

Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti

Radana Kroutilová Nováková, Eva Jandzíkóvá

Podpora péče v přirozeném sociálním prostředí, vycházející z principu pevné vazby člověka s jeho domovem, tvoří základní předpoklad poskytování kvalitních sociálních služeb. Vedle terénní péče, zajišťované profesionály, zabezpečují péči v přirozeném sociálním prostředí neformální, laičtí, pečovatelé. Tito jedinci na sebe přejímají primární odpovědnost za každodenní péči o své blízké či vzdálené příbuzné a přátele. Předkládaný text se opírá o výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na kvalitu života osob pečujících o osoby starší 18 let, kterým byl přiznan příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti, realizovaného ve správním obvodu obecního úřadu obce s rozšířenou působností ve Veselí nad Moravou.

Zkoumání kvality života pečujících představuje v našich podmínkách poměrně nový prvek, vezmeme-li v potaz, že se první pokusy o měření kvality života datují do 70. let minulého století, přičemž současná orientace na člověka, je patrná zvláště v posledních dvaceti letech.

Se zvyšujícím se zájmem o kvalitu života se vedou polemiky o tom, které indikátory by se pro tento účel měly zkoumat. Rozpory vznikají na základě kulturních, teoretických a charakterových odlišností, stejně jako na základě empirických zjištění (Hrozenská a kol., 2008). Pro měření kvality života bylo vytvořeno mnoho instrumentů. Jedním z nejpoužívanějších nástrojů pro měření kvality života rodinných pečujících je Measuring Family Carer Quality of Life (QOLLTI-F), který sdružuje sedm domén – status pečovatele, vztahy, pohled na život, kvalitu péče, pacientův stav, peníze a prostředí (Bužgová, 2010). McMillian a Mahon představili v roce 1994 dotazník pro měření kvality života pečujících Caregiver Quality of Life Index (CQoL – Index), který hodnotí kvalitu života pečujících ve čtyřech základních oblastech – fyzické, psychické, sociální a finanční. Z tohoto indexu vycházel v roce 1995 mimo jiné Ferrel při sestavování dotazníku Quality of Life Tool (QoLTool) (Vaďurová, 2008).

Dalším z často užívaných dotazníků je Weitzerův sebesposuzovací dotazník Caregiver Quality of Life – Index Cancer (CQoLC) z roku 1997 a Brouwerův Care-related Quality of Life Instrument (CarerQoL Instrument) spojující informační hodnotu dotazníků zjišťujících zátěž pečujícího s hodnotící složkou (Vaďurová, 2008).

V minulosti realizované výzkumy poukazují na fyzickou, psychickou, emoční, sociální a finanční náročnost péče v domácím prostředí. Dury a kol. (In Stuart-Hamilton, 1999) u pečujících prokazatelně zjistil vyšší míru výskytu deprese a úzkostného syndromu. Fry (In Stuart-Hamilton, 1999) dokonce prokazatelně vyšší riziko sebevraždy. Tošnerová (2001) zjistila, že potřeba pravidelné péče, počet hodin strávených se závislou osobou a stav osoby, o kterou je pečováno má významnou souvislost se zátěží.

V rámci našeho pojednání se zaměřujeme na kvalitu života osob, které pečují o osoby starší 18 let s přiznaným příspěvkem na péči a se stanoveným stupněm závislosti III a IV. Přičemž péče těchto osob není součástí výkonu jejich povolání. Vycházíme-li z předpokladu, že první stupeň závislosti je nejméně závažný a čtvrtý nejvíce, pak je logické domnívat se, že péče o osoby ve IV. stupni závislosti má větší dopad na zdraví pečujících, než péče o osoby ve III. stupni závislosti. Sociální šetření v rodinách mnohdy ukazuje, že péče o osoby ve III. stupni závislosti (těžká závislost) může být stejně náročná či dokonce náročnější (!), než o osoby ve IV. stupni závislosti (úplná závislost). Podmínky pro uznání III. stupně závislosti splňují často osoby, které jsou sice mobilní, ale jsou například mentálně postižené či mají diagnostikovanu některou z pokročilých forem demence. Pro tyto osoby jsou charakteristické poruchy nálad – mohou být agresivní, úzkostné, podezřivé, mají problémy s chováním – mohou trpět závislostmi, nočním neklidem, touláním. Vyžadují proto celodenní dohled, který pro pečující představuje dlouhodobé setrvávání v emocionálně náročných situacích. Domníváme se tedy, že ke zhoršení zdravotního stavu dochází bez distinkce, zda osoba pečuje o osobu těžce nebo úplně závislou na péči jiné fyzické osoby.

Definování klíčových konceptů

Kvalitu života (well-being, welfare) řadíme mezi pojmy, jejichž obsah intuitivně velmi dobře chápeme, avšak obtížně definujeme. Pojem well-being představuje emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem (Solcová, Kebza, 2004). „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a životním stylu a zájmům“ (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 145).

Kubátová (2010) uvádí, že zatímco životní úroveň se vztahuje k ekonomické základně způsobu života, problém kvality života

souvisí s životní spokojeností, pocity štěstí, se smyslem života. Někteří autoři předpokládají, že je kvalita života z velké části ovlivňována sebedůvěrou a mírou sebeuplatnění člověka, mírou sebeobsluhy, úrovní mobility a schopností ovlivňovat vývoj vlastního života. Mnohé přístupy dokonce stanovují well-being jako standard pro kvalitu života v různých kontextech (Kebza, 2005). Podle Kubátové (2010) je kvalita života jednotlivce či skupiny nejčastěji chápána jako kulturnost životního stylu, tedy způsobu trávení volného času, vybavenosti kulturními předměty nebo stupněm vzdělání, případně prestiží zaměstnání.

Obecně se dá říci, že kvalita vyjadřuje pocit vznikající z rozdílu přání a míry jejich splnění či nesplnění v životě (Malý, 2001). Podle Možného (2002) všeobecný pocit pohody s věkem stoupá. To by však mohlo být dáno rozparem mezi aspiracemi a reálnými možnostmi mladších osob a také tím, že starší lidé jsou většinou materiálně lépe zabezpečeni než ti mladší. Pokud bychom se zajímali o vliv finančního zajištění na kvalitu života, výzkumy potvrzují, že majetnější osoby jsou šťastnější (Možný, 2002). Jako další podstatný indikátor subjektivního pocitu kvality života bývá označována víra a náboženská orientace. Koenigova studie posuzující životní spokojenost v souvislosti s náboženskou orientací poukazuje na fakt, že lidé, kteří četli častěji Bibli, modlili se a opakovaně se účastnili bohoslužeb, dosáhli v dotazníku životní spokojenosti vyšších hodnot. Vztah mezi životní spokojeností a vírou byl v tomto případě užší než například vztah mezi životní spokojeností a finančním zajištěním (Křivohlavý, 2001). Ellison (in Křivohlavý, 2001) zjistil, že osoby vykazující charakteristiky tzv. intristické víry¹, hodnotí celkově kvalitu svého života výše než ti, kteří tyto charakteristiky nevykazují. Byl také prokázán nenáhodný vztah mezi kvalitou života, smysluplností a hloubkou duchovního života (Křivohlavý, 2006).

V rámci našeho pojednání vnímáme kvalitu jako syntetizující model kvality života dle Čornaničové (In Hrozenská a kol., 2008) zahrnující oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti, oblast psy-

chické funkce, sociálních vztahů a prostředí. Syntetizující model kvality života vychází ze čtyř základních oblastí neboli domén, které se člení na jednotlivé indikátory. Jedním z pozitiv představovaného modelu je fakt, že se zaměřují na ty oblasti, které jsou pro člověka podstatné, a upozorňují na provázanost jednotlivých prvků v průběhu celého života (Čornaničová In Hrozenská a kol., 2008).

Domény a jejich indikátory jsou následující. **Oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti (1)**, jejímiž indikátory jsou energie a únava; bolest a nepohoda; spánek a odpočinek; mobilita; aktivity každodenního života; závislosti na lécích a zdravotních pomůckách; pracovní kapacita. **Oblast psychické funkce (2)** s indikátory spokojenost se svým tělem a vzhledem; negativní emoce; pozitivní emoce; sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost; spiritualita, osobní přesvědčení. **Oblast sociálních vztahů (3)**, mezi jejíž indikátory patří osobní vztahy; sociální opora; sexuální aktivity. **Oblast prostředí (4)** s indikátory finanční zdroje; svoboda, fyzická bezpečnost; zdravotní a sociální péče; prostředí domova; možnost získat informace a kompetence; participace na volnočasových a rekreačních aktivitách; fyzikální prostředí (hluk, emise, klima, provoz); doprava (Čornaničová In Hrozenská a kol., 2008).

Pojetí neformální péče v podmínkách České republiky

Za neformálního pečujícího považujeme osobu, která na sebe přejímá primární odpovědnost za každodenní péči o nesoběstačného člověka. Tyto osoby poskytují znevýhodněným osobám emoční, tělesnou, sociální a duchovní podporu. Nejčastěji se pečujícími stávají rodinní příslušníci obvykle žijící ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečují. Ne každý se ale s termínem pečující ztotožňuje. Bylo zjištěno, že ti, kdo poskytovali péči již delší dobu, se s tímto označením často silně identifikovali, naproti tomu ti, kdo pečovali poměrně krátkou dobu, se tomuto označení výloženě bránili (Smithová, 2007).

O nesoběstačného člověka v domácím prostředí nemůže pečovat kdokoliv. Mezi nejdůležitější dispozice, které musí pečující splňovat, řadí Haškovcová (2010) předpoklad moci pečovat (1), tzn. mít fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční podmínky, chtít pečovat (2), tedy mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění ostatních osob, a umět pečovat (3), tj. vědět, jak pomoci.

Podle Michalíka (2010) je domácí péče v České republice charakterizována následujícími znaky:

- nízkou úrovní podpory péče určené pečujícími osobám, zejména ve smyslu nedostatečných anebo pro některé osoby finančně náročných služeb respitní péče;
- nevyhovujícími bytovými podmínkami pro domácí péči;

Tabulka č. 1. Koupěschopnost příspěvku ve vztahu k době péče a dohledu

Stupeň závislosti	Péče a dohled za den	Péče a dohled za měsíc	Příspěvek ve výši	Odměna za hodinu ³
III.	15 h 54 min.	477 h	8 000	16,70 Kč
IV.	18 h 24 min.	552 h	12 000	21,70 Kč

Zdroj: Michalík (2010). Upraveno a přepočteno dle aktuální výše příspěvku v III. a IV. stupni závislosti osoby na pomoci jiné osoby.

- obecnými podmínkami zaměstnanosti v ČR, kde je zcela běžné, že je rodina dvoupříjmová, je proto z finančních důvodů obtížné, aby se rodina jednoho příjmu vzdala;
- nízkou úrovní podpory osob závislých na péči.

V centru našeho zájmu stojí kvalita života neformálních pečujících, kteří pečují o osoby starší 18 let s přiznaným příspěvkem na péči a se stanoveným stupněm závislosti III a IV. Příspěvek je ukotven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. 1. 1. 2012 vstoupil v platnost Vládní návrh 327 zákona, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Návrh mimo jiné upravuje vymezení stupně III a IV a to následujícím způsobem: osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, ve stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Základními životními potřebami se rozumí mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Výše příspěvku ve III. a IV. stupni závislosti zůstala zachována².

Dalo by se předpokládat, že čím vyšší je stanovený stupeň závislosti a tím pádem i příspěvek na péči, tím náročnější je péče o člověka. Z důvodu časové náročnosti péče o osoby s III. a IV. stupněm závislosti musí mnohdy pečující osoba opustit zaměstnání. Časová náročnost péče o osoby s jednotlivými stupni závislosti se dříve odhadovala. V podmínkách České republiky ji začal v roce 2007 systematicky zkoumat Michalík (2010) viz tabulka č. 1.

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2008) by měla být péče neformálních pečujících ceněna a uznávána společností a odpovědná a kvalitní péče by neměla vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika chudoby. Pečujícími osobám v České republice, které pečují o svého či rodinného příslušníka nebo jinou osobu pobírající příspěvek na péči, mohou být v roce 2012

ze zákona přiznány tyto prvky sociální ochrany:

- Příspěvek na péči se nezapočítává do příjmu pečujících pro účely dávkových a daňových systémů.
- Ve většině případů je doba poskytování započítána pečující osobě jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení. Za dobu náhradní pro účely důchodového pojištění se považuje doba osobní celodenní řádné péče o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby ve stupni II., III. a IV. (případně u dítěte do 10 let věku ve stupni I.). Péče se započítává osobám blízkým. Pokud se nejedná o osobu blízkou, je podmínkou zápočtu této doby vedení společné domácnosti.
- Hlavní pečující osoba je zdravotně pojištěna.
- Pečující nejsou omezeni v pracovním uplatnění.
- Pro přiznání výše příspěvku na péči není potřeba zjišťovat příjmovou situaci žadatele, osob žijících ve společné domácnosti nebo pečujících.

V roce 2011 byl příspěvek na péči vyplácen také v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem, a to v případě, že bylo pečováno o dítě do 7 let věku. Rodičovský příspěvek je od 31. prosince vyplácen příslušným orgánem státní sociální podpory bez žádosti v případě, že dítě zakládající nárok na rodičovský příspěvek nemá zároveň nárok na příspěvek na péči. Má-li toto dítě nárok na příspěvek na péči, rodiče byli do 31. ledna 2012 povinni písemně provést volbu pouze jedné dávky. Po provedené volbě krajská pobočka Úřadu práce odejmul druhou dávku.

Metodika výzkumného šetření

Hlavním cílem předkládaného šetření bylo zjistit kvalitu života, zahrnující oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti, oblast psychické funkce, sociálních vztahů a prostředí, osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti ve správním obvodu obecního úřadu obce s rozšířenou působností ve Veselí nad Moravou.

Díličními cíli bylo ověřit u osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti:

- závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče,
- závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu a vybranými stupni závislosti.

Vzhledem ke stanoveným díličím cílům byly vysloveny následující hypotézy:

Hypotéza 1

H01: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou neexistuje závislost.

HA1: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou existuje závislost.

Hypotéza 2

H02: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a vybranými stupni závislosti osoby blízké neexistuje závislost.

HA2: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a vybranými stupni závislosti osoby blízké existuje závislost.

Základní soubor tvoří všechny prvky, osoby nebo situace, patřící do skupiny, kterou zkoumáme (Chráška, 2007). Základní soubor je v tomto případě tvořen všemi fyzickými osobami, pečujícími nejpozději od 09/2009 (tedy v době zahájení sběru dat minimálně jeden rok) o osobu s přiznaným příspěvkem na péči ve III. či IV. stupni závislosti ve správním obvodu III. obecního úřadu obce s rozšířenou působností ve Veselí nad Moravou. Dále jsme provedli záměrný výběr, kdy o výběru našeho vzorku nerozhodovala náhoda, ale úsudek výzkumníků a zkoumaných osob. Oslovení byli respondenti, kteří s výzkumníky přicházejí v rámci jejich profese (sociální pracovníci městského úřadu) do vzájemného kontaktu a kteří byli do výběru zařazeni na základě svého rozhodnutí. Tento soubor čítal 120 osob.⁴ Jsme si vědomi toho, že zevšeobecnění jsou v tomto případě velmi úzká a týkají se pouze zkoumaných osob a lokality Veselí nad Moravou.

Technikou sběru dat byl jednorázový anonymní dotazník. V dotazníku byly použity uzavřené a polouzavřené otázky a také škály nabízející odstupňované hodnocení jevu. Dotazníky byly spolu s přípravnými obálkami s předepsanou doručovací adresou opatřené známkami postupně rozdávány a shromažďovány v období od 9/2010 do 3/2011 respondentům při sociálních šetřeních, při kontrolách využívání příspěvku na péči a při osobním kontaktu přímo na příslušném městském úřadě.

Otázky v dotazníku byly sestavovány v souladu s dílčími cíli výzkumu, tzn. kopírovaly syntetizující model kvality života, který uvádí Čornaničová (In Hrozenká a kol., 2008), do následujících oblastí:

1. Oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti

Oblast tělesného zdraví ohraničují indikátory energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek a aktivity každodenního života. Na základě těchto indikátorů jsme do oblasti zařadili následující otázky:

Cítíte se zdráv/a? Zhoršil se Vám zdravotní stav za dobu, po kterou pečujete o svého blízkého? Jak byste hodnotil/a Váš spánek? Cítíte během dne často únavu? Jak často máte možnost relaxovat? Stravujete se v klidu, často a pravidelně?

2. Oblast psychické funkce

Oblast psychických funkcí jsme chápaly v souladu s Čornaničovou (2008) pomocí indikátorů negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, spiritualita a osobní přesvědčení. Oblast byla tvořena těmito otázkami:

Máte radost ze života? Jste spokojen/a sám/sama se sebou? Máte pocit, že Váš život má smysl? Jak často trpíte déletrvajícím stavem smutku či depresemi? Máte někdy pocit, že kvůli pečování o Vašeho blízkého zanedbáváte ostatní členy rodiny? Cítíte, že jste na všechno sám/sama?

3. Oblast sociálních vztahů

Oblast sociálních vztahů vymezovaly indikátory osobní vztah, sociální podpora a sexuální aktivity, na základě kterých jsme vytvořili následující otázky:

Jak jste spokojen/a s Vaším sexuálním životem? Cítíte podporu od blízkých osob, např. rodinných příslušníků a přátel?

4. Oblast prostředí

Oblast prostředí určovaly indikátory finanční zdroje, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, participace na volnočasových a rekreačních aktivitách.

Je pro Vás důležitá kariéra? Jak byste ohodnotil/a dostupnost zdravotní péče v místě vašeho bydliště? Jak byste ohodnotil/a dostupnost sociálních služeb v místě vašeho bydliště? Jak často si uděláte čas sám/sama na sebe a své zájmy? Jak jste spokojen/a s Vaším bydlením? Jsou přijímy Vaší rodiny dostačující k uspokojení Vašich potřeb?

Výsledky šetření

Oblast tělesného zdraví a úrovně nezávislosti

V oblasti tělesného zdraví uvádí 44 % respondentů, že se necítí zdrávo, což vzhledem k tomu, že pečují o jinou nesoběstačnou osobu, není příznivé zjištění. Stejný podíl respondentů uvádí zhoršení zdravotního stavu od doby zahájení péče (tabulka č. 2).

Během dne cítí únavu 37 % respondentů, současně bez pravidelné možnosti odpočinku poskytuje péči 72 % dotazovaných. S množstvím volného času pro odpočinek souvisí také potřebný klid na stravu během dne, 32 % dotazovaných se v klidu nestravuje nikdy nebo pouze někdy, viz tabulka č. 4.

Oblast psychické funkce

Podstatná část pečujících v různě dlouhých intervalech trpí déletrvajícím stavem smutku či deprese a cítí se psychicky nevyrovnaní. Může k tomu přispívat také fakt, že 92 % dotazovaných se cítí na všechno sami (tabulka č. 4). Pozitivní je zjištění, že přes fyzickou i psychickou náročnost péče, má 70 % respondentů radost ze života a 77 % jej považuje za smysluplný. Přesto bychom neměli přehlížet vyjádření 11 % respondentů, kteří sdílí opačný názor, viz tabulka č. 2.

Oblast sociálních vztahů příznivě ovlivňuje funkční partnerský vztah a dobré rodinné vztahy, důležitá je také opora poci-

ťovaná od přátel a ochota přátel se přizpůsobit jejich omezením. Tuto oporu cítí 61 % respondentů, naopak 16 % dotazovaných tuto zkušenost nesdílí. Určitá část pečujících má za partnera právě nesoběstačnou osobu, tento fakt se pravděpodobně odráží ve skutečnosti, že se svým sexuálním životem jsou pečující spíše nespokojeni nebo jej hodnotí jako průměrný, viz tabulka č. 5.

V **oblasti prostředí** byla pozornost věnována především dostupnosti zdravotní a sociální péče, kvalitě bydlení a finančního zabezpečení. S dostupností zdravotně-sociální péče jsou dotazovaní neformální pečovateli spokojeni. Pouze 4 % respondentů ohodnotilo dostupnost zdravotní péče jako špatnou, 8 % dotazovaných hodnotilo jako špatnou dostupnost sociálních služeb (tabulka č. 3). V otázce bydlení je spokojeno 60 % respondentů (tabulka č. 5). Pozornost bychom měli věnovat zjištění v otázce finančního zajištění rodiny, které 27 % respondentů hodnotí za nedostačující (tabulka č. 6). Stejně tak čas na sebe a na své zájmy nemá nebo má pouze občas 67 % dotazovaných pečujících.

Ověřování hypotéz

Stanovené hypotézy jsme ověřovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrátu pro kontingenční tabulku. Vypočítané hodnoty byly porovnávány s kritickými hodnotami chí-kvadrátu na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ a příslušných stupních volnosti, počítaných podle vzorce $f = (r-1) \cdot (s-1)$.

Ověřování hypotézy 1

H01: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou neexistuje závislost.

HA1: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou existuje závislost.

Jelikož je vypočítaná hodnota větší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. **Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících podle délky péče o osobu blízkou tedy existuje závislost.**

Ověřování hypotézy 2

H02: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a vybranými stupni závislosti osoby blízké neexistuje závislost.

HA2: Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a vybranými stupni závislosti osoby blízké existuje závislost.

Jelikož je vypočítaná hodnota menší, než kritická hodnota chí-kvadrátu při vypočítaných stupních volnosti a stanovené hladině významnosti, přijímáme nulovou hypotézu. **Mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících podle vybraných stupňů závislosti osoby blízké tedy neexistuje závislost.**

Závěr

Naším cílem bylo zjistit, jaká je kvalita života osob pečujících v domácím prostředí o své blízké ve III. a IV. stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby v okolí Veselí nad Moravou.

Náš předpoklad, že ke zhoršení zdravotního stavu dochází bez distinkce, zda osoba pečuje o osobu těžce nebo úplně závislou na péči jiné fyzické osoby, se potvrdil. Neboť **nebyla prokázána závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících podle vybraných stupňů závislosti III a IV.**

Výzkum naopak potvrdil závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče o osobu blízkou. Téměř polovina respondentů uvedla, že se necítí zdráva, což je vzhledem k faktu, že pečují o osobu s přiznaným stupněm závislosti III a IV na péči jiné fyzické osoby, znepokojující. Stejný podíl respondentů uvádí zhoršení zdravotního stavu od doby zahájení péče. Podstatná část pečujících také v různě dlouhých intervalech trpí déletrvajícím stavem smutku či deprese. Překvapivé je zjištění, že bez pravidelné možnosti odpočinku poskytuje péči většina dotazovaných. Stejně tak čas na sebe a na své zájmy nemá nebo má pouze občas 67 % oslovených laických pečovatelů. Tato skutečnost se odráží také v pravidelnosti, respektive v nepravidelnosti, stravování. Alarmující je zjištění v otázce finančního zajištění rodiny, které hodnotí téměř třetina laických pečujících jako nedostačující pro pokrytí jejich potřeb (Jandžiková, 2010).

Praxe tedy ukazuje, že dosud nejsou důsledně uplatňovány všechny prostředky, které by neformální pečující podporovaly natolik, aby nebyly péči o své blízké poškozovány ve smyslu zhoršení zdravotního stavu, potažmo snížení jejich životní úrovně a zvýšení rizika chudoby.

Filozofie péče v domácím prostředí je založená na sepejetí člověka s místem, kde žije, pracuje, vzdělává se a vykonává své každodenní aktivity. Je neoddiskutovatelným faktem, že neformální pečující svou službou významně předcházejí vytržení znevýhodněných jedinců z přirozeného sociálního prostředí a tím zamezují jejich sociálnímu vyloučení. Stejněmu nebezpečí se však vystavují sami. Vávrová (2010, s. 190) upozorňuje na fakt, že se často „...v souvislosti se stárnutím populace objevují snahy o budování nových pobytových zařízení pro seniorskou populaci. Namísto toho, aby byly podporovány jiné formy služeb...“. **Pokud by se však dostávalo dostatečné podpory laickým pečujícím, můžeme také jejich prostřednictvím naplňovat hlavní principy zákona o sociálních službách, a to poskytování péče v přirozeném sociálním prostředí, čímž podporujeme zachování přirozené sociální vztahové sítě a předcházíme sociálnímu vyloučení osob závislých na péči druhých.**

Tabulka č. 2: Rozložení odpovědí na škále A

	Škála A				
	Vůbec ne	Spíše ne	Spíše ano	Rozhodně ano	Nevím
1. Cítíte se zdráv/zdráva?	3%	41%	40%	6%	9%
2. Zhoršil se Vám zdravotní stav za dobu, po kterou pečujete o svého blízkého?	10%	28%	36%	8%	18%
3. Je pro Vás důležitá kariéra?	43%	30%	7%	0%	20%
4. Máte radost ze života?	0%	11%	55%	15%	19%
5. Jste spokojen/a sám/sama se sebou?	2%	14%	59%	4%	21%
6. Máte pocit, že Váš život má smysl?	0%	3%	44%	33%	20%

Zdroj: Jandžiková, 2010.

Tabulka č. 3: Rozložení odpovědí na škále B

	Škála B				
	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
7. Jak byste ohodnotil/a dostupnost zdravotní péče v místě Vašeho bydliště?	0%	4%	30%	64%	2%
8. Jak byste ohodnotil/a dostupnost sociálních služeb v místě Vašeho bydliště?	0%	8%	27%	56%	9%
9. Jak byste ohodnotil/a Váš spánek?	7%	27%	32%	33%	1%

Zdroj: Jandžiková, 2010.

Tabulka č. 4: Rozložení odpovědí na škále C

	Škála C				
	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále
10. Cítíte během dne často únavu?	1%	36%	26%	33%	4%
11. Jak často si uděláte čas sám/sama na sebe a na své zájmy?	9%	58%	31%	2%	0%
12. Jak často máte možnost relaxovat?	16%	56%	26%	2%	0%
13. Jak často trpíte déletrvajícím stavem smutku či depresemi?	16%	48%	20%	15%	0%
14. Máte někdy pocit, že kvůli pečování o Vašeho blízkého zanedbáváte ostatní členy rodiny?	20%	42%	23%	11%	4%
15. Cítíte, že jste na vše sám/sama?	8%	44%	14%	24%	9%
16. Stravujete se v klidu, často a pravidelně?	5%	27%	34%	26%	8%

Zdroj: Jandžiková, 2010.

Tabulka č. 5: Rozložení odpovědí na škále D

	Škála D					
	Velmi spokojen/a	Nespokojen/a	Ani nespokojen/a, ani spokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a	Nevím
17. Jak jste spokojen/a s Vaším sexuálním životem?	2%	12%	45%	27%	0%	14%
18. Jak jste spokojen/a s Vaším bydlením?	1%	6%	33%	54%	6%	0%

Zdroj: Jandžiková, 2010.

Tabulka č. 6: Rozložení odpovědí na škále E

	Škála E				
	Vůbec ne	Spíše ne	Středně	Většinou ano	Zcela
19. Cítíte podporu od blízkých osob, např. od rodinných příslušníků a přátel?	10%	6%	23%	54%	7%
20. Jsou příjmy Vaší rodiny dostačující k uspokojení Vašich potřeb?	1%	26%	43%	29%	1%

Zdroj: Jandžiková, 2010.

V uvedeném kontextu se tak jeví samotné nastavení příspěvku na péči jako problematické. Je diskutabilní, do jaké míry je tato pošná dávka se čtyřmi skokovými kategoriemi schopná flexibilně reflektovat skutečné potřeby uživatelů a možnosti spo-

lečnosti. Otázkou, která nám pak vyvstává, je, zda samotná legislativní úprava není nastavena proti zásadám zákona o sociálních službách a současným trendům v oblasti sociálních služeb. Jak uvádí Haburajová Ilavská (2010, s. 53) „je potřeba zo-

hlednit fakt, že každý klient sociálních služeb je jedinečnou neopakovatelnou osobností, která má individuální potřeby a vyžaduje různé služby a péči. Ve světě vznikl nový přístup ke klientovi, tzv. „nová kultura klienta“. Jeho základními principy je posílení služeb uživatele, využívání participacních strategií, stanovení jasných práv a povinností při poskytování služeb, demokratizace vztahů poskytovatel – uživatel. S požadavky na kvalitní sociální služby však rostou také požadavky na profesionalizaci, specializaci, celoživotní vzdělávání a potřeba zvyšování profesionálních dovedností. Naplnění těchto požadavků je jednou z cest, ke kterým by sociální služby a nové trendy v této oblasti měly směřovat v 3. tisíciletí.“

- 1 Pojem intristická neboli vnitřní víra zavedl v 1. polovině 20. století profesor Gordon Allport. Intristickou víru chápe jako víru, která vychází z hloubky nitra člověka, jako jeho bytostné přesvědčení, kterému věří a podle kterého žije (Křivohlavý, 2001).
- 2 Pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc 8000 Kč (těžká závislost) a 12 000 Kč (úplná závislost).
- 3 Jedná se o modelový výpočet ocenění práce pečující osoby o osobu závislou na péči.
- 4 Návrh dotazníků činila 80 %.

Literatura:

Bužgová, R. *Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči*. Sociální práce/Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci. 2010, 2/2010, s. 91-95. ISSN 1213-6204.

Dragomirecká, E., Bartoňová, J. *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí*. Psychiatrie [online]. 2006, ročník 10, číslo 3, [cit. 2011-02-10]. Dostupný z URL <http://195.250.138.169/PSYCHIAT/Psychiatrie03_06/WEB/PDF%20web/04_dragomirecka_web.pdf>.

Haburajová Ilavská, L. *Konceptualizace v oblasti sociálních služeb*. Praha: Hnutí R, 2010. ISBN 978-80-86798-09-7.

Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

Hrozenská, M. a kol. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

Chráška, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Jandžiková, E. *Kvalita života pečujících o osoby s příznámým příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti*. Zlín, 2010. 104 s. Diplomová práce na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně na Ústavu pedagogických věd. Vedoucí diplomové práce Radana Kroutilová Nováková.

Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-13075.

Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

Křivohlavý, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrchol života*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.

Kubátová, H. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2456-0.

Malý, M. *Dotazníky o kvalitě života* [online]. 2001 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z URL <http://www.statspol.cz/robust/2000_maly_00.pdf>.

Michalík, J. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. ISBN 978-80-254-7333-7. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Rada seniorů České republiky, o.s. [online]. 2008 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z URL <http://www.rscr.cz/prispevky/program08_12.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. MPSV.CZ [online]. 11.5.2010 [cit. 2011-02-10]. Dostupný z URL <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analýza_fin_SS.pdf>.

Možný, I. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.

Šolcová, I., Kebza, V. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 21. Dostupné z URL <www.ipzv.cz/download.aspx?item=1105&>.

Stuart-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Tošnerová, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2.

Vaďurová, H. *Kvalita života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním*. In Řehulková, O. et al. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci. Brno: MSD, 2008. s. 45-48. Dostupné z URL <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf>. ISBN 978-80-7392-073-9.

Vávrová, S. *Péče o seniора v rodině jako alternativa k institucionální péči*. In Elanvital v prostore medzigeneračních vztahov, s. 189-193. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2010. 307 s. Dostupné z URL <<http://>>. ISBN 978-80-555-0198-7.

Vládní návrh zákona č. 327, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 347/2010, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí.

Radana Kroutilová Nováková je odbornou asistentkou Ústavu pedagogických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Mgr. Eva Jandžiková působí na Odboru sociálních věcí a zdravotnictví MÚ Veselí nad Moravou.

Poznatky z praxe

Je vládní návrh novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí pro Klokánky opravdu likvidační?

Jana Machová

Článek přináší jiný pohled na vládní návrh novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí. V médiích je prezentován především názor Fondu ohrožených dětí, největšího zřizovatele zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc v České republice, tzv. Klokánků. FOD se obává, že chystaná novela bude pro jeho Klokánky likvidační, neboť je navrhována nejen snížení státního příspěvku, který ze značné části hradí chod Klokánků, ale jsou navrhována také nová pravidla pro zřizování nových zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Článek se zaměřuje na argumenty vznášené Fondem ohrožených dětí – s některými souhlasí, s některými ne.

V Poslanecké sněmovně PČR je v současné době projednáván vládní návrh novely zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Změna zákona věnujícího se ohroženým dětem je citlivou úpravou, která je vždy bouřlivě diskutována a nebude tomu jinak ani nyní. V tisku se objevují zejména zprávy o nespravedlivém odejmu-

tí odměny pěstouna pěstounům z řad rodičů, kteří se rozhodli pečovat o svá vnoučata. Návrh novely zákona přitom direktivně nepřikazuje všem takovým pěstounům odměnu pěstouna sebrat, neboť ponechává možnost správním orgánům zvážit finanční situaci pěstounů a v případech zvláště hodných zřetele dávku priznat,

ale toto není téma, kterému se chci věnovat.

Zaujalo mne prohlášení Fondu ohrožených dětí (dále jen FOD), že předložený vládní návrh zákona má především za úkol „zlikvidovat Klokánky“. Vzhledem k tomu, že s tvrzením Fondu ohrožených dětí nesouhlasím, nabízím jiný pohled na tuto