

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**COPINGOVÉ STRATEGIE MUŽŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ
PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNOU BLÍZKOU
OSOBU**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Eva Sipékiová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Eva Sipékiová
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	Copingové strategie mužů při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je popsat copingové strategie mužů, kteří se stali v určitém životním období primárními pečovateli o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu.

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na strategie zvládání pečujících mužů, kteří se v určité životní etapě stali neformálními pečujícími. Cílem diplomové práce je analyzovat copingové strategie mužů při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu a popsat, jaké způsoby zvládání psychické, organizační a vztahové zátěže se v jejich výpovědích objevují. Výzkum vychází z kvalitativní metodologie a byl realizován prostřednictvím individuálních rozhovorů. Tematická analýza identifikovala dominanci strategií zvládání orientovaných na problém a menší verbalizaci emocí v souvislosti s mužským copingem. Výsledky ukazují na význam rodinné a odborné podpory mužských pečujících. Práce nabízí také doporučení pro zlepšení praxe a přispívá k diskusi o možnostech podpory pečujících v rámci paliativní péče.

Klíčová slova

Copingové strategie, neformální pečující, paliativní péče, nevléčitelně nemocné osoby, rodinná opora

Abstract

The diploma thesis focuses on the coping strategies of male caregivers who, at a certain stage of their lives, assumed the role of informal caregivers. The aim of the thesis is to analyse the coping strategies employed by men while caring for an incurably ill close relative and to describe the ways in which psychological, organisational, and relational burdens are managed, as reflected in their narratives. The research is grounded in a qualitative methodology and was conducted through individual interviews. Thematic analysis revealed the predominance of problem-focused coping strategies, as well as a lower degree of emotional verbalisation in connection with male coping. The findings highlight the importance of both family and professional support for male caregivers. The thesis also offers recommendations for the improvement of practice and contributes to the broader discussion on the possibilities of supporting caregivers within palliative care.

Keywords

Coping strategies, informal caregivers, palliative care, incurably ill persons, family caregiving

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná a že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. března 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce Mgr. Janě Gabrielové, Ph.D. za její trpělivost a odborné vedení. Dále děkuji především mé rodině a přátelům za podporu a povzbuzení, obzvlášť díky nim jsem dokázala tuto etapu mého života úspěšně zvládnout. Děkuji i mým kolegům za inspirativní podněty přímo z praxe a také všem participantům výzkumu za jejich otevřenost a důvěru.

Obsah

Seznam tabulek	7
Úvod.....	8
1 Teoretická část.....	10
1.1 Problematika zátěžových situací	10
1.1.1 Adaptace	10
1.1.2 Stres a zátěž	11
1.1.3 Zvládání stresu	13
1.2 Coping	15
1.2.1 Styly a strategie zvládání.....	16
1.2.2 Zdroje zvládání, účinnost a cíle copingu	17
1.3 Neformální péče.....	20
1.3.1 Rodina jako kontext neformální péče a socializace	21
1.3.2 Genderové aspekty neformální péče	22
1.3.3 Role pečovatele.....	23
1.3.4 Podpora profesionálů.....	24
1.4 Definice a význam péče o nevléčitelně nemocné osoby.....	27
1.4.1 Rodinné souvislosti a dynamika zvládání zátěže v paliativní péči.....	28
1.4.2 Potřeby neformálně pečujících o nevléčitelně nemocné pacienty.....	29
1.5 Spirituální dimenze v paliativní péči	31
1.6 Shrnutí teoretické části	32
2 Výzkumná část.....	34
2.1 Metodologické ukotvení výzkumu	34
2.2 Cíl práce a výzkumná otázka	35
2.3 Výzkumný soubor	35
2.4 Sběr dat	36
2.5 Postup zpracování dat.....	37
2.6 Analýza dat.....	38
2.7 Limity výzkumu.....	39
2.8 Etické aspekty výzkumu	39
2.9 Výsledky tematické analýzy	40
2.9.1 Souhrn zastoupení copingových strategií ve výpovědích participantů.....	48
2.10 Diskuse	50
2.11 Návrhy a doporučení pro praxi	53
3 Závěr.....	56
Seznam použitých zdrojů.....	57
Přílohy.....	60

Seznam tabulek

Tab. 1 Přehled obranných mechanismů.....	15
Tab. 2 Vývoj podpůrných potřeb pečujících v průběhu fází péče.....	30
Tab. 3 Vztah participanta k pečované osobě	36
Tab. 4 Souhrnná tabulka analytického postupu	38
Tab. 5 Praktická tabulka kódování	39

Úvod

Paliativní péče představuje specifickou oblast zdravotní a sociální péče, jejímž cílem je zajištění co nejvyšší kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním a současně podpora jejich blízkých. Nezaměřuje se pouze na zvládnání tělesných symptomů, ale také na potřeby psychické, sociální a spirituální. Významnou součástí paliativní péče je přitom péče poskytovaná v domácím prostředí, v níž sehrávají klíčovou roli rodinní příslušníci a další blízké osoby. Tito neformální pečující často přebírají značný podíl odpovědnosti za každodenní péči o nemocného, což s sebou přináší řadu nároků a zátěžových situací.

Péče o nevléčitelně nemocného blízkého člověka představuje pro pečujícího komplexní a dlouhodobou zátěž, která může významně zasahovat do jeho emočního prožívání, fyzického stavu i celkové kvality každodenního života (Delaliber et al., 2015). V této souvislosti je důležitý koncept copingu, který je v odborné literatuře chápán jako soubor myšlenkových a behaviorálních postupů, jimiž jedinec zvládá vnitřní i vnější nároky situací, které vyhodnocuje jako stresující (Folkman a Moskowitz, 2004). Studium copingových strategií tak umožňuje hlubší porozumění tomu, jak pečující svou situaci interpretují, jak na ni reagují a jaké zdroje při zvládnání péče mobilizují.

Za relevantní lze považovat také zaměření na muže v roli neformálních pečujících, neboť této skupině bývá v odborné literatuře i výzkumné pozornosti věnován menší prostor než ženám, ačkoli i muži čelí v pečovatelské roli specifickým nárokům a výzvám. Zkoumání jejich zkušenosti může přispět k hlubšímu porozumění genderově podmíněným aspektům péče a současně nabídnout podněty pro citlivější nastavení podpůrných opatření v praxi.

Cílem diplomové práce je analyzovat a popsat copingové strategie, které muži využívají při péči o nevléčitelně nemocné blízké osoby. Práce se zaměří na identifikaci specifických způsobů, jak muži zvládají psychické, fyzické a sociální nároky spojené s touto rolí. Výsledkem bude hlubší porozumění pečovatelským strategiím a návrhy na podporu mužů v roli pečujících.

„Péče o nevléčitelně nemocné se stává čím dál tím naléhavějším tématem s ohledem na stárnutí populace a rostoucí počet pacientů trpících chronickými a nevléčitelnými onemocněními. Stárnutí populace je dlouhodobým trendem, který v Evropě započal již před několika desetiletími. V důsledku poklesu porodnosti a dramatického zlepšení úmrtnosti naše populace stárne, což se na celkové populaci projevuje rostoucím podílem starších lidí a zároveň klesajícím podílem lidí v produktivním věku. V roce 2050 bude přibližně 30 % evropské populace starší 65 let a očekává se, že na jednoho seniora budou připadat méně než dva dospělí v produktivním věku, což potvrzuje budoucí rostoucí trend závislosti ve stáří.“ (Pavlík a kol., 2024, s. 5-6).

Onkologická a chronická onemocnění dnes představují nejvýznamnější zdravotní hrozbu v Evropě. S chronickými nemocemi se potýká více než 80 % lidí starších 65 let a jsou zodpovědné za 86 % všech úmrtí, onkologická onemocnění jsou každoročně nově diagnostikována u téměř 4 milionů lidí. Paliativní péče je nezbytnou součástí odpovědi na otázku, jak se do budoucna s těmito výše popsány trendy a vývojem vyrovnávat. (Centrum paliativní péče, 2024)

Výběrem tématu reagujeme i na skutečnost, že dosavadní výzkumy a publikace v českém prostředí se této oblasti explicitně nevěnují. Často využívají genderově neutrální jazyk a neseparují data podle pohlaví, případně vycházejí z obecného předpokladu, že péče o blízkého v rodině je převážně v rukou žen, aniž by tento předpoklad dále podrobně analyzovaly.

Zahraniční literatura však ukazuje, že gender představuje v rodinné péči významný faktor. Morgan et al. (2016) ve své systematické přehledové studii zaměřené na rodinnou péči na konci života ve stáří ukazují, že gender ovlivňuje nejen to, proč lidé péči přebírají, ale i to, jak ji vykonávají a jaké důsledky pro ně péče má. Ussher et al. (2013) ve kvalitativním výzkumu s neformálními pečujícími o onkologicky nemocné zkoumají genderově podmíněné prožívání obtíží a přínosů péče a upozorňují na odlišné zkušenosti mužů a žen. Podobně Ketcher et al. (2020) sledovali u partnerů pečujících o osobu s pokročilým nádorovým onemocněním genderové rozdíly ve stresu, úzkosti, depresi a copingových stylech a zjistili vyšší míru psychické a sociální zátěže u pečujících žen. Zahraniční výzkum tak potvrzuje, že mezi muži a ženami existují rozdíly nejen v samotné praktické stránce péče, ale i v prožívání pečovatelské zátěže a ve způsobech jejího zvládnutí. V českém prostředí provedla podrobnou analýzu toho, kdo jsou neformální pečovatelé, Klímová Chaloupková (2013) na základě dat ISSP 2012. Poukázala na převahu žen mezi pečujícími. Dudová a Vohlídalová (2018) v analýze 5. vlny datového souboru SHARE z roku 2013, zahrnujícího osoby starší 50 let, ukázaly, že nějakým způsobem na péči o starší osoby v rodině participují ženy i muži. Rozdíl ale spočívá ve frekvenci poskytované péče: zatímco ženy častěji poskytují každodenní či každotýdenní péči, muži se spíše podílejí na péči jednou měsíčně či méně.

Přestože tradiční genderové role často připisují péči o blízké ženám, z mé praxe coby sociální pracovnice v domácím hospici vyplývá, že muži se do pečovatelské role dostávají stále častěji – ať už jako partneři, synové či otcové. Muži přistupují k péči jinak než ženy, častěji volí racionální a praktické strategie zaměřené na řešení problémů. Zároveň se potýkají s vyšším rizikem sociální izolace, protože jejich pečovatelská role bývá méně viditelná a společensky podporovaná.

Téma je aktuální nejen z pohledu zdravotní a sociální péče, ale i v kontextu podpory rodin, které se s touto náročnou situací potýkají. To zároveň úzce souvisí s oborem sociální práce v péči o duševní zdraví, neboť reflektuje psychické a sociální dopady náročné pečovatelské role na duševní stav pečovatelů. Sociální práce hraje klíčovou roli v podpoře pečujících osob, poskytování poradenství, prevence syndromu vyhoření a rozvíjení komunitních i individuálních podpůrných služeb.

1 Teoretická část

Teoretická část této diplomové práce se zaměřuje na komplexní vymezení problematiky neformální péče o nevléčitelně nemocné osoby a na teoretická východiska zvládnání zátěže (copingu) v této souvislosti. Nejprve jsou objasněny základní pojmy spojené s péčí o nevléčitelně nemocné, s důrazem na roli rodiny a specifika neformální péče, přičemž zvláštní pozornost je věnována mužům v pečovatelské roli. Následně je rozpracována problematika stresu, zátěže a zvládnání obtížných životních situací, včetně popisu obranných mechanismů a psychologických důsledků dlouhodobé péče.

Další podkapitoly představují klíčové teoretické koncepce copingu, zejména transakční model stresu a zvládnání podle Lazaruse a Folkmanové (1984) a model seberegulace podle Carvera a Scheiera (1981). Tyto přístupy poskytují důležitý interpretační rámec pro porozumění tomu, jak muži v pečovatelské roli hodnotí náročné situace spojené s péčí o nevléčitelně nemocného blízkého, jak na ně reagují a jaké strategie zvládnání v průběhu péče využívají. Zatímco transakční model zdůrazňuje význam kognitivního hodnocení situace a dostupných zdrojů při zvládnání stresu, model seberegulace umožňuje nahlížet coping jako součást cíleného úsilí jedince o udržení psychické rovnováhy a zvládnutí dlouhodobé zátěže. Závěrečná část je věnována sociálním, osobnostním a spirituálním zdrojům zvládnání, které působí jako ochranné faktory vůči negativním dopadům pečovatelské zátěže. Teoretická část tak vytváří konceptuální základ pro empirickou analýzu copingových strategií mužů – neformálních pečovatelů o nevléčitelně nemocné blízké osoby.

1.1 Problematika zátěžových situací

Během života se setkáváme s obtížnými situacemi, kterým musíme čelit. Při jejich řešení nám může pomoci řada faktorů. Některé z nich vycházejí přímo z naší osobnosti, z naší odolnosti (resilience), povahových rysů, z naší schopnosti zvládat problémy a zátěž, předchozí zkušenosti s těmito situacemi nebo naopak záleží na naší zranitelnosti. Jiné faktory se nacházejí mimo nás. Způsob, jakým se s danou situací vyrovnáme, ovlivňuje například náš sociálně-ekonomický status i celkové podmínky ve společnosti a systémové okolnosti. Důležitou roli hraje také sociální opora, tedy podpora a pomoc, kterou v náročných chvílích dostáváme od druhých lidí.

1.1.1 Adaptace

„Jednou ze základních podmínek vývoje člověka i jeho přežití je účinná adaptace na neustále se měnící podmínky působící v interakci lidského jedince s prostředím. Jedná se o široký pojem, který postihuje klíčovou vlastnost přírodních i umělých systémů. Obecně představuje takové chování systémů, které jim umožňuje přizpůsobení se podmínkám, v nichž existují, a tak je nezbytnou podmínkou jejich fungování, a u živých organismů tak přežití a vývoje. Organismus se neustále vyrovnává s nároky okolí a snaží se udržovat relativně stabilní stav vnitřní rovnováhy, označovaný jako homeostáza. Výrazné změny ve vnějším prostředí, případně i uvnitř organismu, ohrožující jednotlivé subsystemy nebo celý systém organismu, představují výjimečný stav, který bývá označován jako stresová situace.“ (Paulík, 2023, str.13)

Dle autorů Slaměníka, Výrosta (2001) lze adaptaci chápat jako proces přípravy na novou situaci – „vyzbrojení se“ k jejímu zvládnutí, tedy vnitřní nastavení a mobilizaci zdrojů pro nadcházející náročnou životní zkoušku. V hlubším významu pak „být adaptovaný“ znamená být dobře připraven na to, co mě čeká.

Křivohlavý (1994) chápe adaptaci jako vyrovnávání se se zátěží, která se pohybuje v relativně „normálních“ mezích – tedy v běžné toleranci a v nárocích, jež jsou pro člověka zpravidla poměrně dobře zvládnutelné. Naproti tomu zvládnání (coping) vymezuje jako zápas s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží, která je jako nadlimitní vnímána. Ta je nadlimitní buď svou intenzitou (mimořádně silná zátěž), nebo dobou trvání (mimořádně dlouhodobé působení zátěže). Zvládnání tak představuje vyšší úroveň adaptace: jde o řešení krizových situací a zásadních zlomů, kdy člověk nemá k dispozici dostatečné dovednosti ani znalosti, a proto musí strategie aktivně hledat, zkoušet a průběžně ověřovat.

1.1.2 Stres a zátěž

Jak uvádí Vodáčková (2020), člověk je průběžně vystavován různým podnětům, na něž musí reagovat; část z nich má povahu zátěže, se kterou se jedinec potřebuje vyrovnat. V této souvislosti Vodáčková (2020) vymezuje stres jako nespecifickou reakci organismu na jakoukoli zátěž, která je na něj kladena. Stres tedy nevzniká pouze „vnějším tlakem“, ale je výsledkem interakce mezi intenzitou působícího podnětu a schopností organismu tomuto tlaku odolávat (Vodáčková, 2020).

Reakce organismu na stres se může projevit prostřednictvím tzv. adaptačního syndromu, který probíhá ve třech fázích. Nejprve nastupuje poplachová fáze, v níž dochází k náhlému narušení vnitřní rovnováhy organismu. Následuje fáze rezistence, kdy je adaptace na stres maximální a organismus si na stresující podnět do určité míry „zvyká“. Pokud však zátěž trvá příliš dlouho nebo je příliš intenzivní a získaná rezistence nepostačuje, přichází fáze vyčerpání, jejímž důsledkem může být celkové selhání adaptačních a regulačních mechanismů (Vodáčková, 2020).

Zátěžové situace se přitom neodrážejí u všech lidí stejně. V oblasti psychosociálního stresu je klíčové, jaký význam člověk události přisuzuje, jaké má dostupné zdroje sociální opory a jaké jsou jeho osobnostní charakteristiky (Vodáčková, 2020). Tomu odpovídá i pojetí, které uvádí Hladký (2023): stres lze chápat jako specifický případ obecněji pojaté zátěže, kdy její míra překračuje únosnou hranici vzhledem k adaptačním možnostem organismu za daných podmínek. Tato „únosnost“ je dána poměrem expozičních faktorů (požadavků a nároků, jimž je jedinec vystaven a které musí zvládnout) a dispozičních faktorů (osobnostních předpokladů a zdrojů, jež umožňují nároky zvládat). Stresová situace se pak typicky rozvíjí tehdy, když je rozpor mezi expozičními a dispozičními faktory výrazný (Hladký, 2023). Tedy jinak řečeno, člověk nevnímá zátěžovou situaci jen podle toho, co se děje, ale také podle toho, jak ji sám chápe, jakou má podporu od okolí a jaké má vlastní síly a možnosti ji zvládnout. Ke stresu pak dochází hlavně tehdy, když nároky situace převýší to, co je člověk v dané chvíli schopen unést a zvládnout.

Činitelé vyvolávající stres bývají označovány jako stresory. Nakonečný (2015) upozorňuje, že stresory mohou mít primárně fyzickou, sociální či psychickou povahu, avšak v praxi se tyto roviny často překrývají a jejich přesné rozlišení může být nejednoznačné. Zároveň je užitečné rozlišovat

mezi stresory reálnými a potenciálními. To, zda se potenciální stresor promění ve stresor reálný, souvisí zejména se subjektivním hodnocením situace a s individuálními osobnostními charakteristikami, které toto hodnocení ovlivňují. Dále hraje roli způsob vyrovnávání se se zátěží (např. obranné reakce či copingové strategie), přítomnost nepříznivých životních událostí i každodenních drobných zátěží, předchozí zkušenosti jedince se stresem, míra sociální opory a také sociální status (Paulík, 2023).

Vedle stresorů však nelze opomenout ani faktory, které mohou zvládnání zátěže posilovat. Křivohlavý (2001) v této souvislosti uvádí tzv. salutory – tedy podpurné vlivy, které člověka v náročné situaci posilují, povzbuzují, dodávají mu energii, vytrvalost a odvalu pokračovat v zápasu se stresem. V kontextu prožívání zátěže je relevantní rovněž pojem frustrační tolerance, kterou Nakonečný (2015) popisuje jako individuálně rozdílnou míru podléhání frustraci. Ta souvisí nejen s vrozenou odolností, ale i s aktuálním psychofyzickým stavem jedince, intenzitou frustrované potřeby a blízkostí cíle, k němuž jedinec směřuje (Nakonečný, 2015). Z tohoto pohledu je zřejmé, že stres není pouze „objektivním“ důsledkem náročné situace, ale vzniká v dynamickém vztahu mezi charakterem zátěže a individuálními zdroji, interpretacemi a možnostmi, jimiž jedinec disponuje.

Důsledky stresu

Důsledky stresu se mohou projevit v různých rovinách a s odlišnou časovou dynamikou. Z hlediska časového průběhu je možné rozlišit bezprostřední projevy zátěže a stresu a dále účinky trvalejšího rázu, které se často rozvíjejí při dlouhodobém působení stresorů (Paulík, 2023).

Bezprostřední projevy se typicky objevují krátce po vystavení zátěžové situaci a mohou zahrnovat psychické reakce a krátkodobé stavy, například změny emočního ladění, únavu, mentální přesytení, ztrátu motivace či výpadky koncentrace a krátkodobé paměti. Současně se mohou objevit somatické reakce – od subjektivně nepříjemných pocitů (např. bolesti hlavy či břicha) až po objektivně měřitelné změny tělesných funkcí, jako je například zvýšení srdeční frekvence, krevního tlaku, dechové frekvence, svalového napětí, pocení nebo hladiny stresových hormonů. V behaviorální rovině se pak stres může projevit krátkodobými reakcemi, jako je zvýšená podrážděnost, hostilita či agresivita, případně stažení se do ústraní a pasivita (Paulík, 2023).

V případě dlouhodobě působících stresorů se mohou rozvíjet účinky trvalejšího rázu. Paulík (2023) v této souvislosti uvádí psychologické symptomy (např. dlouhodobou nespokojenost, únavu a vyčerpání), somatické symptomy (např. respirační a oběhové obtíže, dlouhodobé bolesti hlavy, přetrvávající sexuální obtíže či výraznější negativní změny chování) a také zvýšení nespecifické nemocnosti a rizika poruch duševního zdraví, mezi něž mohou patřit adaptační poruchy, posttraumatická stresová porucha či krátká reaktivní psychóza (Paulík, 2023). Časový aspekt je přitom významný i proto, že některé projevy mohou být zpočátku nenápadné a postupně přecházet do chronického zatížení, které začíná ovlivňovat každodenní fungování jedince.

Na intenzitu prožívané zátěže má vliv i charakter stresoru. Nakonečný (2015) upozorňuje, že jednotlivé stresory se liší svou „silou“ – například smrt blízké osoby představuje zpravidla výrazně intenzivnější stresor než stěhování nebo ztráta dokladů. Reakcí na stres je mobilizace adaptivních sil organismu, která jedince připravuje na tzv. reakci „boj nebo útěk“. Ta představuje přirozenou fyziologickou odpověď organismu na ohrožení, při níž dochází k aktivaci tělesných procesů směřujících buď k aktivnímu zvládnutí situace, nebo k úniku z ní. Současně se objevuje snaha o kontrolu stresující situace a pokud stres přetrvává, jedinec postupně přechází k aktivnějšímu úsilí situaci zvládnout prostřednictvím copingových strategií (Nakonečný, 2015). V kontextu dlouhodobé péče o blízkého se projevy stresu mohou kumulovat a nabývat specifické podoby. Kurucová (2016) popisuje devět příznaků zátěže rodinného pečovatele: popření diagnózy, zlost, snahu o izolaci, strach z budoucnosti, beznaděj, únavu a vyčerpání, poruchy spánku, popudlivost a neschopnost soustředit se na cokoli jiného než na onemocnění blízkého. Tyto projevy lze chápat jako signály narůstajícího zatížení, které často vyplývá z dlouhodobé kombinace praktických požadavků péče, emoční zátěže a nejistoty spojené s vývojem zdravotního stavu opečovávaného.

Pokud stres není včas rozpoznán a adekvátně řešen, může přerůst do distresu – tedy nadměrného, patologicky působícího stresu, který vzniká při nepoměru mezi zatěžujícími faktory a obrannými schopnostmi jedince zvládat potíže, až je překročena hranice subjektivní zvládnutelnosti. V takové situaci distres ohrožuje celkový stav člověka a u chronicky stresovaných pečovatelů zvyšuje riziko rozvoje syndromu vyhoření (Kurucová, 2016). Z pohledu psychosociální práce je proto klíčové vnímat jak časné signály přetížení, tak i dlouhodobé dopady stresu, a podporovat pečující v přístupech, které posilují zvládací kapacity, dostupnost opory a prevenci chronického vyčerpání.

1.1.3 Zvládání stresu

Zvládání stresu nelze chápat jako jednorázový akt, ale jako dynamický proces, který je ovlivňován řadou faktorů. Křivohlavý (2001) chápe stres jako jev, jehož průběh a dopad jsou ovlivňovány jednak osobnostními rysy člověka, jednak způsoby, jakými zátěž zvládá. Tyto způsoby zahrnují různé styly, strategie a techniky, které je možné alespoň částečně osvojit a dále rozvíjet. Důležitou roli přitom hraje i využívání vnější podpory a dalších zdrojů. Zvládání stresu je tak možné nahlížet jako interakční proces mezi jedincem, jeho možnostmi, hodnotami a zdroji na jedné straně a prostředím, které na něj klade určité nároky, na straně druhé. Výsledná podoba zvládání pak vychází z průběžného vyvažování mezi požadavky situace a dostupnými zdroji člověka.

Paulík (2023) popisuje několik základních cest, jak lze k zátěžovým situacím přistupovat. Zvládání může být založeno na eliminaci stresorů (včetně vyhýbání se, popírání či přeznačení situace), na mobilizaci či zpřístupnění vnějších zdrojů a opory nebo na posilování vlastních vnitřních zdrojů (např. tréninkem, otužováním a dalšími postupy). Vedle těchto přístupů však připouští i variantu rezignace, kdy jedinec rezignuje na aktivitu a situaci se pasivně poddává. Tato typologie ukazuje, že zvládání se může pohybovat na kontinuu od aktivního řešení až po únikové či rezignační strategie.

V odborné literatuře se často objevuje rozlišení na aktivní a pasivní styly zvládání. Křivohlavý (2001) tuto dualitu popisuje jako „vyhýbání se stresu“ a „stavění se na odpor stresu“. Vyhýbání

se směřuje k minimalizaci kontaktu se stresorem, zatímco stavění se na odpor představuje aktivní postoj vůči tomu, co člověka ohrožuje. Zároveň platí, že oba styly mohou být funkční – záleží na kontextu. Vyhýbání se bývá vhodnější v situacích, kdy lze očekávat menší intenzitu zátěže a krátké trvání, zatímco aktivní „boj“ se stresem se uplatňuje zejména tam, kde stres přetrvává delší dobu nebo se opakovaně vrací. V případě dlouhodobé péče o nevléčitelně nemocného blízkého lze předpokládat, že se pečující budou častěji uchýlovat k aktivnějším formám zvládnání, protože nároky situace jsou dlouhodobé, kumulativní a průběžně se proměňují.

Vedle stylů lze popsat konkrétní techniky zvládnání. Hošek (1999) je dělí na převážně aktivní a převážně pasivní a vychází přitom z instinktivního základu „útoků“ a „útěku“. Převážně aktivní techniky jsou odvozeny z útočného řešení zátěžové situace, často obsahují prvky zvýšené aktivity, motivace a někdy i agrese. Hošek (1999) mezi ně řadí například přímou agresi, upoutávání pozornosti, identifikaci, kompenzaci, sublimaci a racionalizaci. Racionalizaci přitom popisuje jako velmi rozšířený mechanismus, kdy jedinec své neúspěšné nebo nepřijatelné chování vysvětluje přijatelnými motivy či vnějšími faktory mimo vlastní kontrolu (Hošek, 1999).

Převážně pasivní techniky Hošek (1999) odvozuje od tendence „mrtvého brouka“ – psychologicky mají blíže k útěku či úniku, přestože samotný únik může být spojen i s vysokou aktivitou. Typicky jde však o strategie, které problém přímo neřeší a směřují spíše k vyvážení ze situace. Patří sem izolace, denní snění, únik do nemoci, regrese a popření. Řada těchto technik se zároveň překrývá s konceptem obranných mechanismů, protože slouží k redukci psychického napětí a ochraně jedince před zahlcením zátěží.

Z hlediska širšího rámce Paulík (2023, s. 115) shrnuje, „že lidská adaptace na zátěž probíhá dvěma základními způsoby: jako obranné reakce a jako zvládací reakce (coping). Obranné reakce bývají častěji automatické, někdy méně uvědomované a mohou mít charakter úniku či popření, zatímco coping představuje cílenější, aktivnější a obvykle uvědomovanější úsilí situaci zvládnout. Pro analytickou práci v oblasti péče a dlouhodobé zátěže je proto užitečné sledovat, jak pečující kombinují vnější zdroje opory, posilování vlastních vnitřních zdrojů a konkrétní zvládací strategie v čase – a jak se jejich styl zvládnání proměňuje podle intenzity a trvání stresové situace.“

Obranné mechanismy

Obranné mechanismy lze chápat jako převážně neuvědomované způsoby redukce úzkosti, které se aktivují při ohrožení sebepojetí. Jejich podstatou je změna, často i zkreslení hodnocení a prožívání reality, čímž mohou krátkodobě stabilizovat psychiku. Z dlouhodobého hlediska však mohou představovat spíše náhradní a méně funkční formy adaptace, protože problém neřeší, ale upravují jeho interpretaci. (Paulík, 2023)

Obranné mechanismy se podle Atkinson (2003) odlišují od strategií zvládnání náročných životních situací. Zatímco coping bývá zpravidla více uvědomovaný a může zahrnovat i aktivní práci se situací, obranné mechanismy jsou převážně neuvědomované. V krajních podobách se však mohou překrývat s maladaptivními způsoby zvládnání, a hranice mezi oběma pojmy proto nemusí být zcela ostrá. Podstatné je, že obranné mechanismy jsou primárně zaměřeny na regulaci emocí: nemění samotnou stresovou situaci, ale mění její vnímání, případně způsob, jak o ní člověk uvažuje. Atkinson (2003) zároveň upozorňuje, že tyto mechanismy v sobě zpravidla nesou prvek sebeklamu, protože realitu činí psychicky snesitelnější i za cenu určitého zkreslení.

Tab. 1 Přehled obranných mechanismů

Vytěsnění	odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí
Potlačení	upuštění od určité subjektivně atraktivní aktivity nebo její odložení na později
Regrese	návrat k projevům chování odpovídajícím mladšímu věku
Projekce	promítání svých pocitů a motivů do jiných lidí
Introjekce	zvnitřňování či přivlastňování si pocitů nebo výsledků jiných osob
Racionalizace	zdůvodňování pomocí "rozumných" a pochopitelných důvodů
Bagatelizace	snižování významu něčeho, co nemůžeme získat
Sebeobviňující chování	přičítání si viny za něco, co jsme buď vůbec nezpůsobili nebo za co jsme více či méně nemohli
Odčinění	snaha o nahrazení něčeho, co jsme způsobili, něčím jiným v zásadě hodnotným
Opačné postoje	snaha vyhnout se odpovědnosti zaujetím opačného stanoviska
Reaktivní výtvoř	jedinec utváří a projevuje opačné postoje, než jaké ve skutečnosti zaujímá
Sociální izolace	uzavření se do sebe před kontakty s okolím

Zdroj: vlastní zpracování podle Atkinson et al. (2013)

Tyto mechanismy ukazují, jak lidé mohou krátkodobě snižovat psychické napětí především prostřednictvím změny interpretace či emočního odstupu. Pro porozumění dlouhodobému zvládnání zátěže je však klíčové doplnit tento pohled o copingové strategie, které již představují cílenější způsoby, jak se jedinec vyrovnává se stresovou situací a jejími nároky.

1.2 Coping

Zájem o procesy, jimiž lidé zvládají stres, v posledních desetiletích výrazně narůstá (Moos, 1986). Významným východiskem současného výzkumu se stal transakční přístup, jehož konceptuální základy formuloval Lazarus (1984) již v 60. letech. Podle Lazaruse (1984) stres nevzniká pouze působením vnějších okolností, ale je výsledkem interakce mezi jedincem a prostředím, přičemž klíčovou roli hraje hodnocení situace. Lazarus (1984) vymezil tři navazující procesy: primární hodnocení (vnímání hrozby), sekundární hodnocení (hledání možných reakcí) a vlastní zvládnání, tedy realizaci zvolené reakce. (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984)

Ačkoli lze tyto procesy nejnázne popsat jako lineární sekvenci, Lazarus zdůraznil, že neprobíhají v nepřerušovaném toku. Výsledek jednoho procesu může znovu aktivovat předchozí proces. Například zjištění, že existuje účinná zvládací reakce, může vést k přehodnocení hrozby jako méně závažné. Naopak pokud zvládací strategie nefunguje tak, jak se očekávalo, může to vést k přehodnocení úrovně hrozby nebo k výběru jiné zvládací strategie. Celý tento soubor procesů se tak může opakovaně cyklit v rámci stresové transakce. (Carver et al., 1989)

Vymezení copingu a vztah k adaptaci

Problematika zvládnání životních těžkostí se v psychologické literatuře běžně označuje anglickým termínem coping. Křivohlavý (2002) upozorňuje na etymologické kořeny tohoto pojmu, které metaforicky odkazují k boji s protivníkem, a propojuje coping s aktivním řízením dění směřujícím ke změně nepříznivého stavu (moderování) (Křivohlavý, 2002). V tomto pojetí je coping možné chápat jako zvýšené úsilí uplatňované tehdy, když zátěž překračuje běžně zvládnutelnou míru

vzhledem k odolnosti jedince. Křivohlavý (2002) přitom rozlišuje adaptaci jako vyrovnávání se s běžnou zátěží a coping jako proces, který se uplatňuje v situacích nadlimitní (případně i podlimitní) zátěže, kdy je nutné mobilizovat zvýšené zdroje a strategie.

V definicích copingu se odborná literatura zpravidla opírá o Lazarusův přístup. Křivohlavý (1994) vymezuje coping jako proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou jedincem hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje, přičemž jádrem zvládnání je úsilí (intrapsychické i behaviorální) zvládat požadavky, které na člověka „těžce doléhají“. Paulík (2023, s. 118) coping dále charakterizuje jako *„behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související se snahou eliminovat, zvládat či tolerovat tlaky a tenze vycházející z interakce osobnosti a prostředí a zdůrazňuje jeho stabilizační funkci pro udržení psychosociální adaptace v průběhu stresové epizody“*.

1.2.1 Styly a strategie zvládnání

Vedle samotného vymezení pojmu coping se odborná literatura věnuje také různým podobám, které může zvládnání zátěže nabývat. Křivohlavý (2002) chápe styl zvládnání jako relativně stabilní tendenci reagovat v náročných situacích určitým, pro jedince typickým způsobem. Tato dispoziční rovina se může projevovat například sklonem vyhýbat se obtížím nebo naopak tendencí aktivně se jim postavit, přičemž právě tyto dva způsoby patří mezi často sledované formy zvládnání zejména v souvislosti se zdravotními problémy. Vyhýbání je orientováno na minimalizaci kontaktu se stresem, zatímco „odpor“ představuje aktivní postavení se proti ohrožení. Zároveň Křivohlavý (2002) upozorňuje, že volba stylu souvisí s dostupností zdrojů; vyhýbavý styl bývá častější u osob s omezenými možnostmi pro dlouhodobý boj (např. z hlediska zdraví, věku či socioekonomických zdrojů).

Pro označení konkrétnějších způsobů zvládnání zátěže se v odborné literatuře používá pojem strategie. Nakonečný (2015) upozorňuje, že stresová situace vede nejprve k aktivaci adaptačních sil organismu a ke snaze získat nad situací kontrolu. Pokud však zátěž trvá delší dobu nebo ji nelze snadno odstranit, nastupuje coping, který představuje zapojení kognitivních, emočních a behaviorálních procesů uskutečňovaných prostřednictvím různých strategií zvládnání. Samotný termín strategie bývá vykládán jako „pečlivě vypracovaný plán“ směřující k určitému cíli a v závislosti na povaze situace může mít strategie různou strukturu (např. statickou či dynamickou, jednoduchou či složitou) (Křivohlavý, 2002).

Výzkum copingových strategií se postupně posouval k jejich členění podle zaměření jednotlivých způsobů zvládnání. Kebza (2005) uvádí, že původní rozlišování mezi řešením problému a obrannými reakcemi bylo postupně nahrazováno dělením na strategie orientované na problém či situaci a strategie zaměřené na prožívání a emoce spojené se stresovou událostí. Někteří autoři k tomuto členění přidávají ještě třetí skupinu, označovanou jako vyhýbavé zvládnání, které je založeno na odvádění pozornosti od zátěžové situace nebo na rozptýlení (Kebza, 2005).

Z hlediska volby konkrétní strategie je klíčové kognitivní hodnocení situace. Pokud jedinec usoudí, že může situaci ovlivnit, častěji volí coping zaměřený na problém – přímou akci, získávání informací, změny vlastního chování, aktivní zásahy do prostředí nebo vyhledávání pomoci. Pokud se naopak jeví, že situaci ovlivnit nelze, převládá coping zaměřený na emoce, jehož cílem je regulace emočního doprovodu zátěže. Carver, Scheier a Weintraub (1989) pak v návaznosti

na tuto tradici uvádějí rovněž dysfunkční způsoby zvládání, například ventilaci negativních emocí, mentální či behaviorální disengagement a únik do návykových látek.

Konkrétní obsah strategií: problémové a emoční zvládání

Atkinson (2003) v rámci strategií řešení problémů zmiňuje kroky jako vymezení problému, hledání alternativ, zvažování jejich důsledků, volbu a realizaci řešení. Zároveň upozorňuje, že změna může být orientována i „dovnitř“ – jedinec upravuje vlastní aspirace, hledá alternativní způsoby uspokojení nebo si osvojuje nové dovednosti; účinnost takového postupu závisí zejména na zkušenostech a schopnosti sebeovládání. Podobně Kebza (2005) uvádí, že strategie zaměřené na problém mohou směřovat jak k přesnější definici problému a hledání řešení, tak k intrapsychickým změnám (např. změna motivace, aspirační úrovně, rozvoj znalostí a dovedností).

Atkinson (2003) chápe zvládání zaměřené na emoce v širším smyslu. Podle něj tento způsob lidé využívají jednak tehdy, když se snaží zabránit tomu, aby je negativní emoce zcela ochromily a znemožnily jim jednat, a jednak v situacích, které nemohou přímo ovlivnit. Autor přitom rozlišuje behaviorální formy zvládání, kam řadí například tělesnou aktivitu, vyhledávání sociální opory, ale i užívání alkoholu či drog, a dále kognitivní postupy, jako je dočasné odsunování problému z vědomí nebo proměna významu, který člověk dané situaci přikládá. Kebza (2005) zároveň shrnuje, že strategie soustředěné na pozitivní emoce mohou být významně přínosné, protože podporují pozitivní přehodnocení stresové situace. Jako významný zdroj zvládání se v této souvislosti opakovaně objevuje vyhledávání emoční opory u druhých lidí (Atkinson, 2003).

Za klíčový předpoklad porozumění procesům zvládání bývá považována kontrola, tedy možnost ovlivňovat průběh událostí a významné aspekty prostředí. Vnímaná míra kontroly přitom zásadně ovlivňuje, jak jedinec stres prožívá, snáší a jak účinně jej dokáže zvládat. Kebza (2005) upozorňuje, že v literatuře existují stovky popsaných způsobů zvládání i desítky klasifikací, přičemž společným jmenovatelem je požadavek, aby stres nebyl potlačován a popírán, ale byl rozpoznán a vhodnými postupy zpracován, například prostřednictvím pozitivní anticipace stresu, která umožňuje včasnou přípravu na předpokládané stresory.

1.2.2 Zdroje zvládání, účinnost a cíle copingu

Zvládání je úzce spojeno s dostupností zdrojů. Kebza (2005) rozlišuje extrapersonální zdroje (externí, např. sociální opora či finance) a intrapersonální zdroje (osobnostní vlastnosti, schopnosti a dovednosti). Současně připomíná pojmy moderátor a mediátor účinku stresu: moderátory jsou osobnostní a sociální proměnné, které ovlivňují vztah mezi stresorem a reakcí, zatímco mediátory se týkají kognitivního hodnocení stresu a rozsahu pozornosti, kterou mu jedinec věnuje.

Účinné postupy zvládání by měly naplňovat tři skupiny požadavků: snižovat psychofyzilogickou aktivaci a tím i riziko psychosomatických důsledků, neomezovat realizaci životních cílů a být v souladu s životním stylem a osobnostním založením jedince (Allen, 1983 in Kebza, 2005). Křivohlavý (2002) navíc zdůrazňuje, že coping je proces orientovaný na jasný cíl – může jím být snížení ohrožení, tolerance nepříjemného dění, zachování pozitivního obrazu sebe, udržení emocionálního klidu, vytvoření podmínek pro regeneraci i pokračování v sociální interakci.

V souvislosti se zvládáním se zmiňuje také role pohlaví. V literatuře se objevuje předpoklad, že muži mohou ve stresu častěji reagovat agresí, zatímco ženy spíše depresivně (Bateson, 2000; Kebza, 2005). Šolcová (2019) upozorňuje, že na úrovni prožívání a chování ženy mohou záťažových situacích častěji využívat podpurné a afiliativní chování a více vyhledávat sociální oporu. Na úrovni prožívání a chování zmiňují u žen zvýšenou tendenci k podpurnému, přátelskému chování a vyhledávání sociální opory. Tyto závěry však je vhodné interpretovat citlivě a vždy v kontextu konkrétní situace a dostupných zdrojů.

Taktiky zvládání a návaznost na operacionalizaci strategií

Vedle strategií se literatura věnuje i taktikám, tedy dílčím krokům zvládání. Křivohlavý (2002) v této souvislosti popisuje například relaxaci, dechová cvičení, imaginaci a meditaci. Kebza (2005) doplňuje další postupy, jako je biofeedback, tělesné cvičení a prvky kognitivně-behaviorálních přístupů (sebemonitorování, kognitivní restrukturalizace a posilování víry ve vlastní schopnosti). Tyto taktiky ukazují, že zvládání může mít jak obecnou (stylovou), tak i vysoce konkrétní podobu a může zahrnovat široké spektrum kognitivních, behaviorálních i emočních postupů.

Současně se v literatuře objevují detailní nástroje pro měření zvládání. Jedním z nejznámějších je dotazník COPE, který rozlišuje více specifických způsobů zvládání – od aktivního zvládání přes vyhledávání instrumentální a emoční opory, plánování či pozitivní reinterpretaci až po humor. Právě tento přístup – tedy členění copingu na konkrétní, empiricky rozlišitelné strategie – představuje důležitý most k pojetí copingu u Carvera (1989) a jeho spolupracovníků.

Pojetí copingu podle Carvera (1989)

Na obecné vymezení copingu podle Lazaruse a Folkmanové (1984) navazují v 80. letech práce Charlese S. Carvera a Michaela F. Scheiera, které tento rámec dále rozpracovávají směrem k přesnějšímu popisu strategií zvládání a jejich empirickému uchopení (Carver, Scheier a Weintraub, 1989). Carver a Scheier (1981; 1985) chápou coping jako součást širšího systému seberegulace, prostřednictvím něhož jedinec usiluje o udržení nebo obnovení rovnováhy mezi požadavky situace, vlastními cíli a možnostmi jejich naplňování.

Zvládání stresu je v tomto pojetí nahlíženo jako dynamický proces, v němž člověk průběžně vyhodnocuje situaci, reguluje své emoce i chování a přizpůsobuje své jednání měnícím se okolnostem. Carverův přístup je pro tuto práci významný zejména proto, že nabízí teoreticky ukotvené členění copingových strategií, které je dále využito i v praktické části práce při analýze způsobů zvládání pečovatelské zátěže u participantů.

Současně se v literatuře objevují detailní nástroje pro mapování způsobů zvládání zátěže. Jedním z nejznámějších je inventář COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), který rozlišuje více specifických strategií. Na původní COPE navazuje zkrácená verze Brief COPE (Carver, 1997), vytvořená pro aplikovaný výzkum v situacích, kde je potřeba snížit zátěž respondentů, a přesto zachytit širší spektrum zvládacích reakcí. Brief COPE pracuje se 14 dvoupoložkovými subškálami, které popisují konkrétní a empiricky rozlišitelné strategie zvládání:

- aktivní zvládání,
- plánování,
- vyhledávání instrumentální opory,
- vyhledávání emoční opory,
- pozitivní přerámování (pozitivní reinterpretace),

- přijetí,
- náboženství/spiritualita,
- ventilace emocí,
- popírání,
- odpojení od chování (behaviorální disengagement),
- užívání alkoholu/drog,
- humor,
- rozptýlení (self-distraction),
- sebevina/sebekritika (self-blame) (Carver, 1997).

Tento přístup – tedy členění copingu na konkrétní strategie – představuje důležitý most mezi transakční teorií stresu a copingu a Carverovým pojetím zvládání jako součásti seberegulace. V této práci nejsou škály Brief COPE využity jako dotazníkový nástroj ke skórování, ale jako teoreticky ukotvený rámec pro deduktivní kódování a popis copingových strategií ve výpovědích respondentů.

Carver (1989) zároveň upozorňuje, že coping nelze hodnotit dichotomicky jako „dobrý“ či „špatný“, protože účinnost strategie se odvíjí od situace, dostupných zdrojů a časové perspektivy. Vyhýbání se může být z dlouhodobého hlediska nevýhodné, ale v akutní fázi může poskytovat nezbytnou úlevu. Podobně pozitivní reinterpretace může podporovat přijetí reality, ale může být problematická, pokud slouží k popírání závažnosti situace. Důraz na flexibilitu a procesní charakter zvládání dále rozvíjejí Carver a Connor-Smith (2010), kteří coping chápou jako mnohorozměrný systém adaptivního řízení, v němž je klíčová schopnost měnit strategii podle měnících se podmínek.

Carverovo pojetí je úzce spjato s teorií behaviorální seberegulace založené na principu zpětné vazby mezi cíli, chováním a emocemi (Carver & Scheier, 1981). Emoce zde fungují jako signál směřování k cíli nebo naopak jako indikátor frustrace; copingové strategie jsou prostředkem korekce odchylek, obnovení kontroly a udržení smyslu. Z tohoto hlediska je úspěšnost zvládání podmíněna vnímáním vlastní účinnosti, dostupností zdrojů a interpretací situace, kterou jedinec vytváří.

Pojetí copingu podle Carvera (1989) tak představuje důležité rozšíření klasického transakčního modelu Lazaruse a Folkmanové (1984). Zatímco Lazarus a Folkmanová (1984) kladou důraz na vztah jedince a prostředí a na roli kognitivního hodnocení, Carver (1989) integruje coping do širšího systému seberegulace, motivace a cílově orientovaného řízení chování. Coping zde není chápán pouze jako reakce na stres, ale jako aktivní proces, jehož prostřednictvím jedinec usiluje o zachování vnitřní rovnováhy, autonomie a smyslu.

Specifika mužského prožívání a copingového stylu

Paulík (2010) se zmiňuje, že z výzkumů vyplývá, že muži a ženy volí odlišné způsoby zvládání zátěže. Muži preferují strategie zaměřené na úkol a výkon, zatímco ženy častěji volí strategie emočně orientované. Tento rozdíl souvisí s genderově podmíněnou socializací a s konceptem hegemonní maskulinity (Connell & Messerschmidt, 2005), který lze chápat jako společensko-kulturně vytvářený a reprodukováný ideál mužství. Ten zdůrazňuje například kontrolu, sílu, samostatnost, výkonnost a emoční zdrženlivost, přičemž ovlivňuje i to, jak muži prožívají a navenek vyjadřují zátěž. V situaci péče mohou muži usilovat o to, aby si udrželi pozici schopného

organizátora a současně nezatěžovali ostatní členy rodiny vlastními emocemi. Takto stoicky orientovaný způsob zvládnání však může souviset s potlačováním emocí a se sníženou schopností včas rozpoznat vlastní přetížení (Dudová & Volejníčková, 2018).

Machová (2019) poukazuje na to, že muži mohou žádost o pomoc interpretovat jako známku osobního selhání. V důsledku toho se u nich častěji objevuje tzv. skryté vyhoření, tedy dlouhodobé vyčerpání, které není navenek doprovázeno otevřeným přiznáním psychické krize. Pečující muži přitom často pokračují ve fungování „na výkon“ – dál plní povinnosti a zůstávají aktivní, avšak postupně se u nich oslabuje schopnost regenerace, klesá radost z běžných věcí a může se zhoršovat i emoční dostupnost vůči okolí. Paulík (2010) k typickým projevům tohoto stavu řadí zvýšenou podrážděnost, poruchy spánku a tendenci „utíkat“ do práce nebo do technických a praktických činností, které mohou sloužit jako způsob odvádění pozornosti od emoční zátěže.

Skryté vyhoření u mužských pečujících lze chápat jako výsledek souběhu několika zátěžových vlivů. Významnou roli zde hraje kumulace rolí – současné zvládnání zaměstnání a náročné domácí péče – společně s nedostatkem odpočinku, emoční izolací a omezenou možností sdílení prožitků (Halík & Říhová, 2018). Maslach a Leiter (2016) přitom upozorňují, že klíčovým prediktorem vyhoření je dlouhodobé přetížení, zejména pokud chybí adekvátní zpětná vazba, ocenění nebo pocit smysluplné reciprocit. U mužů může tento proces dále zesilovat vnitřní tlak „zvládnout to sám“, který souvisí s normami mužské identity a se sociálním očekáváním autonomie, kontroly a výkonu (Connell & Messerschmidt, 2005).

V emoční rovině se navíc vyhoření u mužů často manifestuje nepřímo a bývá hůře rozpoznatelné. Místo otevřeného smutku či depresivního ladění se může objevovat cynismus, sarkasmus, zvýšená konzumace alkoholu nebo somatické obtíže (Machová, 2019). Právě tato „maskovaná“ podoba zvyšuje riziko, že okolí zátěž podcení nebo ji bude interpretovat jako povahový rys. Pro odborníky i rodinu je proto podstatné všimnout si nepřímých signálů přetížení a volit takový způsob nabídky podpory, který nebude vnímán jako kritika nebo zpochybnění kompetence pečujícího muže (Dudová & Volejníčková, 2018).

1.3 Neformální péče

Pojem „neformální péče“ nemá jednoznačné vymezení. V odborné literatuře neexistuje univerzálně platná definice, avšak lze identifikovat určité společné rysy, na nichž jednotlivé definice staví.

Dragomirecká (2020) vymezuje neformální péči jako péči poskytovanou člověku, který již v důsledku snížené soběstačnosti nezvládá postarat se sám o sebe, přičemž tuto péči zajišťuje osoba mimo institucionální rámec. Neformální péče je proto označována také jako péče rodinná nebo laická. Z hlediska pečujícího je podstatné, že jde o osobní rozhodnutí převzít péči o blízkého člověka v určitém rozsahu, a to bez formální smlouvy či jiného písemného ujednání. Toto rozhodnutí bývá zpravidla motivováno osobní, nejčastěji rodinnou blízkostí.

Ve srovnání s péčí profesionální se neformální péče vyznačuje několika typickými znaky. Nejčastěji ji poskytují rodinní příslušníci, blízcí, přátelé nebo sousedé. Pečující nejsou profesionálně vyškoleni, i když v některých případech mohou absolvovat specializované kurzy.

Péče nebývá upravena smluvně a obvykle za ni nenáleží mzda, přestože pečující mohou mít nárok na určité formy finanční podpory. Rozsah vykonávaných činností je přitom široký a zahrnuje nejen praktickou pomoc, ale také emocionální podporu. Charakteristické je rovněž to, že čas věnovaný péči nebývá jasně vymezen a pečující jen zřídka mohou být z péče zcela „mimo službu“. Současně se často ocitají v situaci, kdy nemají odpovídající sociální ochranu.

1.3.1 Rodina jako kontext neformální péče a socializace

Rodina představuje klíčové prostředí, v němž se neformální péče nejen realizuje, ale také významně utváří své normativní opodstatnění. V sociální realitě bývá rodina vnímána jako prostor reciprocity, sdílené odpovědnosti a vzájemné pomoci, což se promítá i do očekávání, že v situaci ztráty soběstačnosti bude podpora primárně zajištěna v rámci blízkých vztahů. Palonciová (2023) zdůrazňuje, že rodina si i v podmínkách rostoucí diverzity rodinných forem zachovává vysokou hodnotu a zůstává významným socializačním činitelem, zejména v raných fázích života, kdy se formuje hodnotový a normativní systém jedince. Rodina zároveň není homogenním ani bezkonfliktním prostředím; veřejnost připouští, že může být zdrojem napětí a že může do určité míry omezovat individuální rozhodování, což je relevantní i pro vyjednávání pečovatelských rolí v konkrétních rodinách (Palonciová, 2023).

Současně je vhodné reflektovat, že pojem „rodina“ se v praxi obtížně vymezuje jednotně, protože zahrnuje různé formy soužití a různě definované vazby a role. Právě proměny rodinných struktur a funkcí zvyšují potřebu tuto oblast průběžně analyzovat a vytvářet aktuální podklady pro koncepční a strategickou práci v oblasti rodinné a sociální politiky (Palonciová, 2023). V kontextu neformální péče je tak rodina nejen „místem péče“, ale i rámcem, v němž se vytvářejí očekávání, kdo má pečovat, jakou míru podpory je „správné“ poskytnout a jakým způsobem se má pomoc v rodině distribuovat.

Významné je rovněž odlišení dvou dimenzí péče. Národní centrum pro rodinu (2017) upozorňuje, že péče má jak rozměr fyzický (praktické úkony, které lze zajistit i prostřednictvím placené služby), tak rozměr emocionální, který je spojen s blízkostí, odpovědností a vztahovým zakotvením. Právě emocionální složka péče je obtížně přenositelná na „kohokoli“ a často tvoří podstatnou část rodinné péče, i když není navenek snadno měřitelná či institucionálně zachytitelná (Národní centrum pro rodinu, 2017). To zároveň napomáhá vysvětlit, proč se neformální péče často odehrává mimo veřejnou pozornost, a proč bývá společensky podhodnocována, přestože má význam nejen pro jednotlivce a rodiny, ale i pro společnost jako celek (Národní centrum pro rodinu, 2017; Palonciová, 2023).

Úloha rodiny v péči o nemocného nebo nesoběstačného člena prodělala v průběhu času významné proměny. Bártlová (2005) popisuje, že zatímco dříve byla péče o nemocné členy rodiny běžně zajišťována v domácím prostředí, postupně došlo k posunu odpovědnosti směrem ke zdravotnickým a pobytovým institucím. Tento vývoj lze chápat jako změnu rolí mezi rodinou a institucí, kdy se péče ve větší míře „profesionalizovala“ a přesunula mimo domácnost (Bártlová, 2005). Zkušenosti vyspělých zemí však zároveň ukazují, že žádná instituce nemůže plně nahradit roli rodiny v péči o nemocné a postižené členy a význam rodiny v tomto ohledu zůstává nenahraditelný (Bártlová, 2005).

V této souvislosti Bártlová (2005) zmiňuje také trend posilování domácí péče, který akcentuje léčbu a ošetřování v domácím prostředí a tím znovu zvýrazňuje význam rodiny jako klíčového aktéra péče. S domácí péčí však souvisí i praktické limity: prostorová rozptýlenost širší rodiny může poskytování pomoci komplikovat a u starších členů rodiny vést k omezené dostupnosti přirozené podpory (Matoušek, 1993). Z pohledu sociální práce je proto důležité nahlížet na rodinu nejen jako zdroj péče, ale také jako dynamický systém, jehož možnosti jsou ovlivněny strukturou domácnosti, geografickou dostupností, pracovními rolemi, vztahovou kvalitou i dostupností formálních služeb.

1.3.2 Genderové aspekty neformální péče

Neformální péče o seniory je dlouhodobě spojena s výraznou genderovou nerovnoměrností. Dragomirecká et al. (2020) upozorňují, že pečovatelská práce je v rodinách častěji připisována ženám a zpravidla se odehrává v soukromé sféře bez přímé finanční odměny. Tato nízká společenská viditelnost zároveň podporuje představu, že jde o samozřejmou součást ženské role. V českém prostředí se to projevuje například tím, že péči o nesoběstačného partnera častěji zajišťuje manželka a na péči o stárnoucí rodiče se více podílejí dcery a snachy, zatímco zapojení mužů bývá méně časté a častěji souvisí se specifickými životními okolnostmi.

Významné vysvětlení těchto rozdílů nabízí genderová perspektiva. Dudová a Volejníčková (2014) ukazují, že přijetí pečovatelské role bývá ženami často chápáno jako přirozené pokračování rodinného vzorce, který si nesou z předchozích generací. Péče o stárnoucí rodiče je tak implicitně spojována spíše s dcerami, zatímco nižší míra zapojení synů bývá vnímána jako očekávatelná. Pokud se muži do péče zapojují, může být jejich účast interpretována jako něco neobvyklého a někdy bývá vysvětlována vlastnostmi kulturně spojovanými spíše s femininitou, například citlivostí nebo vztahovostí. Takové interpretace ukazují, jak hluboce je představa péče jako převážně ženské záležitosti zakořeněna.

Genderové rozdíly v péči však nejsou utvářeny pouze normami a očekáváními. Dudová a Vohlídalová (2018) upozorňují také na význam praktických podmínek každodenního života, zejména dostupnosti zdrojů, pracovního uplatnění, rodinného uspořádání a možností sladování péče s dalšími rolemi. Ženy v pečovatelské roli proto častěji nesou kumulaci povinností a jsou více vystaveny dlouhodobému časovému zatížení, což se může promítat do jejich ekonomické situace i psychosociálních dopadů péče. Muži naopak častěji vstupují do role pečujícího tehdy, když v rodině chybí jiná dostupná osoba nebo když jde o péči o partnerku.

Pro sociální práci a podpůrné služby z toho vyplývá, že gender nelze chápat pouze jako doprovodný kontext, ale jako faktor, který ovlivňuje rozdělení pečovatelské odpovědnosti i způsob, jakým je tato role prožívána. V návaznosti na další části práce je proto důležité sledovat nejen to, kdo péči poskytuje, ale také jak jednotliví pečující zátěž zvládají, jak o ní mluví, jak ji interpretují a jaké zdroje pomoci považují za přijatelné (Dragomirecká et al., 2020; Dudová a Volejníčková, 2014; Dudová a Vohlídalová, 2018).

1.3.3 Role pečovatele

Neprofesionálové, kteří zajišťují dlouhodobou nebo paliativní péči o blízkou osobu v domácím prostředí, jsou v odborné literatuře nejčastěji označováni jako neformální/rodinní pečující. Roli pečovatele může převzít nejbližší příbuzný, partner nebo blízká osoba, která se podílí na zajištění individuální, komplexní péče a spolupracuje s dalšími členy rodiny i s profesionály (Kurucová, 2016). V českém kontextu bývá péče zpravidla soustředěna kolem jedné hlavní osoby, která vystupuje v roli primárního pečujícího, zatímco další blízcí zajišťují spíše částečnou nebo doplňkovou podporu (Bártlová, 2005). Současně však nelze automaticky předpokládat, že všichni členové rodiny mají kapacitu nebo ochotu tuto roli převzít; rozdělení pečovatelských úkolů je proto vhodné v rodině explicitně vyjednat (Kurucová, 2016).

Rozsah a charakter pečovatelské role se výrazně liší a je ovlivněn řadou faktorů. Patří mezi ně zejména délka a intenzita péče, míra závislosti opečovávané osoby, složitost zdravotního stavu, prognóza, načasování převzetí role, připravenost pečujícího a dostupnost podpůrných služeb v místě bydliště. Významně působí také kvalita vztahu mezi pečujícím a opečovávaným a celková dynamika vztahů v rodině, protože pečovatelská role se v čase proměňuje a může se měnit i rozdělení odpovědností a hranic (Bártlová, 2005; Payne, 2007).

Payne (2007) upozorňuje, že stát se pečujícím znamená vstoupit do specifické vztahové role, která nemusí být druhou stranou jednoznačně přijímána. Opečovávaní mohou péči odmítat, mohou se obávat ztráty autonomie nebo toho, že se stanou pro rodinu „břemenem“. Podobně i pečující mohou prožívat ambivalenci: kombinují odpovědnost a závazek s únavou, nejistotou a tlakem na výkon role. Tyto postoje je vhodné chápat jako součást širšího psychosociálního rámce péče, který může ovlivňovat spolupráci v rodině i ochotu vyhledat pomoc (Payne, 2007).

Sociální vztahy spojené s péčí přitom nemusí mít pouze podpůrný charakter. Payne (2007) shrnuje, že „pomoc“ může mít i nepříznivé podoby, zejména pokud je vnímána jako neúčinná, nevyžádaná či zatěžující. Rizikové aspekty vztahové podpory zahrnují zejména:

- neúčinnou pomoc, která reálně nevede ke snížení zátěže;
- nadměrnou pomoc, jež může prohlubovat závislost příjemce péče;
- nechtěné nebo nepříjemné interakce, které zvyšují napětí a konflikty;
- podporu nezdravého chování (Payne, 2007).

Z hlediska rodinného systému může být zátěž výraznější v menších příbuzenských sítích, kde se kumulované požadavky soustředí na úzký okruh osob. Naopak ve větších a diverzifikovanějších sítích bývá více možností sdílení péče a čerpání zdrojů, a tím i nižší riziko přetížení jednotlivce (Payne, 2007).

Dlouhodobé poskytování péče proto představuje dynamický proces, který může být při vysoké intenzitě obtížně udržitelný. U pečujících se mohou postupně objevovat úzkost, vyčerpání, omezení sociálních kontaktů a komplikace v pracovní oblasti, zejména pokud je péče kombinována se zaměstnáním a pokud okolí (včetně zaměstnavatele) reaguje na pečovatelské potřeby různou mírou podpory (Payne, 2007). Z pohledu sociální práce je proto klíčové průběžně posuzovat, jak pečující vnímá odpovědnost, jaké má aktuální zdroje a jaké potřeby podpory se u něj v průběhu péče objevují – a podle toho cíleně nabízet informační, vzdělávací či poradenskou podporu (Kurucová, 2016; Payne, 2007). Tyto proměnné současně vytvářejí podmínky pro to,

jaké strategie zvládání zátěže (coping) pečující volí a které z nich se v dané situaci ukazují jako funkční.

1.3.4 Podpora profesionálů

Podpora rodinných pečujících je v současném pojetí stále častěji rámována konceptem sdílené péče, tedy takového uspořádání, v němž pečující nezůstává na péči sám, ale může kombinovat podporu rodiny a blízkých s využitím sociálních a zdravotních služeb. Rodinná péče může mít různé podoby a často se prolíná s profesionální péčí, zdravotní péčí v domácím prostředí i s odlehčovacími (respitivními) formami podpory (Dragomirecká et al., 2020).

Pro popis zátěže a podpůrných potřeb je užitečné rozlišit stupně péče podle její intenzity. Dragomirecká et al. (2020) uvádějí tři základní úrovně:

- Podpůrná péče – zahrnuje zejména organizační a praktickou pomoc (např. doprovody, vyřizování, logistiku, podporu v návaznosti na finanční a zdravotní otázky), obvykle nepravidelně podle aktuálních potřeb.
- Neosobní péče – soustřeďuje se na zajištění chodu domácnosti a podpůrných činností, často pravidelně a časově náročně.
- Osobní péče – představuje nejnáročnější úroveň; zahrnuje přímou pomoc při sebeobsluze a úkonech každodenního života (hygiena, strava, podávání léků, přesuny), často za vysoké míry odpovědnosti a časové vázanosti, s výraznou psychickou i fyzickou zátěží pečujícího (Dragomirecká et al., 2020).

Možnosti profesionální podpory v domácím prostředí lze přehledně členit podle toho, zda jde o sociální služby nebo zdravotní služby, protože tyto dvě oblasti se liší právním rámcem, způsobem úhrady i vstupními podmínkami.

Sociální služby v domácím prostředí

V domácnosti mohou rodinné péči významně pomoci terénní sociální služby, zejména:

- pečovatelská služba, která poskytuje pomoc osobám se sníženou soběstačností v předem domluveném čase (např. podpora při sebeobsluze, hygiena, stravování, nákupy či doprovody);
- osobní asistence, která je určena pro situace, kdy je potřeba rozsáhlejší či dlouhodobější podpora a kde časové vymezení služby může být pružnější (MPSV, 2025).

Tyto služby jsou obvykle poskytovány za úhradu; v praxi je jejich financování často propojeno s nástroji sociální ochrany, zejména s příspěvkem na péči (MPSV, 2025). Klíčovým přínosem terénních služeb je, že snižují přímou časovou a fyzickou zátěž rodinného pečujícího a umožňují péči lépe rozdělit.

Zdravotní služby v domácím prostředí

Vedle sociálních služeb existují i zdravotní služby poskytované v domácnosti, zejména:

- domácí zdravotní péče (home care), která je hrazena ze zdravotního pojištění a je vázána na indikaci/předpis lékařem; zaměřuje se na zdravotní výkony (ošetřování, aplikace léčby, rehabilitační úkony apod.) (MPSV, 2025),

- paliativní péče, jejímž cílem je zmírnění utrpení, bolesti a zachování kvality života u nevléčitelně nemocných v závěru života; může být poskytována v zařízení i v domácím prostředí prostřednictvím terénních forem paliativní péče (MPSV, 2025).

Profesní podpora v domácím prostředí má pro rodinné pečující zásadní význam nejen jako praktická pomoc, ale také jako externí zdroj zvládnutí, který může snižovat subjektivně vnímanou zátěž, posilovat pocit kompetence a přispívat k udržitelnosti péče. Dostupnost a vhodná kombinace služeb proto přímo ovlivňuje podmínky, za nichž rodinní pečující volí a uplatňují copingové strategie, a tím i jejich dlouhodobou adaptaci na nároky pečovatelské role (Dragomirecká et al., 2020; MPSV, 2025).

Vymezení role rodinného pečujícího a dostupných forem profesionální podpory ukazuje, že neformální péče v domácím prostředí má proměnlivou intenzitu a často vyžaduje kombinaci rodinných zdrojů a služeb. Zvláštní nároky pak vznikají v situacích, kdy se péče vztahuje k osobám s nevléčitelným onemocněním a postupně se posouvá do závěru života. Následující kapitola proto upřesňuje definici a význam péče o nevléčitelně nemocné osoby a vymezuje její specifika v domácím i institucionálním kontextu.

Možnosti prevence a podpory

Prevence vyhoření u neformálních pečujících musí být pojímána víceúrovňově. Efektivní přístup proto kombinuje systémová opatření se strategií individuální podpory a rozvoje zvládacích kapacit pečujících. V perspektivě sociální práce se jako vhodná ukazuje integrace edukačních, respitních a psychosociálních intervencí, které reagují jak na praktické nároky péče, tak na její emoční a vztahové dopady (Halík & Říhová, 2018; MPSV, 2020).

Na individuální úrovni je klíčová psychoedukace, která pečujícím pomáhá rozpoznat vlastní limity, potřebu odpočinku a varovné signály přetížení. Zvláště u mužských pečujících se zároveň ukazuje důležité volit takovou formu a jazyk edukace, který nebude vnímán jako ohrožení maskulinní identity. Místo důrazu na „sdílení emocí“ může být účinnější rámovat téma jako udržení výkonu, rovnováhy a dlouhodobé funkčnosti v roli pečujícího (Paulík, 2010). Současně je nezbytné podporovat využívání respitních služeb a sdílené péče v rodině. Výstupy MPSV (2020) potvrzují, že pečující, kteří mají pravidelný prostor pro odpočinek nebo se v péči střídají, vykazují nižší míru vyhoření.

Psychosociální intervence by měly zohledňovat genderové souvislosti a specifika mužského prožívání zátěže. Respektující individuální poradenství či strukturovaná skupinová setkání mohou vytvářet bezpečný prostor pro sdílení i zpracování emoční zátěže bez pocitu zpochybnění kompetence pečujícího (Dudová & Volejníčková, 2018). V praxi se osvědčuje využívat jazyk kompetence a odpovědnosti – například rámování „péče o sebe“ jako nezbytné součásti kvalitní péče o druhého. V této souvislosti Atkinson (2019) zdůrazňuje význam resilience, tedy schopnosti nalézat smysl i v náročných podmínkách. Resilience může působit jako ochranný faktor zejména tehdy, je-li podpořena pocitem smysluplnosti a uznáním ze strany okolí (Atkinson, 2019).

Na systémové úrovni je žádoucí rozvíjet dostupné programy pro pečující, které zahrnují poradenství, krizovou intervenci i následnou podporu v období po úmrtí blízkého (Halík &

Říhová, 2018; MPSV, 2020). Součástí systémových opatření by mělo být také cílené vzdělávání profesionálů (sociálních pracovníků, sester a lékařů) v oblasti včasného rozpoznání skrytého vyhoření a v poskytování podpory způsobem, který je pro mužské pečující přijatelný a nestigmatizující.

WHO (2019) vymezuje vyhoření jako důsledek chronického stresu a zdůrazňuje význam prevence prostřednictvím podpory rovnováhy mezi pracovním a osobním životem. Ačkoli bývá syndrom vyhoření tradičně spojován především s výkonem placené profese, jeho principy lze vztáhnout také na oblast neformální péče. V případě pečujících se totiž péče o blízkého stává každodenní, dlouhodobou a vysoce náročnou činností, která má charakter práce, přestože není finančně ohodnocena a často ani společensky plně rozpoznána. Také zde dochází k dlouhodobému zatížení, vysoké odpovědnosti, emoční angažovanosti i omezení prostoru pro vlastní regeneraci. V kontextu neformální péče o blízkého je proto princip prevence vyhoření dobře přenositelný: dlouhodobě udržitelná péče předpokládá kombinaci strukturálních opatření a citlivé individuální podpory. Komplexní prevence skrytého vyhoření u mužských pečujících proto spočívá v propojení edukace, podpory identity, dostupných respitních služeb a otevřené, avšak respektující komunikace. Klíčové je normalizovat odpočinek a využití pomoci jako součást odpovědné péče – nikoli jako projev slabosti, ale jako projev zralosti a kompetence v roli pečujícího (Machová, 2019; Paulík, 2010).

Pojem neformální péče nemá v odborné literatuře ani v praxi zcela jednotné vymezení; jednotlivé definice se liší zejména v tom, zda kladou důraz na vztah pečujícího a příjemce péče, míru pravidelnosti péče, nebo na to, zda jde o péči poskytovanou v domácnosti či mimo ni. V českém kontextu se pro péči o osobu blízkou vžil termín neformální pečující, přičemž nejde nutně pouze o členy nejbližší rodiny – péči mohou poskytovat také přátelé, vzdálení příbuzní či sousedé. Neformální péče se typicky vztahuje k situacím, kdy člověk v důsledku snížené soběstačnosti potřebuje podporu v běžném životě; MPSV současně vymezuje, kdo je pro účely systému sociálních služeb považován za neformálního pečujícího (MPSV, 2025).

V mezinárodním srovnání OECD upozorňuje, že srovnatelnost dat je obtížná mimo jiné právě kvůli rozdílům v definicích napříč průzkumy a zeměmi. Pro účely svých indikátorů OECD vymezuje neformální pečující jako osoby poskytující pomoc starším rodinným příslušníkům, přátelům či lidem ve své sociální síti (v domácnosti i mimo ni), kteří potřebují podporu v každodenních činnostech (OECD, 2025).

V odborné literatuře jsou za společné znaky neformální péče považovány zejména její neinstitucionalizovaný charakter, faktická návaznost na osobní vztah mezi pečujícím a příjemcem péče a skutečnost, že péče zpravidla není vykonávána jako profesionální služba, přestože může zahrnovat široké spektrum úkonů včetně emoční podpory (Dragomirecká et al., 2020).

1.4 Definice a význam péče o nevléčitelně nemocné osoby

Péče o nevléčitelně nemocné blízké osoby představuje pro rodinu i neformální pečující jednu z nejnáročnějších životních situací, která dlouhodobě zatěžuje fyzickou kapacitu, psychickou odolnost i emoční stabilitu. Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní péče přístupem, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin v situacích spojených s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, hodnocení a léčby bolesti a dalších obtíží tělesné, psychické, sociální a spirituální povahy (WHO, 2020). Paliativní péče tedy nepředstavuje „péči až na konci“, ale komplexní, celostní přístup, jehož cílem je podporovat důstojnost a kvalitu života pacienta i jeho blízkých v průběhu celé nemoci.

Paliativní potřeby se typicky zvyšují v pokročilých fázích onemocnění, nicméně jejich vznik není omezen pouze na terminální období. Zvláště u neonkologických diagnóz s obtížně predikovatelným průběhem může být paliativní přístup uplatňován dlouhodobě, přičemž jeho intenzita se mění podle aktuálního stavu pacienta a rodiny. Z praxe vyplývá, že část pacientů je do specializované paliativní péče předána pozdě, což omezuje možnosti včasné stabilizace symptomů a plánování další podpory (Kalvach, 2019).

Význam časného zapojení paliativní péče potvrzují i empirické studie. Například výzkum Temela et al. (2010) u pacientů s metastatickým nemalobuněčným karcinomem plic ukázal, že časná paliativní péče integrovaná do standardní onkologické léčby vedla ke zlepšení kvality života a nálady, i s delším mediánem přežití. Byla také spojena s menší mírou agresivní péče na konci života například s omezením invazivních a zatěžujících postupů, jako jsou opakované hospitalizace, intenzivní léčba na jednotkách intenzivní péče nebo pokračování kurativně orientované onkologické léčby v terminálním stadiu onemocnění...a v dané diagnóze i s delším mediánem přežití. Tyto poznatky podporují chápání paliativní péče jako paralelní složky léčby – nikoli její alternativy – a zdůrazňují přínos včasné integrace tohoto přístupu do celkového léčebného plánu.

Diskuse o paliativní péči se často týká i prostředí, v němž si lidé přejí být opečováváni nebo umírat. Český výzkum realizovaný agenturou STEM/MARK pro organizaci Cesta domů ukázal, že téměř 80 % respondentů by preferovalo umírání v domácím prostředí. Ve skutečnosti však tuto možnost využívá pouze malé procento pacientů, zatímco většina umírá v nemocnicích (Cesta domů, 2013). Tento rozdíl mezi přáním a realitou je obvykle vysvětlován kombinací faktorů – zdravotním stavem nemocného, kapacitou rodiny, dostupností terénních a mobilních služeb a regionálními rozdíly v nabídce paliativní podpory.

Paliativní péče se v českém prostředí realizuje ve dvou základních úrovních. Obecná paliativní péče je poskytována napříč lékařskými obory pacientům v pokročilé fázi onemocnění a jejím cílem je zlepšení kvality života, efektivní léčba symptomů a citlivá komunikace s pacientem i rodinou. Specializovaná paliativní péče je naproti tomu zajišťována multidisciplinárním týmem odborníků a může mít různé organizační formy – ambulanci paliativní medicíny, mobilní specializovanou paliativní péči (domácí hospic), lůžkové oddělení paliativní péče či samostatný hospic (Masarykův onkologický ústav, 2024).

Z věcného hlediska zahrnuje paliativní péče podporu v několika propojených doménách.

- Tělesná dimenze se zaměřuje na kontrolu bolesti, dušnost, nauzeu, nechutenství, slabost a problémy s vyměšováním.

- Psychická dimenze zahrnuje práci s úzkostí, strachy, depresí, osamělostí a procesem adaptace na prognózu.
- Sociální dimenze se týká otázky zabezpečení, komunikace, vztahů v rodině a zajištění praktických záležitostí.
- Spirituální dimenze se vztahuje k hledání smyslu, potřebě smíření, životním hodnotám a u věřících osob k možnostem duchovní podpory (Kalvach, 2019).

Potřeby a priority nevyčísitelně nemocných i jejich blízkých se liší podle typu onemocnění, míry symptomové zátěže i fáze adaptace na situaci. Opakovaně se však zdůrazňuje několik klíčových prvků kvalitní péče: tlumení bolesti a utrpení, jistota bezpečné a respektující péče, otevřená komunikace, udržení kontaktu s blízkými, dostupnost psychosociální a spirituální podpory, respitní odlehčení pro rodinu a následná podpora pozůstalých (Kalvach, 2019). Tyto oblasti vymezují jádro moderního pojetí paliativní péče, které propojuje odbornou léčbu se snahou zachovat lidskou důstojnost a umožnit pacientovi i jeho rodině zvládat těžkou životní situaci s co největší mírou autonomie a respektu.

Zvláštní pozornost si zaslouží právě rodina a neformální pečující, kteří tvoří základní jednotku domácí péče a často se stávají klíčovým partnerem zdravotníků. Z pohledu psychosociální práce je proto nezbytné chápat paliativní péči nejen jako zdravotní službu, ale jako systém vzájemné podpory, v němž hraje rodina zásadní roli – a její potřeby i strategie zvládání tvoří významný předmět odborného zájmu.

1.4.1 Rodinné souvislosti a dynamika zvládání zátěže v paliativní péči

V návaznosti na vymezení paliativní péče je vhodné zaměřit pozornost na rodinu a neformální pečující jako na klíčové aktéry domácí péče. V domácím prostředí je přítomnost blízké osoby zpravidla zásadní pro zajištění kontinuity každodenní péče a pro koordinaci praktických úkonů v situaci, kdy se zdravotní stav nemocného může rychle měnit. Rodina se tak stává významným partnerem profesionálů a podílí se na zajištění části péče; tento podíl však předpokládá adekvátní edukaci, dostupnou podporu a možnost průběžné konzultace (Payne, 2007).

Rodinný systém je současně zátěžovou i podpůrnou strukturou. Na jedné straně poskytuje nemocnému i pečujícímu zázemí, pocit sounáležitosti a praktickou výpomoc, na straně druhé se v něm mohou zvyšovat nároky, napětí a konflikty související s rozdělením rolí, komunikací či dlouhodobým přetížením. Paliativní péče proto nepracuje pouze s pacientem, ale v různé míře se vztahuje také k rodině a blízkým, kteří mohou prožívat psychické, sociální i existenciální dopady nemoci a zároveň nést podstatnou část ošetrovatelské zátěže (Payne, 2007).

Zátěž rodiny i jednotlivého pečujícího se navíc mění v čase. Potřeby a nároky se liší podle trajektorie onemocnění, dostupnosti podpory, míry symptomové zátěže i podle toho, v jaké fázi péče se rodina nachází. Pro porozumění proměnám potřeb i volbě strategií zvládání je proto účelné využívat fázové modely péče, které umožňují zachytit, jak se v průběhu času mění role pečujícího, nároky péče i zdroje, z nichž lze čerpat (Aneshensel, 1995; Payne, 2007). Tato dynamika vytváří kontext, v němž pečující volí copingové strategie – od postupů zaměřených na praktické zvládnutí situace až po regulaci emocí, hledání smyslu a oporu ve vztazích (Lazarus a Folkman, 1984).

1.4.2 Potřeby neformálně pečujících o nevléčitelně nemocné pacienty

Potřeby ovlivňují motivaci, rozhodování a chování jedince a v kontextu pečovatelské role se promítají do udržitelnosti péče i kvality života pečujících. Doyalová a Gough (1991) vymezují potřeby jako obecné předpoklady lidského rozvoje a blahobytu, které je nutné naplňovat pro udržení kvality života. U neformálně pečujících se vedle obecných lidských potřeb výrazně uplatňují také potřeby specificky vyplývající z pečovatelské role a z proměn nároků v průběhu nemoci.

Identifikace potřeb pečujících je klíčová pro plánování podpory a intervencí v domácí paliativní péči: umožňuje stanovit priority, zacílit edukaci, koordinovat dostupné služby a předcházet přetížení pečujících v průběhu jednotlivých fází péče. V praxi se potřeby pečujících mění v čase a jsou úzce propojeny se zdravotním stavem nemocného, s mírou dostupné formální i neformální podpory a s rodinnou dynamikou (Payne, 2007).

V literatuře je často používán Maslowův hierarchický model potřeb (Maslow, 1943), který vychází z předpokladu, že lidské potřeby jsou uspořádány hierarchicky – od základních fyziologických potřeb a potřeby bezpečí až po potřebu uznání a seberealizace. Tento model může sloužit jako orientační rámeček: neuspokojené základní potřeby (např. spánek, bezpečí, stabilita) mohou snižovat kapacitu pečujícího věnovat pozornost potřebám vyššího řádu (např. uznání, smysl, osobní růst). V paliativní péči je však pro konkrétní plánování podpory vhodnější pracovat s modely, které přímo reflektují roli rodiny a praktické nároky domácí péče.

Payne (2007) popisuje podpůrné potřeby rodin pečujících o nevléčitelně nemocné v rámci tří propojených oblastí: znalosti, způsob života a aktivity. Tyto potřeby se prolínají celým průběhem péče a jsou variabilní podle fáze onemocnění a rodinné situace.

Znalosti

Pečující typicky potřebují porozumět povaze onemocnění a očekávatelnému vývoji, včetně symptomů a jejich zvládnutí v domácím prostředí. Důležitá je orientace v tom, co dělat v konkrétních situacích, jak plánovat další postup, jak komunikovat s profesionály a jak využívat dostupné služby. Součástí znalostních potřeb bývá také příprava na umírání a na smrt blízkého, včetně potřeby mluvit o obavách a nejistotách. Významnou roli hrají rovněž informace o finančním zabezpečení a možnostech podpory (Payne, 2007).

Způsob života

V této oblasti se objevuje potřeba být s nemocným a současně si udržet určitou míru všednosti a „normálnosti“ v každodenním fungování. Do této oblasti patří také emoční práce spojená s péčí: zvládnutí emocí nemocného i vlastních emocí pečujícího, otevřená komunikace v rodině, práce se strachem a anticipačním zármutkem, ale i potřeba odpočinku, spánku a regenerace. Významná je rovněž potřeba času pro sebe a možnost dočasného přerušování péče prostřednictvím podpůrných služeb či výpomoci okolí (Payne, 2007).

Aktivity

Praktická pečovatelská práce zahrnuje široké spektrum činností – od osobní péče a podpory při zvládnutí symptomů až po organizaci domácnosti a koordinaci služeb. Pečující často přijímají nové role, učí se nové dovednosti a v pokročilých fázích mohou čelit potřebě intenzivní podpory v

režimu 24 hodin denně, včetně praktické, emoční i sociální opory ze strany rodiny, přátel či doprovázejících organizací (Payne, 2007).

Potřeby pečujících vznikají a zanikají v návaznosti na etapy péče. Přestože délku a časovou náročnost domácí paliativní péče nelze spolehlivě předem odhadnout, literatura popisuje fázové modely, které umožňují zachytit typické změny v rolích a nárocích. Aneshensel (1995) vymezuje (včetně konceptu „proto-péče“) přechod od nesystematických dílčích úkonů k postupnému převzetí role hlavního pečujícího, následné „usazení“ role v běžném režimu péče, a nakonec fázi uvolnění z role, která bývá spojena s úmrtím, zármutkem a obnovováním sociálního života. Tento rámec je v českém prostředí zprostředkován také v syntézách zaměřených na neformální péči (Jeřábek et al., 2013; Dragomirecká et al., 2020).

Payne (2007) navrhuje etapizaci rodinné paliativní péče, která zdůrazňuje vývoj vztahu, postupné přijímání role a následnou každodenní „práci v roli“ až po fázi smrti nemocného a „nový začátek“ v období zármutku.

Tab. 2 Vývoj podpůrných potřeb pečujících v průběhu fází péče

Oblast potřeb	Úvodní fáze (přijetí role)	Každodenní péče (práce v roli)	Závěrečné fáze péče	Po skončení péče (reflexe)
Znalosti	Informace o diagnóze a očekávatelných symptomech; orientace v možnostech služeb; základní edukace k domácí péči; finanční a právní orientace.	Rozšiřování praktických kompetencí; rozhodování o eskalaci podpory; koordinace služeb; krizové plánování.	Příprava na umírání a očekávatelné změny; orientace v terminálních symptomech; plán posledních dní; dostupnost 24/7 konzultace.	Orientace v podpůrných službách pro pozůstalé; porozumění truchlení; administrativní a praktické náležitosti po úmrtí.
Způsob života	Reorganizace běžného života; první dopady na spánek, práci a vztahy; potřeba opory, normalizace emocí a nejistoty.	Udržování „normálnosti“ a rutin; emoční práce; prevence izolace; potřeba odpočinku, spánku a času pro sebe; vyvažování práce–péče.	Intenzivní emoční zátěž, anticipační zármutek; potřeba podpory komunikace v rodině; přítomnost u blízkého; stabilita a bezpečí.	Obnova každodennosti; reintegrace sociálních rolí; práce se ztrátou identity pečujícího; dlouhodobá psychosociální podpora.
Aktivita	Nastavení režimu péče; domácí úpravy; zajištění pomůcek; rozdělení rolí v rodině; první kontakty se službami.	Široké spektrum úkonů (osobní péče, domácnost, léky, symptom management); koordinace; rozvoj dovedností; respitní přerušování péče.	Často vysoká intenzita péče; potřeba nepřetržité podpory; mimořádné organizační a fyzické nároky; mobilizace sítě pomoci.	Ukončení pečovatelských aktivit; praktické kroky po úmrtí; postupné znovunastavení životních aktivit.

Zdroj: Payne, 2007

Tabulka č. 2 ukazuje, že potřeby pečujících nejsou statické, ale proměňují se v čase a v závislosti na trajektorii nemoci. Tato dynamika je současně rámcem, v němž se mění i volba copingových strategií, což je klíčové pro interpretaci výpovědí participantů v jednotlivých fázích péče (Payne, 2007; Lazarus & Folkman, 1984).

1.5 Spirituální dimenze v paliativní péči

Spirituální dimenze představuje významnou součást prožívání závažné nemoci a umírání a zároveň důležitý zdroj zvládnání zátěže u pacientů i jejich blízkých. V paliativním kontextu se spiritualita neomezuje na náboženskou víru, ale zahrnuje také otázky smyslu, hodnot, naděje, vnitřní opory a vztahovosti. Právě v situacích, kdy nelze nemoc „vyřešit“ léčbou, nabývá na významu to, jak člověk situaci chápe, jaký jí přisuzuje význam a o co se může vnitřně opřít (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (2002) zdůrazňuje, že nemoc není pouze biologickou událostí, ale také existenciální zkouškou, která zasahuje identitu člověka, jeho životní příběh i vztahy. Důležitým korektivem v péči je proto pohled, který neztotožňuje člověka s diagnózou a podporuje zachování důstojnosti i v období ztráty soběstačnosti. V této perspektivě může spiritualita fungovat jako stabilizační zdroj – posiluje naději, pomáhá udržovat smysl a může snižovat bezmoc, pokud je spojena s realistickým přijetím situace. Naděje zde neznamená nutně očekávání uzdravení, ale spíše orientaci na to, co je i v limitované situaci možné: dobré doprovázení, úleva, vztahová blízkost, rozloučení či smíření (Křivohlavý, 2002).

Existenciální analýza vychází z antropologických a psychoterapeutických východisek Viktora E. Frankla, pro něhož je člověk bytostí duchovní, svobodnou a odpovědnou a pro něhož má otázka smyslu zásadní význam i v situacích utrpení (Frankl, 2021). Na Franklovo pojetí navazuje Alfred Längle, který spiritualitu chápe jako existenciální rozměr člověka umožňující nalézat hodnotu života i v situacích, jež nelze změnit. V tomto rámci je důležitý pojem vnitřního neboli existenciálního souhlasu, tedy schopnosti přijmout realitu, aniž by člověk rezignoval na své hodnoty, vztahy a osobní odpovědnost. V kontextu péče o umírajícího se tento postoj může projevat schopností zůstat s druhým člověkem i tváří v tvář zranitelnosti, nést tíhu situace a současně zachovávat respekt, blízkost a lidskou důstojnost (Längle, 2008).

Thanatologická perspektiva akcentuje, že umírání je přirozenou součástí života a že kvalita poslední fáze se neodvíjí pouze od symptomové kontroly, ale také od míry respektu, autonomie a vztahové podpory. Haškovcová (2010) zdůrazňuje důstojnost jako klíčovou hodnotu doprovázení: důstojnost se nevyčerpává absencí utrpení, ale je spojena s lidským zacházením, možností rozhodování a potvrzením hodnoty člověka až do konce života. Pro pečující je tato perspektiva důležitá i proto, že péče není jen souborem úkonů, ale také vztahovým a etickým závazkem, který může mít hluboký existenciální význam (Haškovcová, 2010).

Spirituální potřeby a spirituální coping u pečujících

Pečující o nevléčitelně nemocného často dlouhodobě čelí fyzické i psychické zátěži, nejistotě, anticipačnímu zármutku, tedy truchlení, které nastupuje již v období před úmrtím blízkého v reakci na očekávanou ztrátu, a střetu s vlastní konečností. Spirituální dimenze se v jejich zkušenosti může projevat potřebou porozumění („jak to uchopit“), potřebou smyslu („proč a k čemu to je“), potřebou naděje („co má ještě cenu“) i potřebou ukotvení v hodnotách a vztazích.

Puchalski (2001) popisuje spiritualitu jako oblast hledání smyslu a propojení, která může být prožívána v náboženském i nenáboženském rámci. U pečujících se proto často neprojevuje primárně dogmatickou vírou, ale spíše hodnotovým uchopením situace a vnitřním přesvědčením, že péče má význam a přesah.

V terminologii zvládání zátěže lze spiritualitu chápat jako specifickou podobu copingových strategií. Může se uplatňovat například jako kognitivní reinterpretace (hledání smyslu, přehodnocení hodnot), jako regulace emočního prožívání (naděje, zklidnění, přijetí), jako zdroj sociální opory (společenství, sdílení, doprovázení) a také jako rituální praxe, která podporuje orientaci v mezních situacích (modlitba, ticho, symbolické rozloučení) (Křivohlavý, 2002; Längle, 2008). V paliativní péči může mít spirituální opora podobu velmi konkrétních drobných intervencí: prostoru pro ticho, respektu k hodnotám rodiny, podpory smíření, usnadnění rozloučení nebo zprostředkování kontaktu s duchovním podle přání pacienta či rodiny (Haškovcová, 2010).

Z hlediska sociální práce a paliativní praxe je proto vhodné chápat spiritualitu jako přirozenou součást celostní podpory, nikoli jako okrajový doplněk. Včasné rozpoznání spirituálních potřeb může pomoci snížit existenciální úzkost, podpořit přijetí situace a posílit zdroje, které pečujícím umožňují zvládat dlouhodobou zátěž. Spirituální dimenze tak vytváří rámec, v němž lze lépe porozumět tomu, jak pečující interpretují smysl péče, jaké hodnoty je nesou a jaké strategie využívají v jednotlivých fázích pečovatelské zkušenosti.

1.6 Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce nejprve vymezila, co se v psychologii a psychosociální oblasti obvykle označuje jako zátěž, stres a jejich zvládání. Ukázala, že stres nevzniká jen „zvenku“ jako tlak situace, ale také z toho, jak člověk situaci chápe, jak ji vyhodnotí a jaké má v danou chvíli možnosti a zdroje. Zvládání (coping) je pak možné chápat jako soubor konkrétních způsobů, kterými se člověk snaží situaci ustát – někdy tím, že se zaměří na řešení problému, jindy tím, že se snaží regulovat emoce, najít oporu nebo si ulevit. Důležité přitom je, že coping není „jedna správná strategie“, ale proces, který se může měnit v čase a který může být účinný nebo méně účinný podle okolností.

Další část teoretického rámce se soustředila na neformální péči a rodinu jako základní kontext, ve kterém péče obvykle probíhá. Péče o blízkého nevzniká ve vzduchoprázdnu – je ovlivněná vztahy v rodině, tím, jak jsou v rodině rozdělené role, jak se komunikuje, kdo je k dispozici a jaké jsou očekávání okolí. V této souvislosti práce otevřela také genderové aspekty péče. Ukazuje se, že společenská očekávání mohou ovlivňovat, kdo péči převezme, jak se v roli cítí a jakým způsobem vyhledává pomoc. U mužů se mohou specificky promítat témata typu zodpovědnost, výkon, kontrola, obtížnost mluvit o emocích nebo tendence zvládat věci „po svém“, což se může odrážet i ve volbě copingových strategií.

Teoretická část dále zasadila zkušenost pečujících do kontextu péče o nevléčitelně nemocné osoby. Domácí paliativní péče klade na rodinu i pečující vysoké nároky, protože se v ní propojuje praktická stránka péče (fyzická pomoc, organizace, režim domácnosti) s emoční a vztahovou zátěží, nejistotou vývoje a postupným přibližováním konce života. Byly popsány také potřeby pečujících a to, že se v průběhu péče proměňují – jiné potřeby jsou typické na začátku, jiné při

každodenní péči a jiné v závěrečných fázích a po úmrtí. Součástí rámce je i role profesionální podpory a služeb, které mohou pečujícím pomoci nést péči „sdíleně“ a nezůstat na ni sám.

Samostatnou pozornost práce věnovala také spirituální dimenzi, která může být pro část pečujících i nemocných důležitým zdrojem opory. Nejde přitom jen o náboženství, ale i o otázky smyslu, naděje, hodnot, smíření nebo vnitřní stability – tedy o to, co může člověku pomáhat unést situaci, kterou nelze „spravit“ nebo vyřešit běžnými způsoby.

Na tento teoretický rámec navazuje výzkumná část práce. Jejím cílem je porozumět zkušenosti mužů, kteří se stali primárními pečujícími o nevléčitelně nemocného blízkého v domácím prostředí s využitím služeb domácího hospice: jak svou situaci prožívali a interpretovali, jaké způsoby zvládnutí zátěže využívali v různých fázích péče a jaké zdroje podpory pro ně byly důležité. Zaměření na muže vychází ze skutečnosti, že jejich zkušenost bývá v dosavadním diskurzu o neformální péči upozaděna, ačkoli i oni v této roli čelí specifickým psychosociálním nárokům. Zároveň lze předpokládat, že genderově podmíněná socializace a kulturní očekávání spojená s mužskou rolí ovlivňují jejich prožívání péče i volbu copingových strategií. Empirická část tak převádí teoretická východiska do konkrétních výpovědí participantů a umožňuje je popsat a interpretovat na základě jejich vlastních zkušeností.

2 Výzkumná část

Tato část práce navazuje na teoretická východiska a jejím cílem je porozumět tomu, jaké strategie zvládnání využívají mužští pečující při péči o své blízké, kteří jsou nevléčitelně nemocní. Výzkumná část rozvíjí klíčové oblasti diskutované v teoretické části a zasazuje je do kontextu péče v domácím prostředí s využitím terénní zdravotně sociální služby.

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou prostřednictvím rozhovorů s vybranými muži – neformálními pečujícími. Důraz je kladen na zachycení subjektivních výpovědí a jejich tematickou analýzu.

V této části práce je popsáno metodologické ukotvení výzkumu, specifikována výzkumná otázka a použité postupy. V navazující části jsou prezentovány výsledky analýzy rozhovorů. Cílem diplomové práce je analyzovat copingové strategie mužů při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu a popsat, jaké způsoby zvládnání psychické, organizační a vztahové zátěže se objevují v jejich výpovědích.

2.1 Metodologické ukotvení výzkumu

Výzkumná část diplomové práce byla realizována kvalitativním výzkumným přístupem, jehož cílem bylo porozumět zkušenosti mužů pečujících o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu a identifikovat copingové strategie, které při zvládnání této situace využívají. Kvalitativní přístup byl zvolen proto, že umožňuje zachytit individuální významy, subjektivní zkušenosti a způsoby interpretace situace ze strany participantů. Vzhledem k tomu, že cílem práce nebylo ověřovat hypotézy ani kvantifikovat výskyt jednotlivých jevů, ale porozumět prožívání a jednání respondentů v konkrétní životní situaci, je tento přístup metodologicky nejvhodnější.

Data byla získána prostřednictvím individuálních kvalitativních rozhovorů vedených s využitím tematických okruhů. Tato metoda umožnila flexibilně reagovat na průběh rozhovoru a současně zachytit hloubku zkušenosti participantů, jejich interpretace i významy, které péči přisuzují.

Analýza dat byla provedena pomocí tematické analýzy s využitím deduktivního kódování. Tematická analýza byla zvolena jako vhodný analytický postup, protože umožňuje systematicky pracovat s textovými daty, identifikovat opakující se vzorce ve výpovědích participantů a zároveň zachovat citlivost k individuálním významům. Tento přístup je vhodný zejména v situaci, kdy cílem výzkumu je popsat a interpretovat konkrétní zkušenosti participantů, nikoli vytvářet novou teorii.

Jako výchozí analytická struktura byla využita typologie copingových strategií podle Carvera (1989). Tento rámec umožnil systematicky třídit jednotlivé významové jednotky ve výpovědích respondentů a přiřazovat je k jednotlivým strategiím zvládnání zátěže. Z tohoto důvodu byla zvolena deduktivní tematická analýza, při níž byly hlavní tematické kategorie definovány před zahájením samotného kódování.

V rámci analýzy byly jednotlivé výroky participantů nejprve otevřeně kódovány a následně přiřazovány ke konkrétním copingovým strategiím na základě jejich významového obsahu.

Analýza byla zaměřena na identifikaci opakujících se vzorců zvládnání napříč jednotlivými rozhovory a současně na zachycení specifik individuálních zkušeností respondentů.

Výzkum má explorativní charakter a neusiluje o statistické zobecnění výsledků, ale o hlubší porozumění zkušenosti mužů v roli neformálních pečujících.

2.2 Cíl práce a výzkumná otázka

Cílem diplomové práce je analyzovat copingové strategie mužů při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu a popsat, jaké způsoby zvládnání psychické, organizační a vztahové zátěže se v jejich výpovědích objevují.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké copingové strategie využívají muži při péči o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu?

2.3 Výzkumný soubor

Výběr participantů byl proveden metodou účelového výběru. Tato metoda byla zvolena proto, že umožňuje cíleně oslovit osoby, které mají přímou a relevantní zkušenost se zkoumaným jevem, a mohou proto poskytnout obsahově bohaté výpovědi k tématu výzkumu. Vzhledem k tomu, že cílem práce nebylo zobecnění výsledků na celou populaci, ale porozumění specifické zkušenosti mužů pečujících o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu, je účelový výběr v tomto případě metodologicky vhodný.

Výzkumný soubor tvořili muži, kteří po určitou dobu pečovali o nevléčitelně nemocného blízkého v domácím prostředí s využitím služeb domácího hospice. Participantů byli vybíráni tak, aby splňovali níže uvedená kritéria:

- osobní zkušenost s neformální péčí o blízkého s nevléčitelnou nemocí v roli primárního pečujícího,
- podpora domácího hospice,
- minimální délka péče 1 měsíc
- minimální doba od úmrtí blízkého 4 měsíce,
- ochota sdílet zkušenosti.

Minimální délka péče byla stanovena na jeden měsíc, aby bylo zajištěno, že participantů prošli dostatečně dlouhou zkušeností péče, v níž se mohly rozvinout konkrétní způsoby zvládnání zátěže. Kratší doba péče by nemusela umožnit zachytit pečovatelskou roli v její každodenní a stabilizovanější podobě. Podmínka minimálně čtyř měsíců od úmrtí blízkého byla zvolena z etických i metodologických důvodů. Časový odstup měl snížit riziko nadměrné psychické zátěže participantů při rozhovoru a současně podpořit jejich schopnost reflexe celé pečovatelské zkušenosti s větším odstupem.

Celkem bylo provedeno 9 rozhovorů s respondenty ve věku 58–69 let. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů a trvaly přibližně 30–60 minut. Všichni účastníci byli

informování o účelu výzkumu a podepsali informovaný souhlas s anonymizovaným zpracováním dat.

Tab. 3 Vztah participanta k pečované osobě

participant	příbuzenský vztah
P1	syn
P2	syn
P3	manžel
P4	syn
P5	manžel
P6	manžel
P7	manžel
P8	manžel
P9	syn

Zdroj: Vlastní zpracování (2026)

2.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období červenec–září 2025 formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly zaměřeny na počátky pečování, prožívání stresu a zátěže, využívané strategie zvládnání, zdroje podpory a proměny v hodnotovém i spirituálním prožívání participantů. Při volbě místa setkání bylo participantům vycházeno vstříc tak, aby pro ně byla situace co nejpříjemnější. Veškerá získaná data byla se souhlasem participantů zaznamenávána pomocí nahrávacího zařízení v mobilním telefonu. Po skončení rozhovoru byla nahrávka přepsána ručně do souboru MS Word. V souladu s Miovským (2006) proběhla redukce prvního řádu, kdy byla vynechána slovní vata. Dále byly, i s ohledem na etiku výzkumu, vymazány případné anonymní výstupy. Byla vedena průběžná evidence obsahující údaje o počátečním kontaktu s participanty, o datu a formě realizace rozhovoru a také stručná reflexe jeho průběhu.

Data byla získávána prostřednictvím individuálních kvalitativních rozhovorů vedených s využitím předem připravených tematických okruhů. Rozhovory nebyly vedeny podle pevně strukturovaného scénáře, ale opíraly se o rámcový návod, který sloužil k zajištění tematické relevance a současně ponechával prostor pro individuální průběh rozhovoru, doplňující otázky a rozvedení témat, která se v průběhu vyprávění participantů ukázala jako významná. Tento způsob vedení rozhovoru umožnil zachytit osobní zkušenost respondentů v její hloubce a souvislostech.

Předem připravené tematické okruhy se zaměřovaly na:

- okolnosti vstupu do pečovatelské role,
- průběh domácí péče o nevyléčitelně nemocného blízkého,

- psychické a praktické nároky péče,
- způsoby zvládnání zátěžových situací,
- využívání podpory ze strany rodiny a odborníků,
- prožívání závěrečné fáze péče a reflexi celé zkušenosti.

V průběhu rozhovorů se pořadí i formulace otázek přizpůsobovaly konkrétní situaci a způsobu vyprávění jednotlivých participantů. Doplňující otázky byly kladeny s cílem upřesnit význam výpovědí a lépe porozumět individuálním zkušenostem respondentů.

2.5 Postup zpracování dat

Po realizaci rozhovorů byly všechny audiozáznamy doslovně přepsány do textové podoby. Přepisy byly následně opakovaně pročítány s cílem získat celkovou orientaci v datech a porozumět kontextu jednotlivých výpovědí participantů. V této fázi šlo především o seznámení se s daty jako celkem a zachycení prvních významových okruhů vztahujících se ke zvládnání pečovatelské situace.

V další fázi bylo přistoupeno k otevřenému kódování. V textu byly identifikovány významové jednotky, tedy konkrétní úseky výpovědí, které se vztahovaly k tomu, jak participant svou situaci zvládali, jak reagovali na zátěž, jak organizovali péči nebo jak pracovali se svými emocemi. Každé takové významové jednotce byl přiřazen kód vystihující její obsah. Kódy byly formulovány co nejbližší významu konkrétního výroku, aby nedocházelo ke zkreslení interpretace.

V této fázi vzniklo větší množství dílčích kódů, které reprezentovaly konkrétní projevy zvládnání (např. organizace péče, střídání v rodině, omezení volného času, kontakt se zdravotníky, snaha neprojevat emoce, využívání humoru apod.). Tyto kódy představují první analytickou úroveň práce s daty.

Následně byly jednotlivé kódy porovnávány a seskupovány podle významové podobnosti. V této fázi již byla využita typologie copingových strategií podle Carvera (1997) jako teoretický rámec analýzy. Jednotlivé kódy byly přiřazovány k odpovídajícím copingovým strategiím na základě jejich obsahového významu. Tento postup lze označit jako deduktivní tematickou analýzu, kdy jsou data interpretována prostřednictvím předem definovaného konceptuálního rámce.

Výsledkem tohoto procesu nejsou jednotlivé výroky samy o sobě, ale tematické kategorie odpovídající copingovým strategiím (např. aktivní zvládnání, plánování, vyhledávání instrumentální sociální opory, přijetí, mentální odpojení apod.). Tyto kategorie tedy představují výstupy z kódování, nikoli předem dané „výsledky“ v popisném smyslu.

V rámci každé kategorie byly následně porovnávány výpovědi napříč jednotlivými participanty. Cílem bylo identifikovat opakující se vzorce chování, podobnosti i rozdíly mezi participanty a také zachytit, jakým způsobem se daná strategie ve výpovědích konkrétně projevuje. Zvláštní důraz byl kladen na zachování autenticity dat, proto jsou jednotlivé kategorie ilustrovány přímými citacemi participantů.

Kapitola výsledků výzkumu tak představuje interpretované výstupy tohoto analytického procesu, tedy soubor tematických kategorií vzniklých na základě kódování dat, které jsou dále doplněny o ilustrační výroky participantů a interpretační komentář.

2.6 Analýza dat

Analýza získaných dat byla provedena pomocí tematické analýzy s využitím předem stanoveného kódovacího rámce. Jako výchozí analytická struktura byla použita typologie copingových strategií dle Carvera (1997), která umožňuje zachytit různé způsoby zvládnání zátěžové situace. Tento přístup odpovídá deduktivní tematické analýze, při níž jsou hlavní tematické kategorie definovány před zahájením samotného kódování.

Byla použita 5fázová struktura – viz tabulka 3. V první fázi analýzy byly opakovaně pročitány přepisy polostrukturovaných rozhovorů s cílem identifikovat významové úseky vztahující se ke zvládnání péče o nevléčitelně nemocného blízkého člověka. Pozornost byla zaměřena na výroky participantů popisující jejich jednání, rozhodování, emoční reakce, využívání podpory a způsoby adaptace na průběh péče.

Ve druhé fázi byly tyto významové jednotky otevřeně kódovány. Jednotlivým výrokům byly přiřazovány pracovní kódy vystihující konkrétní podobu zvládnání situace, například *organizace péče, omezení volného času, telefonická konzultace se sestrou, potlačení emocí* nebo *postupné smiřování se se situací*.

Ve třetí fázi byly otevřené kódy seskupovány pod odpovídající copingové strategie podle Carverovy typologie. Každý kód byl přiřazován ke strategii na základě významového obsahu výroku, nikoli pouze podle formálního slovního vyjádření.

V rámci jednotlivých strategií byly následně porovnávány výpovědi napříč participanty, aby bylo možné identifikovat opakující se vzorce chování, rozdíly mezi respondenty a míru zastoupení jednotlivých strategií v celém souboru.

Tab. 4 Souhrnná tabulka analytického postupu

Fáze analýzy	Co bylo provedeno	Příklad
1. Opakované čtení rozhovorů	pročítání přepisů a vyhledávání významových úseků	výrok o organizaci péče
2. Otevřené kódování	označení konkrétního významu výroku	„volal jsem se sestřičkama“ → kontakt se zdravotníky
3. Přiřazení ke copingové strategii	zařazení otevřeného kódu do Carverovy strategie	kontakt se zdravotníky → instrumentální sociální opora
4. Porovnání napříč participanty	sledování opakování strategie u více respondentů	podobný motiv u P2, P4, P9
5. Interpretace tématu	odborný komentář významu strategie	praktická opora snižuje nejistotu v péči

Zdroj: vlastní zpracování (2026)

Tabulka 4 nabízí praktickou ukázkou otevřeného kódování a začlenění do copingové strategie dle Carvera (1997).

Tab. 5 Praktická tabulka kódování

Výrok participanta	Otevřený kód	Strategie
„Volal jsem se sestřičkama.“	kontakt se zdravotníky	instrumentální sociální opora
„Všechno jsem plánoval na hodiny.“	časová organizace péče	plánování
„Žádný volný čas jsem vlastně neměl.“	omezení osobního času	potlačování konkurenčních činností
„Snažil jsem se to nechávat v sobě.“	regulace emocí	soustředění se na emoce a jejich ventilaci
„Druhej den jsem si řekl, no jo, je to tak.“	akceptace reality	přijetí

Zdroj: vlastní zpracování (2026)

2.7 Limity výzkumu

Limitem výzkumu je menší počet participantů a účelový výběr participantů, který neumožňuje zobecnění výsledků na celou populaci mužských pečujících. Výpovědi mají retrospektivní charakter, a mohou proto být ovlivněny časovým odstupem i selektivní pamětí respondentů. Výsledky současně vycházejí z interpretace výzkumnice, která je profesně ukotvena v oblasti paliativní péče, což mohlo ovlivnit citlivost k určitým tématům i samotnou interpretaci dat.

V průběhu rozhovorů se objevovaly silné emoční reakce, které bylo nutné citlivě reflektovat a přizpůsobovat dalšímu postupu vedení rozhovoru, aby byla zachována psychická pohoda účastníků. Vzhledem ke zmíněné citlivosti tématu nebylo možné vést rozhovory dle předem dané struktury otázek. Rámcem vedení každého rozhovoru byla časové hledisko, které zohledňovalo začátek péče, její průběh, okamžik úmrtí a okamžiky bezprostředně poté. Pro participanty ovšem bylo důležité hovořit volně a o tématech, které byly v jejich zkušenosti nejvýznamnější. Při vedení rozhovoru byly reflektovány copingové strategie dle Carvera (1997).

2.8 Etické aspekty výzkumu

Při realizaci kvalitativního výzkumu bylo nezbytné důsledně dodržovat etické principy, a to zejména s ohledem na citlivost tématu péče o nevléčitelně nemocného blízkého a emocionální zátěž, která se může během rozhovorů objevit. Výzkum pracoval s osobními zkušenostmi získanými v důvěrném dialogu mezi výzkumníkem a participanty (Patton, 2015).

Základní úkoly ochrany účastníků výzkumu zahrnují mimo jiné zachování důvěry, soukromí a minimalizaci rizika újmy (Chambliss a Schutt, 2010). Hennink et al. (2020) vymezují klíčové etické principy kvalitativního výzkumu následovně:

- informovaný souhlas,
- dobrovolná účast,
- prevence fyzické a psychické újmy,
- anonymita,
- důvěrnost sdělených informací.

V souladu s těmito principy byli muži—pečující předem seznámeni s účelem výzkumu a způsobem nakládání s daty prostřednictvím informovaného souhlasu (viz Příloha 2). Dokument zdůrazňoval dobrovolnost účasti, možnost kdykoliv odstoupit a vynechat odpovědi, které by mohly ohrozit jejich anonymitu.

Rozhovory byly realizovány vždy osobní formou. Informovaný souhlas byl zaslán s dostatečným předstihem e-mailem, aby měli respondenti prostor k seznámení s jeho obsahem. Před začátkem rozhovoru byli znovu dotázáni na svůj souhlas a byli informováni o povaze výzkumného tématu, včetně možnosti v kterémkoli okamžiku přerušit rozhovor, pokud by se necítili komfortně.

Z důvodu ochrany identity proběhla důsledná anonymizace transkriptů. Identifikovatelné údaje (např. jména, konkrétní lokality nebo zdravotnická zařízení) byly nahrazeny obecnějšími označeními (např. *město, syn, domácí hospic*). Participantů měli také možnost po ukončení rozhovoru zpětně uvést části sdělení, které si nepřejí zveřejnit či dále využívat.

Všichni byli ujištěni, že získaná data budou využita výhradně pro účely této diplomové práce. Po úspěšné obhajobě budou veškeré audiozáznamy bezpečně smazány a tištěné přepisy skartovány.

2.9 Výsledky tematické analýzy

V této podkapitole jsou popsány výsledky pro jednotlivé copingové strategie (1997).

Aktivní zvládání

Strategie aktivního zvládání patřila ve výpovědích participantů k nejvýrazněji zastoupeným způsobům zvládání pečovatelské situace. Participantů opakovaně popisovali aktivní převzetí odpovědnosti za organizaci péče, zajišťování praktických úkonů, komunikaci se zdravotníky a řešení každodenních potřeb nemocného. Péče byla často chápána jako soubor konkrétních činností, které bylo nutné průběžně vykonávat a přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu blízkého člověka.

Participant P4 popisoval svou roli v péči slovy: „*Já chodím do práce, ale nějak to všechno řídím.*“ Výpověď ukazuje, že respondent vedle pracovních povinností současně přebíral koordinační roli v domácí péči.

Na praktickou stránku aktivního zvládání navazuje další výrok téhož participanta: „*Volal jsem se sestřičkama, nakupoval, vozil obědy.*“ (P4) Aktivní zvládání zde zahrnovalo souběžně zajišťování více konkrétních úkolů spojených s péčí.

Participant P3 popisoval aktivní rozhodování v závěrečné fázi péče: „*Potom už pár dní před koncem jsme se sestřičkou řešili, jestli dávat skutečně všechno.*“ Ve výpovědi je patrná aktivní účast na rozhodování o dalším postupu péče i v situaci vysoké nejistoty.

Také participant P1 popisoval převzetí praktických kroků po sdělení závažné diagnózy: „*Ostatní z rodiny se toho neúčastnili, tak jsem jim volal a říkám, heďte musíme si sednout.*“ Tento výrok ukazuje okamžitou aktivaci rodinného systému po získání závažné informace.

Participant P5 formuloval aktivní rozhodnutí o dalším postupu péče následovně: „*Tak jsme si řekli, že to zkusíme takhle doma a když to nepůjde, tak nemocnice.*“ Výpověď ukazuje vědomé rozhodování o organizaci péče v domácím prostředí.

U participanta P9 se aktivní zvládání objevovalo v souvislosti s každodenní koordinací péče: „*Bylo to hlavně ve znamení zařizování, bylo toho moc.*“ Respondent zde zdůrazňuje množství úkolů, které bylo nutné průběžně zajišťovat.

Také participant P2 popisoval každodenní péči jako soustavné praktické fungování: „*Všechno jsem plánoval na hodiny.*“ Ve výpovědích respondentů bylo patrné, že aktivní zvládání sloužilo jako základní způsob udržení kontroly nad situací a umožňovalo pokračovat v péči i při vysoké psychické zátěži.

Plánování

Strategie plánování byla ve výpovědích participantů úzce propojena s aktivním zvládáním a představovala důležitý způsob, jak participanti organizovali péči v podmínkách nejistoty a proměnlivého zdravotního stavu nemocného. Plánování se týkalo jak každodenního režimu péče, tak rozdělení rolí mezi členy rodiny a promýšlení dalších kroků v návaznosti na vývoj situace.

Participant P9 popisoval plánování péče v rodinném kontextu slovy: „*Domluvili jsme se na střídání, abychom nemuseli ani jeden odejít z práce na dovolenou nebo na to ošetřování.*“ Výpověď ukazuje, že plánování se týkalo nejen samotné péče, ale i zachování pracovního fungování rodiny.

Tentýž participant zároveň uváděl: „*My jsme se sestrou se hodně bavili, každé rozhodnutí jsme dělali spolu. Drželi jsme jako rodina za jeden provaz. Spíš jsme řešili ty provozní záležitosti, co kdo kdy a jak.*“ (P9) Plánování zde mělo podobu průběžné koordinace konkrétních úkolů a sdílení odpovědnosti.

Participant P2 velmi přímo formuloval potřebu strukturovat péči: „*Všechno jsem plánoval na hodiny.*“ (P2) Tato výpověď ukazuje vysokou míru časové organizace každodenní péče.

U participanta P3 se plánování objevovalo v okamžiku adaptace domácnosti na novou situaci: „*My jsme si teda řekli, že to zkusíme takhle doma a když to nebude stačit nebo to nepůjde, tak bude muset do nemocnice no.*“ Výrok zachycuje moment, kdy bylo nutné vytvořit nový režim fungování domácnosti.

Další rovinu plánování zachycuje participant P3 při rozhodování v závěrečné fázi péče: „*Potom už pár dní před koncem jsme se sestřičkou řešili, jestli dávat skutečně všechno.*“ (P3) Plánování zde zahrnovalo i rozhodování o konkrétních zdravotních intervencích.

Participant P5 popisoval plánování dalšího postupu následovně: „*Tak jsme si řekli, že to zkusíme takhle doma a když to nepůjde, tak nemocnice.*“ (P5) Výrok ukazuje přítomnost alternativního scénáře péče.

Také participant P4 zmiňoval koordinaci každodenních činností: „*Řešili jsme spíš takový, kdo tam dojede, co k jídlu a tak.*“ (P4)

Ve výpovědích participantů bylo patrné, že plánování pomáhalo strukturovat nejistou situaci a vytvářet alespoň částečně předvídatelný režim v průběhu péče.

Potlačování konkurenčních činností

Strategie potlačování konkurenčních činností byla ve výpovědích participantů výrazně zastoupena a souvisela s postupným omezením běžných aktivit, osobního času i dalších povinností ve prospěch péče. Participantů opakovaně popisovali, že péče začala určovat denní režim a jiné činnosti bylo nutné odsunout nebo redukovat podle aktuálních potřeb nemocného.

Participant P3 tuto zkušenost popsal velmi konkrétně: „*Co nebylo důležité, se odsunulo na vedlejší kolej, na zahradě byla džungle.*“ Výrok ukazuje, že běžné domácí činnosti ztrácely prioritu a péče se stala dominantním organizačním rámcem každodennosti.

Tentýž participant dále uváděl: „*Žádný volný čas jsem vlastně neměl.*“ (P3) Ve výpovědi je patrné dlouhodobé omezení prostoru pro vlastní regeneraci.

Podobně participant P8 popisoval dopad péče na možnost odpočinku a běžného rodinného režimu: „*Celou dobu jsme nebyli na dovolený.*“ Péče zde vedla k dlouhodobému omezení běžných volnočasových aktivit.

Participant P4 uváděl souběh více rolí během běžného dne: „*Volal jsem se sestřičkama, nakupoval, vozil obědy.*“ V tomto případě bylo patrné, že péče vyplňovala velkou část denního času a vytlačovala jiné aktivity.

Také participant P2 popisoval celkovou časovou náročnost péče: „*Všechno jsem plánoval na hodiny.*“ Výrok ukazuje trvalou přítomnost péče v každodenním fungování.

Participant P9 obdobně uváděl: „*Bylo to hlavně ve znamení zařizování, bylo toho moc.*“ Tato formulace ukazuje, že péče postupně dominovala nad ostatními oblastmi života.

U participanta P4 se potlačování jiných činností promítalo i do vnitřního nastavení: „*Nemyslet na to, říkal jsem si, nech to bejt, na to teď není čas.*“ Výrok ukazuje, že vedle praktických aktivit byly odkládány i vlastní potřeby a psychická reflexe situace.

Ve výpovědích respondentů bylo patrné, že péče dočasně převzala dominantní postavení v organizaci každodenního života a ostatní činnosti byly systematicky upozaděny.

Odložení činnosti

Strategie odložení činnosti se ve výpovědích participantů objevovala méně často než aktivní zvládnání nebo plánování. Projevovala se zejména v situacích, kdy respondenti odkládali určité rozhodnutí, nepřipouštěli si okamžitě plný význam situace nebo vyčkávali s konkrétním krokem do doby, než bude vývoj jasnější.

Participant P2 tuto zkušenost formuloval slovy: „*To jsem si nějak nepřipouštěl.*“ V kontextu celé výpovědi šlo o postupné uvědomování závažnosti zdravotního stavu matky, kdy plné přijetí situace přicházelo až později.

Podobně participant P7 uváděl: „*Vůbec mi to nějak nedocvaklo.*“ Výrok zachycuje moment, kdy participant ještě bezprostředně po sdělení informací plně nereagoval aktivním rozhodnutím.

Participant P5 při vzpomínce na sdělení závažné informace uvedl: „*To pro mě byl šok.*“ V této fázi byla reakce spíše pozastavená a další kroky následovaly až po prvotním emočním zpracování situace.

U participanta P9 se odložení činnosti objevovalo ve vztahu k očekávání délky péče: „*Připravovali jsme se na péči až do Vánoc doma, ale nakonec to byl něco víc jak týden.*“ Výrok ukazuje, že některá rozhodnutí byla plánována v delším horizontu, avšak vývoj situace je rychle změnil.

Také participant P3 zachycoval postupné přecházení do nové situace: „*Museli jsme si na to postupně zvyknout no.*“ V tomto případě se odložení týkalo spíše psychické adaptace než konkrétního organizačního kroku.

Ve výpovědích participantů se ukazuje, že odložení činnosti mělo převážně krátkodobý charakter a často bylo spojeno s počáteční nejistotou nebo potřebou postupného porozumění nové situaci.

Vyhledávání instrumentální sociální opory

Strategie vyhledávání instrumentální sociální opory představovala ve výpovědích participantů jednu z nejvýrazněji zastoupených copingových strategií. Participant opakovaně popisovali využívání odborné pomoci, praktických rad a konkrétní podpory ze strany zdravotnického personálu, hospicových pracovníků i rodinných příslušníků. Instrumentální opora byla vnímána jako důležitý zdroj jistoty zejména v situacích, kdy bylo nutné rozhodovat o konkrétních postupech péče nebo reagovat na nové symptomy a změny zdravotního stavu.

Významnou roli ve výpovědích sehrával hospicový tým a zdravotnický personál. Participant P9 uváděl: „*Přijela, když jsme potřebovali, poradila po telefonu.*“ Tato výpověď ukazuje dostupnost odborné pomoci i mimo osobní návštěvu a současně význam telefonických konzultací v průběhu péče.

Tentýž participant P9 dále popisoval potřebu opakovaných konzultací: „*Chtěli jsme to všechno dělat správně, tak jsme někdy volali i pozdě večer.*“ Ve výpovědi je patrná snaha získat potvrzení správnosti jednotlivých kroků péče.

Participant P4 zmiňoval pravidelný kontakt se zdravotnickým personálem jako součást každodenního fungování: „*Volal jsem se sestřičkama, nakupoval, vozil obědy.*“ Komunikace se zdravotníky zde tvořila přirozenou součástí organizace péče.

Také participant P3 popisoval konzultace v závěrečné fázi péče: „*Potom už pár dní před koncem jsme se sestřičkou řešili, jestli dávat skutečně všechno.*“ Výrok ukazuje význam odborné opory v rozhodování o medikaci a symptomatické léčbě.

Participant P2 obdobně uváděl: „*Řešil jsem to s těma holkama sestřičkama, co jako přijde, nepřijde, co může nastat.*“ Tato formulace zachycuje potřebu předběžné orientace v možném průběhu onemocnění.

Vedle zdravotnického personálu se instrumentální opora objevovala také uvnitř rodiny. Participant P9 uváděl: „*My jsme se sestrou se hodně bavili, každé rozhodnutí jsme dělali spolu.*“

Rodinná spolupráce zde zahrnovala i sdílení praktických rozhodnutí.

Participant P6 zmiňoval konkrétní pomoc v rodině: „*Maruna všechno přebrala, tohle to a tohleto.*“ Výrok ukazuje převzetí části úkolů jiným členem rodiny.

Také participant P7 popisoval širší praktickou podporu okolí: „*Já jsem nepotkal člověka, který mě odmítl.*“ Tato výpověď zachycuje dostupnost pomoci v širším sociálním prostředí.

Participant P1 zmiňoval význam lékařské informace v rozhodování o dalším postupu: „*Jo jo, řekli, že se s tím nedá nic dělat a tak. Já byl na toho primáře naštvaný, že to takhle řekl, co si to dovoluje. Chtěl jsem si stěžovat, ale druhý den jsem si řekl, no jo, je to tak, jsou to fakta, co s tím naděláme.*“ Odborná informace zde představovala důležitý orientační bod pro další organizaci péče.

Ve výpovědích participantů bylo patrné, že instrumentální sociální opora měla zásadní význam pro zvládnání každodenních nároků péče, snižovala nejistotu a umožňovala respondentům pokračovat v péči s větší jistotou v jednotlivých rozhodnutích.

Vyhledávání emocionální sociální opory

Na rozdíl od instrumentální sociální opory byla emocionální sociální opora ve výpovědích participantů přítomná méně výrazně. Participant o vlastních emocích mluvili spíše omezeně a sdílení pocitů často zůstávalo v úzkém rodinném kruhu. Ve výpovědích bylo patrné, že emocionální podpora nebyla obvykle aktivně vyhledávána jako samostatná strategie, ale objevovala se spíše v běžném kontaktu s blízkými osobami nebo v rámci každodenního soužití během péče.

Participant P4 uváděl, že své obavy sdílel pouze omezeně: „*Snažil jsem se to nechávat v sobě, občas jsem se zmínil manželce, ale ne moc často. Řešili jsme spíš takový, kdo tam dojede, co k jídlu a tak.*“ Výpověď ukazuje, že i v blízkém partnerském vztahu zůstával prostor pro sdílení emocí omezený a rozhovory byly orientovány především na praktické otázky péče.

Podobně participant P3 popisoval rodinnou komunikaci slovy: „*No moc ne, nechtěli jsme před sebou nějak brečet.*“ Emoce zde byly přítomné, ale jejich otevřené sdílení bylo omezeno snahou zachovat stabilitu rodinného prostředí v průběhu péče.

Určitá forma vztahové opory se objevovala i v sourozeneckém vztahu. Participant P9 uváděl: „*My jsme se sestrou se hodně bavili, každé rozhodnutí jsme dělali spolu. Drželi jsme jako rodina za jeden provaz. Spíš jsme řešili ty provozní záležitosti, co kdo kdy a jak.*“ Přestože participant mluví především o organizaci péče, současně je patrný význam sdílené přítomnosti a společného nesení situace.

Významnou podobu emocionální opory zachycuje participant P1, který popisoval kontakt se zdravotnickým personálem v emočně náročné situaci: „*Ta ke konci mě několikrát chtěla přivinout, říká, to musí ven z toho těla. A já ne ne. Tak já vím, že to myslela dobře. A já prostě ne zařatej.*“ Výrok ukazuje přítomnost nabídnuté podpory, současně však i výraznou tendenci k emoční sebekontrolé.

Také participant P7 zachycoval podporu okolí jako součást zvládnání situace: „*Jo já jsem šel po ulici a spousta lidí se mě ptala, tak co, jak to vypadá.*“ V tomto případě šlo o sociální kontakt, který měl podpůrný charakter, i když nebyl dále rozvíjen do hlubšího emočního sdílení.

U některých participantů se emocionální opora objevovala prostřednictvím společně sdílených běžných situací. Participant P4 uváděl: „*My si s manželkou udělali doma fajn večer, dokázali jsme si udělat srandu.*“ Humor zde fungoval jako nepřímý způsob zvládnání psychické zátěže.

Participant P3 zároveň mluvil o významu blízkosti rodiny v širším kontextu: „*Já měl manželku, děti a andulku vlastně Pepíka.*“ Přítomnost blízkých osob zde vystupuje jako stabilizační prvek během péče.

Emocionální opora byla tedy ve výpovědích participantů spíše implicitní a častěji se objevovala ve formě sdílené přítomnosti, humoru, rodinné blízkosti a každodenního kontaktu než v explicitním vyjadřování emocí.

Pozitivní reinterpretace a růst

Pozitivní reinterpretace byla ve výpovědích participantů přítomná méně výrazně než problémově orientované strategie, přesto se objevovala ve formě zpětného hledání smyslu v péči, uvědomění si hodnoty společně stráveného času nebo reflektování zkušenosti jako osobně významné. Ve většině případů se tato strategie objevovala až retrospektivně, po určitém časovém odstupu od samotné péče.

Participant P4 formuloval tuto zkušenost slovy: „*Teď nějak vidím, že je důležitý starat se i o sebe.*“ Tato výpověď ukazuje, že zkušenost péče vedla k novému uvědomění vlastních potřeb a hranic.

U participanta P8 se pozitivní význam péče objevoval ve vztahu k možnosti ponechat nemocného v domácím prostředí: „*Tak že tomu člověku pomůžete, že je vlastně doma.*“ Péče zde získává význam jako možnost zajistit blízkému člověku prostředí, které je pro něj známé a bezpečné.

Participant P6 spojoval obtížnou situaci s možností udržet si určitý nadhled: „*Tak jsme to pak vzali ještě jako s humorem.*“ Humor zde vystupuje jako způsob reinterpretace situace a zároveň jako prostředek psychické úlevy.

Také participant P3 poukazyval na drobné zdroje pozitivního významu v každodennosti péče: „*Ty zvířata nám asi pomohla.*“ Ve výpovědi je patrné, že pozitivní momenty byly spojeny spíše s drobnými každodenními prvky než s celkovým hodnocením situace.

Ve výpovědích participantů se pozitivní reinterpretace neobjevovala jako dominantní copingová strategie, ale spíše jako následné hledání smyslu a hodnoty v již prožité zkušenosti.

Přijetí

Strategie přijetí se ve výpovědích participantů objevovala jako postupný proces adaptace na prognózu, nevratnost zdravotního stavu a omezené možnosti dalšího ovlivnění situace. Přijetí nebylo jednorázovým momentem, ale rozvíjelo se v průběhu péče paralelně s narůstajícími zkušenostmi s nemocí a její progresí.

Participant P3 tento proces popsal slovy: „*Museli jsme si na to postupně zvyknout no.*“ Výpověď zachycuje postupné smiřování se s tím, že zdravotní stav manželky se nebude zlepšovat a péče vstupuje do závěrečné fáze.

Podobně participant P4 reflektoval předchozí zkušenost s péčí a její vliv na současné zvládání situace: „*Za ty roky, taky stárneme a nějak se z toho nehrouíme.*“ Přijetí zde souviselo s předchozími zkušenostmi a s postupným osvojováním zvládacích mechanismů.

Velmi výrazně se strategie přijetí objevila u participanta P1: „*Druhej den jsem si řekl, no jo, je to tak, jsou to fakta, co s tím naděláme.*“ Tato formulace zachycuje přechod od počáteční emoční reakce k racionálnímu uznání reality.

Participant P6 formuloval přijetí obdobně: „*Člověk si říká, jo je to jasný, nedá se s tím nic dělat.*“ Výrok ukazuje smiření s tím, že další vývoj již není možné zásadně ovlivnit.

U participanta P9 bylo přijetí patrné v rozhodnutí pokračovat v domácí péči navzdory zátěži: „*Ale nikdy jsem si neřekl, že bych mamku někam dal, že už to nedám. Prostě jsem moc chtěl.*“ Přijetí zde nevedlo k pasivitě, ale bylo spojeno s pokračující angažovaností v péči.

Participant P5 reagoval na sdělení prognózy stručně a realisticky: „*Já jsem to prostě slyšel, ta situace byla taková, jak ona řekla.*“

Další rovinu přijetí zachycuje participant P4 ve vztahu k neovlivnitelnosti situace: „*Stejně jsme to v tu chvíli nemohli nijak ovlivnit.*“

Ve výpovědích participantů bylo patrné, že přijetí se rozvíjelo souběžně s aktivní péčí a umožňovalo pokračovat v péči při vědomí omezených možností změny.

Obrat k náboženství

Strategie obratu k náboženství se ve výpovědích participantů objevovala pouze okrajově a nebyla ve zkoumaném souboru výrazně zastoupena. Participant většinou neuváděli náboženské přesvědčení ani duchovní praktiky jako významný zdroj zvládnání pečovatelské situace. Pokud se téma víry ve výpovědích objevilo, bylo spíše formulováno v distanci nebo jako obecná úvaha nad životní situací.

Participant P7 v této souvislosti uvedl: „*..., já mám rád ty faráře, ale ona jako ta víra je hodně postavená na tom, že věří na ten posmrtný život, ale to já nějak neumím tohle si představit.*“ Výrok zazněl při reflexi situace po úmrtí partnerky a ukazuje, že participant sám náboženský rámec do zvládnání situace nevnášel.

Tentýž participant dále dodává: „*Ale říkám si, že měla tu smrt vlastně bezbolestnou.*“ Přestože výrok zachycuje určitý akceptační postoj, není vázán na náboženské vysvětlení.

U ostatních participantů se explicitní odkazy na víru nebo duchovní podporu neobjevovaly. Ve výpovědích nebylo patrné využívání modlitby, náboženského rituálu ani kontaktu s duchovní autoritou jako součást zvládnání péče. Ve zkoumaném souboru tedy obrat k náboženství nepředstavoval významně zastoupenou copingovou strategii.

Soustředění se na emoce a jejich ventilaci

Strategie soustředění se na emoce a jejich ventilaci se ve výpovědích participantů objevovala spíše omezeně. Emoce byly ve výpovědích přítomné, ale jejich otevřené vyjadřování bývalo často regulováno nebo odkládáno. Participant častěji popisovali snahu emoce udržet pod kontrolou, než potřebu je otevřeně sdílet.

Participant P3 uváděl: „*No moc ne, nechtěli jsme před sebou nějak brečet.*“ Výrok ukazuje vědomou snahu o omezení emočního projevu v rodinném prostředí.

Participant P9 při rozhovoru reagoval na vzpomínku na závěr péče slovy: „*Vidíte, mě to taky bere.*“ Emoční reakce se zde objevuje při zpětném vybavení zkušenosti.

Tentýž participant zároveň popisoval vlastní prožívání péče: „*Já tím trpěl s ní.*“ (P9) Výrok ukazuje silné emoční zapojení, které však nebylo během péče vždy explicitně verbalizováno.

Participant P1 popisoval vlastní způsob zacházení s emocemi následovně: „*Já jsem se s tím vypořádával, že jsem to nějak polkl.*“

Výrok ukazuje spíše internalizaci emocí než jejich otevřenou ventilaci.

Podobně participant P4 uváděl: „*Snažil jsem se to nechávat v sobě.*“

U participanta P5 se emoční reakce objevovala při sdělení závažné informace: „*To pro mě byl šok.*“ Ve výpovědích participantů bylo patrné, že emoce byly významnou součástí pečovatelské zkušenosti, avšak jejich otevřená ventilace nebyla dominantním způsobem zvládnutí situace.

Popírání

Strategie popírání se ve výpovědích participantů objevovala především v počátečních fázích konfrontace se závažností zdravotního stavu nebo v období bezprostředně po úmrtí blízké osoby. Nešlo o dlouhodobé odmítání reality, ale spíše o přechodnou reakci na náhlost a emoční závažnost situace.

Participant P9 uvedl: „*Dlouho jsem tomu nemohl uvěřit.*“ Výrok zazněl při vzpomínce na závěr péče a ukazuje obtížné přijímání nové reality.

Podobně participant P2 formuloval svou počáteční reakci slovy: „*To jsem si nějak nepřipouštěl.*“ V jeho výpovědi je patrné, že plné uvědomění závažnosti situace přicházelo postupně.

Participant P7 popisoval první reakci po sdělení závažné informace takto: „*Vůbec mi to nějak nedocvaklo.*“ Výrok zachycuje okamžik prvotní neschopnosti plně zpracovat význam situace.

U participanta P5 se objevuje podobná reakce bezprostředně po sdělení diagnózy: „*To pro mě byl šok.*“ Ve výpovědích participantů se ukazuje, že popírání mělo převážně krátkodobý charakter a postupně ustupovalo aktivnímu zvládnutí a přijetí situace.

Odpojení od chování

Strategie odpojení od chování se ve výpovědích participantů objevovala pouze okrajově a ve zkoumaném souboru nepatřila mezi dominantní způsoby zvládnutí pečovatelské situace. Participant většinou i přes vysokou zátěž pokračovali v aktivní péči a zachovávali praktické fungování. Pokud se objevily výroky naznačující určitou hranici vyčerpání nebo pocit bezmoci, nevedly k úplnému přerušování péče, ale spíše vyjadřovaly momentální zatížení.

Participant P9 uváděl: „*Bylo toho moc.*“ Výrok zachycuje vysokou míru zatížení, současně však v kontextu celé výpovědi participant pokračoval v péči a dále organizoval její průběh.

Participant P3 popisoval dlouhodobou náročnost péče slovy: „*Žádný volný čas jsem vlastně neměl.*“ Přesto ani zde nedocházelo k opuštění pečovatelské role.

U participanta P4 se objevuje vědomé potlačení vlastních potřeb ve prospěch pokračující péče: „*Nemyslet na to, říkal jsem si, nech to být, na to teď není čas.*“ Výrok ukazuje spíše odložení vlastního prožívání než rezignaci na péči samotnou.

Participant P2 uváděl: „*Musel jsem fungovat pořád.*“ Tato formulace naopak potvrzuje trvajících aktivitu navzdory zátěži.

U participanta P9 se zároveň objevuje explicitní odmítnutí ukončení péče: „*Ale nikdy jsem si neřekl, že bych mamku někam dal, že už to nedám.*“ Tento výrok potvrzuje, že i přes vysokou náročnost nedošlo k rezignaci na pokračování péče.

Ve výpovědích participantů se tedy ukazuje, že odpojení od chování nebylo typickou strategií zvládnutí. Převládala spíše snaha pokračovat v péči i při výrazné fyzické a psychické zátěži.

Mentální odpojení

Mentální odpojení sloužilo participantům jako krátkodobý mechanismus úlevy od psychické zátěže spojené s péčí. Ve výpovědích se objevovalo především v podobě krátkého fyzického odchodu, změny činnosti nebo zaměření pozornosti na jinou aktivitu, která umožnila alespoň dočasně snížit intenzitu psychické zátěže.

Participant P9 popisuje význam krátkého opuštění prostředí péče: „*Důležitý pro mě bylo nebýt v tom domě.*“ Tato výpověď ukazuje, že změna prostředí měla regulační funkci a umožňovala krátkodobé psychické oddálení od péče.

Participant P4 uvádí humor jako jeden z prostředků zvládnání: „*Dokázali jsme si udělat srandu.*“ Humor zde představuje krátkodobé uvolnění napětí.

U téhož participanta se objevuje také četba jako způsob mentálního odklonu: „*Hodně jsem četl.*“ Tato aktivita vytvářela prostor pro soustředění na jiný obsah než samotná péče.

Participant P8 popisuje význam vlastní aktivity mimo domácí prostředí: „*Člověk si vyčistí hlavu.*“ Výrok ukazuje potřebu krátkodobého mentálního odstupu.

Také participant P3 zmiňoval přítomnost zvířat jako faktor, který ovlivňoval atmosféru domácnosti: „*Ty zvířata nám asi pomohla.*“ Mentální odpojení tedy ve výpovědích nepředstavovalo únik od péče, ale krátkodobou regulaci psychické zátěže prostřednictvím běžných aktivit a změny pozornosti.

Odpojení prostřednictvím alkoholu a drog

Strategie odpojení prostřednictvím alkoholu a drog se ve výpovědích participantů významněji neobjevovala. Participantů neuváděli užívání alkoholu ani jiných návykových látek jako prostředek zvládnání psychické zátěže spojené s péčí o nevléčitelně nemocného blízkého člověka.

Ve výpovědích nebyly zachyceny výroky, které by ukazovaly na pravidelné nebo situací podmíněné využívání alkoholu jako způsobu psychické úlevy, regulace emocí nebo dočasného odstupu od pečovatelské situace. Současně se neobjevily ani zmínky o jiných látkách, které by respondenti spojovali se zvládnáním zátěže.

Naopak ve výpovědích participantů převažovaly jiné způsoby zvládnání, zejména aktivní organizace péče, plánování, využívání odborné pomoci, krátkodobé mentální odpojení prostřednictvím běžných aktivit nebo humoru.

2.9.1 Souhrn zastoupení copingových strategií ve výpovědích participantů

Na základě tematické analýzy rozhovorů bylo možné identifikovat rozdílnou míru zastoupení jednotlivých copingových strategií. Výpovědi participantů ukazují, že některé strategie byly přítomné výrazně a opakovaně napříč celým souborem, zatímco jiné se objevovaly pouze okrajově nebo nebyly v datech významněji zastoupeny.

Při určování míry zastoupení bylo zohledněno zejména:

- opakování strategie napříč jednotlivými participanty,
- četnost výskytu dané strategie v rámci jednotlivých rozhovorů,
- míra rozpracování dané strategie ve výpovědích (tj. zda se objevuje pouze okrajově, nebo je podrobněji popisována).

Za dominantní strategie byly považovány ty, které se objevovaly opakovaně u většiny participantů a současně byly ve výpovědích rozvíjeny ve více souvislostech.

Za středně zastoupené strategie byly označeny ty, které se vyskytovaly u více participantů, avšak s nižší četností nebo menší mírou rozpracování.

Za okrajově zastoupené strategie byly považovány ty, které se objevily pouze u menšího počtu participantů nebo byly zmíněny pouze krátce, bez širšího rozvedení.

Dominantní copingové strategie

Mezi nejvýrazněji zastoupené strategie patřilo aktivní zvládnání, plánování, potlačování konkurenčních činností a vyhledávání instrumentální sociální opory. Tyto strategie se objevovaly opakovaně napříč většinou rozhovorů a byly úzce spojeny s praktickým charakterem domácí péče.

Aktivní zvládnání se projevovalo převzetím odpovědnosti za organizaci péče, řešením každodenních úkolů a aktivním reagováním na proměnlivý zdravotní stav nemocného. Plánování navazovalo na tuto strategii prostřednictvím časové organizace péče, rozdělení rolí v rodině a promýšlení dalších kroků podle vývoje situace.

Potlačování konkurenčních činností bylo spojeno s omezením běžných aktivit, volného času a osobních potřeb ve prospěch péče. Vyhledávání instrumentální sociální opory se výrazně opíralo o odbornou pomoc hospicových pracovníků, zdravotnického personálu a praktickou pomoc rodiny.

Tyto strategie ukazují převahu problémově orientovaného zvládnání situace, kdy participanté reagovali především aktivním jednáním a organizací péče.

Do středně zastoupených strategií lze zařadit přijetí, vyhledávání emocionální sociální opory, mentální odpojení a pozitivní reinterpetaci a růst.

Strategie přijetí se objevovala jako postupný proces adaptace na nevratnost zdravotního stavu a omezené možnosti dalšího ovlivnění situace. Přijetí se často rozvíjelo souběžně s aktivní péčí a nevedlo k pasivitě.

Vyhledávání emocionální sociální opory bylo přítomné méně výrazně než instrumentální opora a mělo spíše implicitní charakter. Emoční podpora se objevovala v partnerském nebo rodinném kontaktu, avšak bez výraznější explicitní verbalizace emocí.

Mentální odpojení sloužilo jako krátkodobá úleva od psychické zátěže prostřednictvím běžných aktivit, humoru nebo krátké změny prostředí. Pozitivní reinterpetace se objevovala zejména retrospektivně, kdy respondenti zpětně hledali smysl péče nebo význam společně stráveného času.

Okrajově zastoupené copingové strategie

Okrajově byly zastoupeny strategie soustředění se na emoce a jejich ventilaci, popírání, odložení činnosti a odpojení od chování. Emoce byly ve výpovědích přítomné, avšak jejich otevřené vyjadřování bylo často regulováno. Popírání se objevovalo především v počátečních reakcích na sdělení závažného zdravotního stavu nebo po úmrtí blízkého člověka a mělo převážně přechodný charakter. Odložení činnosti se objevovalo v situacích, kdy participanté potřebovali čas k postupnému přijetí reality nebo k rozhodnutí o dalším postupu. Odpojení od chování

nebylo výrazné a spíše se objevovalo jako momentální pocit vyčerpání bez skutečné rezignace na péči.

Nepotvrzené nebo minimálně zastoupené strategie

Ve zkoumaném souboru se výrazněji nepotvrdily strategie obratu k náboženství a odpojení prostřednictvím alkoholu a drog. Náboženský coping participantů téměř neuváděli a víra ani duchovní rámec se v rozhovorech objevovaly jen minimálně. Stejně tak nebylo zachyceno užívání alkoholu nebo jiných látek jako prostředku zvládnání psychické zátěže.

2.10 Diskuse

Výsledky výzkumu ukazují, že u mužů pečujících o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu převažují především problémově orientované strategie zvládnání, zejména aktivní zvládnání, plánování a vyhledávání instrumentální opory. Tento výsledek je v souladu s teoretickými východisky představenými v teoretické části práce. Jak uvádějí Lazarus a Folkmanová (1994), volba copingové strategie úzce souvisí s kognitivním hodnocením situace a s tím, zda jedinec vnímá možnost situaci alespoň částečně ovlivnit. V případech, kdy je možné jednat, organizovat péči, získávat informace nebo upravovat podmínky prostředí, bývá pravděpodobnější volba strategií orientovaných na problém. Také v pojetí Carvera a Scheiera (1981) je coping chápán jako součást seberegulačního procesu, v němž jedinec aktivně koriguje odchylku mezi aktuálním a žádoucím stavem prostřednictvím konkrétního jednání. Právě tento teoretický rámec dobře odpovídá výpovědím participantů, kteří na zátěž reagovali zejména skrze organizaci péče, rozhodování, zajišťování pomůcek, kontakt s odborníky a každodenní praktické úkoly. Lze tedy konstatovat, že v situaci dlouhodobé domácí péče o nevléčitelně nemocného blízkého byla pečovatelská zátěž participanty často interpretována jako náročná, ale aspoň částečně zvládnutelná prostřednictvím aktivního jednání.

Dominance problémově orientovaného copingu současně odpovídá i teoretickému vymezení aktivních a pasivních stylů zvládnání u Křivohlavého (2001), který rozlišuje „vyhýbání se stresu“ a „stavění se na odpor stresu“ a uvádí, že aktivní přístup se uplatňuje zejména v situacích, kdy stres přetrvává delší dobu nebo se opakovaně vrací. V kontextu dlouhodobé péče o nevléčitelně nemocného blízkého, která je charakteristická kumulací nároků a nutností průběžného přizpůsobování, tak převaha aktivních strategií zvládnání odpovídá teoretickým předpokladům i zjištěním tohoto výzkumu. Z hlediska Carverova (1989) pojetí lze tento výsledek interpretovat také jako projev snahy zachovat kontrolu, funkčnost a smysluplnost jednání v situaci, která je sama o sobě ztrátová a nejistá.

Vedle dominance problémově orientovaných strategií se ve výzkumu ukázala menší verbalizace emocí. Emoce byly ve výpovědích participantů přítomné, avšak zpravidla nebyly rozvíjeny tak výrazně jako popisy konkrétních činností, rozhodování a organizace péče. Jak uvádí Paulík (2010), muži a ženy volí odlišné způsoby zvládnání zátěže, přičemž muži častěji preferují strategie zaměřené na úkol a výkon, zatímco ženy častěji využívají strategie emočně orientované. Tento rozdíl podle něj souvisí s genderově podmíněnou socializací; v práci je dále zasazen i do konceptu hegemonní maskulinity, který Connell a Messerschmidt (2005) spojují s očekáváním kontroly, síly, stability, samostatnosti a kompetence. V tomto kontextu lze menší verbalizaci emocí

participantů chápat nikoli jako nepřítomnost emočního prožívání, ale spíše jako jeho kulturně a genderově podmíněnou formu projevu.

Tento závěr podporuje i zjištění, že v situaci péče mohou muži usilovat o zachování role kompetentního organizátora a současně nezatěžovat ostatní členy rodiny vlastními emocemi, jak uvádějí Dudová a Volejníčková (2018). Ve výpovědích participantů se skutečně opakovaně objevovalo, že i při vysoké zátěži pokračovali ve fungování, soustředili se na povinnosti a své emoční reakce nechávali spíše v pozadí. Z tohoto hlediska je vhodné interpretovat jejich projevy jako spíše úkolově a prakticky orientovaný způsob zvládnání. Zároveň je však důležité upozornit, že takový styl může vést k podhodnocení míry přetížení. Machová (2019) v této souvislosti poukazuje na fenomén skrytého vyhoření u mužů a Paulík (2010) mezi jeho typické projevy řadí zvýšenou podrážděnost, únavu, poruchy spánku nebo tendenci „utíkat“ do práce či technických a praktických činností. I výzkumná zjištění proto naznačují, že u některých participantů mohla být emocionální zátěž přítomna ve výraznější míře, než jak ji sami explicitně pojmenovávali.

Dále se ukázal význam rodinné a odborné podpory. Tento výsledek velmi zřetelně odpovídá teoretickému pojetí zvládnání jako procesu, který není pouze individuální záležitostí, ale je podmíněn dostupností zdrojů. V teoretické části práce je sociální opora popsána jako zásadní faktor ovlivňující, jak se jedinec se zátěží vyrovná, a Kebza (2005) rozlišuje extrapersonální zdroje, mezi něž patří právě sociální opora či další vnější podmínky. V návaznosti na to lze výzkumné zjištění interpretovat tak, že rodina a profesionálové představovali pro participanty důležité zdroje zvládnání, které snižovaly pocit osamění, nejistoty a přetížení. Podpora tedy nevystupuje pouze jako doprovodný kontext péče, ale jako jeden z klíčových moderátorů copingového procesu.

Význam rodinné opory odpovídá pojetí, které uvádí Payne (2007), podle něhož rodina v paliativní péči představuje současně zdroj podpory i potenciální zátěže. Může poskytovat zázemí, sounáležitost a praktickou pomoc, zároveň však může být i místem zvýšených nároků, konfliktů a nerovnoměrného rozdělení rolí. Výsledky výzkumu tento ambivalentní charakter rodiny potvrzují. Tam, kde participanté měli možnost sdílet péči, konzultovat situaci a opřít se o další blízké, byla zátěž snáze zvládnutelná. Naopak tam, kde zůstávali na péči více sami, se organizace péče i psychická zátěž jeví jako náročnější. Diskuse tak může ukázat, že rodina není pouze „přirozeným prostředím péče“, ale také významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu a udržitelnost zvládnání.

Stejně důležitá byla i odborná podpora, zejména v podobě edukace, dostupnosti konzultace a spolupráce s profesionály. Payne (2007) upozorňuje, že rodina v domácí paliativní péči nevystupuje pouze jako zázemí nemocného, ale jako významný partner profesionálů, jehož zapojení do péče předpokládá adekvátní edukaci, dostupnou podporu a možnost průběžné konzultace. Výsledky výzkumu tuto tezi potvrzují. Participanté oceňovali odbornou podporu zejména tehdy, když jim pomáhala orientovat se v situaci, předvídat další vývoj a získávat jistotu v péči. Jak uvádí Kurucová (2016), je důležité průběžně posuzovat, jaké potřeby podpory se u pečujícího v průběhu péče objevují, a podle toho cíleně nabízet informační, vzdělávací či poradenskou podporu. V návaznosti na to Dragomirecká et al. (2020) ukazují, že dostupnost a vhodná kombinace služeb představují významný vnější zdroj, který podporuje udržitelnost péče a snižuje riziko přetížení pečujících.

Ve výzkumu se dále ukázalo nízké zastoupení spirituality a maladaptivních strategií. Tento náález je vhodné interpretovat také ve vztahu k pojetí spirituality, které v práci rozvíjejí Křivohlavý (2002) a Puchalski (2001). Křivohlavý (2002) upozorňuje, že spiritualita v paliativním kontextu neznamena pouze náboženskou víru, ale zahrnuje také otázky smyslu, hodnot, naděje, vnitřní opory a vztahovosti. Podobně Puchalski (2001) popisuje spiritualitu jako oblast hledání smyslu a propojení, která může být prožívána v náboženském i nenáboženském rámci. Z tohoto hlediska je možné, že spirituální dimenze byla ve výpovědích participantů přítomna spíše implicitně, například v důrazu na důstojnost, odpovědnost, smíření nebo smysl péče, aniž by byla explicitně označena jako spiritualita. Nízké zastoupení spirituality tedy nemusí nutně znamenat její absenci, ale může odrážet způsob, jakým muži o své zkušenosti hovoří, případně to, že existenciální témata nebyla jejich hlavním jazykem při popisu péče. Současně lze uvažovat i o tom, že v této skupině participantů skutečně dominovalo praktičtější a výkonověji laděné pojetí zvládání.

Nízké zastoupení maladaptivních strategií je pak možné spojit s teoretickým rozlišením mezi copingem a obrannými mechanismy i s Carverovým (1989) výčtem dysfunkčních strategií, jako je popírání, behaviorální disengagement nebo únik do návykových látek. Ve výpovědích participantů se tyto strategie objevovaly spíše okrajově. Tento výsledek může naznačovat, že zkoumaní muži ve větší míře využívali adaptivní a funkční způsoby zvládání, zejména aktivní přístup, plánování a využívání podpory. Současně je však třeba zachovat interpretační opatrnost. Jak uvádí Paulík (2023), obranné reakce bývají častěji automatické a méně uvědomované než cílené copingové strategie; Atkinson (2003) zároveň upozorňuje, že obranné mechanismy jsou převážně nevědomé a mohou zkreslovat realitu tak, aby byla psychicky snesitelnější. Jejich nízké zastoupení v rozhovorech proto nemusí znamenat jejich skutečnou nepřítomnost, ale může odrážet i to, že je participantů obtížněji rozpoznávali a verbalizovali nebo že nebyly plně zachyceny zvolenou metodou.

Diskuse výsledků tedy ukazuje, že empirická zjištění jsou s teoretickým rámcem práce ve značné míře konzistentní. Potvrzuje se význam transakčního pojetí stresu a copingu, podle něhož se zvládání formuje v interakci mezi nároky situace a dostupnými zdroji. Zároveň se potvrzuje užitečnost Carverova přístupu a rámce Brief COPE pro zachycení konkrétních strategií, které se ve výpovědích participantů skutečně objevily. Stejně tak se ukazuje přínos genderově senzitivní perspektivy, protože výsledky podporují předpoklad, že mužský coping bývá více orientován na úkol, kontrolu a výkon a méně na otevřenou verbalizaci emocí.

Tato zjištění přinášejí pro sociální práci a mobilní specializovanou paliativní péči několik důležitých podnětů. Především je třeba nepředpokládat, že nižší míra emoční verbalizace znamená nižší potřebu podpory. U mužských pečujících může být zátěž přítomna i tehdy, když o ní nehovoří přímo, ale projevuje se v rovině praktického fungování, vyčerpání nebo zvýšené odpovědnosti. Právě zde se ukazuje význam genderového aspektu péče: mužská socializace a kulturní očekávání spojená s rolí muže mohou ovlivňovat nejen způsob, jakým pečující o své situaci mluví, ale i to, jak pomoc přijímají, o jakou podporu si říkají a jak rozpoznávají vlastní přetížení. Dále se ukazuje, že účinná podpora pečujících by měla kombinovat informační, organizační, psychosociální i vztahovou rovinu. Jak uvádí Payne (2007), rodina v domácí paliativní péči nepředstavuje pouze zázemí nemocného, ale významného partnera péče. Dragomirecká et al. (2020) zároveň ukazují, že pečující potřebují podporu, která propojuje rodinné zdroje s dostupnými sociálními a zdravotními službami. Kurucová (2016) navíc

zdůrazňuje, že je třeba průběžně rozpoznávat potřeby pečujících a cíleně na ně reagovat. Z tohoto pohledu by sociální práce měla rodinu vnímat jako samostatný subjekt podpory se svými potřebami, limity a zdroji zvládnání. Současně se nabízí otázka, do jaké míry jsou tato zjištění specifická právě pro muže a v čem by se naopak shodovala se zkušeností žen v pečující roli. Právě komparace mužské a ženské zkušenosti by mohla být podnětným směrem pro další výzkum a přispět k citlivějšímu nastavování podpory pečujících v praxi.

2.11 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze doporučení pro praxi sociální práce v mobilní specializované paliativní péči formulovat nikoli pouze na obecné úrovni podpory pečujících, ale především jako soubor konkrétních intervenčních kroků, které reagují na specifický způsob zvládnání zátěže u mužských pečujících. Výzkum ukázal, že muži v roli neformálních pečujících často přebírají odpovědnost za organizaci péče, orientují se na praktické řešení problémů a své přetížení nevyjadřují převážně emočním jazykem. Sociální práce by proto měla pracovat s tím, že zátěž mužského pečujícího nemusí být patrná na první pohled a je třeba ji aktivně mapovat prostřednictvím konkrétních oblastí každodenního fungování.

Jako první krok se jeví jako vhodné zavést již při příjmu do péče cílené mapování role hlavního pečujícího. Sociální pracovník by neměl vycházet pouze z formálního označení rodinného příslušníka, ale měl by zjišťovat, kdo skutečně nese hlavní odpovědnost za péči, kdo komunikuje se službami, kdo rozhoduje o praktických otázkách a kdo zajišťuje každodenní chod domácnosti. V praxi by to mělo znamenat, že při vstupním sociálním šetření nebude pozornost zaměřena jen na pacienta a jeho potřeby, ale také na pečující osobu, a to prostřednictvím několika cílených otázek. Například je vhodné zjišťovat, kdo obstarává léky a pomůcky, kdo zajišťuje hygienu, stravu a dopravu, kdo je k dispozici v noci a kdo je kontaktní osobou pro tým. Takto strukturované mapování může zabránit tomu, aby mužský pečující zůstal pro tým „méně viditelný“, přestože fakticky nese hlavní tíhu péče.

Druhým důležitým doporučením je zavedení krátkého pravidelného screeningu přetížení pečujícího. Výsledky práce ukazují, že u mužů nemusí být psychická zátěž sdělována přímo, ale spíše se promítá do popisu úkolů, únavy nebo zvýšené odpovědnosti. Sociální pracovník by proto neměl čekat, až pečující sám téma otevře, ale měl by jej aktivně zařazovat do každého kontaktu. Vhodné je pracovat s jednoduchou strukturou otázek, například: co je pro vás tento týden nejnáročnější, co vám v péči aktuálně bere nejvíce sil, co se vám nedaří delegovat, kdy jste měl naposledy delší odpočinek a kdo vás může v péči zastoupit. Takové otázky jsou konkrétní, pro mužské pečující obvykle přijatelnější než obecné dotazy na prožívání a zároveň umožňují včas zachytit známky vyčerpání.

Za velmi důležité lze považovat také zavedení individuálního „plánu podpory pečujícího“, který by byl vedle plánu péče o pacienta samostatnou součástí práce týmu. V praxi by tento plán neměl být rozsáhlým formulářem, ale stručným pracovním nástrojem zachycujícím čtyři oblasti: hlavní zátěžové body pečujícího, dostupné zdroje podpory, konkrétní rizika přetížení a dohodnuté kroky pomoci. Pokud například sociální pracovník zjistí, že pečující zvládá praktickou stránku péče, ale nemá nikoho na noční střídání, může být cílem intervence zajistit konkrétní odlehčení právě v této oblasti. Pokud je naopak problémem nejistota v administrativě, měl by plán obsahovat konkrétní kroky k vyřízení příspěvků, kompenzačních pomůcek nebo návazných

služeb. Tím se doporučení pro praxi přesouvá od obecné formulace „poskytovat podporu“ k jasnému postupu, co má být obsahem podpory.

Dalším konkrétním doporučením je systematicky zařazovat rodinné setkání zaměřené na rozdělení péče. V mnoha rodinách zůstává značná část odpovědnosti na jednom člověku, aniž by byla otevřeně pojmenována nebo mezi členy rodiny vyjednána. Sociální pracovník může sehrát klíčovou roli moderátora krátkého rodinného rozhovoru, v němž budou konkrétně rozděleny úkoly. Smyslem takového setkání není obecně apelovat na rodinu, aby „více pomáhala“, ale převést pomoc do konkrétních závazků. Jeden člen rodiny může zajišťovat nákupy, jiný dopravu k lékaři, další být k dispozici na několik hodin týdně jako zástup. Právě tato konkretizace snižuje riziko, že pečující muž zůstane v roli tichého koordinátora, který péči fakticky organizuje sám, i když je kolem něj více lidí.

V prostředí mobilní specializované paliativní péče se zároveň jako velmi potřebné ukazuje poskytování anticipačního poradenství v přesně načasovaných bodech péče. Nestačí pečujícímu jednorázově sdělit, že se stav může zhoršovat. Sociální práce by měla spolu s ostatními členy týmu vytvářet předvídatelná „zastavení“, při nichž se s pečujícím probere, co může v nejbližších dnech nebo týdnech očekávat a co bude potřeba zařídit. Prakticky to znamená například kontakt po převzetí do péče, další rozhovor při první výraznější změně zdravotního stavu, další při nárůstu závislosti pacienta na pomoci druhé osoby a následný rozhovor při vstupu do terminální fáze. V každém z těchto momentů by sociální pracovník měl s pečujícím probrat konkrétní sociální a organizační dopady situace: kdo bude k dispozici, co dělat při zhoršení, jaké služby lze aktivovat, jaká administrativa může následovat a jak bude vypadat podpora po úmrtí. Tím se významně snižuje nejistota, která bývá sama o sobě zdrojem zátěže.

Konkrétní doporučení lze formulovat i pro samotný způsob komunikace s mužskými pečujícími. Vhodné je začínat rozhovor od praktických oblastí péče a teprve následně otevírat psychosociální rovinu. Například místo otázky „Jak to psychicky zvládáte?“ může sociální pracovník položit otázku „Co vám v péči dělá největší starosti?“ nebo „Kde máte pocit, že už to začíná být nad vaše síly?“. Teprve na základě odpovědi je možné přejít k hlubší reflexi prožívání. Tento postup bývá účinnější, protože respektuje způsob, jakým mužský pečující o své situaci uvažuje a mluví. Zároveň zvyšuje pravděpodobnost, že pečující nebude mít pocit, že je tlačěn do sdílení emocí, na které není připraven.

Vzhledem k tomu, že výzkum potvrdil význam odborné podpory, je vhodné doporučit i zřetelnější vymezení role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. V praxi totiž může být sociální práce redukována převážně na dávkové a administrativní poradenství. U mužských pečujících je však právě sociální pracovník tím členem týmu, který může zachytit kumulaci organizační, vztahové a psychické zátěže. Je proto vhodné, aby součástí týmové spolupráce bylo pravidelné sdílení informací o pečující osobě, nikoli pouze o pacientovi. Pokud sestra zachytí vyčerpání pečujícího při domácí návštěvě nebo lékař opakovaně zaznamená známky nejistoty v rozhodování, měl by být sociální pracovník aktivně přizván k intervenci. Doporučení pro praxi zde tedy směřuje i k lepší vnitřní koordinaci týmu.

Za důležité považuji rovněž doporučení zaměřené na prevenci „neviditelného přetížení“. Sociální pracovník by měl umět rozlišovat mezi funkčním praktickým zvládnutím a situací, kdy se aktivita stává obranou před kolapsem. V praxi to znamená sledovat zejména varovné znaky, jako je dlouhodobá spánková deprivace, nemožnost opustit domácnost, podrážděnost, nárůst konfliktů

v rodině, odmítání jakékoli pomoci nebo přehnaný důraz na to, že pečující „musí vše zvládnout sám“. Pokud se tyto projevy objeví, měla by následovat konkrétní intervence, nikoli pouze obecné doporučení k odpočinku. Může jít například o domluvení krizového zastoupení v péči, zprostředkování psychologické konzultace, podporu při zapojení širší rodiny nebo vytvoření časově ohraničeného plánu úlevových kroků na nejbližší dny.

Specifickou oblastí doporučení je práce s obdobím po úmrtí pacienta. Zde by sociální práce neměla končit jednorázovým kondolenčním kontaktem. Vzhledem k tomu, že u mužských pečujících může být část zátěže během péče odsunuta do pozadí a projeví se až po jejím skončení, je vhodné zavést alespoň jedno strukturované follow-up setkání nebo telefonát v období několika týdnů po úmrtí. Cílem takového kontaktu by nebylo pouze vyjádření účasti, ale také zmapování konkrétní situace pozůstalého: jak zvládá běžné fungování, zda má podporu okolí, zda se neobjevuje sociální izolace, silná dezorganizace nebo potřeba další pomoci. Z hlediska praxe by bylo vhodné, aby součástí standardu péče bylo automatické nabídnutí návazné podpory pozůstalým, nikoli pouze její pasivní dostupnost.

Na úrovni organizace služby lze doporučit vytvoření krátkého interního metodického postupu pro práci s pečujícími osobami, který by zahrnoval alespoň minimální standard sociálního posouzení pečujícího, indikátory přetížení a doporučené intervence. Takový postup by mohl obsahovat například povinnost zaznamenat hlavního pečujícího, stručně popsat jeho aktuální zátěž, vyznačit dostupnou síť podpory a uvést, zda byl nabídnut rozhovor zaměřený na jeho vlastní potřeby. Smyslem není zvýšit administrativní zátěž pracovníků, ale zajistit, aby pečující nebyl v systému péče opakovaně opomíjen.

V návaznosti na výsledky práce lze konečně doporučit také větší pozornost edukaci pracovníků v oblasti genderově senzitivního přístupu. Nejde o to vytvářet zvláštní oddělený model péče „pro muže“, ale o schopnost rozpoznat, že zátěž může být sdělována odlišně. V praxi by proto bylo vhodné, aby se pracovníci mobilní specializované paliativní péče učili zachytit i nepřímé známky přetížení a aby nebyli odkázáni pouze na spontánní emoční sdělení pečujícího. Takové vzdělávání by mohlo být součástí interních kazuistických seminářů, supervizí nebo metodických porad.

Lze tedy shrnout, že doporučení pro praxi by měla směřovat k větší operacionalizaci podpory pečujících mužů. Nestačí konstatovat, že potřebují podporu, informace a porozumění. Pro účinnou sociální práci v mobilní specializované paliativní péči je třeba zavést konkrétní postupy: včas identifikovat hlavního pečujícího, opakovaně mapovat jeho přetížení, pracovat se samostatným plánem podpory pečujícího, aktivně rozdělovat péči v rodině, poskytovat anticipační poradenství v klíčových bodech vývoje onemocnění, zachycovat méně nápadné známky vyčerpání a nabízet návaznou podporu i po úmrtí nemocného. Právě takto konkrétně formulovaná doporučení mohou být pro praxi sociální práce využitelnější než obecné deklarování potřeby podpory.

3 Závěr

Cílem diplomové práce bylo analyzovat copingové strategie mužů při péči o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu a popsat, jaké způsoby zvládnání psychické, organizační a vztahové zátěže se v jejich výpovědích objevují. Práce byla koncipována jako kvalitativní výzkum založený na individuálních rozhovorech s muži, kteří pečovali o svého blízkého v domácím prostředí s podporou mobilní specializované paliativní péče.

Hlavní výzkumná otázka směřovala k tomu, jaké copingové strategie muži v této situaci využívají. Výsledky ukázaly, že ve výpovědích participantů převažovaly zejména problémově orientované strategie, především aktivní zvládnání, plánování a vyhledávání instrumentální opory. Dílčí výzkumné otázky dále ukázaly, že významnou roli hrála rodinná a odborná podpora, zatímco verbalizace emocí byla spíše méně výrazná. Přijetí situace se ukázalo jako důležitá součást zvládnání zejména v pokročilejších fázích péče. Naopak spiritualita i maladaptivní strategie byly ve výpovědích zastoupeny spíše okrajově.

Přínosem práce je propojení teoretického rámce s výzkumnými daty. Teoretická část vycházela zejména z pojetí stresu a copingu podle Lazaruse a Folkmanové (1984), z Carverova (1989) členění copingových strategií a z poznatků o specifikách mužského copingového stylu. Empirická část ukázala, že tento rámec je pro interpretaci zkušeností mužských pečujících užitečný, neboť pomáhá vysvětlit jejich orientaci na aktivní řešení situace, nižší emoční verbalizaci i význam sociální opory.

Práce má využití také pro praxi sociální práce v mobilní specializované paliativní péči. Upozorňuje na potřebu včas rozpoznat mužského pečujícího jako klíčovou osobu v systému péče, aktivně mapovat jeho zátěž a nabízet konkrétní, srozumitelnou a prakticky zaměřenou podporu. Přínosná může být zejména systematická práce s potřebami pečujícího, zapojování rodinné sítě, anticipační poradenství a návazná podpora po úmrtí blízkého.

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu nelze výsledky zobecňovat na celou populaci mužských pečujících, práce však přináší hlubší porozumění málo prozkoumané oblasti. Pro další výzkum by bylo vhodné zaměřit se na srovnání copingových strategií mužů a žen, na proměnu zvládnání v jednotlivých fázích péče nebo na zkušenost mužských pečujících v období po úmrtí blízkého.

Lze tedy shrnout, že diplomová práce naplnila svůj cíl a přispěla k lepšímu porozumění tomu, jak muži zvládají péči o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu. Zároveň ukázala, že jejich zkušenost má svá specifika, která je vhodné více reflektovat jak v odborné diskusi, tak v samotné praxi paliativní a sociální práce.

Seznam použitých zdrojů

- ATKINSON, R. L. (2003) *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- BÁRTLOVÁ, S. (2005) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1197-4.
- CARVER, C. S. (1997) 'You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE', *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1).
- CARVER, C. S. a SCHEIER, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer-Verlag.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. a WEINTRAUB, J. K. (1989) 'Assessing coping strategies: A theoretically based approach', *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), s. 267–283.
- CONNELL, R. W. and MESSERSCHMIDT J. W. (2005) 'Hegemonic masculinity: Rethinking the concept', *Gender & Society*, 19(6), pp. 829–859. doi: 10.1177/0891243205278639.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE (2024) *Paliativní péče*. [online] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- CESTA DOMŮ (2013) *Výzkum veřejného mínění o umírání a smrti*. Praha: STEM/MARK.
- DELIBERA, M., PRESA, J., BARBOSA, A. a LEAL, I. (2015). Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2731–2747.
- DOYAL, L. a GOUGH, I. (1991) *A Theory of Human Need*. London: Macmillan.
- DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. (2020) *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.
- DUDOVÁ, R. a VOHLÍDALOVÁ, M. (2018) 'Muži a ženy pečující o seniory v rodině', *Sociologický časopis*, 54(2), s. 219–251. DOI: 10.13060/00380288.2018.54.2.400. Dostupné také z: <https://kramerius.lib.cas.cz/uuid/uuid:8dc56dbd-4ff6-407b-8d19-65f74091b87a>
- DUDOVÁ, R. a VOLEJNÍČKOVÁ, R. (2014) 'Proč ženy pečují? Gender a neformální péče o seniory', *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 15(1), s. 41–54. ISSN 1213-0028.
- FOLKMAN, S. a MOSKOWITZ, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- FRANKL, Viktor E., 2021. *Léčba smyslem: základy a aplikace logoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1723-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. (2010) *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
- HOŠEK, V. (1999) *Psychologie odolnosti*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.
- HUBÍKOVÁ, O. (2017) 'Sociální práce a neformální péče', *Sociální práce | Sociálna práca*. [online] Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf> [Přístup 16. března 2025].
- JEŘÁBEK, H. a kol. (2013) *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-117-6.
- KALVACH, Z. a kol. (2019) *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 2. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.
- KEBZA, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

- KETCHER, D., TRETTEVIK, R., VADAPARAMPIL, S. T., HEYMAN, R. E., ELLINGTON, L. a REBLIN, M. (2020). Caring for a spouse with advanced cancer: similarities and differences for male and female caregivers. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 817–828.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1994) *Jak zvládat stres*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002) *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KURUCOVÁ, R. (2016) *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2707-0.
- LAZARUS, R. S. a FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LÄNGLE, A. (2008) *Žít s existenciálním souhlasem: Základy existenciální analýzy*. Praha: Triton.
- MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV (n.d.) Paliativní péče. [online] Dostupné z: <https://www.mou.cz/paliativni-pece/t1600> [Přístup 29. prosince 2024].
- MASLOW, A. H. (1943) 'A Theory of Human Motivation', *Psychological Review*, 50(4), s. 370–396.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ (MPSV) (n.d.) Péče a služby. [online] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pece-a-sluzby> [Přístup 21. února 2025].
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (2025) *Pečuji o osobu blízkou – neformální pečující*. [online] Praha: MPSV. Poslední aktualizace 13. října 2025. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pecuji-o-osobu-blizkou-neformalni-pecujici>
- MORGAN, T., WILLIAMS, L. A., TRUSSARDI, G. a GOTT, M. (2016). Gender and family caregiving at the end-of-life in the context of old age: A systematic review. *Palliative Medicine*, 30(7), 616–624.
- OECD (2025) *Health at a Glance 2025: OECD Indicators – Informal carers*. [online] Paris: OECD Publishing. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/full
- PALONCYOVÁ, J., HÖHNE, S., KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N., SVOBODOVÁ, K. a VIDOVIČOVÁ, L. (2023) *Zpráva o rodině 2023*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. Dostupné z: <https://www.rodiny.cz/wp-content/uploads/2024/05/zprava-o-rodine-2023.pdf>
- PAULÍK, K. (2010) *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PAULÍK, K. (2023) *Psychologie lidské odolnosti. 2. přepracované a doplněné vydání [dotisk]*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2233-7.
- PAVLÍK a kol. (2024) *Demografický vývoj obyvatelstva ČR dle geografických oblastí*. [online] Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/projekty/modely-predikce/03-demograficky-vyvoj-obyvatelstva-cr.pdf>
- PAYNE, S., SEYMOUR, J. a INGLETON, C. (2007) *Principy a praxe paliativní péče. 1. vydání*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- PUCHALSKI, C. M. (2001) 'The role of spirituality in health care', *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(4), s. 352–357. DOI: 10.1080/08998280.2001.11927788.
- ŠOLCOVÁ, I. (2019). Specificky ženská odpověď na stres? *Československá psychologie*, 63(3), 364–368.
- USSHER, J. M., SANDOVAL, M., PERZ, J., WONG, W. K. T. a BUTOW, P. (2013). The gendered construction and experience of difficulties and rewards in cancer care. *Qualitative Health Research*, 23(7), 900–915.

TEMEL, J. S. et al. (2010) 'Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer', *New England Journal of Medicine*, 363(8), s. 733–742.

VODÁČKOVÁ, D. (2020) *Krizová intervence*. 4. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1704-6.

VÝROST, J. a SLAMĚNÍK, I. (2001) *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0042-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2020) WHO Definition of Palliative Care. [online] Geneva: WHO. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Přílohy

Příloha č.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Název studie: COPINGOVÉ STRATEGIE MUŽŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNOU BLÍZKOU OSOBU

Jméno a příjmení hlavního řešitele (studenta): Bc. Eva Sipékiová

Pracoviště: Vysoká škola polytechnická Jihlava

Kontaktní email: sipekiova.e@gmail.com

Jméno a příjmení vedoucího diplomové práce: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Dobrý den,

obracím se na vás s prosbou o spolupráci na mé diplomové práci, která se zaměřuje na téma copingových strategií mužů při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu.

Cílem této studie je zmapovat strategie zvládání, které muži používají při poskytování péče o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu. Vaše zkušenosti a pohledy jsou pro mě v tomto výzkumu nesmírně cenné.

Vaše účast v této studii je dobrovolná. Máte právo odmítnout účast nebo kdykoli v průběhu rozhovoru odstoupit, a to bez udání důvodu a bez jakýchkoli negativních důsledků pro vás.

Pokud se rozhodnete zúčastnit, budete požádán(a) o účast na individuálním rozhovoru. Rozhovor bude zaměřen na vaše osobní zkušenosti, pocity a strategie, které používáte při péči o nevléčitelně nemocnou blízkou osobu. Bude se jednat o citlivé téma, proto vám bude poskytnut dostatečný prostor a čas pro sdílení.

Předpokládaná délka rozhovoru je přibližně 60-90 minut.

Rozhovor bude nahráván (pouze zvuk). Nahrávka bude použita výhradně pro účely přesného přepisu a analýzy dat pro mou diplomovou práci. Po dokončení práce a obhajobě bude nahrávka smazána a zlikvidována.

Všechny informace, které od vás získám během rozhovoru, budou striktně důvěrné. Vaše identita zůstane po celou dobu studie anonymní. Budou použity pouze pro účely této diplomové práce a následně budou zlikvidovány.

Shromážděná data (přepisy rozhovorů, poznámky) budou zpracována tak, aby nebylo možné spojit konkrétní odpovědi s vaší osobou. V diplomové práci budou prezentovány pouze souhrnné výsledky nebo anonymizované citace, které neumožní vaši identifikaci. Jakákoli jména, místa nebo jiné identifikační detaily budou v přepisech pozměněny.

Rizika: Účast v tomto rozhovoru by pro vás neměla představovat žádná významná rizika. Vzhledem k citlivosti tématu však může rozhovor vyvolat silné emoce nebo vzpomínky. Máte plné právo kdykoli odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku nebo rozhovor přerušit, pokud se budete cítit nepříjemně. Respektuji vaše pocity a hranice.

Přínosy: Vaše sdílené zkušenosti jsou pro mou studii nesmírně cenné. Pomohou mi rozšířit poznatky v oblasti zvládání péče u mužů, což může v budoucnu přispět k lepší podpoře pečujících osob. Přestože vám osobně nemusí plynout žádný přímý přínos, vaše odpovědi jsou pro mou studii klíčová.

Pokud budete mít jakékoli dotazy ohledně této studie nebo vaší účasti, neváhejte mě kontaktovat na výše uvedeném emailu: sipekiova.e@gmail.com.

Prohlášení Participanta

Potvrzuji, že jsem si přečetl a porozuměl výše uvedeným informacím o studii s názvem "COPINGOVÉ STRATEGIE MUŽŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNOU BLÍZKOU OSOBU".

Byl jsem informován o cíli studie, postupu účasti v rozhovoru, důvěrnosti dat, potenciálních rizicích a přínosech.

Rozumím, že moje účast je dobrovolná a že mám právo kdykoli v průběhu rozhovoru odstoupit bez udání důvodu a bez jakýchkoli negativních důsledků.

Souhlasím s audio nahráváním rozhovoru: [] ANO [] NE

SOUHLASÍM S ÚČASTÍ V TOMTO ROZHOVORU: [] ANO [] NE

Jméno a příjmení participanta (hůlkovým písmem):

Podpis participanta:

Datum:

Prohlášení výzkumníka:

Potvrzuji, že jsem participantovi poskytla veškeré potřebné informace týkající se této studie a odpověděla na všechny jeho dotazy.

Jméno a příjmení řešitele: Bc. Eva Sipékiová

Podpis řešitele:

Datum: