018 Sb.

Vyhláška o změně sazby základní náhrady za používání silničních motorových vozidel a stravného a o stanovení průměrné ceny pohonných hmot pro účely poskytování cestovních náhrad.

Platnost od: 28. 12. 2018

Účinnost od: 01. 01. 2019

Budoucí znění:

Zákon č. 32/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 07. 02. 2019

Účinnost od: 01. 07. 2019

Z č. 582/1991 Sb., zákon České národní rady o organizaci a provádění sociálního zabezpečení

Poslední novela zákona:

Tabulka č. VII

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
91.	01. 01. 2020	259/2017 Sb.	Budoucí znění
90.	24. 04. 2019 – 31. 12. 2019	111/2019 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Budoucí znění:

Zákon č. 259/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Platnost od: 18. 08. 2017

Účinnost od: 01. 02. 2018

Z č. 589/1992 Sb., zákon České národní rady o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

Poslední novela zákona:

Tabulka č. VIII

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
62.	01. 07. 2019	32/2019 Sb.	Budoucí znění
61.	01. 01. 2019 – 30. 06. 2019	259/2017 Sb., 92/2018 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Zákon č. 259/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Platnost od: 18. 08. 2017

Účinnost od: 01. 02. 2018

Zákon č. 92/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 31. 05. 2018

Účinnost od: 31. 05. 2018

Budoucí znění:

Zákon č. 32/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 07. 02. 2019

Účinnost od: 01. 07. 2019

Z č.111/2006 Sb., zákon o pomoci v hmotné nouzi

Poslední novela zákona:

Zákon č. 309/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 20. 12. 2018

Účinnost od: 01. 01. 2019

Z č. 110/2006 Sb., zákon o životním a existenčním minimu

Poslední novela zákona:

Zákon č. 218/2007 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, zákon č. 267/2006 Sb., o změně zákonů souvisejících s přijetím zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců, zákon č. 264/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákoníku práce, ve znění zákona č. 585/2006 Sb., zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 22. 08. 2007

Účinnost od: 22. 08. 2007

Zrušeno k: 01. 10. 2015 (205/2015 Sb.)

Z č. 155/1995 Sb., zákon o důchodovém pojištění

Poslední novela zákona:

Tabulka č. IX

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
81.	01. 07. 2019	32/2019 Sb.	Budoucí znění
80.	01. 01. 2019 – 30. 06. 2019	191/2018 Sb.	Aktuální znění

Aktuální verze:

Zákon č. 191/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 31. 08. 2018

Účinnost od: 01. 09. 2018

Budoucí verze:

Zákon č. 32/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 07. 02. 2019

Účinnost od: 01. 07. 2019

Z č. 187/2006 Sb., zákon o nemocenském pojištění zaměstnanců

Poslední novela zákona:

Tabulka č. X

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
46.	01. 01. 2020	259/2017 Sb., 92/2018 Sb.	Budoucí znění
45.	24. 04. 2019 – 31. 12. 2019	111/2019 Sb.	Aktuální znění

Aktuální verze:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Budoucí verze:

Zákon č. 259/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Platnost od: 18. 08. 2017

Účinnost od: 01. 02. 2018

Zákon č. 92/2018 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 31. 05. 2018

Účinnost od: 31. 05. 2018

Z č. 117/1995 Sb., zákon o státní sociální podpoře

Poslední novela zákona:

Tabulka č. XI

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
69.	01. 07. 2019	32/2019 Sb.	Budoucí znění
68.	01. 01. 2019 – 30. 06. 2019	320/2018 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Nařízení vlády č. 320/2018 Sb.

Nařízení vlády, kterým se pro účely příspěvku na bydlení ze státní sociální podpory pro rok 2019 stanoví výše nákladů srovnatelných s nájemným, částek, které se započítávají za pevná paliva, a částek normativních nákladů na bydlení.

Platnost od 20. 12. 2018

Účinnost od 01. 01. 2019

Budoucí znění:

Zákon č. 32/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

Platnost od: 07. 02. 2019

Účinnost od: 01. 07. 2019

Z č. 592/1992 Sb., zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Poslední novela zákona:

Tabulka č. XII

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
45.	01. 01. 2020	297/2017 Sb.	Budoucí znění
44.	01. 01. 2019 – 31. 12. 2019	297/2017 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Zákon č. 297/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 19. 09. 2017

Účinnost od: 01. 01. 2018

Budoucí znění:

Zákon č. 297/2017 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 19. 09. 2017

Účinnost od: 01. 01. 2018

Z č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Poslední novela zákona:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Z č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím

Poslední novela zákona:

Zákon č. 111/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zpracování osobních údajů.

Platnost od: 24. 04. 2019

Účinnost od: 24. 04. 2019

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

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

Poslední novela zákona:

Tabulka č. XIII

Verze č.	Znění od – do	Novely	Poznámka
33.	01. 07. 2019	47/2019 Sb.	Budoucí znění
32.	01. 04. 2019 - 30. 06. 2019	47/2019 Sb.	Aktuální znění

Aktuální znění:

Zákon č. 47/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 15. 02. 2019

Účinnost od: 01. 04. 2019

Budoucí znění:

Zákon č. 47/2019 Sb.

Zákon, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 15. 02. 2019

Účinnost* od: 01. 04. 2019

*Účinnost

Tento zákon nabývá účinnosti prvním dnem druhého kalendářního měsíce následujícího po jeho vyhlášení s výjimkou ustanovení čl. I bodů 1, 3, 6, 8, 9 a 10, která nabývají účinnosti dnem 1. července 2019.

V č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Poslední novela zákona:

Vyhláška č. 387/2017 Sb.

Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Platnost od: 29. 11. 2017

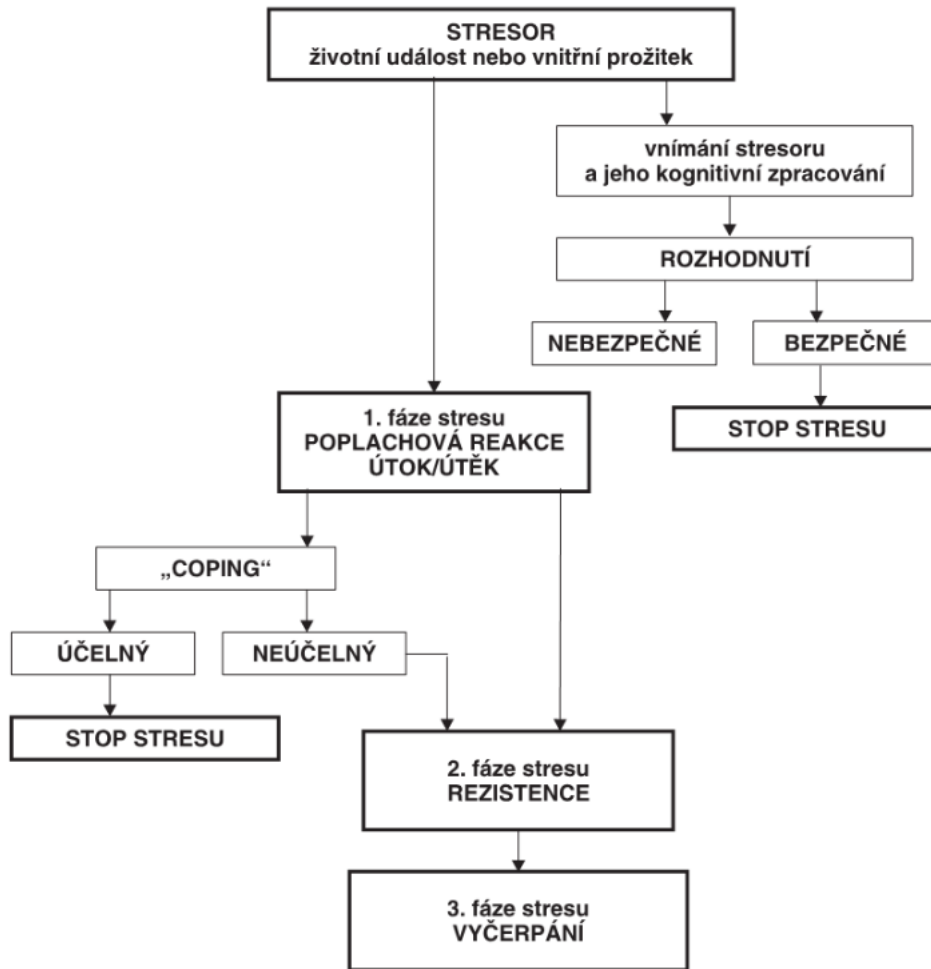
Účinnost od: 01. 01. 2018

(Ošancová in Vodáčková, 2012, s. 183-184)

(Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění. Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright ©[cit. 04.05.2019].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>)

10.7 Příloha VII - Strategie zvládnání stresu



(Chromý, Honzák, 2005, s. 21)